

# Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

## Trabajo Final Integrador

Autora: Mercedes Iris Laurenza

### **CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

Análisis del Programa de Indicadores de Calidad para la Atención Médica (PICAM) en centros de salud del primer nivel de la República Argentina

2016

Director: Fernando Ramón Vázquez  
Co-directora: Zulema Bianconi

*Citar como:* Laurenza, M. I. (2016). Calidad de la atención de la salud desde la perspectiva del paciente: análisis del Programa de Indicadores de Calidad para la Atención Médica (PICAM) en centros de salud del primer nivel de la República Argentina. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/1/223>



## **Agradecimientos**

A mis padres Liliana y Andrés y mi hermana María Eugenia, por darme la confianza de creer que tengo algo importante para decir.

A mi Fran, por hacerme florecer.

A mi familia y amigas, por las charlas y debates compartidos, de los que siempre surgirán las mejores teorías.

A Fernando Vázquez por su generosidad y apoyo.

A Zulema Bianconi por su orientación y persistencia.

Al ITAES, por apoyarme en la realización de la maestría brindándome tiempo, financiamiento y estímulo. Especialmente a Lilian Peusovich, Ricardo Herrero, Susana Gómez, Ricardo Durlach y Ricardo Otero, a quienes además me une el cariño.

A Camilo Marracino, por todo lo que me enseñó.

A mis docentes y compañeros de la comisión B, que fomentaron mi pasión por la salud pública.

Una tesis de maestría es de los logros académicos más altos. Previo a ello se extiende un largo recorrido que se remonta hasta el jardín de infantes, pasando por todos los niveles de educación formal. Tengo el orgullo de haber crecido en un país donde la educación pública era de excelencia y pensando en esto es que quiero mencionar a algunas de las personas con las que me encontré, que me guiaron y ayudaron en el camino de esto del "qué querés ser". Desde mi maestra de primer grado, Alicia con anteojos verdes, que me daba miedo, agravando el que ya tenía de no pasar la escuela primaria. Ella me enseñó a leer y al final resultó muy buena. Pasando por Alicia la de quinto, que quería que estudiara letras, porque "estaba para más que ser maestra". La de historia del normal 6, que me hizo firmar por "revolear" una boligoma de una punta a la otra del aula. Cassinari, por mostrarme la gloria de los cuadros sinópticos y del peronismo (misión que recién terminaría Mallimacci en la mitad de la carrera universitaria). La de física por alentarme "¡Bien Laurenza! ¡La curiosidad, eso es ciencia!". Y después la facultad. El "¿para qué estudian sociología?" de Forte a las 7 de la mañana del primer día de la primera materia, o los "con esto se van a morir de hambre" "tiene que haber una mirada crítica", "el conocimiento es para transformar" de muchos. La

premisa de que "el dato no existe, se construye" de Cohen, que me hace pensar cada vez que escribo "dato", las llamadas con teléfono a disco entre Ierardo y Hegel... Ser docente no es fácil, menos en la escuela y universidad públicas. Pero creo que el hecho que alguien haga su tesis de maestría y te recuerde, pensando que parte de ese logro te lo debe, ha de ser de las cosas más lindas. Gracias a todos ellos.

## Índice de contenidos

Resumen .....	8
1. Introducción.....	10
1.1. Presentación.....	10
1.2. Descripción del Problema.....	10
1.3. Contexto .....	12
1.4. Utilidad y relevancia .....	14
1.5. Estructura de la Tesis .....	15
2. Planteamiento del Problema. ....	15
2.1. Formulación del Problema de la Tesis. ....	15
2.2. Objetivos: General y Específicos.....	15
3. Marco Teórico. ....	16
3.1. Calidad de la atención de la salud.....	16
3.2. Aceptabilidad.....	17
3.3. Paciente, usuario, cliente.....	18
3.4. Satisfacción del paciente.....	19
3.5. Principales características del modelo médico hegemónico.....	20
3.6. Participación del paciente. ....	20
3.7. Trazadoras .....	21
3.8. Estimación matemática de la importancia.....	22
4. Metodología. ....	23
4.1. Tipo de estudio.....	23
4.2. Dimensiones, variables, indicadores.....	24
4.2.1. Para el objetivo específico 1 .....	24
4.2.2. Para los objetivos específicos 2 y 3: .....	25
4.3. Universo y características de la muestra.....	28
4.3.1. Unidades del estudio de caso .....	28
4.3.2. Para el objetivo específico 1 .....	29
4.3.3. Para los objetivos 2 y 3.....	30
4.4. Fuentes de datos y herramientas de recolección utilizadas.....	34
4.4.1. Para el objetivo específico 1 .....	34

