

**Universidad Estatal a Distancia  
Escuela de Ciencias Naturales y Exactas  
Sistema de Estudios de Posgrado  
Maestría en Administración de Servicios de Salud  
Sostenibles**

**Propuesta de un Modelo para la Evaluación de la  
Gestión de la Calidad en la atención primaria de salud  
aplicando una experiencia piloto en el programa de  
Hipertensión Arterial del EBAIS de Cot Norte,  
Oreamuno de Cartago durante el mes de Junio del año  
2008.**

**Tutor: Ing. Marco Anderson Espinoza, M.Sc.**

**Dra. Glenda Viales López  
Dr. Ruy Vargas Baldares**

**Año 2009**

## **Agradecimientos**

Deseamos agradecerle a Dios en primer lugar por ayudarnos e iluminar el camino en el día a día en la elaboración de este Proyecto de Investigación de la Maestría en Administración de Servicios de la Salud y Desarrollo Sostenible.

Nuestro más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron y respaldaron en el desarrollo de este Proyecto de Graduación, con especial gratitud hacia nuestras familias y parejas.

Externamos una mención especial hacia el Ing. Marco Anderson Espinoza, profesor asesor, por su guía, paciencia y consejos a lo largo del desarrollo de este Proyecto, ya que sin su ayuda no se hubiera logrado concretar este mismo.

# TABLA DE CONTENIDOS

Introducción.....	5
<b>Capítulo I: Marco contextual</b>	
1.1 Antecedentes.....	8
1.1.1 Antecedentes mundiales.....	12
1.1.2 Antecedentes nacionales.....	16
1.1.3 Antecedentes locales.....	30
1.2 Justificación.....	34
1.3 Formulación y delimitación del problema.....	38
1.4 Objetivos generales y específicos.....	38
1.4.1 Objetivo general.....	38
1.4.2 Objetivos específicos.....	39
<b>Capítulo II: Marco Teórico</b>	
2.1 Marco Teórico.....	40
• Modelos de calidad aplicados en la atención primaria .....	40
• El concepto de calidad y su aplicación a los servicios de salud.....	45
• La calidad y los servicios de salud .....	45
• Los modelos ISO, JCAHO, EFQM y Seis Sigma .....	47
• El modelo ISO .....	47
• El modelo JCAHO .....	50
• El modelo EFQM .....	52
• Seis sigma .....	54
• Los cuatro modelos .....	56

### **Capítulo III: Marco metodológico**

#### **3. Marco metodológico**

3.1 Tipo de investigación.....	58
3.2 Área de estudio.....	58
3.3 Unidades de análisis o sujetos/objetos de estudio.....	58
3.4 Fuentes de información.....	58
3.5 Selección y aplicabilidad de técnicas e instrumentos.....	59
3.6 Descripción de las categorías de análisis.....	60
3.7 Cronograma.....	63

### **Capítulo IV: Resultados**

4. Resultados.....	64
4.1 Lista de verificación de las instalaciones y procesos.....	66
4.2 Satisfacción del usuario externo.....	72
4.3 Satisfacción del usuario interno.....	82
4.4 Fortalezas y debilidades.....	87
4.5 Hallazgos derivados de la evaluación piloto aplicada al EBAIS....	90
4.6 Sugerencias derivadas de evaluación piloto aplicada al EBAIS...92	
4.7 Resultados sobre el modelo propuesto .....	94

### **Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones**

5.1 Conclusiones .....	96
5.2 Recomendaciones.....	97

<b>Bibliografía.....</b>	<b>98</b>
--------------------------	-----------

<b>Apéndice.....</b>	<b>107</b>
----------------------	------------

## Introducción

En Costa Rica, en los últimos años, se ha incorporado el concepto de calidad en los servicios de salud. Esto no implica que históricamente no se haya buscado permanentemente la excelencia. Sin embargo, actualmente se le da más importancia a este tema y se desarrollan programas con el propósito de asegurar la calidad en los diferentes establecimientos de salud.

La calidad en una organización de salud no puede medirse con pruebas efectuadas en el laboratorio, de resistencia, o por el cumplimiento de una serie de especificaciones requeridas. Cuando el producto es un servicio, son los trabajadores quienes lo producen y su calidad depende básicamente de su interacción con el cliente o usuario. En el caso de la prestación del servicio de salud, es importante que el usuario sienta la confianza de estar colocando su bienestar en manos de quienes van a resolver su situación en ese momento. Esto puede darse porque es atendido en un ambiente que refleja excelencia, con un diagnóstico certero y con un tratamiento aplicado oportunamente.

Toda organización debe valorar al usuario. Por esto debe buscar mecanismos que le permitan afrontar su insaciable deseo de satisfacción, proporcionar productos y servicios cada vez más perfeccionados, sofisticados y tecnificados. Es esto lo que hace que una empresa (o en este caso un servicio de salud) sea altamente competitiva. En caso contrario, dicha organización se condena al fracaso, víctima de su propio estancamiento e incapacidad para satisfacer plenamente a sus usuarios.

En el campo de la salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar. Estas son: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia.

La prestación de servicios debe realizarse con equidad y solidaridad, con lo que se da más a quién más necesita y se garantiza la accesibilidad; con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas; con efectividad, para alcanzar cobertura e impacto adecuados; y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes. Podríamos decir que esto constituye calidad de los servicios de salud.

Se podría decir que con la evaluación de los compromisos de gestión valoramos la efectividad de la atención. Con el presente trabajo se pretende formular un modelo de evaluación de la calidad que complemente lo anterior y evalué la equidad, la eficacia y la eficiencia.

Para valorar la calidad del servicio de salud en la comunidad de Cot, en Oreamuno de Cartago, se estableció como experiencia piloto el programa de hipertensión arterial. La hipertensión arterial es un problema de salud de primer orden por su alta prevalencia, morbimortalidad y alto costo económico, como consecuencia de su mal manejo. Ésta comunidad cuenta con una población hipertensa importante, a la que debe ser posible abordar correctamente y con impacto. Sin embargo, para lograr una atención de calidad, además de las metas propuestas por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en su compromiso de gestión, es necesario verificar el cumplimiento de ciertos "criterios de calidad" y su aplicación estricta en los pacientes. Desde esta perspectiva se plantea un trabajo investigativo, no para realizar una revisión de los criterios de calidad solicitados en el compromiso de gestión, sino para

complementarlos con elementos esenciales de “gestión de calidad”. Estos son necesarios para el manejo adecuado del paciente hipertenso o de cualquier otro programa, para que su supervisión permita analizar la calidad asistencial que recibe esta población en la comunidad.

El cumplimiento de las normas que establece el compromiso de gestión crea una interrogante: ¿refleja éste, en sí, la satisfacción del usuario y la calidad total o, por el contrario, solamente una pequeña parte del proceso de atención en salud?

Según lo expuesto anteriormente, este trabajo investigativo pretende crear un Modelo para la Evaluación de la Gestión de la Calidad, extrapolable a cualquiera de los programas de atención primaria de la CCSS para complementar y fortalecer la evaluación que actualmente se realiza con los compromisos antes citados. En este caso específico, sin embargo, se utiliza como plan piloto el programa de hipertensión arterial del EBAIS de Cot Norte, en Oreamuno de Cartago.

# Capítulo I: Marco contextual

## 1.1. Antecedentes

### 1.1.1. Antecedentes mundiales

#### Concepto, evolución e historia de la calidad total

El término calidad tiene su origen en el latín *qualitas*, y significa propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.<sup>1,2</sup> Actualmente existe un gran número de definiciones para este vocablo. Una de ellas, dictada por la Sociedad Americana para el Control de Calidad, lo define como el “conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”.<sup>3</sup>

La calidad total se inició con la revolución industrial y consistió en la inspección de los productos terminados que eran clasificados como aprobados o rechazados. Sin embargo, no existía una conciencia del concepto como tal. Posteriormente, en la primera mitad del siglo XX, se inicia el control estadístico de procesos. Éste consistió en el desarrollo y la aplicación de las técnicas estadísticas para disminuir los costos de inspección.<sup>4</sup>

La calidad total es un término que encierra toda una cultura, tanto empresarial como organizacional, y se conoce como tal desde los años 50 en Japón. La calidad es

---

1 Diccionario Latino-Español de Vox

2 Diccionario de la Real Academia Española

3 ASQC Statistics Division, *Glossary & Tables for Statistical Quality Control*, primera edición, 1983

4 Fuentes Ruiz María Pilar. (1998) *Evolución del Concepto de Calidad: una Revisión de las Principales Aportaciones Hasta su Situación en el Entorno Competitivo Actual*. Alta Dirección. Costa Rica 33(199)58-66

un fin en sí mismo, que se ha de lograr desde la primera acción que se realice en cualquier proceso con el fin de evitar el desperdicio de recursos en productos malogrados y la consecuente pérdida de la confianza del cliente, o de éste mismo.<sup>4</sup>

Los japoneses han sabido superar los inconvenientes económicos de un gran recurso humano y los escasos recursos naturales. Su mayor aspiración era controlar la calidad, como también detectar la falta de ésta. Esto los llevó a concebir los conceptos de Total Quality Control (TQC) y Total Quality Management (TQM).<sup>5</sup>

El TQC y el TQM implican que el control de la calidad es cosa de todos y no sólo de los expertos de un determinado departamento. Los trabajadores son los primeros responsables de éste.<sup>5</sup>

Otro concepto que se introduce es el de gestión. Éste se define como la acción y el efecto de administrar una organización. Según expertos de Ohio, se recomienda tener en cuenta tres variables para mejorar la gestión: la preocupación por hacer el trabajo, lo que significa cumplir los objetivos de acuerdo con una planificación y organización adecuadas; el tratamiento de los recursos humanos, las actitudes, las motivaciones, la formación y la promoción; y la preocupación por la calidad en toda la organización.<sup>6</sup>

Es relevante mencionar en este apartado a algunos de los más importantes autores de las teorías de la calidad.

---

5 Rico Rubén, (1995) Calidad estratégica total: Total Quality Management: diseño, implementación y gestión del cambio estratégico imprescindible. Macchi. Buenos Aires, Argentina. 259

6 Senlle, Andrés. (2001) ISO 9000: 2000; Liderazgo de la nueva calidad. Gestión 2000, 2001. Barcelona, España 152p. (TS156.6.S4).

La gestión de la calidad se ha convertido en el tema competitivo de muchas organizaciones. Joseph Juran, quien fue uno de los más renombrados autores sobre el control de la calidad, menciona en su Manual que el término genérico de “calidad total” significa el uso de la vasta colección de filosofías, conceptos, métodos y herramientas usados actualmente en todo el mundo para optimizar los procesos de producción. Su principio e idea primordial es que la administración se basa en planear, controlar y mejorar la calidad.<sup>7</sup>

W. Edwards Deming, estadístico considerado el padre de la calidad moderna, vivió la evolución de ésta en Japón y a partir de su experiencia desarrolló los catorce puntos de Deming y las siete enfermedades mortales.<sup>8</sup>

Philip B. Crosby propuso el programa de 14 pasos llamado cero defectos y también afirmó que la calidad está basada en cuatro principios: cumplir con los requisitos, la prevención, el estándar de realización es cero defectos, la medida de la calidad es el premio del incumplimiento.<sup>9</sup>

Kaoru Ishikawa es el primer autor que diferencia los estilos de administración japoneses y occidentales. Su idea principal fue diferenciar las características culturales en ambas sociedades. La idea de Ishikawa era manufacturar a bajo costo. Según su filosofía, la calidad debe ser una revolución de la gerencia. Entiende como control desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad. Un aporte importante de Ishikawa es el diagrama causa - efecto (diagrama de espina de pescado) que lleva también su nombre. Éste es utilizado como herramienta para encontrar,

---

7 Juran, J. (2001). *Introducción a la calidad total. Manual de calidad*. 01(14), 14.4-14.20.

8 <http://www.gerenciasalud.com/art261.htm> julio 19, 2008

9 Crosby, Philip (1995). *Philip Crosby's Reflections on Quality*. McGraw-Hill. USA. [ISBN 0-07-014525-3](https://www.amazon.com/Philip-Crosby-Reflections-Quality/dp/0070145253).

seleccionar y documentar sobre las causas de la variación de la calidad en la producción.<sup>10</sup>

En 1912, Codman desarrolló un método que permitió clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria. En 1913, como consecuencia de los informes de Flexner y Codman, el Colegio Americano de Cirujanos emprendió estudios sobre la normalización de los hospitales<sup>11</sup>.

En 1950, en Canadá, se creó el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951, en los Estados Unidos, la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permitieron la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

En 1961, Donabedian publicó su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, concepto que continuaría desarrollando posteriormente y que constituiría una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. El mismo se ejerce con tres pilares básicos que son el análisis de la estructura, del proceso y de los resultados.<sup>12</sup>

Alrededor de los años sesenta, en norteamérica, nacen los audits médicos (auditorias) como método de control interno de las instituciones en salud, con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH) los incorporó a sus programas de

---

10 Greg Watson (2004, abril) *The Legacy Of Ishikawa*, Greg Watson, Quality Progress, 54- 57

11 Rojas, D. (2006). Teorías de calidad.

12 Donabedian Avedis. (1996, junio) *Calidad de la Atención en Salud*. La Prensa Mexicana S.A. México. Vol. 3 Números 1 y 2.

control de calidad y los exigió como condición de acreditación de los centros médicos.

13

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud. Ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM). Asimismo, la acreditación de hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.<sup>14</sup>

### **Antecedentes mundiales de la hipertensión arterial**

La hipertensión arterial es probablemente el problema de salud pública más importante en los países desarrollados. Es una enfermedad frecuente, asintomática, fácil de detectar, casi siempre sencilla de tratar y que tiene complicaciones mortales si no recibe tratamiento.<sup>15</sup>

Los conocimientos actuales en materia de hipertensión arterial son resultado de la suma de investigaciones realizadas a través de los siglos.<sup>16</sup>

La hipertensión arterial según el séptimo informe del Joint National Committee sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial, es una patología que no discrimina entre edad, sexo, etnias o nacionalidades. Está distribuida

---

13 [http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint\\_commission\\_history.htm](http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint_commission_history.htm) (2008, mayo 10)

14 [www.oms.org/](http://www.oms.org/) (2008, junio 30)

15 *Vasculopatía hipertensiva*, (2002) Tratado de Medicina Interna, Harrison. Mc Graw Hill, 15 edición. Capítulo 146

16 <http://www2.udec.cl/~ofem/revista/revista02/revista1.html> (2008, julio 19).

en todas las regiones del mundo y es producto de múltiples factores de índole económica, social, cultural, ambiental y étnica. Afecta a muchas personas en el mundo, cincuenta millones solo en los Estados Unidos. La hipertensión está relacionada con frecuencia con las defunciones por enfermedades circulatorias en este país norteamericano, que rondan los quince millones al año.<sup>17</sup>

La HTA es el diagnóstico primario más frecuente en América (35 millones de visitas en consulta como diagnóstico primario). Se definen como hipertensión arterial los diagnósticos de cifras de presión arterial de PAS mayores a 140 mmHg y de PAD mayores a 90 mmHg.

Al aumentar la edad poblacional la prevalencia de HTA se incrementará a menos que se implementen amplias medidas preventivas eficaces. Datos recientes del Framingham Heart Study sugieren que los individuos normotensos mayores de 55 años tienen un 90% de probabilidad de riesgo de desarrollar HTA.<sup>18</sup>

Los cambios en el estilo de vida, con una mayor tendencia al sedentarismo y a la obesidad, han provocado un aumento en la prevalencia de la HTA y de las complicaciones cardiovasculares derivadas de este trastorno. Esta mayor prevalencia se debe al aumento de la expectativa de vida de la población y a la ampliación de los

---

<sup>17</sup>Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (2006) The Seven Report of the Joint National Committee on Prevention.

criterios de diagnóstico empleados, lo que ha contribuido a que se registren tasas cada vez más elevadas, especialmente en las comunidades urbanas<sup>18</sup>.

Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la HTA son la obesidad (IMC > 30), el sedentarismo, la edad (mayor de 55 en hombres y de 65 en mujeres), el tabaquismo, la dislipidemia, la diabetes mellitus, la hipo albuminuria o tasa de filtración glomerular < 60mL/min, la historia familiar de la enfermedad cardiovascular prematura (en hombres menores de 55 o mujeres menores de 65). La mayoría de estos factores pueden ser controlados e incluso algunos de ellos pueden ser reversibles y modificables, de manera que es importante la educar al paciente y tener el conocimiento adecuado de su patología.

La importancia que tiene cada uno de los factores de riesgo mencionados en el desarrollo de la hipertensión arterial, sobre todo en los casos de la enfermedad limítrofe o leve, es vital para planear estrategias preventivas eficientes y orientadas a los grupos de población más vulnerables.

En relación con estos factores y con las investigaciones en estas áreas, en el año 2000, Martínez Arévalo y colaboradores realizaron en Cuba un estudio con 30 pacientes con hipertensión arterial esencial, con edades de entre los 50 y los 60 años, los cuales fueron asignados en dos grupos: estudio y control. Al grupo estudio se le aplicaron ejercicios físicos terapéuticos, técnicas de relajación y tratamiento no

---

18 Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (2006) The Seven Report of the Joint National Committee on Prevention.

farmacológico; al grupo control, tratamiento convencional. Los pacientes fueron seleccionados después de una entrevista y una prueba previa de susceptibilidad, con el objetivo de evaluar la efectividad del ejercicio físico y la relajación en la hipertensión arterial esencial. Esta investigación demostró que en los pacientes del grupo de estudio las cifras arteriales disminuyeron al someterlos a la combinación, la cual resultó ser efectiva al 100%: se eliminó la ingestión de medicamentos y se mejoró calidad de vida de estas personas.<sup>19</sup>

Entre el año 2003 y el 2005, Gerardo Álvarez realizó una investigación prospectiva sobre la actitud, el grado de cumplimiento terapéutico y el control de la tensión arterial en pacientes con hipertensión esencial en Villa Clara, España. Para este estudio fueron encuestados y evaluados 846 pacientes durante tres años y en distintos escenarios de atención médica. Para esto se consideró el grado de conocimiento de la enfermedad, el cumplimiento terapéutico y el control de la tensión arterial. Los resultados arrojados por este estudio fueron los siguientes: el 34.5% tenía conocimientos adecuados de la enfermedad, el 35.57% reportó un cumplimiento terapéutico correcto y el 39.9% presentó un control satisfactorio de las cifras arteriales.<sup>20</sup>

---

19 Martínez A., Dania, Macías, C. Alexis. (2000) *Hipertensión arterial esencial: efectividad del ejercicio físico y relajación*. Instituto Superior de Cultura Física. Santiago Cuba. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos16/hipertension-escencial/hipertension-escencial.shtml>

20 Álvarez Álvarez Gerardo. (2006). *Hipertensión Arterial Esencial. Adherencia terapéutica y control de la Tensión Arterial*. Revista Portales Médicos. Cuba. Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/642/1/Hipertension-Arterial-Esencial-Adherencia-terapeutica-y-control-de-la-Tension-Arterial.html>

### **1.1.2. Antecedentes nacionales**

La situación actual de la salud en Costa Rica muestra una gran complejidad, debido a los cambios que se están gestando y aquellos que se avecinan. Todo esto cobra mayor relevancia ante la necesidad de implantar modificaciones profundas en la organización y funcionamiento del sector salud, para poder brindar una respuesta organizada y efectiva a las necesidades de la población. En este contexto, la calidad de los servicios cobra una vital importancia y se impone en la realidad nacional en la que el gasto en salud aumenta con el trato inadecuado de las patologías en el primer y segundo nivel de atención, como es el caso de la hipertensión arterial.

De esta manera se pretende hacer una breve reseña del funcionamiento del sistema de salud costarricense, con la intención de entender los compromisos de gestión y sus criterios de calidad, ya que son parte importante para entender el complemento que se les desea dar a estos con la formulación del modelo antes mencionado.

El sistema de salud en Costa Rica está controlado en una alta proporción por el Estado. Se encuentra conformado por 5 entidades públicas. De ellas, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) 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. Desde 1995, durante la reforma del sistema de salud la CCSS se hizo cargo no sólo de la atención del segundo y tercer nivel de la población asegurada (como había hecho desde su fundación, en 1943), sino también de la atención primaria, hasta entonces a cargo del Ministerio de Salud, este último vigila el desempeño de las funciones esenciales de salud pública y efectúa la rectoría sectorial, la regulación

sanitaria y del mercado de salud, la vigilancia y seguimiento epidemiológico, la investigación y desarrollo tecnológico en salud y la promoción de salud.<sup>21</sup>

Aparte de esas dos, existen otras tres instituciones públicas pertenecientes al sector salud de Costa Rica:

El Instituto Nacional de Seguros (INS): Institución a cargo de gestionar los seguros comerciales así como los seguros obligatorios de accidentes de tránsito y de Riesgos de Trabajo.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA): Se encarga junto con las municipalidades de la provisión del servicio de agua potable y de alcantarillado sanitario.

La Universidad de Costa Rica: Entidad 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.