4.4.2.	Para los objetivos 2 y 3.....	35
4.5.	Técnicas de análisis de la información.....	36
4.5.1.	Para el objetivo específico 1 .....	36
4.5.2.	Para los objetivos 2 y 3.....	37
5.	Desarrollo .....	38
5.1.	Análisis de las entrevistas a informantes clave.....	38
5.1.1.	Motivos implementación del programa .....	39
5.1.2.	Facilitadores para la implementación del programa.....	39
5.1.3.	Dificultades en la implementación del programa.....	40
5.1.4.	Hallazgos derivados de la implementación del programa .....	41
5.1.5.	Fortalezas del programa.....	42
5.1.6.	Debilidades del programa.....	43
5.1.7.	Relación entre el desarrollo del programa y la participación del paciente ....	44
5.1.8.	Socialización de los resultados .....	44
5.2.	Resultados del análisis consolidado de los datos de cada una de las redes .....	45
5.1.1.	Red sector público de un Municipio del Conurbano.....	45
5.1.2.	Red de sector público, Patagonia.....	46
5.1.3.	Red del sector privado, A.M.B.A.....	47
5.3.	Comparación de los datos consolidados entre las redes.....	48
5.3.1.	Similitudes entre las 3 redes:.....	49
5.3.2.	Diferencias entre las 3 redes .....	49
6.	Conclusiones .....	51
7.	Discusión y propuestas.....	54
8.	Bibliografía.....	56
9.	Anexos. ....	62
9.1.	Cuestionario utilizado. ....	62
9.2.	Tabla comparación monitoreo Aceptabilidad vs Inaceptabilidad (ejemplo).....	65
9.3.	Distribución de los encuestados según nivel educativo alcanzado por red.....	65

9.4. Valores de importancia en un establecimiento sin un único aspecto preponderante (ejemplo).....	67
9.5. Matriz de análisis de las entrevistas .....	68
9.6. Tablas y gráficos de los resultados del análisis cuantitativo .....	82
9.6.1. Resultados red pública del Conurbano .....	82
9.6.2. Resultados red pública de Patagonia .....	85
9.6.3. Resultados red privada de A.M.B.A.....	88
9.7. Resumen comparación entre redes de resultados cuantitativos. ....	91

## Resumen

### *Presentación del tema*

El sistema de salud en Argentina se caracteriza por una fuerte fragmentación, con superposición en las coberturas e inequidades a lo largo del territorio, que cristalizan y al mismo tiempo reproducen las inequidades socioeconómicas preexistentes. En este contexto y en pos de la construcción de un sistema de salud equitativo, la mejora de la calidad de la atención adquiere un papel central. Según las definiciones de la OMS (2012), los componentes centrales del derecho a la salud son disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Las iniciativas en el país respecto de esta temática se han caracterizado por incluir acciones que no se han mantenido en el tiempo, carentes de continuidad.

En el 2009 el Programa de Indicadores de Calidad de la Atención Médica (PICAM) comenzó a implementar un cuestionario diseñado y validado localmente para medir la satisfacción de los pacientes con la atención, en establecimientos del primer nivel. Los aspectos que este consideraba fueron médico de cabecera, enfermería, instalaciones, trato del personal, médicos especialistas y turnos. De cada uno de ellos se monitoreaban indicadores de inaceptabilidad, importancia e inaceptabilidad ponderada por la importancia. El indicador de importancia por aspecto estimaba la capacidad de cada uno de ellos de influir sobre la satisfacción general.

El programa se implementó de forma sostenida desde 2009 hasta 2013, llegando a un total de encuestas de 20.000, bajo la modalidad de monitoreo sistemático. Se aplicó en una red pública del Conurbano, otra pública de Patagonia y una privada de A.M.B.A.

El objetivo general de esta tesis fue analizar y describir de forma consolidada el comportamiento de los indicadores medidos en el marco del PICAM Ambulatorio, el proceso y resultados de su implementación en los ámbitos mencionados.

### *Enfoque teórico-metodológico*

Se realizó de un trabajo retrospectivo con un diseño de estudio de caso, empleando métodos cualitativos y cuantitativos

### *Conclusiones:*

En el proceso de implementación del PICAM, tuvo un papel central el instrumento de recolección de la información utilizado, por tratarse de instrumento validado. En los diferentes ámbitos de aplicación, la existencia de un trabajo previo en materia de mejora de la calidad facilitó la implementación del programa, así como el trabajo de seguimiento posterior. La experiencia el programa PICAM no facilitó la participación de los pacientes o sólo lo hizo en forma muy incipiente.

Se observaron valores elevados de inaceptabilidad en el aspecto turnos en las tres redes y trato del personal en la red privada del A.M.B.A. y la red pública del Municipio del Conurbano. Los aspectos con menores valores fueron médico de cabecera en los tres ámbitos, junto con médicos especialistas en A.M.B.A. y en el Conurbano y Enfermería en Patagonia únicamente.

En cuanto a los indicadores de importancia, en cada ámbito la primacía estuvo dada por diferentes aspectos: en Patagonia médicos especialistas, en A.M.B.A. enfermería y en el Conurbano trato del personal, junto con médicos especialistas.

Como constante en las tres redes en el grupo de aspectos con los valores más altos de importancia se encontraron Médicos Especialistas y Trato del Personal, con las especificidades enunciadas anteriormente. En A.M.B.A. y en Patagonia además se observó en este grupo a Enfermería

Turnos fue el aspecto con menor influencia en la satisfacción general, en los tres ámbitos de manera marcada, seguido de instalaciones.

Médico de cabecera no se observó entre los aspectos más importantes en ninguna de las redes.

### **Palabras clave**

Calidad de la atención de salud

Aceptabilidad de la atención de salud

Satisfacción

Primer nivel de atención

# **1. Introducción.**

## **1.1. Presentación**

En esta tesis se realizó un estudio de caso del Programa de Indicadores de Calidad de la Atención Médica (PICAM) en su modalidad de indicadores para establecimientos de atención ambulatoria y del primer nivel, obtenidos a partir de la información recabada en la encuesta a pacientes. Se tomaron tres redes donde se implementó el programa de manera sostenida durante los años 2009 y 2013: una pública del Conurbano Bonaerense<sup>1</sup> una privada con establecimientos en el AMBA<sup>2</sup> y una pública de un municipio de la región Patagonia.

Se analizaron los datos obtenidos en el marco del programa mencionado de forma consolidada por cada una de las redes y el proceso de implementación con sus facilitadores, dificultades, fortalezas y debilidades, según la perspectiva de los órganos de conducción que impulsaron la iniciativa en cada ámbito.

Se abordó el área temática de la calidad de atención desde las disciplinas de la sociología de la salud y la estadística.

## **1.2. Descripción del Problema**

La salud es reconocida como un derecho humano y como tal debe ser garantizado por los estados que de esa manera la conciben, a través de la disponibilidad de servicios de salud, la creación de condiciones de trabajo saludables y seguras, el acceso a una vivienda adecuada y a alimentos nutritivos. Según las definiciones de la OMS (2012), los componentes centrales del derecho a la salud son disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Los sistemas de salud, así como las políticas, programas, planes y declaraciones, tanto de los gobiernos como de los organismos internacionales, organizaciones intermedias, como ONGs y entidades académicas, aceptan y se enfocan hacia el acceso universal y la atención de buena calidad, lo que puede ser englobado en el concepto de equidad (Mattioli, 2011).

---

<sup>1</sup> Para mayor claridad en este trabajo utilizaremos la denominación Conurbano, para referirnos a los 24 Partidos de la Provincia de Buenos Aires que integran el Gran Buenos Aires (INDEC, 2005).

<sup>2</sup> Para evitar confusiones utilizaremos AMBA para referirnos a lo que el INDEC (Ibíd.) define como aglomerado Gran Buenos Aires, es decir la Ciudad de Buenos Aires más 30 partidos de la Provincia de Buenos Aires que integran el aglomerado.

Argentina presenta un sistema público de salud organizado en torno al principio de cobertura universal, lo cual implica que toda aquella persona que habite el suelo argentino, por ese sólo hecho, puede acceder a las prestaciones en salud brindadas por el sector público. Este sector o sistema, coexiste con el sistema privado y el de la Seguridad Social (que, además, cuenta con varios subsistemas y un sinnúmero de entidades financiadoras), a los cuales se puede acceder por medio de una contratación (sistema privado) o a partir de la condición de trabajador en relación de dependencia o autónomo, a través de aportes (seguridad social). Nuestro régimen se caracteriza por una fuerte fragmentación, con superposición en las coberturas e inequidades a lo largo del territorio, que cristalizan y al mismo tiempo reproducen las inequidades socioeconómicas preexistentes.

Para el ciudadano, en lo concreto, esto significa niveles variables de gasto de bolsillo y acceso a prestaciones de diferente calidad según tipo de cobertura<sup>3</sup> y ubicación geográfica. En este contexto y en pos de la construcción de un sistema de salud equitativo, la mejora de la calidad de la atención adquiere un papel central.

En nuestro país las iniciativas en favor de la mejora de la calidad se han caracterizado por incluir acciones que no se han mantenido en el tiempo, carentes de continuidad. Contamos con el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Resolución 432/92 MSAL), la Comisión Nacional de Evaluación Externa de Servicios de Salud (Resolución 1924/06 MSAL) y su consecuencia, el Consenso de Entidades Acreditadoras de la República Argentina y existen los Registros Nacionales de Entidades Evaluadoras Externas en Servicios de Salud y de Servicios de Salud con evaluación externa (Resolución 1189/07 MSAL) entre otros desarrollos<sup>4</sup>. Se encuentran disponibles un gran número de normativas y guías, pero no se han instrumentado mecanismos de control sostenidos del cumplimiento de las mismas.