Cuando la CCSS asumió la prestación de los servicios de atención primaria en salud con la reforma antes mencionada y tras un proceso de adaptación se incluyeron los compromisos de gestión con el objetivo de mejorar la calidad y los procesos de financiamiento de los centros de salud.<sup>21</sup>

De esta manera esta institución, en su calidad de prestadora de servicios de salud, ha definido su concepto y políticas de calidad con el fin de ir de acuerdo con las directrices de la unidad rectora y de implementar los compromisos de gestión.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Organización Panamericana de la Salud (2004) Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. San José, C.R, OPS 44p

Para la CCSS la calidad total se define como una filosofía de actuación. Es entendida como un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo. Involucra, además, 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.<sup>21</sup>

Teniendo claro el termino de calidad, otro concepto importante que debemos mencionar en el presente trabajo es el de “compromisos de gestión”.

En 1997 se inició el proceso de adaptación cultural y organizativa generado por la implementación de los compromisos de gestión, tanto en el nivel central como en las respectivas unidades de salud. Esto ha permitido contar con información básica para el desarrollo de instrumentos esenciales que ayuden a llevar adelante la función de compra.<sup>22</sup>

Es así como los compromisos de gestión se convierten en motores de cambio importantes que explicitan los objetivos institucionales, que son consensuados con las unidades de salud. Su implantación se realizó entonces de forma gradual y con un proceso importante de evaluación: para el periodo de 1996 a 1997 se incluyeron cinco áreas de salud y siete hospitales; en 1998 fueron catorce áreas de salud, cuatro cooperativas y diez hospitales; en 1999 se incluyeron treinta y cuatro áreas de salud, veintiún hospitales y cuatro cooperativas; y para el año 2000 un total de ochenta y

---

<sup>22</sup> Dirección de Compra de Servicios de Salud, (2000) Informe de Evaluación CCSS. Costa Rica.

nueve áreas de salud, veintinueve hospitales y seis áreas de salud administradas por cuatro cooperativas y la Universidad de Costa Rica.<sup>22</sup>

Desde entonces se ha logrado establecer de manera gradual, la coordinación entre la asignación de recursos y las metas asistenciales institucionales. El afloramiento de la información económica relevante permite posicionar a cada unidad de salud en una escala relativa de eficiencia / ineficiencia en la gestión de sus recursos y, a la vez, se ha conseguido introducir la cultura de la rendición de cuentas.<sup>22</sup>

Es evidente la contribución que los compromisos de gestión han dado a la implementación del modelo de Atención Integral en Salud, ya que acercan los servicios de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) a las comunidades, como puerta de entrada al sistema. Destacan elementos como la gerencia local, el liderazgo, el trabajo en equipo, la creatividad y la motivación del recurso humano a nivel operativo que, sin lugar a dudas, han sido decisivos en el éxito de las unidades en los compromisos de gestión.<sup>23</sup>

La evaluación de los compromisos de gestión es un estudio de tipo transversal, en el que se recolecta información en el ámbito nacional del alcance en los indicadores de salud pactados y de la prestación de los servicios de salud con calidad. En las áreas de salud la evaluación se fundamenta en la evidencia documentada por medio de estos y en la revisión de una muestra aleatoria de expedientes clínicos en cada subprograma.<sup>23</sup>

En las sedes de área, el puntaje final se obtiene mediante el cumplimiento de los criterios y de las coberturas adecuadas. Estas últimas se calculan a partir de la

---

<sup>23</sup> Dirección de Compra de Servicios de Salud, (2000) Informe de Evaluación CCSS. Costa Rica.

población total cubierta y el índice de cumplimiento. La captación total se construye como el cociente entre las consultas de primera vez de cada subprograma y la población meta del mismo. Asimismo, el índice de calidad se calcula a partir del cumplimiento de los criterios acordados según las normas de atención.<sup>23</sup>

Para ello se han definido estándares mínimos que deben ser cumplidos al 100%. El incumplimiento de alguno de estos afecta seriamente lo evaluado, que a su vez impacta de manera importante a las coberturas totales. Es conveniente aclarar que el incumplimiento de estos criterios no siempre implica el no haber realizado las acciones, sino más bien la falta de una cultura de registro de las actividades desarrolladas.<sup>23</sup>

En términos generales, en los servicios de salud del estado la calidad se ha definido como el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente<sup>24</sup>.

Independientemente de la definición que se utilice, el tema ha venido cobrando creciente importancia, no solo en el sector privado, sino también en los sectores públicos.

En el ámbito de los sistemas y servicios de salud, se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes: la calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad

---

<sup>24</sup> Organización Panamericana de la Salud. (1999) Programa de garantía y mejoramiento de calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS

percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.<sup>25</sup>

Con respecto a estas dos dimensiones de la calidad, el Ministerio de Salud, en su calidad de rector, ha realizado múltiples intervenciones para evaluar el primer nivel de atención, clínicas y hospitales desde el cumplimiento del decreto de habilitaciones y acreditaciones de los establecimientos de salud y en complemento con los compromisos de gestión implementados por la CCSS. Las mismas se pueden ejemplificar con las siguientes acciones:<sup>26</sup>

- **Calidad percibida:** en 1998 se efectuó la primera medición global de la satisfacción de los usuarios en la CCSS y a partir del año 2000, con los compromisos de gestión, se estableció la obligatoriedad de medirla anualmente a través de una encuesta institucional estandarizada. En ese año, el 92% de los hospitales y el 77% de las áreas de salud la llevaron a cabo y sus resultados revelaron que más del 70% de los usuarios se sienten satisfechos con la atención. Como mecanismos adicionales para identificar los problemas de calidad de la atención, a partir de 1999 la CCSS promovió en cada establecimiento de salud una oficina para orientar al usuario sobre sus derechos, así como juntas de salud que vigilan la calidad de atención.<sup>26</sup>
- **Calidad técnica:** en esta dimensión existen grupos capacitados para evaluar la atención. Además, el 70% de las áreas de salud utiliza protocolos para mejorar

---

<sup>25</sup> Milton T. (1998) Lean and mean: the quality of care in the era of managed care. J Public HealthPolicy USA 19(1):5-13

<sup>26</sup> Organización Panamericana de la Salud (2002) Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica

los procesos de atención de las “ entidades trazadoras”, tales como el crecimiento y el desarrollo, el embarazo en adolescentes y la atención de la hipertensión arterial. Este concepto revolucionario desarrollado por Kessner en los años setenta aun se encuentra vigente. Y se refiere a las debilidades encontradas en un sistema de salud en el manejo de patologías comunes, de alta prevalencia, reflejan las deficiencias estructurales del sistema en el desarrollo de la atención en salud como un todo.<sup>27</sup>

Los resultados de la evaluación de los compromisos de gestión del año 2000 permitieron conocer la proporción de la cobertura (definida como aquella que cumple con las normas básicas de atención). Sin embargo, la aplicación sistemática de un método de evaluación como parte de los compromisos de gestión debe ser vista como un avance para el mejoramiento continuo en el futuro. Existen dos hechos que son atribuibles al modelo de atención impulsado por la reforma y a los compromisos de gestión: uno de ellos es la integralidad de la atención en el primer nivel mediante los EBAIS, que incluye el suministro oportuno de medicamentos esenciales; el otro es el de la incidencia de las infecciones hospitalarias, que ha disminuido desde que éstas se toman como criterio en la evaluación.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Ministerio de Salud, (2005) Metodología para evaluar la calidad de la atención de la Hipertensión Arterial, Ministerio de Salud. Costa Rica..

<sup>28</sup> Organización Panamericana de la Salud (2004) Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. San José, C.R, OPS 44p

## **Antecedentes de la evaluación de la calidad en el programa de hipertensión arterial.**

Según un estudio realizado por la CCSS y publicado como referencia en las guías de HTA para el primer nivel de atención, la hipertensión arterial estuvo presente en el 55% de los pacientes con un primer infarto, internados en los principales hospitales de San José entre 1993 y 1994.<sup>29</sup>

En Costa Rica la prevalencia de la enfermedad no está bien definida y son pocos los estudios que se han publicado. En el estudio de la población de Zarcero, realizado por Arguedas y colaboradores en 1979<sup>30</sup>, se estableció la prevalencia en 24.8%.

Es muy importante mencionar que en este estudio se tomaron como referencia las cifras establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en ese momento, que definían como hipertensas a las personas con cifras mayores de 160 mmHg de presión arterial sistólica y de 95 mmHg de presión arterial diastólica, cifras muy diferentes a las utilizadas actualmente.

---

<sup>29</sup> Caja Costarricense del Seguro Social Gerencia de División. (2002). Guía para la detección, diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Dirección Técnica de Servicios de Salud, Departamento de Medicina Preventiva. Costa Rica (falta pag)

<sup>30</sup> Arguedas-Chaverri C, Vargas-Martínez H, Soto-Arroyo VM, Vargas-Sánchez YM, Vega Méndez MA. (1982). Estudio de la prevalencia de hipertensión arterial en Zarcero de Alfaro Ruiz, provincia de Alajuela. Acta Médica Costarricense. Costa Rica (25) 315-321.

En 1999, Laclé reportó en un estudio en el cantón de Desamparados una prevalencia de un 15.4 % en personas mayores de 15 años, y definió HTA con cifras (de presión) mayores de 140/90<sup>31</sup>.

La hipertensión arterial representa la segunda causa de consulta externa de la Caja Costarricense de Seguro Social desde el año 1992. Solamente es superada por las afecciones agudas de las vías respiratorias superiores. En el año 2002 generó un total de 482 733 visitas al médico y fue el principal motivo de atención en mujeres de 45 y más años (27.4%), y en hombres de 45 y más años (24.17%). En el 90% de los casos atendidos por hipertensión arterial se prescribieron 3 o más medicamentos, y en el 26.55% 9 o más.<sup>32,33</sup>

Debido a la importante prevalencia de esta enfermedad no transmisible en Costa Rica, se han establecido lineamientos y propuestas en múltiples oportunidades. La mayoría coincide en los puntos básicos de manejo y prevención.

Por ejemplo, en el plano de los estilos de vida saludables se ha desarrollado el *Plan de Atención a la Salud de las Personas 2002-2006*<sup>34</sup>. Éste toma en cuenta el ejercicio, los hábitos alimentarios, así como el uso de tabaco y alcohol.

---

<sup>31</sup> Lacle Murray, Adriana y Jiménez-Navarrete, Manuel Francisco. (2004, sep) Calidad del control glicémico según la hemoglobina glicosilada vs la glicemia en ayunas: análisis en una población urbana y otra rural de diabéticos costarricenses. Acta méd. costarric, 46(3)139-144.

<sup>32</sup> Ministerio de Salud, (2005) Metodología para evaluar la calidad de la atención de la Hipertensión Arterial, Ministerio de Salud. Costa Rica..

<sup>33</sup> Departamento de Estadística de los Servicios de Salud, C.C.S.S., 2002.

<sup>34</sup> Ministerio de Salud. (2001) Políticas Nacionales de Salud 2002-2006. Ministerio de Salud, EDNASS, Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica

De igual forma, en las Políticas Nacionales de Salud 2002-2006<sup>35</sup> se proponen estrategias dirigidas al fomento de la actividad física, la creación de espacios recreacionales y la participación de la comunidad en el proceso de aprendizaje de conductas y hábitos saludables.

Con este fin, las “Normas de atención integral de la salud del primer nivel de atención” abarcan guías temáticas para actividades de promoción del bienestar que incluyen estilos de vida saludables, vida en familia y participación social.

Para la enfermedad cardiovascular, El Plan de Atención de la Salud de las Personas propone estrategias para la prevención, detección, atención y rehabilitación de las enfermedades del sistema circulatorio, como HTA y dislipidemias, además del tratamiento oportuno y el seguimiento de las personas que tengan una patología cardiovascular ya establecida. El primer nivel de atención realiza el tamizaje y una detección oportuna; el segundo y el tercer niveles la detección y manejo oportuno de las complicaciones y el apoyo al primer nivel en el tratamiento de estos pacientes.

Se busca, mediante estos mecanismos, alcanzar cifras adecuadas y controladas de presión arterial y lípidos en la sangre, para disminuir así los factores de riesgo y la progresión irreversible hacia la enfermedad cardiovascular.

En un afán por mejorar la calidad de la atención del usuario hipertenso, la CCSS ha provisto guías para la atención de la hipertensión arterial a sus instituciones

---

<sup>35</sup> Normas de Atención Integral De La Salud del 1er Nivel de Atención Caja Costarricense de Seguro Social. (1995). Ministerio de Salud

prestadoras de servicios de salud desde 1994. A inicios del año 2002, se elaboraron las “Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el Primer Nivel de Atención”.<sup>36</sup>

En esta guía se pretende indicar claramente los lineamientos a seguir para el manejo correcto de esta patología en Costa Rica. Desde entonces, los resultados obtenidos de la investigación científica a escala mundial han provocado cambios en el manejo terapéutico de la enfermedad, por lo que el Departamento de Medicina Preventiva consideró conveniente adelantar su proceso de revisión.<sup>37</sup>

Desde abril del 2003 se constituyó la Comisión Interinstitucional para la elaboración de la Trazadora de Hipertensión Arterial del Ministerio de Salud de Costa Rica. Para esto se tomaron como base la guías antes mencionadas.

En el presente trabajo se analiza la calidad de la atención y se usa como plan piloto el programa de hipertensión arterial en el primer nivel. Se toma como base para la evaluación la aplicación de un modelo de control de calidad que incluya tres ejes: la satisfacción del usuario externo, la del usuario interno y la verificación de la infraestructura y los procedimientos del establecimiento.

Esta pequeña reseña sobre la HTA se realiza con el propósito de explicar el porqué se tomó como ejemplo este programa para realizar el proyecto de investigación,

---

<sup>36</sup> Caja Costarricense del Seguro Social Gerencia de División. (2002). *Guía para la detección, diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención*. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Departamento de Medicina Preventiva.

<sup>37</sup> Caja Costarricense del Seguro Social Gerencia de División. (2002). *Guía para la detección, diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención*. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Departamento de Medicina Preventiva.

ya que esta es una de las patologías de mayor importancia en nuestro sistema de salud.

### **Artículos relacionados con la calidad en Costa Rica**

En el año 2004, el Dr. Jaime Tortós y colaboradores realizaron un estudio que evaluaba la calidad del proceso de atención integral en los usuarios con HTA a los que se brindaba servicios de salud en Costa Rica. Se evaluaron los expedientes de salud de 665 personas hipertensas y los conocimientos sobre la enfermedad en 161 prestatarios (asistentes técnicos de atención primaria, personal de enfermería y médicos) en las 9 Regiones del Ministerio de Salud. El 56% de los prestatarios evaluados definió correctamente HTA y el 58% tuvo conocimiento de la clasificación por grados de severidad. Se encontró a un 47% de las personas hipertensas con clasificación de riesgo, de las cuales un 18% presentó riesgo A, el 35% B y el 47% C. En el 90% de las personas hipertensas se prescribió tratamiento farmacológico y un 95% de ellas refirió estar tomándolo. El 46% de las personas hipertensas alcanzó la meta del tratamiento (<140/90), y un 22% de las personas hipertensas diabéticas la meta de <130/80. Un 33% de las personas con hipertensión presentó diabetes, y en el 34% de los casos se identificó daño en órgano blanco o una enfermedad cardiovascular clínicamente detectable.<sup>38</sup>

En el año 2003, en Heredia, Astúa Medina y colaboradores realizaron un estudio sobre la calidad de la atención médica en los servicios de gineco-obstetricia. Se

---

<sup>38</sup> Tortós Guzmán, Jaime E, Carballo Quesada, Lidieth, Alvarado Rosales, María de los Ángeles et al. (2005, julio) "Evaluación de la calidad de la atención en Hipertensión Arterial (HTA) en Costa Rica". Rev. costarric. cardiol, 7(3) 08-08.

contó con una población de 94 pacientes de la consulta externa de ginecología y obstetricia de un hospital público del área metropolitana en San José. Se les aplicó un cuestionario anónimo con 13 preguntas de respuesta cerrada y una pregunta de respuesta abierta. Se obtuvieron los siguientes resultados: se encontró que la mayoría de las pacientes consideran que la atención el día de la cita fue puntual; un número importante de las personas encuestadas coinciden en que el médico fue cortés y respetuoso en el trato brindado (94.6%); un 81.9% manifestó que se le explicó adecuadamente el procedimiento realizado; el 86% expresó que el médico le dio indicaciones acerca del tratamiento a seguir. Los resultados mostraron que la mayoría de los médicos se tomaron el tiempo para explicarle a las pacientes su enfermedad y las implicaciones de su manejo y también se preocuparon porque realmente comprendieran lo que les estaban diciendo. Esto significa que los médicos están informando adecuadamente y evitando fallas en los tratamientos por falta de comunicación, pues como se ha visto, "muchas veces el médico da información excesiva y termina por saturar al paciente; otras da información muy técnica que no es adecuada en relación con el nivel educativo del mismo", que no siempre es lo más adecuado. Sin embargo, a este aspecto se le debe dar todavía más énfasis en la consulta para el bienestar de las pacientes, ya que uno de los principios de la bioética es el derecho de estos a ser informados sobre lo que se les va a realizar, para tener la posibilidad de negarse (consentimiento informado)<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Molina Astua, Milena, Quesada Mena, Luis Diego, Ulate Gomez, Daniel et al. (2004, marzo) La calidad en la atención médica. Med. leg. Costa Rica 21(1)109-117

También en el año 2004, Laclé Murray, Adriana y un colaborador realizaron otro estudio sobre calidad con relación al control glicémico en los pacientes diabéticos en la región de Nicoya, Guanacaste. La hemoglobina glicosilada (HbA1c) es actualmente la mejor prueba disponible para reflejar, en este aspecto, el control del paciente diabético. Su uso y disponibilidad, sin embargo, no están ordenados en el sistema nacional de salud de Costa Rica, aunque sí normados en las "Guías de atención al paciente diabético". El objetivo de este estudio fue comparar la calidad de dicho control, según se use la glicemia en ayunas o el nivel de HbA1c en los pacientes diabéticos costarricenses, tanto de una comunidad urbana y como de otra rural. Éste fue un estudio retrospectivo descriptivo, que documenta los dos parámetros mencionados en 237 diabéticos, controlados en seis EBAIS urbanos del área de Salud Desamparados, en la provincia de San José, y 257 en tres EBAIS rurales del área de Salud de Nicoya, en la provincia de Guanacaste, durante el año 2000. En los pacientes de Desamparados se registró la glicemia más próxima al mes de julio de 2000, y su respectiva HbA1c tomada concomitantemente. En los diabéticos nicoyanos se recolectaron todas las glicemias del año 2000 y sus respectivas HbA1c. Este estudio demostró que es necesario realizar la HbA1c para valorar la calidad del control metabólico, sobre todo en aquellos pacientes que manejan glicemias en ayunas con valores mayores a 180 mg/dl. Alrededor de un 30% de los pacientes con niveles de glicemia considerados como buenos en ayunas, tenía su HbA1c en un nivel malo o crítico. Por sí sola, la primera no reveló el verdadero estado del control glicémico, por lo que la disponibilidad de HbA1c debe garantizarse en todas las áreas de salud de

Costa Rica, para su uso cada 3 meses, como se especifica en las normas de la Seguridad Social.<sup>40</sup>

### 1.1.3. Antecedentes locales

El presente trabajo investigativo se llevó a cabo en el Sector de Cot Norte, que pertenece al Área de Salud de Oreamuno. El mismo se encuentra ubicado en el Cantón de Oreamuno, a una distancia de 27 kilómetros de San José, al norte de la provincia de Cartago y en las faldas del Volcán Irazú.

Para conocer mejor a esta comunidad es importante decir que cuenta con 13 kilómetros cuadrados y con una población total de 7380 personas. El sector norte de esta población abarca 7 kilómetros y cuenta con 4262 habitantes. Se ubica a una altitud de 2100 metros sobre el nivel del mar, y es un pueblo caracterizado por un relieve escarpado y un clima frío y nublado durante la mayor parte del año.<sup>41</sup>

Las enfermedades crónicas son, hoy en día, un problema de importancia en este sector.

En el año 2001, los pacientes contabilizados con hipertensión arterial en el sector eran 334. Sin embargo, estas cifras pertenecían a todo el sector de Cot. Actualmente la población se encuentra dividida en dos sectores, ya que la cantidad de habitantes ha crecido considerablemente y los servicios en salud se tornaron

---

<sup>40</sup> Lacle Murray, Adriana y Jiménez-Navarrete, Manuel Francisco. (2004, sep) Calidad del control glicémico según la hemoglobina glicosilada vs la glicemia en ayunas: análisis en una población urbana y otra rural de diabéticos costarricenses. Acta méd. costarric, 46(3)139-144

<sup>41</sup> Análisis de Situación de Salud, (2006). EBAIS Cot Norte, Área de Salud de Oreamuno, Cartago. Costa Rica

insuficientes, razón por lo que se debió incluir un médico más en la atención y se realizó la división antes mencionada.<sup>42</sup>

En el año 2007, la población hipertensa del sector creció y se contabilizaron 256 pacientes con esta patología. Esto equivale al 6% de la población total de Cot Norte. De estos, 115 son mujeres y 139 hombres.<sup>43</sup>

En este EBAIS, al igual que en todos los centros de atención de la Caja, se siguen las guías citadas anteriormente para el manejo de la HTA.<sup>44</sup>

En primer lugar, la detección de la hipertensión consiste en efectuar la medición de la presión arterial (PA) en toda persona mayor de 20 años que no haya sido previamente diagnosticada como hipertensa.