Los establecimientos que desarrollan programas de calidad o implementan alguna estrategia para su abordaje suelen hacerlo en respuesta a motivaciones específicas correspondientes a las más diversas realidades. Concretamente, si bien en el ámbito de la salud es generalizada la opinión favorable respecto de la necesidad de abordar la problemática de la

---

<sup>3</sup> Si bien está definida una canasta de prestaciones médicas obligatorias (P.M.O.), la misma sólo abarca a las obras sociales nacionales, sin regir sobre las provinciales.

<sup>4</sup> El Programa de Garantía de Calidad de la Provincia de Bs. As., la iniciativa de Acreditación de la Superintendencia de Servicios de Salud (2005, fallida), el Programa PEC-GAP del PAMI (1986, de enorme alcance y premiado por la Academia Nacional de Medicina, que duró unos 4 años.

calidad de la atención, no hay hasta el momento un requerimiento estatal efectivo, ni por parte de los financiadores.

Sumado a esto, dentro de las diferentes herramientas para el trabajo en calidad (evaluación externa e interna) se encuentra poco desarrollada la incorporación de la perspectiva de los pacientes y usuarios. Entidades internacionales como la International Society for Quality in Healthcare (ISQua) o Joint Commision comenzaron a impulsar en los últimos años la consideración de esta cuestión. Las acreditadoras cuyos estándares están adecuados a los requerimientos de ISQua como, es ITAES en nuestro país, deben evaluar que los establecimientos de salud respeten los derechos de los pacientes y analicen su satisfacción. Esto representa un claro avance, pero con mucho camino por recorrer aún.

En este sentido en la región de las Américas países como Brasil (Kloetzel, 1999), Chile (Bozzo, 1995), México (Morales González, García Peña, 1997), Cuba (de la Rosa, 1999), entre otros, han desarrollado cuestionarios validados que estiman la satisfacción de los pacientes, tanto en el ámbito público como en el privado.

En el contexto nacional hacia el año 2009 comenzó a implementarse un programa de monitoreo de la calidad en centros de atención ambulatoria, a través de indicadores construidos con información provista por encuestas realizadas a los pacientes de los establecimientos participantes. Esta iniciativa se desarrolló de forma sostenida durante los años 2009 y 2013, tanto en establecimientos privados como públicos, en el marco del Programa de Indicadores de Calidad para la Atención Médica (PICAM), denominándose "PICAM-Ambulatorio".

### **1.3. Contexto**

El PICAM surge y se mantiene hasta la actualidad como un programa de indicadores de calidad para establecimientos con internación. Incluye un total de 22 indicadores, que pueden ser monitoreados tanto en establecimientos privados como públicos<sup>5</sup>. Cada establecimiento reporta sus datos a nivel central y luego sus valores individuales son comparados con valores de referencia construidos en base a la información de todos los

---

<sup>5</sup> A partir del año 2010 se firmó un Acuerdo Marco de Cooperación de acciones entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y el Instituto Técnico para la Acreditación de establecimientos de Salud, Resolución 11112 N° 78/2010, a partir del cual el PICAM se implementó en Hospitales Públicos de dicha jurisdicción.

establecimientos participantes (*benchmarking*), manteniendo la confidencialidad: cada institución sólo conoce sus datos individuales y los valores de referencia.

El programa es desarrollado en conjunto por dos de las instituciones con más trayectoria en el tema de calidad en Argentina como son el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES), una acreditadora con más de 20 años de trayectoria y la Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud (SACAS) que reúne a un gran número de expertos en calidad de la atención de nuestro país. En 2002 los Dres. Ricardo A. Otero y Camilo Marracino elaboraron el primer manual del programa.

Más tarde esta iniciativa fue presentada en la Comisión de Indicadores para Hospitales (Resolución 649/02 MSAL) en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica (PNGCAM) del Ministerio de Salud de la Nación.

La Comisión estaba integrada por Entidades Científicas, Institucionales del Ministerio de Salud, Prestadoras de Servicios y Financiadores del Sector Salud que evaluaron la propuesta efectuándole aportes y correcciones logrando un documento unificado. En función de estos acuerdos, el PNGCAM tomó este documento como propuesta de lo que a posteriori fue aprobado como Resolución MS N° 54/03, denominándose "Guía de Indicadores Básicos de Calidad para Establecimientos de Salud de la República Argentina".

Entre 2009 y 2013 se implementó el PICAM-Ambulatorio de monitoreo de la calidad de la Atención de la Salud en centros del primer nivel a partir de información obtenida de los pacientes. Se seleccionó como cuestionario base el validado en la Tesis de Magíster (U.B.A.) del Dr. Fernando Vázquez (2006) titulada "Diseño y validación de un cuestionario para medir satisfacción de la población adulta con respecto a los cuidados médicos ambulatorios en un establecimiento de salud privado. Composición de un cuestionario para evaluar satisfacción con los cuidados médicos."