Ésta se puede hacer en cualquiera de las siguientes instancias:

- Por el Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP) en la visita domiciliaria.
- En los lugares de trabajo la medición puede ser realizada por personal calificado, una vez al año, en los trabajadores. También en cada consulta hecha al médico de empresa.
- En una persona que consulte por otros motivos de salud, en cualquier centro de atención.

Se considera una sospecha de hipertensión cuando el promedio de dos mediciones seguidas en el brazo que presente un mayor valor de presión arterial

---

<sup>42</sup> Análisis de Situación de Salud, EBAIS Cot Norte, Área de Salud de Oreamuno, Año 2006.

<sup>43</sup> Registros Médicos, Cot 2007.

<sup>44</sup> Caja Costarricense del Seguro Social Gerencia de División. (2002). Guía para la detección, diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Dirección Técnica de Servicios de Salud, Departamento de Medicina Preventiva. Costa Rica.

supere o sea igual a 130/85. Una persona con sospecha de hipertensión debe referirse al establecimiento de salud para que se descarte o confirme el diagnóstico. Si se trata de una mujer embarazada la referencia debe ser prioritaria.

Una persona con un promedio de presión arterial igual o superior a 180/110, debe considerarse una posible crisis hipertensiva. Además debe considerarse así a cualquier paciente con una presión arterial sistólica superior a 140 y diastólica de más de 90, que además tenga un inicio súbito de:

- Disnea (falta de aire).
- Dolor de pecho.
- Pérdida de fuerza en alguna extremidad.
- Dificultad para hablar.

Estos pacientes deben referirse de inmediato para valoración médica.

En segundo lugar, para diagnosticar a una persona como hipertensa se requiere de al menos dos valoraciones en diferentes ocasiones, espaciadas entre sí por un tiempo prudencial de al menos un mes.

La primera y la segunda valoración son fundamentales para la adecuada detección temprana y la identificación de los factores de riesgo. En éstas se realizan actividades tan importantes como la toma de la presión arterial, la realización y el análisis de los exámenes de laboratorio, la identificación de los factores de riesgo, la educación del paciente y la implementación de tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos.

Además de las guías de atención, con cada paciente atendido se deben cumplir los criterios de calidad solicitados por los compromisos de gestión de la CCSS. Estos son muy similares a lo que se exige en las guías, sin embargo es importante conocerlos puntualmente:

- Concentración: indica cada cuando se debe citar a los pacientes. Esto sería cada seis meses para los pacientes con riesgos A o B y cada cuatro meses para los pacientes con riesgo C.
- Toma de la presión arterial y clasificación según el “Sétimo Informe del Journal National Committee” (JNC7).
- Anotación del índice de masa corporal y clasificación.
- Solicitud e interpretación del EKG anual.
- Solicitud anual de exámenes de laboratorio: pruebas de función renal, glicemia, valores de sodio, potasio y cloro, y examen general de orina.

A continuación se presentan los datos sobre la cobertura de casos de hipertensión arterial atendidos en el año 2007. Se toman las cifras del periodo anterior, ya que son las que se utilizan para los programas del presente año. Es importante resaltar que se han alcanzado cifras importantes de detección temprana, además de una muy buena cobertura en el sector. (Tabla 1).<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> Registros Médicos y de REMES Cot Norte. Fuente: Registros Médicos y REMES Cot Norte 2007

**Tabla 1: Cobertura de pacientes hipertensos en Cot Norte en el año 2007.**

<b>Programa</b>	<b>Población</b>	<b>Porcentaje pactado de cobertura</b>	<b>Cantidad anual</b>	<b>Casos ejecutados en el tercer trimestre</b>	<b>Porcentaje de cobertura en el tercer Trimestre</b>
HTA	256	75%	192	260	101.56%
Debut de HTA	256	4%	10	10	4%

El programa de hipertensos es exitoso. Tiene una alta asistencia de pacientes y cuenta con un adecuado control de los exámenes de laboratorio y del gabinete (radiografía de tórax y electrocardiograma). Por lo tanto, es importante revisar el cumplimiento de los criterios de calidad de la atención de estos pacientes, ya que de nada sirve tener un programa con coberturas adecuadas si no se están efectuando acciones que repercutan positivamente en la vida del paciente y en los indicadores de salud de nuestro país.

## **1.2. Justificación**

La hipertensión es el trastorno cardiovascular más frecuente y afecta aproximadamente al 20% de la población adulta de muchos países. El aumento en la sensibilización ante los efectos de la hipertensión sobre la salud pública y la economía

está haciendo que se preste más atención a la necesidad de elaborar y aplicar programas de control de la calidad en los pacientes con hipertensión.<sup>46</sup>

Las enfermedades del aparato circulatorio representan la primera causa de muerte en Costa Rica desde 1970, tanto en hombres como en mujeres. El 48% de las muertes causadas por éstas se debe a la enfermedad isquémica coronaria y, de esta condición, dos terceras partes al infarto agudo del miocardio<sup>47</sup>.

La calidad de los programas de atención en salud, incluido el de hipertensión arterial, es vital para mejorar las cifras de presión y evitar sus complicaciones. No se puede ignorar la importancia para la salud pública de una patología tan relevante.

Sabemos bien que el control es una función insustituible dentro del proceso administrativo y que constituye el eslabón final de la evaluación. En este análisis sucede que frecuentemente se detectan desvíos que se originan en problemáticas estructurales que requieren de soluciones. En estos casos, se debería articular las acciones de enlace necesarias para obtener las soluciones oportunas a los problemas detectados.

El desafío es poder analizar este proceso en su conjunto de modo tal que pueda ser objetivo y comparable, permitiendo conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas. Para alcanzar estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, que desarrolle

---

<sup>46</sup> Organización Panamericana de la Salud disponible en [www.ops.com](http://www.ops.com)

<sup>47</sup> Morice, Ana (1998). Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica. Programa Carmen Costa Rica. 2 ed. Tres Ríos, Costa Rica. Inciensa.

procesos de revisión y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales.

Lo que se pretende crear es un “modelo de evaluación de la calidad” que logre la concordancia real entre el compromiso de gestión, los estándares internacionales de atención en salud y la calidad percibida por el usuario. Con esto se establecerían los mecanismos mediante los cuales esta divergencia de criterios esperados se pueda solucionar. Lo que se pretende alcanzar es establecer una normativa administrativa que involucre la satisfacción del cliente externo y del cliente interno como una de sus metas y a su vez analice la infraestructura y los procesos del centro, y no meramente el cumplimiento de los puntos de un compromiso de gestión.

El beneficio de un estudio de este tipo es lograr una evaluación objetiva entre la teoría y la práctica, por lo que debe comprenderse que una excelente calificación según el compromiso de gestión no debe necesariamente considerarse como una atención de calidad. Sin embargo, debe encontrarse la forma de que una excelente calificación en el modelo propuesto refleje la calidad de la gestión que a su vez involucra la del compromiso de gestión.

Este estudio se considera de relevancia, no solo para la población hipertensa sino para los usuarios del sistema de atención primaria en salud, debido a que el modelo propuesto es aplicable a los distintos programas de éste y a todos los centros

de salud. Debido a que la hipertensión arterial es el problema de salud pública número uno a nivel mundial, en nuestro país y en la comunidad de Cot de Oreamuno de Cartago, se tomó a ésta última como parámetro para la aplicación de esta propuesta de modelo<sup>48, 49</sup>.

El propósito del presente trabajo es analizar la calidad percibida en la atención en salud por el usuario interno y el externo, así como el establecimiento de una evaluación integral de la institución prestadora del servicio de atención, en este caso primaria, que utilice los estándares de calidad obtenidos de normativas tanto nacionales como internacionales, según los programas de acreditación vigentes.

El presente estudio es viable pues uno de los investigadores labora directamente en el EBAIS de Cot. Esto facilita el abordaje de la población en una manera integral, ya que se logra la investigación de campo dentro del trabajo cotidiano. También se tiene la posibilidad de acceder, cuando sea pertinente, a la información del área de salud de Oreamuno, debido a la anuencia de las jefaturas del área para quienes el presente estudio en esta región debe ser un importante parámetro y punto de partida en el control adecuado de los pacientes. La realización del estudio es factible pues se atiende a los pacientes hipertensos una vez cada tres o seis meses, por lo que en el período definido para el mismo se valorará una muestra significativa de los pacientes con esta patología. Se cuenta además con la previa autorización de los pacientes para quienes este estudio también es de vital importancia. Se respetará la decisión del paciente de formar parte o no de éste y de tener acceso a la información de la cual

---

<sup>48</sup> Registros Médicos y de REMES Cot Norte

<sup>49</sup> *Análisis de Situación de Salud*, (2006). EBAIS Cot Norte, Área de Salud de Oreamuno, Cartago. Costa Rica.

forma parte durante la investigación. El aporte de este proyecto dentro del campo de la administración se refiere a la optimización de la gestión de la calidad en la búsqueda de ésta en la atención, definida previamente según los parámetros de eficiencia, eficacia y efectividad.

### **1.3. Formulación, definición y delimitación del problema**

La prestación de los servicios de salud con alta calidad puede parecer, a primera vista, un lujo más allá de los límites presupuestarios de los sistemas de salud de los países en desarrollo. Sin embargo, en muchos casos la mejora continua se puede realizar con recursos limitados. La atención con calidad es esencial para el éxito de los programas de atención primaria y los administradores con recursos restringidos no pueden hacer caso omiso de ello.

De esta manera, y con el objetivo de mejorar de manera continua la gestión y la calidad de la prestación de servicios en salud, se plantea el siguiente problema:

**¿Qué opinión tienen los usuarios, externos e internos, de la calidad de los servicios y la gestión de salud y cuál es el estado actual de los componentes del proceso, si se toma como ejemplo el programa de hipertensión arterial del EBAIS de Cot norte durante el año 2008?**

### **1.4. Objetivo general y objetivos específicos**

#### **1.4.1. Objetivo general**

Proponer un modelo evaluación de la gestión de la calidad en la atención primaria en salud utilizando como base el programa Hipertensión Arterial que

brinda el EBAIS de Cot Norte de Oreamuno de Cartago, mediante la formulación, aplicación y validación de un modelo prototipo que sirva de experiencia piloto en la detección y abordaje de las deficiencias (oportunidades de mejora) detectadas así como el estímulo de las fortalezas (buenas prácticas) que contribuyan al logro de la satisfacción de los usuarios de un centro de salud.

#### **1.4.2. Objetivos específicos:**

- Formular un modelo para la evaluación de la gestión de la calidad en la atención primaria en salud que considere los componentes relevantes para la atención (instalaciones físicas y procesos) y los elementos requeridos para establecer la percepción de los usuarios internos (colaboradores) y externos (pacientes) de un EBAIS.
- Generar una experiencia piloto mediante la aplicación del modelo formulado en uno de los programas existentes en el EBAIS, como es el programa para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.
- Determinar las deficiencias (oportunidades de mejora) detectadas así como las fortalezas (buenas prácticas) empleadas en el EBAIS que surjan de la aplicación como experiencia piloto del modelo al programa de atención seleccionado.
- Plantear soluciones específicas y sugerencias generales que contribuyan a la mejora continua de la prestación de los servicios de salud brindados por el EBAIS de Cot Norte.
- Proponer el modelo validado para la evaluación de la gestión de la calidad en la atención primaria en salud que brindan los EBAIS como una contribución al fortalecimiento de la evaluación vigente de la CCSS la cual está fundamentada en los compromisos de gestión.

## **Capítulo II: Marco teórico**

### **Modelos de gestión de la calidad aplicados a la atención primaria**

Hoy en día, el término calidad es trascendental no solamente en el sector privado productivo, sino en los sectores públicos sociales. Este concepto se ha tornado indispensable en la función de los servicios de salud a todos los niveles. Tanto en el área de la administración y gestión como en sociedades científicas y foros profesionales, se trata y pondera con gran relevancia este tema.<sup>50</sup>

En este apartado del presente trabajo se demarcarán los conceptos básicos que han de servir como marco de referencia, para después analizar lo que representan los principales modelos que se han venido aplicando en el sector salud (ISO, EFQM y JCAHO, SIX sigma), en específico en la atención primaria.

Esta será la plataforma para la materialización del modelo de gestión de la calidad, contextualizado en el EBAIS de Cot.

### **El concepto de calidad y su aplicación a los servicios de salud**

El concepto de calidad se puede definir de varias formas. A continuación presentamos varias definiciones que pueden encontrarse en la literatura sobre el tema.

---

<sup>50</sup> Saturno P.J. (2003) Marco Conceptual para la gestión de la calidad. Manual del master a distancia sobre la calidad en servicios de salud. Módulo 1. Universidad de Murcia.

“La totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a su capacidad para satisfacer las necesidades de cierto usuario”.<sup>51</sup> Ésta es una definición general de calidad , no tiene relación específica con un sistema.

"El objetivo fundamental de un sistema de garantía de calidad será el hacer más efectiva la asistencia médica, mejorando el nivel de la salud y el grado de satisfacción de la población con los recursos que la sociedad y los individuos han decidido destinar a la asistencia sanitaria."<sup>52</sup> Esta definición de se refiere a la atención, y señala como ésta se traduce en una mejora del nivel de la salud en la población, así como en el grado de satisfacción del cliente interno y del externo, como resultado de una gestión de calidad que utiliza en forma responsable los recursos que la sociedad ha destinado a la asistencia medica.

“Hacer correctamente las cosas correctas”.<sup>53</sup> Esta definición recalca que en la búsqueda de la calidad no solo se logra la realización de un acto, sino que este último debe ser siempre correcto. Para ello se requiere de una infraestructura y regulación de procesos que garanticen una atención de primera.

“El grado en que los servicios de salud, destinados a los individuos y a las poblaciones, aumenta la probabilidad de conseguir unos resultados de salud óptimos y compatibles con los conocimientos actuales de los profesionales”.<sup>54</sup>

“Compromiso de todas las personas de una organización que quieren hacer las cosas mejor aplicando el conocimiento disponible y aprovechando cualquier oportunidad de mejora para satisfacer las expectativas de los usuarios, cuidando de su

---

<sup>51</sup> <http://www.asq.org/> (2008, 20 julio)

<sup>52</sup> Institute of Medicine de la National Academy of Sciences (1974) Washington

<sup>53</sup> J.A. Muir Gray, 1997.

<sup>54</sup> Institute of Medicine de la National Academy of Sciences (1998) Washington

seguridad y haciendo un uso eficiente de los recursos disponibles”.<sup>55</sup> Para lograr una gestión de calidad, que traduce una atención eficiente se requiere un compromiso permanente y capacitado de todos los sectores que interfieren en el proceso en salud.

Estas diferentes definiciones condicionan el enfoque adoptado al abordar su gestión. Concretamente, Dale<sup>56</sup> identifica cuatro etapas o niveles en la evolución de la gestión de la calidad: la inspección, el control, el aseguramiento y la gestión total.<sup>57</sup>

La inspección es un sistema por medio del cual un producto o servicio es evaluado y comparado con los requisitos especificados, para conseguir su conformidad con los mismos. Se cimienta en acciones correctivas (enfoque reactivo) y no suele implicar a los usuarios, ni interno ni externo.

El control sigue siendo un enfoque reactivo, caracterizado por un mayor desarrollo de los métodos y sistemas de la inspección.

El aseguramiento propone el cambio de un enfoque basado en la detección a uno que se base en la prevención. Este enfoque preventivo, tanto en la planificación como en la formación y el adiestramiento del personal, busca la manera controlar los diseños de los productos, servicios y procesos.

Por último, la gestión de la calidad total (GCT) implica la aplicación de los principios de las etapas anteriores, reorientados hacia la figura del usuario, tanto interno como externo.

---

<sup>55</sup> Subcomisión de Calidad. (2002) Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Enero 2002.

<sup>56</sup> Dale, B. G. (1994): *Managing Quality* Second Edition. Prentice Hal. London

<sup>57</sup> Dale, B.G.(1999):*Managing Quality*. Third Edition. Blackwell Publishers Ltd. Oxford

Moreno-Luzón et al (2001) recalcan que la orientación de cada una de las etapas señaladas por Dale tiene carácter acumulativo, de forma que una “dirección hacia las personas (GCT) no excluye, en principio, un interés por los sistemas, el aseguramiento, los procesos (control) y los productos (inspección)”<sup>58</sup>. Así, el concepto de excelencia se define como *“una filosofía de trabajo que da lugar a un proceso dinámico de mejora, en el que el objetivo es alcanzar la eficiencia y la eficacia (...) cumpliendo, al mismo tiempo, con las exigencias de los diversos grupos de personas que se relacionen con la organización [...]”*<sup>59</sup>.

Para la búsqueda de la aplicación de la gestión de calidad total en salud es necesario demarcar tres niveles. El primero se fundamenta en que el prestador del servicio conozca y diseñe el producto con base en las necesidades y expectativas del usuario potencial. El segundo es aplicar este diseño a sectores específicos, como los servicios de salud. En éste se analizan dimensiones como el acceso, la infraestructura y la satisfacción, por ejemplo. El último regula detalladamente la calidad de los procesos de atención o servicios concretos, relacionados con los problemas de salud o las situaciones específicas.

Cada proceso o servicio concreto tiene su propia definición de calidad en términos operativos y medibles (criterios, indicadores, estándares, etc.) que deben concordar con el concepto genérico que se esté utilizando. En los centros de salud, por la diversidad de servicios que se ofrece, es muy difícil conjuntar una serie de indicadores que mida, de forma específica y completa, la calidad. Cualquier modelo

---

<sup>58</sup> Moreno-Luzón, M.D.; Peris Bonet, F.J. y González Cruz, T. (2001): Gestión de la calidad y diseño de organizaciones. Teoría y estudio de casos, Pearson Educación, S.A . Madrid, España.

<sup>59</sup> Moreno-Luzón, M.D.; Peris Bonet, F.J. y González Cruz, T. (2001): Gestión de la calidad y diseño de organizaciones. Teoría y estudio de casos, Pearson Educación, S.A . Madrid, España.

basado en un set concreto de criterios, estándares o indicadores va a ser necesariamente parcial.

El concepto de calidad total, mal utilizado frecuentemente como sinónimo de calidad de todos los servicios o dimensiones, es en realidad el resultado práctico de la gestión de ésta en todos los ámbitos de la organización. No es, por lo tanto, exclusiva de los servicios o productos que se ofrecen, sino que incluye el resto de las variables y componentes de la organización (clima organizacional, gerencia) y a sus relaciones con el exterior (proveedores y sociedad)<sup>60</sup>.

El concepto de sistema o programa (en los servicios de salud) se define como “un conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad”<sup>61</sup>.

El término modelo se refiere a algo ejemplar; a una conducta imitable por su perfección (modélica). Puede referirse a una representación, más o menos fiel o idealizada, de la realidad que se quiere obtener. Se utiliza esta concepción en el ámbito científico y, por supuesto, un modelo será mejor en tanto logre representar la realidad que pretende emular<sup>62</sup>.

---

<sup>60</sup> Zeithaml V, Parasuraman A, Berry L. (1993) Calidad total en la gestión de servicios. Madrid, España

<sup>61</sup> AENOR (2000) Guía para la implantación de sistemas de la calidad ISO 9000 en la PYME de comercio y servicios. AENOR. Madrid, España.

<sup>62</sup> Diccionario de la Lengua Española. (1987) Grupo Editorial Océano. Barcelona, España.

## La calidad y los servicios de salud

En los sistemas de salud la calidad se divide en dos ramas que son: la técnica y la percibida. La primera rige desde la perspectiva de los prestadores, con la meta de optimizar la seguridad, la efectividad y la utilidad de las acciones en pro de la salud. Se complementa con una atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios. La percibida por los usuarios evalúa las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que el acto de servicio se desarrolla<sup>63</sup>.

Hasta hace poco, con el auge de los sistemas de calidad y su concepción variable, el énfasis de los programas radicó en la estructura y en los aspectos de regulación, acreditación, certificación y licenciamiento. Hoy en día los procesos tienen mayor importancia, en especial por la búsqueda de atención protocolizada y el empleo de los indicadores intermedios que permitan medir el rendimiento de los servicios<sup>64</sup>.

Como resultado de la calidad técnica en la gestión de los servicios de salud, se espera una mejora en el estado de salud del usuario. Esto abarca tanto el funcionamiento emocional y social del paciente, como su funcionamiento físico.

El interés por la calidad percibida por el usuario se ha extendido desde la percepción del trato recibido en el momento de la asistencia (que suele investigarse mediante encuestas post-hospitalización), y que incluye todos los componentes del proceso de atención (provisión de información, capacidad de elección, gestión

---

<sup>63</sup> Milton T. (1998) Lean and mean: the quality of care in the era of managed care. *J Public Health Policy* 19(1):5–13.

<sup>64</sup> Organización Panamericana de la Salud y Programa de Garantía de la Calidad de la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional. (2000) Principales conclusiones y recomendaciones del Foro Regional de Calidad, Bogotá, Colombia, 19–21 de mayo de 1999. Washington, D.C.: OPS; 2000.

administrativa, hospedaje, continuidad de los cuidados entre niveles de atención, etc.).<sup>65</sup>

Esta “garantía” de los servicios de salud en América Latina y el Caribe ofrece la posibilidad de alianzas estratégicas, tanto entre sectores nacionales como internacionales, pero plantea al mismo tiempo una serie de retos para las autoridades de salud de cada país. Para lograr una gestión de calidad se requiere de inversión en los aspectos económico, tecnológico, humano y logístico<sup>66</sup>. El reto para las autoridades de salud en Costa Rica es garantizar el acceso de toda la población a los servicios, como sucede hasta hoy. Estos deben, a su vez, ser de calidad y estar acordes con el desarrollo sostenible.

Es conveniente, ante el panorama expuesto, que las autoridades de salud y demás actores involucrados profundicen de manera unánime en materia de calidad. Debe definirse en primera instancia el concepto de ésta que se va a adoptar en los programas. Debe evaluarse, analizar y dar a conocer su situación en los servicios de salud en el país y de esta forma determinar aquellas acciones prioritarias que se deben llevar a cabo a corto y mediano plazo. Para lograr que el sistema sea adecuado, las pretensiones, tanto por parte del usuario como del prestador del servicio, deben acoplarse a los recursos disponibles. Como se entiende, el usuario es parte

---

<sup>65</sup> Organización Panamericana de la Salud y Programa de Garantía de la Calidad de la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional. (2000) Principales conclusiones y recomendaciones del Foro Regional de Calidad, Bogotá, Colombia, 19–21 de mayo de 1999. Washington, D.C.: OPS; 2000.

<sup>66</sup> Organización Panamericana de la Salud. (1998) Líneas estratégicas del Programa de Cooperación Técnica en la Calidad de Servicios de Salud. Washington, D.C. OPS.

indispensable de estos programas por lo que se debe definir la manera de incorporarlo así como a la ciudadanía en el proceso.<sup>67</sup>

La evolución de la gestión de calidad dentro de los sistemas de salud latinoamericanos, así como los programas responsables de su garantía y mantenimiento, se originaron y desarrollaron dentro de los hospitales. Hace poco tiempo se extendieron a los centros de atención primaria, lo que ha producido un sesgo que limita los logros de los países en ésta materia.

Los programas actuales, tanto en América Latina como en el Caribe, se están caracterizando por un desarrollo de procesos y no por acciones aisladas y esporádicas. Se observa una reorientación hacia los usuarios y esto se evidencia no solo en los procesos, sino en los resultados. A su vez se puede apreciar una tendencia a adoptar una visión sistémica en la que los hospitales dejan de ser el centro del sistema de salud, con lo que trasciende dentro de este sistema la atención primaria.<sup>68</sup>

## **Los modelos ISO, JCAHO, EFQM y Seis Sigma**

### **2.1 El modelo ISO**

ISO son las siglas que corresponden a International Organization for Standardization, un organismo internacional (federación de organizaciones nacionales) de normalización, creado en 1947 por 25 países. La misión de la ISO es “...*promover el desarrollo de la estandarización y las actividades relacionadas en el mundo, con la*

---

<sup>67</sup> Ross et al. (2000) La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana Salud Publica/Pan Am J Public Health 8.

<sup>68</sup> Organización Panamericana de la Salud. (1997, 17 a 19 noviembre) Informe sobre la Reunión Regional sobre Programas de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en el Marco de las Reformas Sectoriales, Relatoría General, Buenos Aires, Argentina.

*visión de facilitar el intercambio internacional de bienes y servicios y desarrollar la cooperación en la actividad intelectual, científica, tecnológica y comercial.*<sup>69</sup>

En el lenguaje ISO, una norma es un documento técnico que contiene las especificaciones del producto, maquinaria, material o técnica que se normaliza. La conformidad con los requisitos contenidos en la norma lleva a la certificación aquello a que se refiere la misma.

Se han dado intentos de adaptación, al menos en el lenguaje, pero hasta el momento las normas ISO para el sistema de gestión de la calidad no son específicas para los centros de salud. Su aplicación es más adaptable en tanto más tangible, automatizable y rutinario sea el servicio o la unidad organizativa a la que se aplique.

En el ámbito nacional, el Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO) es la entidad representante ante la ISO. Cada país denomina su normativa según sus propios intereses. Se establecen así relaciones entre la norma ISO y las adaptaciones particulares de cada país. En Costa Rica, INTECO decidió denominarlas INTE-ISO 9000.

La equivalencia entre la certificación ISO, según la norma 9001:2000, y la provisión de un servicio de calidad no puede ni debe ser establecida. Esta es definida como una *“acción llevada a cabo por una entidad reconocida como independiente de las partes interesadas, mediante la que se manifiesta la conformidad, solicitada con carácter voluntario, de una determinada empresa, producto, proceso o servicio con los*

---

<sup>69</sup> Rojas Vásquez, Gerardo. 2000 ¿Cuánto conocemos de las normas ISO 9000? Tecnología ICE, Costa Rica

*requisitos definidos en las normas o especificaciones técnicas*,”<sup>70</sup> es una actividad de enfoque esencialmente externo y hay que renovarla periódicamente.

Las normas ISO 9000 no aportan especificaciones para un producto o servicio en particular, sino lineamientos genéricos para el montaje de sistemas de gestión y aseguramiento de la calidad.<sup>71</sup> Ha sido criticado, en especial porque “... *ISO 9000 no asegura calidad. Si se especifica basura, se obtendrá basura.*”<sup>72</sup>. Esto conllevó, luego de un análisis de otros programas como “Baldrige Award”, “The Deming Prize”, y “European Quality Award”, así como “Six Sigma process”, a postular ocho principios de administración en el año 2000.

Los principios básicos de la ISO son<sup>73</sup>:

- Organización enfocada al cliente.
- Liderazgo.
- Consideración de la gente. La gente, en todos los niveles, es la esencia de la organización y, por ello, deben considerarse sus capacidades en pro de la organización.
- Enfocado a los procesos.
- Identificación de la administración con el sistema.

---

<sup>70</sup> Rojas Vásquez, Gerardo. 2000 ¿Cuánto conocemos de las normas ISO 9000? Tecnología ICE, Costa Rica

<sup>71</sup> ¿ Ivanov Nicholas y Prado Rocío. (1994, julio) Qué es un estándar? Revisión Ejecutiva. Seminario de Sensibilización Gerencial del Proceso de Gestión de Calidad., San José, Costa Rica

<sup>72</sup> West, Jack, A. Cianfrani y J. Tsiakals Joseph Standards Outlook. (2000, enero) “The Big Picture. A context for ISO 9001 and ISO 9004”.. Quality Progress 33(1). .

<sup>73</sup> West, Jack, A. Cianfrani y J. Tsiakals Joseph. (2000) “Quality Management Principles: Foundation of ISO 9000:2000 Family. Practical application came first”. Standards Outlook. Quality Progress. 33(2).

- Mejora continua.
- Aprovechamiento del sistema para la toma de decisiones.
- Beneficio mutuo de la organización y el proveedor.

ISO 9001:2000, a diferencia de su predecesora, además del enfoque por procesos se caracteriza por<sup>74</sup> el mejoramiento continuo, la satisfacción del cliente, la medición y las técnicas estadísticas y la reducción del rango.

## 2.2. El modelo JCAHO

La *Joint Commission International* (JCI) fue creada en los Estados Unidos de Norteamérica en 1951. Se encarga de brindar entrenamiento, educación y pautas con el fin de garantizar la seguridad de los servicios de salud. También brinda consultoría y acreditación internacional<sup>75</sup>.

Se asemeja a la ISO en tanto provee una autorregulación voluntaria, mediante la identificación de estándares a nivel profesional. La diferencia radica en que es aplicable a nivel hospitalario y no industrial; habla de estándares y no de normas; acredita en vez de certificar.

Para lograr la acreditación, las instituciones deben<sup>76</sup>:

- Saber cuáles son sus resultados.
- Realizar un análisis de sus resultados para encontrar sus fortalezas y debilidades.

<sup>74</sup> West, Jack, A. Cianfrani y J. Tsiakals Joseph (1999, noviembre) ISO 9000:2000 A Shift in Focus". Changes in requirements. Standards Outlook, Quality Progress. 32(11)

<sup>75</sup> Joint Commission International Accreditation (2005) Standards for ambulatory care. JCAHO. Oakbrook Terrace. USA

<sup>76</sup> JCAHO (2005) Comprehensive Accreditation Manual for ambulatory care. Oakbrook Terrace. Estados Unidos de Norteamérica. 2005-2006

- Comparar sus resultados con los de otros centros hospitalarios.
- Aceptar la publicidad de sus éxitos y de sus errores.

En la JCI la acreditación se basa en la aprobación de estándares de calidad. Estos se desarrollan según amplias fuentes de información, literatura científica, evaluación de datos de acatamiento, resultados de investigaciones, recomendaciones de expertos y el consenso del Grupo de Desarrollo. Son evaluados por expertos de diez países, por seis grupos focales en diferentes regiones del mundo, cuenta con expertos en derechos del paciente y la familia y en manejo de la planta física. Para la estipulación de cada estándar se realiza un proceso de evaluación probado en cinco países y por último la aprobación final del grupo y del Directorio Ejecutivo<sup>77</sup>.

Los estándares pasaron de estar únicamente a nivel estructural a evaluar también procesos y resultados. Además, se intenta que la acreditación ya no sea una evaluación solo externa, sino que funcione como herramienta para la mejora continua que visualice sistemas y no individuos, a través de la puntualidad, continuidad, eficiencia, disponibilidad, efectividad, seguridad, respeto y cuidado.

Dos ejemplos claros de aportes de los principios fundamentales de la JC que pueden mencionarse son el establecimiento del expediente clínico y los programas para el control de infecciones<sup>78</sup>.

La acreditación de la JCI busca mejorar la atención y la seguridad del usuario, disminuir los costos, aumentar la eficacia y la confianza pública, así como mejorar las fuentes de pago y aumentar las posibilidades de incorporación a redes sanitarias.

---

<sup>77</sup> <http://www.jointcommissioninternational.org/> (2008, marzo 23)

<sup>78</sup> <http://www.jointcommissioninternational.org/> (julio 22 2008)

Dentro de las características que este sistema provee a la acreditación, pueden mencionarse la importancia del paciente y los buenos servicios, que se cuente con procesos coordinados y eficientes para los cuidados sanitarios, una disminución de los riesgos para el centro médico y el medio ambiente y que el personal esté actualizado. Todo esto se logra mediante el uso de estándares y pautas que pretenden mejorar de manera continua la seguridad y la calidad de los cuidados sanitarios, basados en las necesidades del usuario y hechos para ser interpretados y evaluados de acuerdo con el contexto jurídico y cultural de cada país.

### 2.3. El modelo EFQM

EFQM son las siglas de la European Foundation for Quality Management, fundada en 1988 por 14 grandes empresas europeas<sup>79</sup>.

Es similar a la ISO por su origen empresarial, sin embargo no es un proceso de certificación externa. Es más bien un modelo de referencia para la autoevaluación del grado de excelencia de una empresa determinada<sup>80</sup>. En Europa se ha utilizado en forma importante en el área de la salud como resultado de adaptaciones del modelo empresarial a organizaciones públicas, esto a partir de 1998.

En este modelo se cambian los términos de normas y estándares por el de criterios, que se consideran como áreas macro que formarán parte de la evaluación. Cada una de éstas está formada por sub criterios y varios grados de cumplimiento.

---

<sup>79</sup> <http://www.efqm.org> (2008, 20 julio)

<sup>80</sup> A.I. Zardoya, I.R. Guevara, J. García M. (2007). El Modelo EFQM en el sector salud. Cuadernos de CC.EE. y EE., España. (52) 103-125

Estos, a su vez, se reúnen en los llamados agentes o facilitadores, entre los que se menciona a las personas, el liderazgo, la política y la estrategia, las alianzas y los recursos, los procesos y los resultados. A partir de esto se genera una puntuación determinada para cada criterio, de acuerdo con el nivel de cumplimiento. Todo esto suma un total de 1000 puntos<sup>81</sup>.

Este modelo no tiene como finalidad certificar ni acreditar, sino pretende destacar los puntos que se deben mejorar en el campo organizacional que se autoevalúa. Para esto se toman como base ocho fundamentos de excelencia que se citan a continuación<sup>82</sup>:

- Orientar los resultados.
- Orientar al cliente.
- Liderazgo y coherencia en los objetivos.
- Gestión por procesos y hechos.
- Desarrollo e implicación de las personas.
- Aprendizaje, innovación y mejora continuos.
- Desarrollo de alianzas.
- Responsabilidad social.

El marco filosófico del modelo son estos ocho criterios, que recuerdan en parte a los de ISO. Sin embargo en EFQM se hace evidente el énfasis en materia de responsabilidad social, así como la línea de pensamiento filosófico de la calidad total,

---

<sup>81</sup> <http://www.efqm.org> (2008, 19 julio)

<sup>82</sup> A.I. Zardoya, I.R. Guevara, J. García M. (2007). El Modelo EFQM en el sector salud. Cuadernos de CC.EE. y EE., España. (52) 103-125

ya que se da importancia a la calidad propia de la organización, como la satisfacción de los trabajadores por ejemplo. El principal problema de este modelo es su amplio grado de subjetividad en la mayoría de los criterios, pues se adapta a cada región o país específico.

En este modelo se establece la calidad como producto de las personas. Es por esta razón que se da gran importancia al desarrollo constante de los recursos humanos, su accionar, conocimientos y potenciales.

## 2.4 Seis Sigma

El concepto *Seis Sigma* se fundamenta en un principio dado por el Dr. Deming<sup>83</sup>, y nació en la empresa japonesa Motorola.

Se desarrolló y se ha vuelto una filosofía administrativa a nivel mundial<sup>84</sup>. Esta establece que para obtener las mayores ganancias en los resultados finales, las acciones no deben dirigirse a la reducción de costos sino a mejorar la calidad. Esto se logra por medio de un enfoque dirigido hacia el cliente, con manejo eficiente de los datos, metodologías y diseños firmes, que permite eliminar la variabilidad en los procesos y alcanzar un nivel de defectos menor o igual a 3.4 defectos por millón<sup>85</sup>. Se basa entonces en la obtención de resultados óptimos, facilitados por procesos bien definidos que permiten reducir los defectos y los errores.

---

<sup>83</sup> [www.gestiopolis.com](http://www.gestiopolis.com) (La metodología 6 Sigma ¿Qué es? ¿Para qué sirve? ¿Cómo se aplica? ¿Requerimientos para su implementación? ¿Etapas de implementación? (2008, junio 23)

<sup>84</sup> [www.elprisma.com](http://www.elprisma.com) (6 sigma, Apuntes de Administración de Empresas y Negocios, (2008, agosto 2)

<sup>85</sup> [www.conocimientosweb.net/portal/section-viewarticle-9.html](http://www.conocimientosweb.net/portal/section-viewarticle-9.html) (2008, julio 18)

Con la incursión del Seis Sigma se aplica una serie de pasos conocidos como DMAIC, con los que se busca establecer la fuente u origen de la variación. La D significa definir, la M medir, la A analizar, la I corresponde a la palabra en inglés improve, que equivale a mejorar y la C es controlar. Podríamos considerarlo como una modificación del Ciclo de Deming para la mejora continua de planear, hacer, verificar y actuar<sup>86</sup>.

Como efecto consecuente, con la aplicación de esta filosofía se obtiene una reducción de los tiempos de ciclo, de los costos, una alta satisfacción de los clientes y más importante aún, efectos dramáticos en el desempeño financiero de la organización.

Seis Sigma actúa en tres áreas principales:

- Mejorar la satisfacción del cliente.
- Reducir el tiempo del ciclo.
- Reducir los defectos.

De esta forma podemos definir Seis Sigma como:

- Una medida estadística del nivel de desempeño de un proceso o producto.
- Un objetivo para lograr casi la perfección mediante la mejora del desempeño.

---

<sup>86</sup> [www.gestiopolis.com](http://www.gestiopolis.com) (La metodología 6 Sigma ¿Qué es? ¿Para qué sirve? ¿Cómo se aplica? ¿Requerimientos para su implementación? ¿Etapas de implementación? (2008, julio 2)

- Un sistema de dirección para lograr un liderazgo duradero en el negocio y un desempeño de primer nivel en un ámbito global.

Esta filosofía se basa en seis principios:

- Enfoque genuino en el cliente.
- Dirección basada en datos y hechos.
- Los procesos están donde está la acción.
- Dirección preventiva.
- Colaboración sin barreras.
- Búsqueda de la perfección.

## 2.5 Los cuatro modelos

Podríamos resumir lo anterior de la siguiente manera:

- El modelo JCAHO es el único que es, en origen, específico para los servicios de salud. Sin embargo, los otros tres modelos (ISO, EFQM y DMAIC), de origen genérico e industrial, han intentado, y posiblemente seguirán intentando, producir adaptaciones específicas para estos.
- ISO y JCAHO están pensados como programas externos que llevan a un reconocimiento (certificación o acreditación), mientras que el modelo EFQM se ofrece para la autoevaluación, aunque precisa de una auditoría externa si se

quiere recibir reconocimiento. El Seis Sigma es un programa tanto interno como externo que optimiza los resultados a través de la optimización de los procesos.

- Seis Sigma es un modelo DMAIC preventivo, no reactivo a diferencia de ISO y JCAHO.

Con base en la experiencia podemos afirmar que los cuatro modelos pueden ser medios de obtener una gestión de calidad adecuada. Sin embargo ninguno de los cuatro, una vez aplicado, garantiza la inexistencia de problemas. Esto se debe probablemente, entre otras cosas, al alcance necesariamente parcial de todos ellos.

## **Capítulo III: Marco metodológico**

### **3.1. Tipo de investigación**

La investigación realizada es de tipo cualitativo, ya que el propósito de este estudio ha sido analizar la percepción de la calidad de la atención en salud del usuario interno y externo de Cot Norte de Oreamuno y realizar una lista de verificación de los componentes primordiales del proceso de atención.

### **3.2. Área de estudio**

El estudio se realiza en el Área de Salud de Oreamuno, específicamente en una muestra tomada de los pacientes pertenecientes a la población hipertensa del EBAIS de Cot Norte.

### **3.3. Unidades de análisis o sujetos / objetos de estudio**

El universo está compuesto por la población hipertensa y los funcionarios del EBAIS de Cot Norte.

La muestra cuenta con un total de 60 de un total de 260 pacientes hipertensos de la comunidad, con lo cual se garantiza una fracción de muestreo no menor al 20 por ciento. Además, se consideraron los funcionarios del EBAIS.

### **3.4. Fuentes de información**

Las fuentes de información primaria serán:

- Los pacientes hipertensos pertenecientes al programa.
- El personal del EBAIS.
- Las encuestas aplicadas a la población muestra.

- El sistema de información del EBAIS de Cot Norte.

Las fuentes secundarias serán:

- La bibliografía consultada y referida.
- Trabajos finales de graduación, tesis de posgrado, libros de texto, revistas y documentos de Internet.

### **3.5. Selección y aplicabilidad de las técnicas e instrumentos**

El trabajo de investigación se realizó en la población y el personal antes mencionados. Se aplicaron dos encuestas para lograr el conocimiento sobre la percepción de la calidad de los usuarios internos y externos. Además se levantó una lista de verificación con los principales componentes del proceso de atención en salud.

La información se recolectó de forma manual. Las encuestas fueron aplicadas por los investigadores y posteriormente se llevó a cabo la revisión de la lista de verificación.

Las técnicas que se utilizaron, fueron:

- La encuesta.
- El cuestionario.
- La lista de verificación.
- La escala de Likert.
- El análisis de contenido.

### 3.6. Cuadros de descripción de las categorías del análisis de los estudios cualitativos

**Problema:** ¿Qué opinión tienen los usuarios, externos e internos, de la calidad de los servicios y la gestión de salud y cuál es el estado actual de los componentes del proceso, si se toma como ejemplo el programa de hipertensión arterial del EBAIS de Cot norte durante el año 2008?

**Objetivo General:** Proponer un modelo evaluación de la gestión de la calidad en la atención primaria en salud utilizando como base el programa Hipertensión Arterial que brinda el EBAIS de Cot Norte de Oreamuno de Cartago, mediante la formulación, aplicación y validación de un modelo prototipo que sirva de experiencia piloto en la detección y abordaje de las deficiencias (oportunidades de mejora) detectadas así como el estímulo de las fortalezas (buenas prácticas) que contribuyan al logro de la satisfacción de los usuarios de un centro de salud.