En una segunda etapa y en el marco de un trabajo de investigación financiado por la Comisión Nacional Salud Investiga, se eligieron los aspectos e ítems más importantes, validándose una serie de indicadores construidos a partir de la información obtenida con el cuestionario validado (Vázquez, 2008) (ver anexo 9.1). Esa versión del instrumento fue la herramienta de recolección de información del PICAM-Ambulatorio, contemplando los siguientes aspectos:

Médico de Cabecera

Enfermería

Instalaciones

Trato del personal

Médicos Especialistas

Turnos

La información recabada se analizaba y presentaba individualmente con una periodicidad bimestral o trimestral, a cada uno de los centros que participantes, al tiempo que se elaboraban indicadores de referencia que englobaban los valores individuales de los centros participantes dentro de cada red en cada periodo de monitoreo.

En el marco del PICAM y dado que no era parte de sus objetivos, no se llevó a cabo un análisis consolidando los indicadores evaluados en todos los establecimientos y en todos los periodos por red, así como tampoco comparando entre las mismas.

Por otra parte no se ha realizado un estudio y caracterización del proceso de implementación del programa, sus resultados, sus fortalezas y limitaciones.

#### **1.4. Utilidad y relevancia**

La encuesta se ha desarrollado bajo la modalidad descripta<sup>6</sup> en casi 20.000 personas (19.595) en 3 redes de centros de salud del primer nivel: una pública del Conurbano Bonaerense, una privada con establecimientos en el Área Metropolitana de Buenos Aires (A.M.B.A.), y una pública de un municipio de la región Patagonia. El caudal de personas encuestadas, junto con el hecho de haber sido aplicado en ámbitos de diferentes características, de forma sostenida, hacen del programa una experiencia de envergadura.

Como ya fue mencionado, dentro de las diferentes herramientas para el trabajo en calidad (evaluación externa e interna) se encuentra poco desarrollada la incorporación de la perspectiva de los pacientes y usuarios. A partir del análisis de la experiencia del PICAM-Ambulatorio, esta tesis se propone como fin poder brindar insumos a modo de antecedentes,

---

<sup>6</sup> Un establecimiento privado de Provincia de Buenos Aires implementó el PICAM-Ambulatorio de manera transversal, es decir haciendo análisis para diferentes momentos del tiempo y no de forma continua. Otra modalidad de implementación incluyó el estudio de la satisfacción en la población de adultos mayores, en la misma red privada de establecimientos del primer nivel que se toma para el presente trabajo.

para futuras iniciativas que incorporen al paciente como agente participante del proceso de mejora de la calidad de la atención de la salud-

## **1.5. Estructura de la Tesis**

Los resultados se presentan organizados en tres capítulos. En el primero, 5.1, se vuelca el análisis y categorización del contenido de las entrevistas conducidas a los informantes clave de cada una de las redes, en las que se indagó acerca de la implementación del programa y sus resultados. Este se subdivide en ocho apartados que son las unidades temáticas sobre las cuales se trabajó.

En el segundo capítulo, 5.2, se exponen los resultados del análisis consolidado de la información relevada en el programa, separado en tres apartados equivalentes a cada red. En el tercer capítulo se desarrolla la comparación de los resultados entre las redes respecto de sus indicadores, incluyendo un apartado para las similitudes y otro para las diferencias. En el apartado metodológico cada una de las secciones (variables, universo, muestra, fuentes de datos y técnicas de análisis de la información) se muestran diferenciadas para el objetivo específico 1, por un lado y para el 2 y el 3 por otro. El motivo de esta diferenciación se funda en el uso de una metodología cualitativa con datos primarios para el primero y cuantitativo con datos secundarios para el segundo y tercero.

## **2. Planteamiento del Problema.**

### **2.1. Formulación del Problema de la Tesis.**

El presente trabajo se propuso responder, en el marco de un programa de monitoreo de la calidad desde la perspectiva del paciente ¿Cómo ha sido el comportamiento de los indicadores medidos, qué aspectos de la atención de la salud han presentado menor satisfacción, cuáles han tenido mayor influencia en la satisfacción general de los encuestados; cómo fue el proceso de implementación y los resultados del programa?

### **2.2. Objetivos: General y Específicos.**

#### **Objetivo general:**

Analizar y describir de forma consolidada para cada red, el comportamiento de los indicadores, el proceso de implementación y los resultados del programa PICAM Ambulatorio en tres redes de establecimientos del primer nivel de atención entre los años 2009 y 2013.

## **Objetivos específicos:**

- 1- Caracterizar el proceso de implementación del PICAM-Ambulatorio, sus resultados, fortalezas y debilidades en cada una de las redes desde la perspectiva de los órganos de conducción de las mismas.
- 2- Describir y analizar el comportamiento de los indicadores medidos en el PICAM-Ambulatorio en cada una de las redes en las que se implementó.
- 3- Identificar diferencias y similitudes entre las redes respecto del comportamiento de los indicadores medidos.

## **3. Marco Teórico.**

### **3.1. Calidad de la atención de la salud**

La calidad de la atención de la salud se reconoce como un tema de importancia estratégica para la transformación de los sistemas sanitarios (Petracci, Manzelli, Pecheny, Necchi, Cerrutti, 2004). Conceptualmente se trata de un término dinámico, dado que articula ámbitos institucionales diversos como la cultura de una organización, el clima laboral de los servicios de salud, la respuesta a los problemas de los pacientes y la perspectiva de los usuarios sobre la atención recibida. A su vez es polisémico, dado que su sentido varía según el enunciador sea la comunidad científica, los profesionales, los usuarios de los servicios de salud o la opinión pública (Ibíd.)

En cuanto a la producción teórica en la temática, pueden identificarse al menos cuatro dimensiones no excluyentes (Petracci et al., 2004):

a- La producción ligada al "deber ser" de la calidad, entendida como un componente básico del derecho a la salud. Esa producción está representada, fundamentalmente, por los documentos internacionales encargados de sentar las definiciones sobre estos términos.

b- La bibliografía al respecto de los indicadores y/o índices que permiten acreditar si la atención brindada por un establecimiento reúne (o no) ciertos estándares de calidad. Ejemplos de esta dimensión son los programas que tienen como objetivo aportar una metodología de evaluación del funcionamiento hospitalario.

c- La producción que apunta a mejorar la gestión de un establecimiento de salud a través de la aplicación de un proceso de gestión de la calidad. Es posible decir que gran parte de la bibliografía que aparece bajo la denominación de "calidad total" se orienta en esa dirección: establecer las bases y las líneas de acción que hagan posible la implementación de una gestión de calidad en las instituciones. Esta perspectiva se inicia al volcar las ideas de E. Deming a la industria japonesa de posguerra. Deming (1989) define a la calidad como una meta que es posible alcanzar a partir de una serie de cambios organizacionales orientados a la aplicación de un sistema integral de gestión estratégica a largo plazo, así como a través del mejoramiento de la calidad de vida laboral y la promoción de la satisfacción (calidad percibida) del cliente/usuario. Ese enfoque integral de la calidad se convirtió en un paradigma de gestión e ingresó con posterioridad al ámbito de las políticas públicas y de los servicios.

d- Las investigaciones que persiguen comprender qué es una atención de calidad y/o medir la calidad desde la perspectiva de los profesionales y los usuarios.

A. Donabedian (1990), definió que la calidad es un concepto multidimensional en el que se conjugan múltiples atributos: eficacia, efectividad, eficiencia, equidad, aceptabilidad y legitimidad.

### **3.2. Aceptabilidad**

En esta investigación nos ceñiremos al componente de la aceptabilidad. Este refiere a la conformidad de los deseos y expectativas individuales de las personas con las prestaciones recibidas: "...la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias." "...en gran medida, la aceptabilidad depende de las valoraciones subjetivas del paciente en cuanto a efectividad, eficiencia y optimización- aunque no de manera absoluta. Existen nuevos elementos que entran en escena. Se trata de la accesibilidad a la asistencia, los atributos de la relación médico y paciente y el confort. De esta manera quedan definidos los componentes de la aceptabilidad: la accesibilidad, relación médico- enfermo, confort, preferencias del paciente sobre los efectos de la atención, preferencias del paciente sobre los costos de la atención." (Donabedian, 2001, p. 897).

En el marco del programa PICAM se utilizó el concepto de "inaceptabilidad", como equivalente a "baja aceptabilidad". Ello responde a causas operativas, no de orden teórico, que se fundamentan en profundidad en el apartado metodológico, pero que pueden

resumirse de la siguiente manera: a nivel mundial las encuestas de calidad en el ámbito de la salud presentan lo que se denomina "efecto techo". Esto significa que las respuestas presentan siempre elevados niveles de aceptabilidad o satisfacción. Monitoreando la inaceptabilidad o insatisfacción, el efecto techo disminuye y hace al instrumento más sensible a las variaciones, aumentando su capacidad discriminativa entre los pacientes satisfechos e insatisfechos (Vázquez, 2008) (Vázquez, Navarro, 2014).

### **3.3. Paciente, usuario, cliente**

Tradicionalmente la palabra paciente denota una forma de relación asimétrica entre el médico-enfermo o proveedor de servicios de salud-usuario, donde el paciente asume un rol pasivo y de sufriente, siendo quien recibe un tratamiento específico de parte de un experto y espera a curarse, sin tomar parte en las decisiones que ese tratamiento involucra. En esta relación asimétrica la persona es cosificada bajo la forma del "paciente" (Neuberger, 1999).