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Definición instrumental
Formular un modelo para la evaluación de la gestión de la calidad de la atención primaria en salud, que considere los componentes relevantes para la atención (instalaciones físicas y procesos) y los elementos requeridos para	Calidad.	Formular un modelo para la evaluación de la calidad de los centros de salud.	Evaluación de la calidad de los centros de salud.	Modelo para la evaluación de la calidad de los centros de salud:  - Los componentes relevantes para la atención (instalaciones físicas y procesos).  - Los elementos para determinar la percepción de los usuarios externos (pacientes).	Análisis del contenido y formulación del modelo.  Realización de la lista de verificación bajo el formato de la hoja de cotejo.  aplicar la encuesta de satisfacción del usuario interno bajo el formato de cuestionario.

establecer la percepción de los usuarios internos (colaboradores) y externos (pacientes) de un EBAIS.				- Los elementos requeridos para establecer la percepción de los usuarios internos (colaboradores) de un EBAIS.	aplicar la encuesta de satisfacción del usuario externo bajo el formato de escala tipo Likert.
---	--	--	--	--	--

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Definición instrumental
Generar una experiencia piloto mediante la aplicación del modelo formulado en uno de los programas existentes en el EBAIS, como es el programa para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.	Calidad.	Aplicación del modelo.	Calidad.	<p>Modelo para la evaluación de la calidad de los centros de salud:</p> <p>- Los componentes relevantes para la atención (instalaciones físicas y procesos).</p> <p>- Los elementos para determinar la percepción de los usuarios externos (pacientes).</p> <p>- Los elementos requeridos para establecer la percepción de los usuarios internos (colaboradores) de un EBAIS.</p>	<p>Trabajo de campo para la recolección de la información.</p> <p>Elaborar la lista de verificación bajo el formato de la hoja de cotejo.</p> <p>Aplicar la encuesta de satisfacción del usuario interno bajo el formato de cuestionario.</p> <p>Aplicar la encuesta de satisfacción del usuario externo bajo el formato de escala tipo Likert.</p>

<b>Objetivo específico</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Definición instrumental</b>
Determinar las deficiencias (oportunidades de mejora) y las fortalezas (buenas prácticas) que surjan de la aplicación del modelo al programa de atención seleccionado.	Deficiencias y fortalezas.	Las deficiencias se verán como oportunidades de mejora y las fortalezas como buenas prácticas.			

<b>Objetivo específico</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Definición instrumental</b>
Plantear soluciones específicas y sugerencias generales que contribuyan a la mejora continua de la prestación de los servicios de salud brindados por el EBAIS de Cot Norte.	Soluciones y sugerencias.	Determinar mediante las fortalezas y deficiencias encontradas posibles soluciones y sugerencias para el centro de salud.	Soluciones y sugerencias.	Definir las soluciones y sugerencias mediante las fortalezas encontradas y las debilidades con base a los parámetros evaluados.	Análisis de la información.

### 3.7. Cronograma según las fases investigativas

Fase	Fecha
I. Elaboración y aprobación del protocolo.	Del 22 de setiembre al 1 <sup>ro</sup> de diciembre del 2007.
II. Diseño y aplicación de técnicas e Instrumentos.	Del 1 <sup>ro</sup> de enero al 30 de mayo del 2008.
III. Recolección de la información.	Del 1 <sup>ro</sup> al 30 de junio del 2008.
IV. Tabulación y análisis de la información.	Del 1 <sup>ro</sup> al 14 de julio del 2008.
V. Elaboración del informe final.	Del 15 al 30 de julio del 2008.

## Capítulo IV: Resultados

Tras el análisis del marco teórico, se procedió a formular un modelo de evaluación de la calidad en la atención primaria en salud. Para realizarlo se contó con el aporte de cuatro de las más modernas metodologías de evaluación de la calidad que se encuentran vigentes en la actualidad. Considerando que hoy en día la CCSS aplica los compromisos de gestión, que evalúan la atención clínica en salud, se trataron de valorar con este modelo diferentes áreas para complementar lo hecho hasta el momento en este campo.

El modelo se centró en tres áreas diferentes: la lista de verificación de las instalaciones físicas y de los procesos (la pre-consulta, la consulta y los complementos de la consulta), la satisfacción del usuario externo y la satisfacción del usuario interno.

Para cada sección se diseñó un instrumento que se puede aplicar en forma manual y posteriormente ingresarlo a un programa realizado especialmente para facilitar el análisis de los datos y las calificaciones.

A cada área se le asignó un peso porcentual para posteriormente realizar una calificación de toda la evaluación. Los puntajes asignados son los siguientes:

- Lista de verificación de las instalaciones físicas y los procesos: 50%.
- Satisfacción del cliente externo: 30%.
- Satisfacción del cliente interno: 20%.

La lista de verificación consta de 11 rubros, cada uno con una calificación que puede ir de 0 a 100. Estos corresponden a infraestructura, equipo y materiales, limpieza, información, prevención, procedimientos, enfermería, consulta, medicamentos, referencia y gestión. Los cuatro pilares de esta lista son los

componentes que conllevan doble puntaje al momento de la calificación y la ponderación final. Estos últimos son: información, procedimientos, consulta y gestión. Esto implica que la calificación de este instrumento se divide entre quince. Los cuatro componentes mencionados (con doble valor) equivalen a ocho de las quince divisiones posibles, mientras que los siete rubros, con valor sencillo ocupan una de las restantes siete divisiones.

La encuesta de satisfacción del cliente externo cuenta con tres apartados principales. El primero contiene la información general del usuario, el segundo interroga sobre su percepción del centro de salud y el último incluye sus comentarios y sugerencias. Para la obtención de la calificación de esta sección se toma en cuenta la segunda parte de la encuesta, que comprende quince preguntas directas, cada una recibe igual valor: un punto si la respuesta es afirmativa, cero si negativa. La calificación se obtiene dividiendo 100 entre quince y multiplicando este resultado por la cantidad de enunciados positivos.

La encuesta de satisfacción del cliente interno también tiene una nota máxima de 100. Ésta se obtiene a partir de veintidós preguntas que tienen el mismo valor. Cada pregunta recibe un puntaje de entre uno y cinco, según la respuesta seleccionada y presenta cinco opciones de respuesta.

Por lo tanto, las tres etapas tienen una calificación máxima individual de 100. Se les otorgan los porcentajes respectivos de acuerdo con el equilibrio que debe imperar en el modelo entre los elementos subjetivos que se evalúan. Éste está dado tanto por la satisfacción del cliente interno y externo (50%), como por los elementos objetivos obtenidos por medio de la lista de verificación (50%). La nota de aprobación

final es 80%, y lo que se espera idealmente es que sus tres componentes principales obtengan una calificación mayor a ésta.

Una nota final de 90 o superior es catalogada como excelente, y será digna de mención, felicitación y remuneración económica administradas por el personal del EBAIS para beneficio del mismo, y que se usará con el fin de corregir las deficiencias que se detecten.

Debe mencionarse que, como criterio de aprobación, el EBAIS que ha obtenido aprobación previamente debe mejorar su calificación en al menos un 2% en cada evaluación posterior.

Después de haber sido formulado, este modelo se aplicó, como plan piloto, en el EBAIS de Cot Norte. Se tomó una muestra de pacientes que correspondió a aquellos inscritos en el programa de hipertensión arterial, para evaluar la sección de satisfacción del usuario externo.

A continuación presentamos los resultados obtenidos.

#### **4.1. Lista de verificación de las instalaciones físicas y los procesos**

En esta primera etapa se logró implementar una de las tres herramientas diseñadas para este modelo de diagnóstico. Consta de una lista de verificación, tanto de las instalaciones físicas del centro de atención en salud como de los procesos que se llevan a cabo en éste.

#### **4.1.1. Infraestructura**

En materia de infraestructura, el EBAIS tiene una calificación del 50%. Es necesario rescatar que, a pesar del porcentaje obtenido, el centro médico cuenta con los servicios básicos, servicios sanitarios y ambientes definidos para la información de los usuarios, validación de derechos, salas de espera, consultorios de medicina general y otras especialidades, además de los servicios generales como mantenimiento y aseo.

Sin embargo, hay carencias en la infraestructura. Esto se evidencia por el deterioro de las paredes y la inadecuada iluminación, así como por el mal estado del sistema eléctrico del inmueble. Por motivos de espacio no hay lugar específico para la colocación de utensilios, por lo que estos se localizan arbitrariamente sin una adecuada regulación.

#### **4.1.2. Materiales y equipo**

El EBAIS no cuenta con el equipo básico para la atención. En relación con el consultorio médico, por ejemplo, no hay un negatoscopio; las salas de espera son muy pequeñas, por lo que no le dan comodidad al usuario; además no se cuenta con alta tecnología: no hay internet ni programas informáticos, y la única computadora es la del personal de REMES, a la que no pueden tener acceso los otros funcionarios. Sin embargo se cuenta con normas y procedimientos sobre las fallas en los equipos, especialmente sobre la cadena de frío. Además se cuenta con procedimientos para detectar fallas y técnicas obsoletas.

#### **4.1.3. Prevención**

En materia de prevención, el centro de salud tiene en este momento una calificación de 100%. Se cuenta con información completa de la población, así como con programas educativos y de capacitación del personal en esta área. Esto implica que el centro de salud está haciendo esfuerzos para mejorar la calidad de vida en la comunidad y de esta forma evitar que el paciente enferme y requiera intervención médica.

#### **4.1.4. Información**

En este apartado se encuentra una debilidad importante del centro de salud y esto se muestra con una calificación de 0, la más baja de toda la lista de verificación. Este dramático resultado se debe a que el personal no cuenta con gafetes distintivos, ya sea porque no los utilizan o porque no los poseen. No existe tampoco un sistema o buzón de sugerencias o quejas visible para los usuarios. Esto implica que existe poca comunicación con el usuario externo. Cabe destacar que no hay una adecuada señalización para los pacientes sobre los trámites a seguir y sobre los diferentes espacios del centro de salud, como los consultorios. No se cuenta con afiches informativos sobre los programas ofrecidos ni con un funcionario responsable de la información.

#### **4.1.5. Limpieza**

En este aspecto, sobresale la carencia en el aspecto normativo: el descenso en la calificación de este rubro se debe a la falta de un manual de procedimientos y

funciones que el personal conozca; también la inexistencia de un programa de capacitación para el personal de esta área sobre la correcta utilización de los desinfectantes y procedimientos. Por lo anterior, la calificación de esta sección es 66,66%.

#### **4.1.6. Procedimientos**

El EBAIS tiene una calificación que se acerca a lo deseado en este apartado: 75%. Esto refleja una reglamentación de la consulta médica y sus complementos bien establecida. Hay una deficiencia en el tiempo de espera para la consulta del paciente, que está acorde con lo reflejado por el usuario externo y la carencia de un programa de motivación al personal, que a su vez concuerda con lo expresado por el usuario interno.

#### **4.1.7. Enfermería**

El área de enfermería, al igual que la de prevención, son las únicas dos de esta lista de verificación con calificación del 100%. Puede señalarse aquí un equilibrio en la ejecución de los procedimientos, la educación al paciente y la detección de las carencias en su sistema de atención mediante la reunión de control de la calidad de su respectiva área de salud.

#### **4.1.8. Consulta**

La calificación obtenida en este rubro es adecuada según el listado de verificación. Equivale a un 84,16%. Es importante que aunque en Cot no se cuente con un laboratorio clínico que cumpla con una jornada de 6 horas como mínimo, se

puede acceder a éste en la sede del Área en San Rafael de Oreamuno. Dicho despacho cumple con un horario de 9 horas diarias.

Un punto débil es la falta de un servicio de radiología. Por lo demás este apartado muestra la fortaleza del personal frente a las carencias tanto en infraestructura, como en equipo y capacitación. Se tiene bien regulado el número de pacientes que se va a atender, se cuenta con la papelería adecuada y se siguen normas de atención con el cumplimiento del compromiso de gestión. Se evidencia entonces que la consulta es un componente de la calidad de atención pero no la única herramienta de evaluación.

#### **4.1.9. Medicamentos**

Para el área de farmacia se obtuvo una calificación de 85.71%. Lo único que no cumple con los criterios necesarios es que la farmacia del EBAIS no es dirigida por un farmacéutico, sino por dos técnicos en farmacia. La Jefatura si es dirigida por un profesional en esta rama, pero se encuentra en la sede del área. Para el resto de los procedimientos se cuenta con las normas adecuadas para el almacenamiento, la reposición y la atención cordial.

#### **4.1.10. Referencia**

En esta sección se alcanzó una calificación de 71.43%. Las fallas en este punto son que no se cuenta con una ambulancia en el EBAIS y no se encuentran debidamente normadas las competencias de atención y referencia.

#### 4.1.11. Gestión

En este último apartado, que es el pilar que sostiene a todos los demás, se obtuvo un 75%. Los mayores problemas son que no se cuente con un comité de calidad y además que no exista una programación mensual de educación médica continua sobre las patologías más importantes.

Es importante mencionar que el médico, por disposición de la CCSS, ostenta un cargo interino la mayoría del tiempo. Sin embargo, a pesar de esta deficiencia, la estructura del centro de salud se guía por las estrategias definidas por la CCSS y se revisa en forma periódica para garantizar su cumplimiento. Se cuenta también con un inventario de equipo, instrumental y laboratorio, así como con un listado de cada uno de los servicios que otorga la institución.

Existe una declaración escrita de la misión y la visión. Todo el personal y los miembros de la dirección y de la comunidad están familiarizados con ella. Se cuenta además con manuales acerca de los procedimientos administrativos y los trámites de rutina. En éste se encuentran estipulados en forma escrita los principales pasos a seguir en cada circuito.

La calificación final de la sección de la lista de verificación fue de 65%. Ésta está por debajo del 80% considerado como mínimo aceptable. Hemos encontrado entre las principales deficiencias la infraestructura y el equipo. Se valora que el proceso de la consulta, que involucra a esta última, los medicamentos, la referencia, la enfermería y los procedimientos son las áreas mejor calificadas. El 0% obtenido en el

área de información sobresale sobre las demás áreas por lo que debe intervenir, a corto plazo, en el área de información.

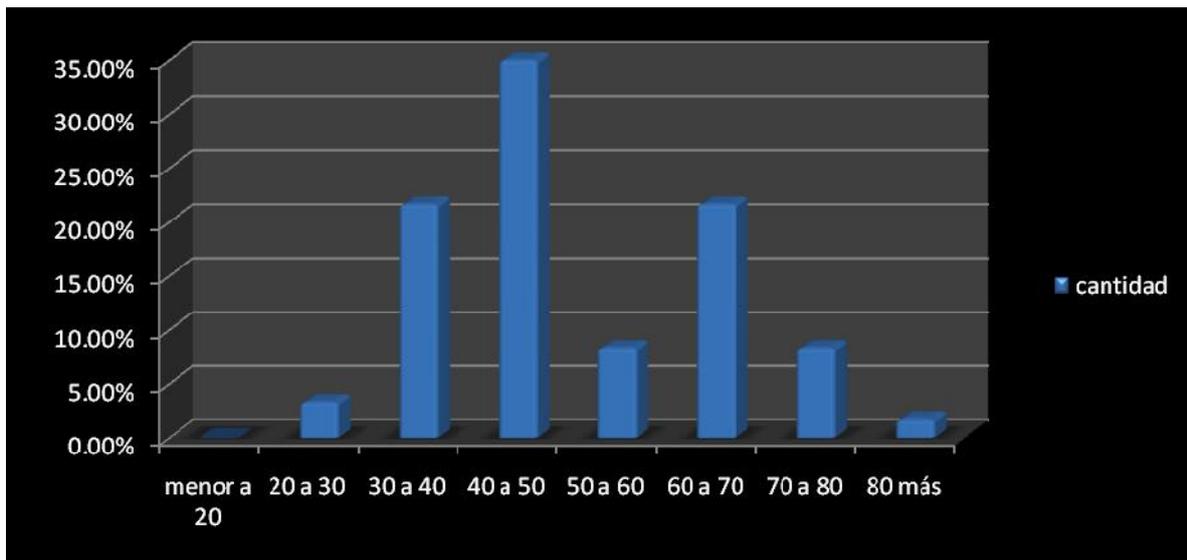
## 4.2. Satisfacción del usuario externo

### 4.2.1. Aspectos generales

A continuación se presentan las características generales de los usuarios externos, a quienes se les aplicó la encuesta de satisfacción de la calidad de la atención.

El promedio de edad de los usuarios está entre los treinta y los setenta años. Es importante destacar que la mayoría se encontraba entre los 40 y los 50 años.

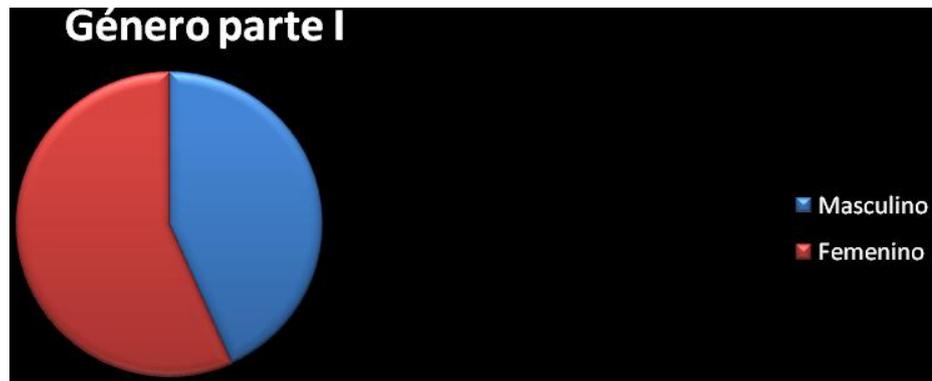
Gráfico 1: Distribución de edad de los pacientes encuestados



Fuente: Encuesta de Satisfacción del usuario externo.

La mayoría de los usuarios son mujeres (57%). Es importante tomar en cuenta que las mujeres tienden a ser más constantes con las citas y tienen un menor ausentismo en comparación con los hombres.

**Gráfico 2: Género**

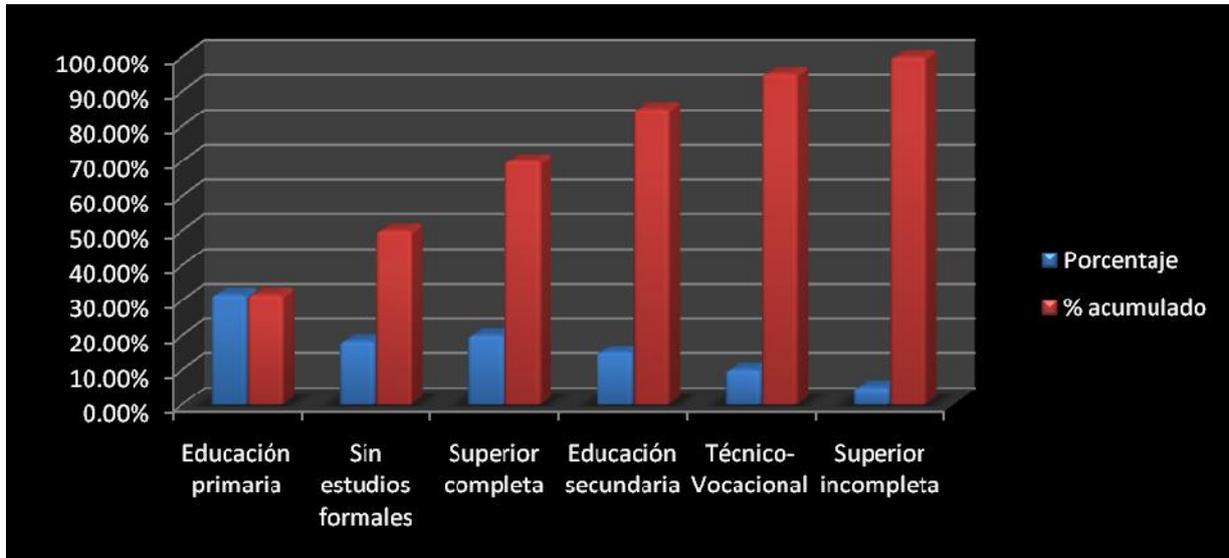


**Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario externo.**

El lugar de residencia del 100% de los usuarios encuestados es el sector norte de Cot de Oreamuno de Cartago.

En relación con la escolaridad de los usuarios encuestados, un 18.33% no tiene escolaridad; 31.67% de las personas tiene la primaria completa; 15% la educación secundaria y un 20% tiene educación superior completa. Con estos datos nos damos cuenta de que la mayoría de las personas no tiene estudios superiores o técnicos. Esto se debe a que Cot es un sector agrícola en el que la mayoría de los habitantes se retira de las aulas para trabajar.

**Gráfico 3: Escolaridad**



Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario externo.

Entre los aspectos generales se le preguntó a los usuarios cuáles eran las razones por las que consultaron al centro de salud. La mayoría lo hizo porque tiene seguro, es el centro de salud que tiene más cerca y porque la atención es buena. En estas tres categorías se encuentran las respuestas de 93.88% de los encuestados.

**Gráfico 4: Motivo por el cual consultó en el centro de salud**

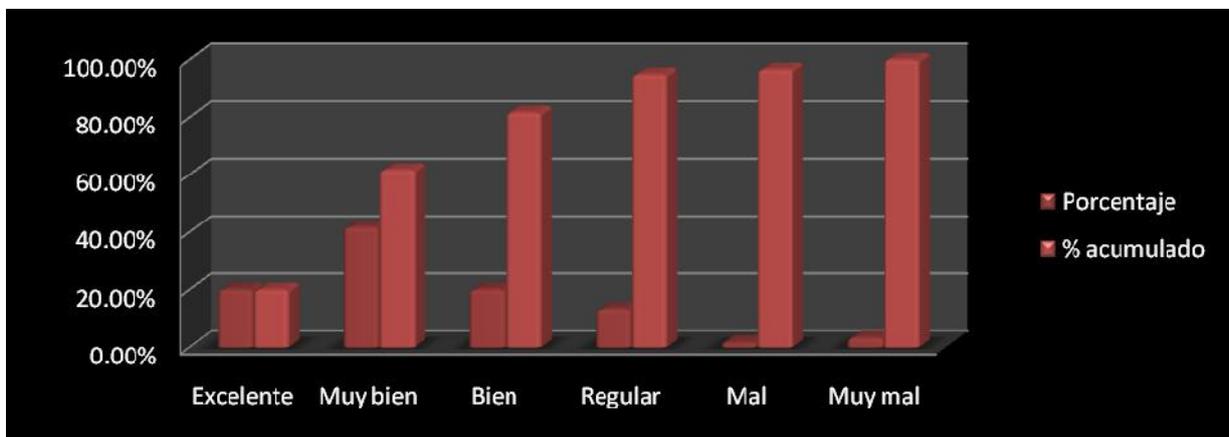


Fuente: Encuesta de Satisfacción del usuario externo.

#### 4.2.2. Percepción del usuario con respecto a la atención recibida

Un 20% de los usuarios considera que fue tratado excelentemente, 41.67% dijo que muy bien y 20% respondió que bien. Esto nos da un porcentaje acumulado de 81.67%, y éste proyecta una adecuada percepción del trato hacia los pacientes. En contra tenemos un 18.33% que considera la calidad de la atención como entre regular y muy mala.

**Gráfico 5: Como lo trataron durante su permanencia en el centro de salud**



**Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario externo.**

Los usuarios encuestados, en su mayoría, sintieron confianza para expresar su problema al médico. Podemos observar esto en el 86.67% que respondió sí a la pregunta.

**Tabla 1: ¿Sintió confianza para expresar su problema?**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Sí	52	86.67%
No	6	10.11%
No opina	2	3.33%
Total	60	100.00%

**Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario externo.**

Ante la pregunta sobre si le hicieron un examen completo durante la consulta médica, el 91.67% de los usuarios contestó afirmativamente.

**Tabla 2: ¿Le realizaron un examen completo?**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Sí	55	91.67%
No	5	8.33%
No opina	0	0.00%
No Aplica	0	0.00%
Total	60	100.00%

**Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario externo.**

Se les preguntó también si se les explicó sobre el examen que se les iba a realizar. A esto respondió negativamente el 18.33%. En esta pregunta algunos pacientes respondieron no aplica o no opino, ya que llegaron a revisar resultados y no a consulta propiamente.

**Tabla 3: ¿Se le explicó sobre el examen que se le iba a realizar?**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Sí	42	70.00%
No	11	18.33%
No opina	1	1.67%
No Aplica	6	10.00%
Total	60	100.00%

Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario externo.

Con respecto a si les informaron sobre su problema de salud o el resultado de la consulta, el 88.33% de los pacientes contestó afirmativamente.

**Tabla 4: ¿Le informaron sobre su problema de salud?**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Sí	53	88.33%
No	6	10.00%
No opina	0	0.00%
No Aplica	1	1.67%
Total	60	100.00%

Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario externo.

Al preguntarle si le dieron indicaciones claras sobre las recetas o medicamentos que se le indicaron, el 81.67% de los usuarios consultados respondió que sí y el 18.33% que no.

**Tabla 5: Indicaciones sobre las recetas**

---

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Sí	49	81.67%
No	11	18.33%
No opina	0	0.00%
No Aplica	0	0.00%
Total	60	100.00%

Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario externo.

Se les pregunto si les explicaron sobre los cambios necesarios con respecto a su estilo de vida y los cuidados relacionados con su tratamiento. A esto los pacientes contestaron que no en un 18.33% de los casos. Este indicador es importante, ya que la hipertensión es una enfermedad en la que los cambios en el estilo de vida y el tratamiento pueden generar una gran diferencia.

**Tabla 6: Explicación sobre los cambios en el estilo de vida y el tratamiento**

---

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Sí	48	80.00%
No	11	18.33%
No opina	0	0.00%
No Aplica	1	1.67%
Total	60	100.00%

Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario externo.

Se les preguntó a los usuarios si el horario del centro de salud les parecía conveniente. Ante esta pregunta hubo un gran número de comentarios negativos

(26.67%). Además se les preguntó, en el caso de que dieran una respuesta negativa, cuál horario sugerían.

**Tabla 7: Conveniencia del Horario del Centro de Salud**

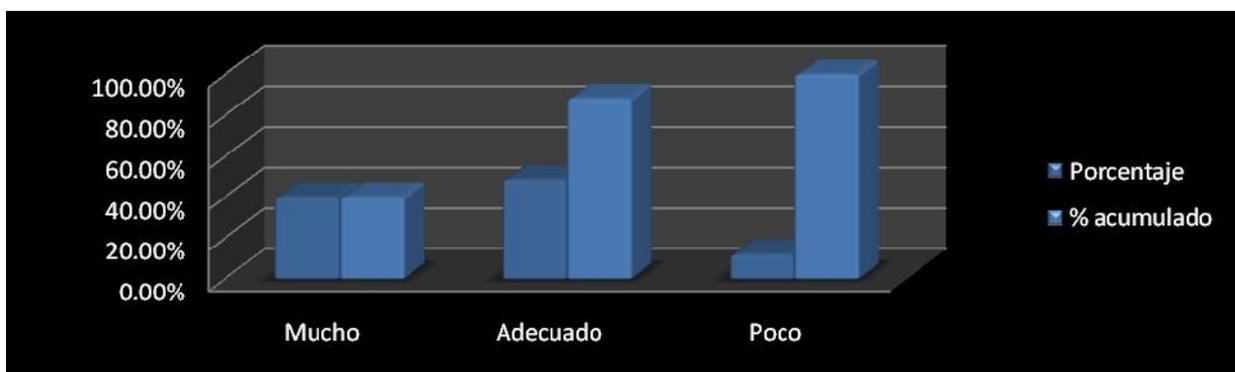
Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Sí	44	73.33%
No	16	26.67%
No opina	0	0.00%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario externo.

Las respuestas apuntaron en general al establecimiento de un horario vespertino y para los sábados.

A los usuarios les parece que el tiempo que esperaron para ser atendidos puede describirse de la siguiente manera

**Gráfico 6: Tiempo esperado para ser atendido**



Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario externo.

Un 45% de los usuarios considera que los ambientes del EBAIS son cómodos y un 55% que no lo son. Es importante recalcar que el espacio con el que se cuenta es reducido e incómodo para los usuarios.

**Tabla 8: Comodidad de los ambientes del centro de salud**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Sí	27	45.00%
No	33	55.00%
No opina	0	0.00%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario externo.**

Con respecto a la limpieza del establecimiento de salud, un 100% de los encuestados considera que el recinto se encuentra limpio en todos sus aspectos.

Al preguntar si se respetó la privacidad durante la consulta, un pequeño porcentaje piensa que no (8.33%), mayormente en relación con el recinto de enfermería, ya que éste es compartido por los dos EBAIS y no se respeta la privacidad del paciente.

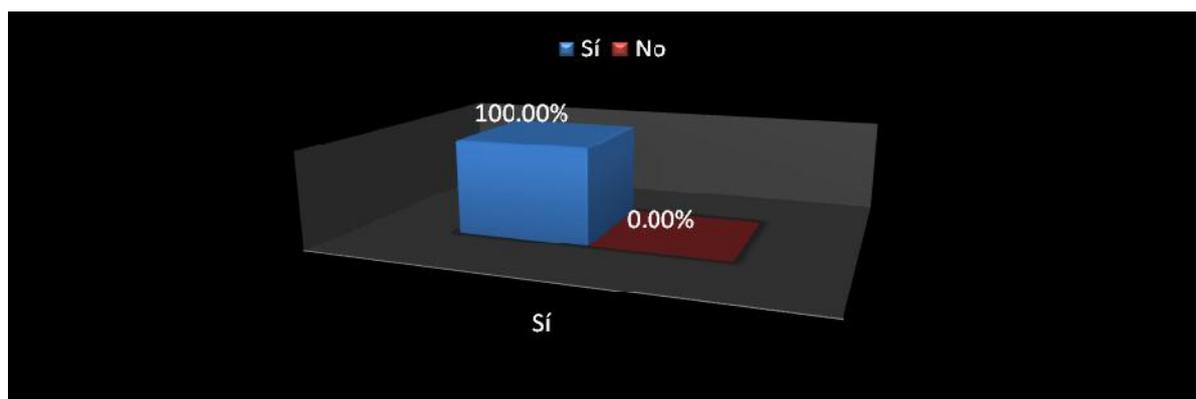
**Tabla 9: Privacidad durante la consulta**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Sí	53	88.33%
No	5	8.33%
No opina	2	3.33%
No Aplica	0	0.00%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario externo.**

En términos generales, el 100% de los usuarios piensa que su problema fue resuelto durante la consulta.

**Grafico 7: Problema Resuelto**



Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario externo.

Con respecto a la satisfacción del usuario, un 90% salió satisfecho y un 10% considera que no se satisficieron sus necesidades.

**Tabla 10: Satisfacción con la consulta**

Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Sí	54	90%
No	6	10%
No opina	0	0.00%
Total	60	100.00%

Fuente: Encuesta de Satisfacción del usuario externo.

### **4.2.3. Opiniones y sugerencias**

En esta sección se les pidió a los encuestados que dieran sus opiniones y sugerencias sobre el EBAIS.

Un 90% de las opiniones fue negativo y el 10% positivo. Entre las quejas más frecuentes se encuentran: que se deben de dar más citas, que el EBAIS es muy pequeño, que se debe mejorar el trato a los pacientes y mejorar la privacidad en el espacio de enfermería, y que es necesario acortar los tiempos de espera entre un proceso y otro.

La calificación total de la sección de satisfacción del usuario externo es de 76.90%.

## **4.3. Satisfacción del usuario interno**

Se realizó una encuesta a los funcionarios del EBAIS, con el objetivo de conocer su nivel de satisfacción con respecto a su puesto y lugar de trabajo. Se procederá a comentar cada ítem sobre la percepción de estos, según lo contestado.

### **4.3.1. Trabajo actual**

Con respecto a los objetivos y responsabilidades en el puesto de trabajo, las áreas de REMES, enfermería y médica consideran que estos están claros y por lo tanto

saben lo que se espera de ellas. Sin embargo, la técnica de farmacia considera que pocas veces tiene claros sus objetivos y responsabilidades.

En relación con la organización de los servicios de REMES, enfermería y medicina, estos concuerdan en que sus jefaturas se encuentran bien organizadas. El personal de farmacia considera que el servicio no está bien definido con respecto a la organización.

Se les preguntó también sobre el desarrollo de sus habilidades. Es importante mencionar que el personal de enfermería y médico piensan que no pueden desarrollarlas en un 100%. Sin embargo el personal de REMES y farmacia consideran que pueden desarrollar todas sus habilidades en su puesto trabajo.

Ante la pregunta “¿le proporcionan información útil y oportuna para lograr un desempeño y resultados adecuados?”, el personal médico y el encargado de farmacia consideraron que esto sucede pocas veces, sin embargo el servicio de REMES y enfermería, por su parte, piensan que la situación se maneja de manera adecuada.

#### **4.3.2. Trabajo general**

En general, los funcionarios sienten que pueden adaptarse a las condiciones que les ofrece el centro de trabajo.

En cuanto a los recursos necesarios para el buen desempeño, el médico considera que pocas veces estos son proporcionados, opinión que comparte el personal de farmacia. Por el contrario el personal de REMES y enfermería están de

acuerdo con que se les proporciona todo lo que necesitan para desempeñar sus funciones.

En términos generales, la satisfacción de los funcionarios con el centro laboral es muy variable: los personales de enfermería y farmacia en su mayoría consideran que se encuentran satisfechos, al de REMES le es indiferente y el médico pocas veces está satisfecho.

#### **4.3.3. Interacción con el jefe inmediato**

Los usuarios consideran que no se les reconoce cuando se realizan bien su trabajo.

El médico y el personal de farmacia creen que pocas veces se resuelven los problemas en forma creativa en su jefatura. El departamento de enfermería y el de REMES piensan que en la mayoría de las ocasiones se resuelven los conflictos de manera creativa.

En lo que se refiere al dominio técnico y al conocimiento de las jefaturas sobre sus funciones, los funcionarios del área médica, de REMES y de enfermería están mayormente de acuerdo en que éstas cuentan con esta característica. Farmacia piensa que su jefatura no la muestra.

Resulta un dato importante que el médico, el personal de enfermería y de farmacia no piensan que se les tome en cuenta para la toma de decisiones. El personal de REMES piensa que en la mayoría de las veces sí es tomado en cuenta.

El personal de REMES y enfermería piensan que cuando se les debe informar sobre aspectos importantes, con respecto al rumbo de la institución, se hace de manera oportuna en la mayoría de los casos. Sin embargo el médico y el personal de farmacia piensan que pocas veces sucede esto.

#### **4.3.4. Oportunidades de progreso**

Las capacitaciones son un punto débil en el ambiente de trabajo, ya que dos pilares importantes del EBAIS, como lo son el médico y el personal de enfermería, piensan que no se les da la adecuada capacitación tanto en el aspecto profesional como en el humano. Los personales de REMES y farmacia consideran que se les capacita adecuadamente la mayoría de las veces.

#### **4.2.5. Remuneraciones e incentivos**

Los personales de REMES y enfermería consideran que reciben una remuneración adecuada por sus funciones. No es éste el caso del médico y el personal de farmacia, quienes consideran que la retribución salarial que reciben no es la adecuada para el trabajo que realizan.

El personal médico, de enfermería y de farmacia considera que la institución no se preocupa por sus necesidades primordiales. El personal de REMES piensa que la mayoría de las veces si hay preocupación por parte de la jefatura.

El personal de REMES y farmacia considera que hay un buen ambiente de colaboración entre compañeros, y que estos están dispuestos a ayudarse para completar las tareas. Enfermería, por su parte, considera que al personal le es indiferente ayudar y el médico considera que pocas veces hay compañerismo.

Con respecto al nivel de satisfacción con los procedimientos disponibles para resolver los reclamos de los trabajadores, el personal de REMES considera que está totalmente satisfecho. El personal de enfermería que la mayoría de las veces está satisfecho. El médico y el personal de farmacia que pocas veces sienten satisfacción por estos procedimientos.

#### **4.3.6. Ambiente de trabajo**

Con respecto a las políticas y normas sobre el personal de la institución, el personal médico y de REMES tienen conocimiento de ellas. Sin embargo los de enfermería y farmacia consideran que pocas veces se les da a conocer al respecto.

En relación con el trato adecuado a los trabajadores, independientemente del puesto que ocupan, el personal médico y de REMES creen que la mayoría de las veces hay equidad en el trato. Enfermería y farmacia creen que se hacen diferencias entre el personal, de acuerdo con el puesto que ocupa.

En relación con la facilidad de expresar opiniones sin temor a represalias las opiniones son diversas: el médico y el personal de farmacia consideran que hay un ambiente de confianza para expresar las opiniones sin temor. Al personal de REMES le es indiferente opinar y enfermería pocas veces expresa su opinión debido al temor de represalias.

Para el personal médico y de REMES es importante el prestigio de su centro de trabajo, pero para el de enfermería pocas veces es así. Al personal de farmacia entrevistado le son indiferentes tanto el prestigio como el nombre.

La calificación final de la sección de satisfacción del usuario interno es de 65%.

Finalmente, al realizar la calificación del modelo de evaluación que toma en cuenta todas estas áreas, el porcentaje obtenido por el EBAIS es 68.30%. Éste está muy por debajo del 80% que se estableció como mínimo aceptable.

#### **4.4. Fortalezas y debilidades**

Pueden reconocerse fortalezas en la atención al usuario que se ofrece, como la consulta, que obtuvo una calificación de 81,14% en la lista de verificación. De los 4 aspectos fundamentales enumerados en dicha lista, que son la información, los procedimientos, la gestión y la consulta, solamente esta última obtuvo un porcentaje superior a 80.

Esta fortaleza se ratifica por la calificación que se obtuvo en estos rubros en la encuesta de satisfacción del cliente externo. La disminución de la calificación se debió a elementos administrativos como el horario de atención, o la información disponible en el centro de atención que, aunque se relacionan con la consulta, no están implicados con esta de manera directa.

Los servicios complementarios de la consulta, como el área de medicamentos, enfermería y referencia, presentan las más altas calificaciones de la lista de verificación. Esto también evidencia que la consulta es una fortaleza dentro de la gestión de la calidad de un centro de salud.

La otra fortaleza que se destaca es la prevención que está realizando el EBAIS en el área que le corresponde. La calificación obtenida en este rubro fue del 100%. Evidentemente esto ayuda a disminuir la cantidad de pacientes que consultan el EBAIS, en especial aquellos que lo hacen de manera descompensada, así como a mantener la calidad de vida de la población.

Saltan a la vista tres debilidades importantes. En primera instancia tenemos la alarmante calificación de 0 que se obtuvo en el área de información. Este apartado se encuentra dentro de los elementos que conforman los procesos de la pre-consulta. Ya que la deficiencia es total, podemos afirmar que se requiere intervención inmediata. Podemos corroborar esto con elementos que están dentro de la encuesta de satisfacción, tanto del cliente externo como del interno. Es posible ver que el cliente interno tiene una inadecuada comunicación con las autoridades del área de salud. Esto provoca que haya una sensación de desapego al trabajo desempeñado, que se ve

afectada por la carencia de estímulos en el área de la capacitación y la falta de reconocimiento del buen desempeño. Todo esto influye en los programas de información del EBAIS, que a su vez alteran la pre-consulta del usuario externo.

La otra debilidad parece tener difícil solución, según la estructura administrativa actual: la infraestructura y el equipo con materiales. Difícil solución porque el EBAIS no cuenta con recursos propios sino aquellos otorgados por las oficinas centrales de la CCSS. Estos son asignados al antojo del ente burocrático, según criterios que obviamente no responden a las necesidades de cada centro de atención en particular, sino más bien a las necesidades generales de los centros de atención primaria en todo el país. Asimismo, el equipo que conforma los instrumentos de atención al usuario no es escogido por el personal que presta el servicio, sino por las autoridades del área de salud o de la sede central de la CCSS. La obtención de estos insumos se hace de forma arbitraria, y obedece a criterios económicos antes que de calidad. Esto afecta no solo a quien presta el servicio, porque tiene que lidiar con equipos que pueden estar hasta obsoletos, sino a quien recibe el servicio.

La tercera debilidad es la falta de capacitación. Ésta es un leitmotiv en varias de las secciones de la lista de verificación, no como pieza aparte sino como parte integral de algunos apartados. Es evidente, en la encuesta de satisfacción del cliente interno, la inexistencia de capacitación tanto en el área de la consulta como en las tareas administrativas. Esto repercute en la insatisfacción del prestador de servicios, ya que el personal se siente estancado y sin oportunidad de superación personal. Este aspecto está relacionado directamente con el informativo.

Podemos concluir que estas debilidades, aunque de diferente naturaleza, están entrelazadas. Su mejora depende no solo de aquellas actividades singulares que vayan en pro del perfeccionamiento de un área, sino de acciones que involucren en todas ellas la gestión de la calidad. A pesar de que la calificación no es tan mala en el área de procedimientos y gestión, según la lista de verificación, es destacable que la carencia en capacitación, información y la insatisfacción del cliente interno se deben a falencias en estas dos áreas.

#### **4.5. Hallazgos derivados de la evaluación piloto aplicada al EBAIS**

- En el EBAIS de Cot Norte, la satisfacción de los usuarios, tanto internos como externos, es deficiente según la aplicación del modelo de evaluación creado para tal efecto en el programa de hipertensión arterial.
- Se requiere de capacidad económica autónoma que le permita, mediante la aplicación seria de modelos de evaluación como el sugerido, realizar actividades en pro de la mejora de las deficiencias.
- Las instalaciones eléctricas se encuentran en mal estado y las paredes son viejas y están sucias.
- No existe un adecuado sistema de información para el usuario externo y no se cuenta con políticas adecuadas con respecto a esto.
- No se encuentran normados los procedimientos de limpieza y no hay una adecuada capacitación al personal del área con respecto a estos y al uso de desinfectantes.

- Hacen falta equipos básicos, tanto médicos como tecnológicos, que propicien las mejoras en la atención y en la actualización del personal, como por ejemplo equipo de cómputo, expediente electrónico, acceso a Internet.
- No existe un Comité de la Calidad debidamente estructurado y que funcione actualmente en el centro de salud.
- No se cuenta con un programa adecuado de capacitación tanto profesional como humano para el personal de salud. Esto genera un clima de inconformidad en el lugar de trabajo que se ve reflejado en la satisfacción del usuario interno.
- Los tiempos de espera para la consulta médica en muchas ocasiones excede los 20 minutos. La cantidad de pacientes que cree que esperó mucho para la consulta es de un 39.66%. Esto causa una insatisfacción importante en el usuario externo.
- No existen planes de motivación ni de incentivos para el personal cuando éste realiza adecuadamente sus labores, o cuando las metas son alcanzadas.
- No se cuenta con un servicio de radiología en toda el área de salud y el servicio de laboratorio médico se encuentra en la sede del área. Esto no agiliza los procesos de atención.
- En el centro médico en estudio existe un faltante de profesionales en las áreas ajenas a medicina, tales como farmacia, laboratorio y radiología.