Esta noción contrasta con el contexto actual en el cual se busca que los pacientes tomen cada vez mayor participación en el propio cuidado de su salud y en las decisiones terapéuticas. Además en muchas oportunidades la interacción del equipo de salud con el paciente no se da con el fin de curar una patología, sino para abordar la salud ya sea desde la prevención o desde la consejería, por ejemplo, en materia de salud sexual y procreación responsable.

Sin embargo se entiende que esta definición de paciente es sólo una modalidad que puede adquirir la forma de relación, mientras que optar por la denominación usuario está más asociado a la lógica de consumidor o cliente. Pecheny y Manzelli (2003) plantean una tipología según la cual pueden identificarse tres modelos de paciente según distintos niveles y cualidades de autonomía<sup>7</sup>: sujeto pasivo, usuario de servicios de salud y paciente como interlocutor legítimo.

"Paciente como sujeto pasivo: en la relación paciente-médico, el cuerpo es objeto del saber/poder médico, y se inserta en un orden simbólico, social, político y legal que legitima la heteronomía corporal y psíquica del paciente.

---

<sup>7</sup> Los autores parten de una definición liberal de autonomía, respecto de la cual ellos mismos plantean que es criticable, pero que sirve como punto de partida para la reflexión en ese sentido "...que la considera como una cualidad deseable de poseer, en tanto implica actuar como el primer agente causal en la vida propia, el tomar decisiones y hacer elecciones libre de influencias o interferencias externas."

Usuario de servicios de salud: se caracteriza por la autonomía propia de los clientes o consumidores de un servicio dentro de un mercado competitivo más o menos oligopólico. Aquí, el vínculo paciente – médico está inserto en un orden mercantil que legitima argumentaciones y elecciones, vinculadas a los servicios y tratamientos, que provienen de la lógica típicamente económica, y participa del lenguaje de la responsabilidad profesional, la calidad de atención y la satisfacción del usuario.

Paciente como interlocutor legítimo: refiere a la autonomía en términos de derechos, responsabilidades y obligaciones individuales y comunitarias. En este modelo, la relación paciente–médico, se transforma en un campo de negociación, donde el paciente –conciente de sus derechos y responsabilidades– ejerce su capacidad de voz y decisión en lo vinculado a su estado de salud, terapéuticas y opciones vitales. El modelo de paciente se acerca al ciudadano participativo.” (Pecheny y Manzelli, 2003: 567).

Por otra parte, pese a las limitaciones de la palabra paciente, consideramos que contiene la especificidad de una relación en la cual uno de los agentes concede ciertos derechos a condición de ser curado (Espigares y Orden, 2010) y donde el otro asume un rol que incorpora el deber imaginario de ser aquel que devuelve un estado de salud previo a la patología, de él se espera la aplicación de un saber experto que resuelva los problemas de salud y enfermedad de los pacientes (Ibíd.)

### **3.4. Satisfacción del paciente**

En el marco del PICAM-Ambulatorio la estimación de la aceptabilidad del paciente se realizó a través de la medición de la satisfacción (Vázquez, 2008). Al igual que la calidad, la satisfacción es un concepto complejo y multidimensional compuesto de varios factores, basados en diferentes experiencias (Riveros y Berné, 2007), en nuestro caso del paciente con las personas involucradas en la prestación del “servicio”(médicos, administrativos, enfermería, etc.), con elementos denominados tangibles: comodidades de infraestructura, alimentación, etc. e intangibles: entrega de información, accesibilidad a la atención, nivel de burocracia, humanización del servicio, atención prestada a problemas psicosociales, etc. (Alvarado y Vera en Riveros y Berné, 2007).

La satisfacción puede definirse como el cumplimiento de las expectativas de los pacientes respecto de la atención sanitaria y el estado de salud resultante. (Corbella y Saturno, en Massip Pérez et al., 2008). “La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del

cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.” (Instituto Nacional de Salud de Madrid en *Ibíd.*, p.4).

Por otra parte autores como Fitzpatrick (en Riveros y Berné, 2007) sostienen que hay una relación entre el grado de satisfacción y la efectividad de la atención médica. Según esta mirada los pacientes con baja satisfacción regresan menos a sus controles, tienen menor adherencia a sus tratamientos y presentan peores resultados en salud. De tal forma mayores niveles de satisfacción con el servicio podrían influir en una mayor efectividad de la atención prestada.

### **3.5. Principales características del modelo médico hegemónico**

Esta forma de prácticas, saberes y teorías es caracterizado por Menéndez y tiene las siguientes características estructurales: “...biologismo, individualismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, la salud como mercancía, eficacia pragmática, relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras “prácticas curadoras”, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de la exclusión de otros modelos, tendencia a la expansión sobre nueva áreas problema a las que medicaliza, normatización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, tendencia a la escisión entre la teoría y la práctica, correlativa a la tendencia a escindir la práctica de la investigación.” (Menéndez, 1992).