- El área de prevención se encuentra bien fundamentada y funciona de manera correcta. Esto es de vital importancia para reducir el número de patologías que se deberá atender en el futuro.
- No se cuenta con un servicio de ambulancia que garantice la pronta atención de las referencias urgentes a otros niveles. La competencia del EBAIS no se encuentra reglamentada en el área de referencia, por lo que depende del criterio médico para definir si las patologías se deben enviar a otros niveles.
- En general, los pacientes perciben que se les da un trato adecuado en el EBAIS (81.03%), sienten confianza para expresar su problema (87.93%) y que se les hace un examen completo durante la consulta médica (91.38%). Debido a esto la mayoría de los usuarios encuestados se siente satisfecho con la atención recibida (89.66%) en el centro de salud.
- La mayoría de los usuarios coincide en que el horario del centro de salud es adecuado (74.14%), sin embargo el resto de las personas considera que es necesario un horario más flexible, sobre todo para las personas que trabajan.
- Las jefaturas de las diferentes áreas tienen importantes deficiencias con respecto a la información que se le da a sus subalternos sobre las normas y los procedimientos.

#### **4.6. Sugerencias derivadas de la evaluación piloto aplicada al EBAIS**

- Para mejorar la atención y la seguridad del EBAIS se sugiere buscar soluciones para las deficiencias de infraestructura. Lo ideal sería cambiar la localización de éste a un inmueble más moderno. Sin embargo, como esto

es difícil, se sugiere cambiar la instalación eléctrica, lavar y pintar las paredes y buscar cómo mejorar las salas de espera para que los usuarios se sientan más cómodos.

- Se sugiere cambiar la forma de dar citas: evitar darle cita a cuatro usuarios a la misma hora e implementar dar citas cada 10 minutos y explicarle a los usuarios que es posible que tengan que esperar un poco más, debido a los procedimientos de pre-consulta, consulta médica, llenado de papelería y entrega de medicamentos.
- Mejorar el sistema de información para los usuarios externos. Como primera medida se deben reglamentar las características del trato del usuario e incluir las normas sobre conducta e interacción con él; se deben rotular adecuadamente los recintos del establecimiento, implementar un punto para dar información y los pasos a seguir dentro del centro; estandarizar el uso de gafetes en todo el personal, colocar un buzón de quejas y sugerencias y colocar afiches en los que se informe sobre los beneficios y prestaciones del centro de salud.
- Establecer dentro de las características de los servicios de limpieza un apartado en el que la entidad prestadora de servicios establezca los procedimientos de limpieza y que realice la capacitación del personal para el adecuado funcionamiento de este servicio.
- Dotar de los equipos básicos a todos los EBAIS, además de equipos tecnológicos, como computadoras, que puedan estar a disposición de todo el personal con acceso a internet.

- Debe tomarse en cuenta para ello la opinión del prestador del servicio. Este último debe tener un mayor peso a la hora de tomar una decisión que una comisión evaluadora, ya que ésta no conoce las necesidades específicas del ente prestador del servicio. Se sugiere iniciar un plan para implementar el expediente electrónico en un futuro cercano.
- Es pertinente la creación de un Comité de la Calidad, a nivel de la sede del área, en el que se regulen los estándares de calidad y metas del centro de salud, así como la supervisión de éstas a nivel de todos los EBAIS.
- Debe implementarse en todas las jefaturas un rol de capacitaciones profesionales y humanas para todo el personal.
- Se debe crear un plan de motivación e incentivos en cada jefatura para recompensar a los trabajadores que cumplan los objetivos y metas de la organización.

#### **4.7 Resultados sobre el modelo propuesto**

- Se logro crear un modelo de evaluación de la calidad aplicable en cualquier servicio o programa de salud.
- Desde el punto de vista de la aplicación de la experiencia piloto se lograron los resultados esperados.
- El modelo es de fácil aplicación siguiendo las herramientas formuladas para cada área.
- Solo se requiere de una persona capacitada para la aplicación de las herramientas.

- No se necesitan recursos económicos excesivos para la aplicación del modelo.
- La evaluación de la calidad de los servicios de salud se puede aplicar en pocos días y no requiere de tiempos excesivos para obtener los resultados.
- El modelo de evaluación de la calidad propuesto es fácil de aplicar, económico y eficaz para cumplir con los objetivos propuestos.

## Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones

### 5.1. Conclusiones

- El modelo formulado en el presente proyecto para la evaluación de la gestión de la calidad en la atención primaria está conformado por tres pilares: *la satisfacción del cliente externo* (paciente), *la satisfacción del cliente interno* (colaboradores que laboran en el EBAIS) y *la lista de verificación de infraestructura y procesos* que valora la gestión, la consulta, la pre-consulta y los elementos complementarios necesarios para llevar a cabo la consulta.
- La experiencia piloto desarrollada en este proyecto para la evaluación integral de la atención primaria en salud ofrecida por un EBAIS para la población hipertensa de Cot Norte, Oreamuno de Cartago ha sido exitosa y fundamental para obtener un equilibrio adecuado entre la medición de los parámetros subjetivos (satisfacciones de los clientes externos e internos) y los parámetros objetivos (la lista de verificación de infraestructura y procesos).
- La experiencia generada con la detección de deficiencias concretas y fortalezas (buenas prácticas) empleadas por el EBAIS ha evidenciado la efectividad y pertinencia de la aplicación de herramientas apropiadas con el aporte de soluciones específicas y sugerencias concretas para la mejora continua de la prestación de servicios de salud brindados por un centros de salud de atención primaria.

- El modelo de evaluación desarrollado en el presente proyecto es susceptible de ser aplicado a cualquier programa de atención del primer nivel.

## **5.2. Recomendaciones**

- Instar a la CCSS para que valore la posibilidad de fortalecer los esquemas de evaluación de la prestación de servicios de salud de atención primaria brindados por los EBASIS en el país, mediante la aplicación sistemática de modelos de evaluación de la gestión de la calidad como el formulado y validado en este proyecto.

## Bibliografía

1. A.I. Zardoya, I.R. Guevara, J. García M. (2007). *El Modelo EFQM en el sector salud. Cuadernos de CC.EE. y EE.*, España. (52) 103-125
2. Aenor. (2000) *Guía para la implantación de sistemas de la calidad ISO 9000 en la PYME de comercio y servicios. AENOR.* Madrid, España.
3. Álvarez Álvarez Gerardo. (2006). *Hipertensión Arterial Esencial. Adherencia terapéutica y control de la Tensión Arterial. Revista Portales Médicos.* Cuba. Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/642/1/Hipertension-Arterial-Esencial-Adherencia-terapeutica-y-control-de-la-Tension-Arterial.html>
4. *Análisis de Situación de Salud*, (2006). EBAIS Cot Norte, Área de Salud de Oreamuno, Cartago. Costa Rica.
5. Arguedas-Chaverri C, Vargas-Martínez H, Soto-Arroyo VM, Vargas-Sánchez YM, Vega Méndez MA. (1982). *Estudio de la prevalencia de hipertensión arterial en Zarcero de Alfaro Ruiz, provincia de Alajuela. Acta Médica Costarricense.* Costa Rica (25) 315-321.
6. ASQC Statistics Division, *Glossary & Tables for Statistical Quality Control*, 1983. Primera edición.
7. Caja Costarricense del Seguro Social Gerencia de División. (2002). *Guía para la detección, diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Dirección Técnica de Servicios de Salud, Departamento de Medicina Preventiva.* Costa Rica.

8. Caja Costarricense del Seguro Social Gerencia de División. (2002). *Guía para la detección, diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión arterial en el primer nivel de atención*. Dirección Técnica de Servicios de Salud, Departamento de Medicina Preventiva. Costa Rica.
9. Crosby, Philip (1995). *Philip Crosby's Reflections on Quality*. McGraw-Hill. USA. [ISBN 0-07-014525-3](#).
10. Dale, B. G. (1994): *Managing Quality Second Edition*. Prentice Hal. London
11. Dale, B.G.(1999):*Managing Quality. Third Edition*. Blackwell Publishers Ltd. Oxford.
12. Departamento de Estadística de los Servicios de Salud, C.C.S.S, 2002. Costa Rica
13. Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (2006) The Seven Report of the Joint National Committee on Prevention.
14. Diccionario de la Lengua Española. (1987) Grupo Editorial Océano. Barcelona, España.
15. Diccionario de la Real Academia Española.
16. Diccionario Latino-Español de Vox
17. Dirección de Compra de Servicios de Salud, (2000) *Informe de Evaluación CCSS*. Costa Rica
18. Donabedian Avedis. (1996, junio) *Calidad de la Atención en Salud*. La Prensa Mexicana S.A. México. Vol. 3 Números 1 y 2.
19. Fiedler-Velasquez, Eduardo y Gourzong-Taylor, Charles. (2005, julio) *Epidemiología y patogenia de la hipertensión arterial esencial, rol de*

- angiotensina II, óxido nítrico y endotelina. Acta méd. costarric, Costa Rica. 47 (3)109-117.*
20. Fuentes Ruiz María Pilar. (1998) *Evolución del Concepto de Calidad: una Revisión de las Principales Aportaciones Hasta su Situación en el Entorno Competitivo Actual. Alta Dirección. Costa Rica 33(199)58-66*
21. Greg Watson (2004, abril) *The Legacy Of Ishikawa*, Greg Watson, Quality Progress, 54- 57
22. <http://www.asq.org/> (2008, 20 julio)
23. <http://www.efqm.org> (2008, 19 julio)
24. <http://www.efqm.org> (2008, 20 julio)
25. <http://www.gerenciasalud.com/art261.htm> (2008, julio 19)
26. <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger1/teocali> (2008, junio 15)
27. [http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint\\_commission\\_history.htm](http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint_commission_history.htm) (2008, mayo 10)
28. <http://www.jointcommissioninternational.org/> (2008, julio 22 )
29. <http://www.jointcommissioninternational.org/> (2008, marzo 23)
30. <http://www.monografias.com/trabajos16/hipertension-escencial/hipertension-escencial.shtml> (2008, febrero 22)
31. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/642/1/Hipertension-Arterial-Esencial-Adherencia-terapeutica-y-control-de-la-Tension-Arterial.html> (2008, abril 16)
32. <http://www2.udec.cl/~ofem/revista/revista02/revista1.html> (2008, julio 19).

33. Igual a 56

34. *Institute of Medicine de la National Academy of Sciences* (1998) Washington

35. *Institute of Medicine de la National Academy of Sciences* (1974) Washington

36. Ivanov Nicholas y Prado Rocío. (1994, julio) ¿Qué es un estándar? *Revisión*

*Ejecutiva. Seminario de Sensibilización Gerencial del Proceso de Gestión de*

*Calidad.*, San José, Costa Rica

37. *J.A. Muir Gray, 1997.*

38. JCAHO (2005) *Comprehensive Accreditation Manual for ambulatory care.*

*Oakbrook Terrace.* Estados Unidos de Norteamérica. 2005-2006

39. Joint commission international accreditation (2005) Standards for ambulatory

care. JCAHO. Oakbrook Terrace. USA

40. Juran, J. (2001). *Introducción a la calidad total.* *Manual de calidad*, 01(14), 14.4-

14.20.

41. Laclé Murray, Adriana y Jiménez-Navarrete, Manuel Francisco. (2004, sep)

*Calidad del control glicémico según la hemoglobina glicosilada vs la glicemia en ayunas: análisis en una población urbana y otra rural de diabéticos costarricenses.* *Acta méd. costarric*, 46(3)139-144.

42. Laclé-Murray, A. (1999) *Diagnóstico y control de la hipertensión arterial en el*

*adulto mayor (comparación urbana/rural)* *Acta Méd Costarric* (41)15-21.

43. Martínez A., Dania, Macías, C. Alexis. (2000) *Hipertensión arterial esencial:*

*efectividad del ejercicio físico y relajación.* *Instituto Superior de Cultura Física.*

Santiago

Cuba.

Disponible

en

<http://www.monografias.com/trabajos16/hipertension-escencial/hipertension-escencial.shtml>

44. Milton T. (1998) *Lean and mean: the quality of care in the era of managed care.* J Public Health Policy USA 19(1):5–13
45. Milton T. (1998) *Lean and mean: the quality of care in the era of managed care.* J Public Health Policy 19(1):5–13.
46. Ministerio de Salud [et al.] (2005). *Metodología para evaluar la calidad de la atención de la hipertensión arterial: trazadora de hipertensión arterial.* Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud. San José, Costa Rica, OPS.
47. Ministerio de Salud, (2005) *Metodología para evaluar la calidad de la atención de la Hipertensión Arterial,* Ministerio de Salud. Costa Rica.
48. Ministerio de Salud. (2001) *Políticas Nacionales de Salud 2002-2006.* Ministerio de Salud, EDNASS, Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica
49. Molina Astúa, Milena, Quesada Mena, Luis Diego, Ulate Gómez, Daniel *et al.* (2004, marzo) *La calidad en la atención médica.* Med. leg. Costa Rica 21(1)109-117
50. Moreno-Luzón, M.D.; Peris Bonet, F.J. y González Cruz, T. (2001): *Gestión de la calidad y diseño de organizaciones. Teoría y estudio de casos.* Pearson Educación, S.A. Madrid, España.
51. Morice, Ana (1998). *Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica.* Programa Carmen Costa Rica. 2 ed. Tres Ríos, Costa Rica. Inciensa.

52. *Normas de Atención Integral De La Salud del 1er Nivel de Atención Caja Costarricense de Seguro Social.* (1995). Ministerio de Salud
53. Organización Panamericana de la Salud (2002) *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud,* Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica
54. Organización Panamericana de la Salud (2004) *Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica* Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. San José, C.R, OPS 44p
55. Organización Panamericana de la Salud y Programa de Garantía de la Calidad de la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional. (2000) *Principales conclusiones y recomendaciones del Foro Regional de Calidad,* Bogotá, Colombia, 19–21 de mayo de 1999. Washington, D.C.: OPS; 2000.
56. Organización Panamericana de la Salud. (1997, 17 a 19 noviembre) *Informe sobre la Reunión Regional sobre Programas de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en el Marco de las Reformas Sectoriales, Relatoría General,* Buenos Aires, Argentina.
57. Organización Panamericana de la Salud. (1998) *Líneas estratégicas del Programa de Cooperación Técnica en la Calidad de Servicios de Salud.* Washington. D.C. OPS.
58. Organización Panamericana de la Salud. (1999) *Programa de garantía y mejoramiento de calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe.* Washington, D.C.: OPS

59. Organización Panamericana de la Salud. (1999, 19 al 21 mayo) *Memorias del Foro Regional sobre la Acreditación, Certificación y Concesión de Licencias dentro del marco de la Garantía de la Calidad y Programas de Mejoramiento en los Países de las Américas y el Caribe*, Bogotá, Colombia y Washington. D.C.: OPS.
60. Organización Panamericana de la Salud. [www.ops.com](http://www.ops.com) (2008, agosto 3)
61. Registros Médicos y de REMES, (2007) EBAIS de Cot Norte, Oreamauno, Cartago, Costa Rica.
62. Rico Rubén, (1995) *Calidad estratégica total: Total Quality Management: diseño, implementación y gestión del cambio estratégico imprescindible*. Macchi. Buenos Aires, Argentina. 259
63. Rojas Vásquez, Gerardo. 2000 *¿Cuánto conocemos de las normas ISO 9000?* Tecnología ICE, Costa Rica
64. Rojas, D. (2006). Teorías de calidad.
65. Ross et al. (2000) *La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe*. Revista Panamericana Salud Publica/Pan Am J Public Health 8.
66. Saturno PJ. (2003) *Marco Conceptual para la gestión de la calidad*. Manual del máster a distancia sobre la calidad en servicios de salud. Módulo 1. Universidad de Murcia.
67. Senlle, Andrés. (2001) *ISO 9000: 2000; Liderazgo de la nueva calidad*. Gestión 2000, 2001. Barcelona, España 152p. (TS156.6.S4).

68. Subcomisión de Calidad. (2002) *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Enero 2002.*
69. Tortós Guzmán, Jaime E, Carballo Quesada, Lidieth, Alvarado Rosales, María de los Ángeles *et al.* (2005, julio) "*Evaluación de la calidad de la atención en Hipertensión Arterial (HTA) en Costa Rica*". Rev. costarric. cardiol, 7(3) 08-08.
70. *Vasculopatía hipertensiva*, (2002) Tratado de Medicina Interna, Harrison. Mc Graw Hill, 15 edición. Capítulo 146
71. West, Jack, A. Cianfrani y J. Tsiakals Joseph (1999, noviembre) *ISO 9000:2000 A Shift in Focus*". Changes in requirements. Standards Outlook, Quality Progress. 32(11)
72. West, Jack, A. Cianfrani y J. Tsiakals Joseph Standards Outlook. (2000, enero) "*The Big Picture. A context for ISO 9001 and ISO 9004*". Quality Progress 33(1).
73. West, Jack, A. Cianfrani y J. Tsiakals Joseph. (2000) "*Quality Management Principles: Foundation of ISO 9000:2000 Family. Practical application came first*". Standards Outlook. Quality Progress. 33(2).
74. [www.conocimientosweb.net/portal/section-viewarticle-9.html](http://www.conocimientosweb.net/portal/section-viewarticle-9.html) (2008, julio 18)
75. [www.elprisma.com](http://www.elprisma.com) (6 sigma, Apuntes de Administración de Empresas y Negocios, (2008, agosto 2)
76. [www.gestiopolis.com](http://www.gestiopolis.com) (La metodología 6 Sigma ¿Qué es? ¿Para qué sirve? ¿Cómo se aplica? ¿Requerimientos para su implementación? ¿Etapas de implementación? (2008, julio 2)

77. [www.gestiopolis.com](http://www.gestiopolis.com) (La metodología 6 Sigma ¿Qué es? ¿Para qué sirve? ¿Cómo se aplica? ¿Requerimientos para su implementación? ¿Etapas de implementación? (2008, junio 23)
78. [www.oms.org/](http://www.oms.org/) (2008, junio 30)
79. Zeithaml V, Parasuraman A, Berry L. (1993) *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid, España

**Apéndice 1**  
**Metodología de Diagnóstico**

El modelo de diagnóstico para la evaluación de la gestión de la calidad en el EBAIS seleccionado comprende los instrumentos que se presentan en esta sección.

## ENCUESTA DE OPINION DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO EXTERNO

Número

Fecha:  /Año/Mes/Día/  / / /

Nombre del establecimiento de salud: \_\_\_\_\_

Buenas, estamos haciendo un estudio con los usuarios para conocer mejor sus necesidades y su opinión sobre el servicio que se da aquí. Sus respuestas son confidenciales.

### Parte I: Aspectos Generales

1. Edad:      Años            (    )                      Meses            (    )

2. Género :    Masculino    (    )                      Femenino    (    )

3. Lugar de residencia:

Barrio \_\_\_\_\_ Urbanización \_\_\_\_\_

4. Escolaridad:

Educación superior completa                      (    )

Educación superior incompleta                      (    )

Educación técnico-vocacional                      (    )

Educación secundaria                      (    )

Educación primaria ( )  
Sin estudios formales ( )

5. ¿Por qué escogió venir a éste establecimiento de salud?

Está más cerca ( )  
No tengo seguro médico ( )  
Tengo seguro médico ( )  
Hay buena atención ( )  
No hay otro establecimiento adonde acudir ( )  
Otro: ¿Cuál? \_\_\_\_\_

## Parte II: Percepción del usuario respecto a la atención recibida

1. ¿Cómo lo trataron durante su permanencia en el establecimiento?

Excelente	( )	Regular	( )
Muy bien	( )	Mal	( )
Bien	( )	Muy Mal	( )

2. ¿Sintió confianza para expresar su problema?

Sí ( )  
No ( )  
No opina ( )

3. ¿Le hicieron un examen completo durante la consulta médica?

Sí ( )  
No ( )  
No opina ( )

No Aplica ( )

4. ¿El personal que le atendió le explicó sobre el examen que se le iba a realizar?

Sí ( )

No ( )

No opina ( )

No Aplica ( )

5. ¿El personal que le atendió le explicó con palabras fáciles de entender cuál es su problema de salud o resultado de la consulta?

Sí ( )

No ( )

No opina ( )

No Aplica ( )

6. Si le dieron indicaciones en una receta ¿están escritas en forma clara para Ud.?

Sí ( )

No ( )

No opina ( )

No Aplica ( )

7. ¿El personal que le atendió le explicó los cuidados a seguir con respecto a cambios en su estilo de vida y su tratamiento?

Sí ( )

No ( )

No opina ( )

No Aplica ( )

8. ¿El personal del establecimiento respeta sus creencias en relación con la enfermedad y su curación?

Sí ( )

No ( )

No opina ( )

9. ¿El horario de atención del establecimiento le parece conveniente?

Sí ( )

No ( )

No opina ( )

9.1 Si no le parece conveniente, ¿qué horario sugiere? \_\_\_\_\_

10. El tiempo que usted esperó para ser atendido fue:

Mucho ( )

Adecuado ( )

Poco ( )

No opina ( )

11. ¿Le parecieron cómodos los ambientes (sala de espera, consultorio de enfermería, consultorio médico, farmacia) del establecimiento?

Sí ( )

No ( )

No opina ( )

12. El establecimiento se encuentra limpio?

Sí ( )

No ( )

No opina ( )

13. ¿Se respetó su privacidad durante la consulta?

Sí ( )

- No ( )
- No opina ( )
- No Aplica ( )

14. En términos generales ¿Considera usted que le resolvieron el problema o motivo de búsqueda de atención?

- Sí ( )
- No ( )
- No opina ( )

15. En términos generales ¿Se siente usted satisfecho con la atención recibida?

- Sí ( )
- No ( )
- No opina ( )

¿Por qué?:

---

---

**Parte III: Opiniones y sugerencias respecto de la atención recibida.**

---

---

# ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

## Instrucciones Generales

Esta encuesta de opinión sobre la organización es absolutamente anónima, no escriba su nombre, código o cualquier otro tipo de identificación ya que se busca que usted responda con la más amplia libertad y veracidad posible. La encuesta está dividida en 3 partes:

**Parte I:** Está dedicada a la información de carácter general acerca de su situación actual como trabajador del centro de salud (Preguntas 1 a la 4).

**Parte II:** Está dedicada a medir la apreciación que tiene Ud. como trabajador acerca de las políticas empleadas en la organización. (Preguntas 1 a la 30).

**Parte III:** Tiene por finalidad recoger sugerencias y críticas constructivas acerca de la organización, que usted considere necesarias precisar por escrito.

## Parte I

### INFORMACIÓN GENERAL

FECHA: .... /..../....

#### Establecimiento de Salud donde labora:

En las siguientes preguntas marque la alternativa que más se acerque a su situación actual como trabajador del centro de salud:

1. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su puesto de trabajo dentro de la organización?

- a) Director
- b) Funcionario

- c) Jefe de Departamento.
- d) Jefe de servicio.
- e) Jefe de Establecimiento
- f) Personal Administrativo
- g) Personal asistencial
- h) Personal de servicio
- i) Otros (especifique)

**2. ¿A que grupo ocupacional pertenece?**

- a) Médico
- b) Enfermeras
- c) Odontólogo
- d) Psicólogos
- e) Nutricionista
- f) Trabajadora social
- g) Técnico de enfermería/Auxiliar
- h) Técnico administrativo
- i) Técnico en atención primaria
- j) Otro (especifique)

**3. ¿Cuál es su condición laboral en el centro de salud?**

- a) Propiedad
- b) Interino
- c) Sustituto
- e) Otros

**4. ¿Cuál es su tiempo de servicios en el centro de salud?**

- a) Menos de 1 año.
- b) De 1 a 4 años.
- c) De 5 años a más.

5. ¿Cuál es su tiempo de servicios en el actual puesto de trabajo?.....

- a) Menos de 1 año.
- b) De 1 a 4 años.
- c) De 5 años a más.

## Parte II

### APRECIACIONES SOBRE SU CENTRO DE LABORES

A continuación tiene usted una lista de afirmaciones o puntos de vista relacionados con el trabajo, cargo o puesto que Usted desempeña. Sírvase calificar cada una de las frases usando una escala de puntuación del 1 al 5, de tal manera que el puntaje que asigne denote su conformidad con lo que ha declarado.

El puntaje y la clave de respuesta a cada afirmación se asignará de acuerdo a la siguiente tabla:

- (5) TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
- (4) MAYORMENTE DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
- (3) INDIFERENTE A LA OPINIÓN
- (2) POCAS VECES DE ACUERDO CON LA OPINIÓN
- (1) TOTALMENTE EN DESACUERDO CON LA OPINIÓN

Ejemplo:

En el cuestionario encontrará:

**Preg. ¿QUE APRECIACIÓN TIENE USTED DE SU CENTRO LABORAL?**

**PUNTAJE**

*Trabajo Actual*

1.	Los objetivos y responsabilidades del puesto trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de las labores a realizar.	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---

Como se muestra en el ejemplo, usted podrá marcar 4 si esta **MAYORMENTE DE ACUERDO** con los objetivos y responsabilidades de su puesto de trabajo son claros, por tanto sabe lo que se espera de usted.

*(Luego de haber entendido las instrucciones dé vuelta a la hoja y por favor, conteste TODAS las preguntas)*

Con relación a las siguientes preguntas, marque con una equis (X) sobre el código que responda de mejor manera a las interrogantes que se formulan:

Pregunta	¿QUE APRECIACIÓN TIENE USTED DE SU CENTRO LABORAL?	Puntaje				
<b>Trabajo Actual</b>						
1.	Los objetivos y responsabilidades del puesto de trabajo son claros, por tanto sé sabe lo que se espera de las acciones a realizar.	5	4	3	2	1
2.	El trabajo en el servicio está bien organizado	5	4	3	2	1
3.	En su trabajo, siente que puede poner en juego y desarrollar sus habilidades.	5	4	3	2	1
4.	Se le proporciona información oportuna y adecuada para el desempeño y resultados alcanzados.	5	4	3	2	1
<b>Trabajo General</b>						
5.	Siente que puede adaptarse a las condiciones que ofrece el medio laboral de su centro de trabajo	5	4	3	2	1
6.	La institución le proporciona los recursos necesarios,	5	4	3	2	1

	herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto.					
7.	En términos Generales se siente satisfecho con su centro laboral	5	4	3	2	1
<b>Interacción con el Jefe Inmediato</b>						
8.	Directivos y/o Jefes generalmente le reconocen por un trabajo bien hecho	5	4	3	2	1
9.	Los Directivos y/o Jefes le solucionan problemas de manera creativa y buscan constantemente la innovación y las mejoras	5	4	3	2	1
10.	Los Directivos y Jefes demuestran un dominio técnico y conocimientos de sus funciones	5	4	3	2	1
11.	Los Directivos y Jefes toman decisiones con la participación de los trabajadores del Establecimiento.	5	4	3	2	1
12.	Los directivos del centro laboral hacen los esfuerzos necesarios para mantener informados oportunamente a los trabajadores sobre los asuntos que les afectan e interesan, así como del rumbo de la institución.					
<b><i>Oportunidades de progreso</i></b>						
13.	Tiene suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita el desarrollo de sus Habilidades asistenciales para la atención integral.	5	4	3	2	1
14.	Tiene suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita su desarrollo humano.	5	4	3	2	1
<b><i>Remuneraciones e Incentivos</i></b>						

15.	Su sueldo o remuneración es adecuada en relación al trabajo que realiza.	5	4	3	2	1
16.	La institución se preocupa por las necesidades primordiales del personal.	5	4	3	2	1
<i><b>Interrelación con los Compañeros de Trabajo</b></i>						
17.	Los compañeros de trabajo, en general, están dispuestos a ayudarse entre ellos para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo	5	4	3	2	1
18.	Esta satisfecho con los procedimientos disponibles para resolver los reclamos de los trabajadores.	5	4	3	2	1
<i><b>Ambiente de Trabajo</b></i>						
19.	Tiene un conocimiento claro y transparente de las políticas y normas de personal de la institución.	5	4	3	2	1
20.	Cree que los trabajadores son tratados bien, independientemente del cargo que ocupan.	5	4	3	2	1
21.	El ambiente de la institución le permite expresar opiniones con franqueza, a todo nivel sin temor a represalias	5	4	3	2	1
22.	El nombre y prestigio del <b>centro de salud</b> es gratificante para usted	5	4	3	2	1

### Parte III

## SECCIÓN DE COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

### INSTRUCCIONES

Si existen asuntos especiales que Usted desea destacar escriba sus comentarios en esta página.

**POR FAVOR : NO FIRME.** (Recuerde que esta encuesta es anónima).

*Siéntase en libertad de expresar su opinión sobre el tema(s) que le preocupen y desee hacer de conocimiento:*

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

**¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**

# EVALUACION DE LA GESTION DE LA CALIDAD EN CENTROS DE SALUD

Esta herramienta le ayudará a determinar el estado de las condiciones de su centro de salud. Para llenar este formulario es necesario que marque con **X** la casilla que en su criterio mejor corresponde al grado de cumplimiento del centro en la pregunta respectiva.

Es importante que usted responda todas las preguntas que se le hacen y que conteste en solo una de las casillas de puntuación.

A los criterios a evaluar se les asignara el siguiente puntaje:

Cumple= 2 puntos

No cumple: 1 punto

No aplica= 0 puntos

## I. Infraestructura

Estándar: Infraestructura	Cumple	No Cumple
1. Se cuenta con los servicios básicos (electricidad, agua potable, teléfono y disposición de excretas)		
2. Se cuenta con servicios sanitarios con inodoro, lavamanos para el público y personal que se encuentran funcionando. Tienen éstos señalización y ventilación adecuada.		
3. Existen ambientes definidos para: Información de usuarios, validación de derechos, salas de espera, consultorios de medicina general y otras especialidades, servicios generales como mantenimiento y aseo.		
4. La iluminación natural de todos los ambientes es suficiente para las actividades diarias corrientes; la temperatura y ventilación son adecuadas.		
5. Las paredes (internas y externas) se hallan en buen estado, son agradables, y no se encuentran goteras ni filtraciones.		
6. Se dispone de un plan de urgencias en infraestructura en caso de desastre.		
7. La instalación eléctrica se encuentra funcionando con interruptores y tomas de corriente en buen estado.		
8. En los ambientes, el mobiliario, equipo, utensilios y demás artículos se encuentran ubicados		

funcionalmente, sin que exista improvisación para su ubicación.		
---	--	--

## II. Equipo

<b>Estándar: Equipo</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
1. En el consultorio de medicina general existen: mesa de examen, 2 sillas, 1 escritorio, balanza y tallímetro, doppler, esfigmomanómetro, equipo diagnóstico (otoscopio y fondo de ojo), termómetro y negatoscopio.		
2. La sala de espera es adecuada en mobiliario y permite un mínimo de comodidad a los usuarios		
3. En la sala de espera el usuario(a) puede contar con material o equipo educativo para la salud (tv y video) que se encuentran funcionando permanentemente.		
4. Existen estrategias y procedimientos escritos a seguirse en el caso de fallas de equipos, especialmente de la cadena de frío.		
5. Existe un procedimiento para detectar equipos obsoletos, técnica antigua, ausencia de repuestos y otros factores, así como del instrumental y equipo y gestionar su descarte.		
6. El 100% de funcionarios a cargo o en relación de los equipos, conoce que existen normas escritas y sabe como proceder en el caso de fallas de los mismos.		
7. Se desechan los recipientes, agujas y utensilios denominados "desechables", después		

de un solo uso.		
8. Existe equipo de alta tecnología que permita la conexión en red, para acceso a información, expedientes y/o actualización en atención de programas al personal.		

### III. Prevención

<b>Estándar: Prevención</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
1. El centro de salud conoce la población total del área geográfica asignada, por sexo y grupo etáreo y estos datos se hallan registrados		
2. El centro de salud posee refrigerador con termómetro y hoja de control. Dentro del mismo se encuentran ordenadas e identificadas vacunas. Debe incluirse plan de emergencia descriptivo en caso de falla eléctrica		
3. Existe un procedimiento para la capacitación del personal en las normas de la cadena de frío		
4. El personal recibió adiestramiento y capacitación en comunicación interpersonal para orientación y charlas educativas.		

#### IV. Información

Estándar: Información	Cumple	No Cumple
1. Existe un responsable específico de la información que está identificado y que se encuentra permanentemente en un lugar visible al usuario(a) en los horarios de atención.		
2. Existe un sistema de sugerencias y quejas del usuario(a) con buzón y/o libro de quejas, cuyos afiches son visibles y explicativos en los ambientes de espera y consultorio.		
3. En un recorrido la (el) usuaria (o) identifica con facilidad desde el ingreso hasta la salida la ubicación de cada uno de los consultorios y demás dependencias.		
4. Todo el personal utiliza una placa de identificación clara y visible.		
5. Existen afiches, visibles, enmarcados, donde se explican programas y servicios del centro de salud y derechos de los usuarios con lenguaje claro y que permiten información y educación permanente.		
6. Existe un reglamento interno para el personal que especifica las características del trato al usuario(a) e incluye normas sobre las conductas e interacción con éstos.		

7. Existe un sistema de visitas a domicilio y/o comunidad que en forma regular con medios escritos y gráficos anuncia los beneficios y prestaciones del centro de salud.		
8. Se informa al paciente del centro de salud sobre la secuencia de pasos a seguir en la atención médica.		

## V. Limpieza

<b>Estándar: Limpieza</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
1. Existe un manual de procedimientos y funciones de limpieza que conoce el personal.		
2. Se dispone en forma permanente de material de limpieza como escoba, jabón, detergente, bolsas plásticas y basureros.		
3. Existe un programa de capacitación para el personal de limpieza sobre la correcta utilización de los desinfectantes y procedimientos de limpieza.		
4. Está definida la responsabilidad de supervisión de la limpieza en forma escrita a cargo del administrador como responsable.		
5. Todos los pisos son limpiados dos veces al día, con jabón y/o detergente. Existe prohibición de barrido en seco, excepto casos especiales		

como consultorios, circulación del público o pisos especiales.		
6. En el interior del centro de salud no existe basura acumulada.		
7. Cuenta con un responsable de limpieza y los procedimientos están normalizados, incluyendo el uso de desinfectantes. Existen normas para el tratamiento de elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonelosis).		
8. Los pisos, techos, estructura física, puertas y ventanas de la infraestructura son revisados periódicamente al menos una vez al año para efectuar reparaciones y corregir posibles problemas.		
9. El personal dispone de baños accesibles y limpios.		

## VI. Procedimientos

<b>Estándar: Procedimientos</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
1. Existen en uso en el centro historias clínicas "modelo" in institucional, las mismas que son archivadas al concluir la consulta en archivos numeradas de acuerdo al código del asegurado.		
2. En la historia clínica es posible constatar que se registran y llenan todas las casillas		

contempladas en la misma así como se define el diagnóstico y terapéutica. Las historias clínicas tienen firma y sello legible del médico		
3. Están identificados los procesos críticos (protocolos) en la atención médica al usuario en consulta externa de las patologías más frecuentes. Los protocolos han sido elaborados por el personal del policlínico y validados por los médicos.		
4. El centro de salud ha implementado un sistema de revisión de expedientes clínicos, el mismo se cumple periódicamente.		
5. Existe un comité de calidad y equipos de mejoramiento continuo que se reúnen al menos una vez al mes.		
6. El centro de salud cuenta con caja chica reglamentada en forma escrita. Es posible conocer los ingresos y egresos de la misma en el momento de la evaluación. Se rinden cuentas de manera regular.		
7. Existe una persona responsable de estadística, que puede proporcionar información oportuna y completa de los servicios que otorga el centro de salud y existe una serie anual resumida.		
8. La oficina de personal tiene registrado a la totalidad del personal profesional y no profesional. Así como la existencia del rol de vacaciones.		
9. El centro de salud ha implementado un sistema de cita previa en medicina general y odontología.		

10. El promedio de tiempo de espera para recibir consulta en medicina general de usuarios previamente citados es de 20 minutos.		
11. Existe una evaluación de 5 expedientes clínicos por consultorio por mes, que son analizados por un Comité de evaluación y retroinformación de los resultados.		
12. Existe un plan de motivación y desarrollo permanente del personal, donde se incluye motivación, incentivos y reconocimientos, el mismo se cumple con regularidad.		

## VII. Enfermería

<b>Estándar: Enfermería</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
1. El centro de salud cuenta con una jefatura de enfermería.		
2. La toma de signos vitales es realizada por la auxiliar de enfermería y/o enfermera de cada consultorio		
3. El personal de enfermería conoce los horarios, responsabilidades y otros procedimientos administrativos y de relacionamiento profesional con el centro de salud.		
4. El personal de enfermería ha organizado equipos de trabajo y/o charlas para apoyar		

al mejoramiento humano y profesional de su personal (pueden ser charlas informales)		
5. El personal de enfermería se reúne tan frecuentemente como sea necesario, pero no menos de 6 veces al año, para identificar problemas de su área Deberá llevarse un libro de actas que documente todas las recomendaciones o acciones propuestas		

### VIII. Consulta

<b>Estándar: consulta</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
1. El horario de atención de los consultorios de medicina general es de 8 horas por turno en forma diaria, cuenta con apoyo de radiología y laboratorio, al menos por seis horas de atención		
2. Sin necesidad de hacer cálculos, el centro de salud puede precisar el número total de horas médicas y de enfermería ofertadas y establecer que existe al menos una hora de enfermería por cada hora médica.		
3. En visita a consultorios se puede observar la existencia de; formularios de historias clínicas, hojas de evolución, recetarios,		

exámenes complementarios, referencias, Boletas V01, el número de todos los formularios es suficiente para la atención de al menos 1 semana.		
4. Existe un programa de educación permanente para el personal de medicina familiar, que se ejecuta regularmente al menos en un 50% con el personal de medicina general.		
5. El personal de cada consultorio de medicina general conoce su área de influencia y su pirámide poblacional.		
6. Se utiliza una hoja de registro diario de usuarios (as) en cada consultorio, que se encuentra en uso verificable por revisión del día anterior.		
7. Se utilizan de manera sistemática árboles de decisión (algoritmos de diagnóstico y tratamiento), en los programas de atención en salud.		
8. Existen normas y protocolos de atención para las enfermedades de consulta más frecuente del centro de salud.		
9. Los (las) médicos (as) atienden de acuerdo a normas y protocolos en vigencia.		
10. El usuario (a) percibe que es escuchado activamente por el médico, durante la consulta.		
11. El médico comunica en forma sencilla, clara y con lenguaje adecuado acerca de su		

padecimiento y su diagnóstico, los pasos a seguir y su tratamiento		
--	--	--

## IX. Medicamentos

<b>Estándar: Medicamentos</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
1. Existe farmacia en el centro que funciona 8 horas al día, y tiene un reglamento de funcionamiento.		
2. La farmacia del centro de salud debe estar dirigida por un farmacéutico titulado y legalmente habilitado		
3. Existe un sistema de reposición de medicamentos en uso que al menos cada mes solicita un nuevo pedido al almacén central.		
4. La entrega de medicamentos se realiza respetando la regla de "primeros en expirar primeros en salir".		
5. La cantidad de medicamentos requeridos son almacenados con inventario semanal y mensualmente son supervisadas por la regente de farmacia		
6. En todos los consultorios están presentes los formularios terapéuticos de la CCSS.		
7. El personal encargado de la entrega de medicamentos a los usuarios, lo hace en		

forma cordial y amable.		
-------------------------	--	--

## X. Referencia

Estándar Referencia	Cumple	No Cumple
1. Se disponen normas de referencia y contrarreferencia para derivar los casos que exceden la capacidad resolutive del centro de salud a establecimientos de mayor complejidad		
2. Están claramente definidas las competencias del centro de salud, en relación al nivel de atención y complejidad de las prestaciones que debe atender. Debe existir un documento normativo de las prestaciones que deriva.		
3. El centro de salud cuenta con un sistema de comunicación, (teléfono, radio o ambos) en pleno funcionamiento		
4. Verificar el listado y cumplimiento de al menos tres casos que hayan requerido del sistema de referencia y contrarreferencia en la revisión de una muestra aleatoria		
5. El centro de salud cuenta con una		

ambulancia o transporte propio o contratado para realizar la transferencia de pacientes de acuerdo a requerimiento		
6. Se informa al usuario(a) que una vez terminada su atención debe retornar a su consultorio del centro de salud.		
7. Existe un laboratorio de análisis clínicos en el que se puede procesar sin delegar a otro laboratorio los análisis del centro de salud		

## XI. Gestión

<b>Estándar: Gestión</b>	<b>Cumple</b>	<b>No Cumple</b>
1. El centro de salud cuenta con un médico que conduce la atención, elegido por concurso de méritos y según normas institucionales, éste debe haber organizado el comité de calidad y presidirlo.		
2. La estructura del centro de salud se guía por las estrategias definidas por la CCSS y se revisa en forma periódica para garantizar su cumplimiento.		
3. El centro de salud debe contar con un inventario de equipamiento, instrumental y laboratorio, así como listado de		

prestaciones que otorga cada uno de los servicios de la institución.		
4. Existe una declaración escrita de la misión y visión todo el personal y los miembros de la dirección y de la comunidad están familiarizados con ella.		
5. Existen descripciones detalladas de los cargos del personal y todas están actualizadas		
6. El centro de salud cuenta con un manual de los procedimientos administrativos y trámites de rutina en los que se encuentran estipulados en forma escrita los principales pasos de cada circuito.		
7. Cada usuario(a) está asignado(a) a un profesional del centro de salud por el que se canalizan las transferencias a otros especialistas si el caso ameritara.		
8. Existe una programación mensual para reuniones de educación médica continúa. Se realiza enseñanza en las 20 patologías mas frecuentes en el centro de salud, especialmente de aquellas en la que se observa menores índices de congruencia clínico – dx y tx.		