De esta amplia caracterización los rasgos más relevantes para esta tesis, en función de la temática a desarrollar, van a ser la asimetría en el vínculo médico-paciente, la participación subordinada y pasiva de estos últimos y el biologismo.

### **3.6. Participación del paciente.**

Pensar la incorporación de la satisfacción de los pacientes en los procesos de mejora de los servicios y sistemas de salud adquiere una relevancia mayor, en un escenario donde se observa, a nivel micro, el pasaje de un modelo de tipo paternalista a otro de carácter

autonomista (Maestro Iturriaga, 2012) en la relación médico-paciente y a nivel sistémico la promoción de políticas de participación social. Respecto del primer elemento debemos decir que el cambio de modelo se da con ciertas continuidades entre un modelo y otro, más o menos acentuadas según el ámbito sociocultural donde se observe la relación. La tendencia es que el paciente, a quien se consideraba como receptor pasivo de las decisiones del médico, participe en las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas. El rol del médico se inclina a presentarse como el de un asesor técnico de sus pacientes a los que ofrece sus conocimientos y recomendaciones, pero sin asumir las decisiones. La relación vertical y asimétrica tiende a volverse más horizontal y adaptada a un sujeto inserto en sociedades democráticas (Ibíd.)

La colaboración de la población con los sistemas de salud se promueve internacionalmente utilizando diferentes enfoques, con objetivos y resultados variables.

En nuestra región estos enfoques puede ser resumidos según Vázquez et al. (2002) en:

- Participación comunitaria como elemento esencial de la atención primaria de salud y la promoción de la salud.
- Participación individual y colectiva aportando recursos humanos, materiales y monetarios.
- Participación social como elemento esencial para lograr la transparencia y responsabilidad de los sistemas de salud frente a la población que atiende.
- Participación individual en la libre elección de los proveedores y aseguradoras, la expresión de la satisfacción y el descontento con los sistemas de salud, en un sistema basado en la competencia.

### **3.7. Trazadoras**

La noción de trazadora surge hacia los años sesenta, a partir de la definición de Kessner de enfermedad trazadora. Según Kessner las debilidades estructurales de un sistema de salud como un todo se reflejan en el manejo de patologías comunes de alta prevalencia (en Costa Rica. Ministerio de Salud et al., 2005).

Se ha utilizado también para referirse a prestaciones: "... una prestación trazadora de un determinado problema de salud es aquella que permite inferir la evolución del conjunto de las prestaciones que se incluyen en la resolución del problema de salud." "En algunos casos,

corresponde a alguna prestación característica del problema de salud; por ejemplo, una intervención quirúrgica propia del tratamiento de la enfermedad; en otros, sin embargo, puede ser alguna prestación de menor relevancia, pero que por simplicidad permite hacer el seguimiento de la producción asociada." (Debrott et al., 2014, p.12).

### **3.8. Estimación matemática de la importancia**

En el estudio de la satisfacción resulta imprescindible poder ponderar los resultados, ya que no es lo mismo que la satisfacción sea baja en un aspecto poco importante para el paciente, que en uno que sea muy importante. Aquellos menos importantes no influirán tanto en la satisfacción general (Anguera Guinovart y Martínez Bateman, 2011).

Autores como Hayes (1999) que estudian la satisfacción en general, no sólo para el ámbito de la salud, sostienen que los métodos matemáticos resultan más convenientes y exactos para estimar la importancia que las poblaciones le otorgan a diferentes aspectos y así ponderar los indicadores de satisfacción.

Los métodos matemáticos más sencillos y utilizados (dado los programas informáticos actuales) son las correlaciones (Anguera Guinovart, Martínez Batema, 2011, p. 14), el análisis factorial (Vázquez, 2008) y la regresión (Hayes, 1999). Estos se emplean en lugar de preguntar directamente al encuestado qué importancia le da a cada aspecto.

Otros trabajos plantean que la ponderación basada en la determinación directa por parte del encuestado de la importancia de cada aspecto es la que más fielmente representa la percepción del usuario y la que mejor permite otorgar un peso para ponderar cada dimensión. Sin embargo se resalta también la dificultad de aplicación de cuestionarios que indaguen a la vez sobre la satisfacción y la importancia, porque resultan confusos y motiva su rechazo a responderlo (Gómez, 2002).

La discusión acerca de la forma bajo la cual estimar la importancia de los encuestados excede los límites de este trabajo. Sin embargo es claro que a nivel operativo en el marco de un programa de monitoreo de intervención, resulta más conveniente, viable y sostenible, la estimación de la importancia de la manera expuesta. Por la complejidad de la variable "importancia", medirla de otra manera insumiría más tiempo, requeriría encuestadores con entrenamiento apropiado y el uso de técnicas como la entrevista en profundidad, recursos

con los que se puede contar para un trabajo de investigación pero de los que difícilmente se disponga para un programa de uso continuo y sostenido.

## **4. Metodología.**

### **4.1. Tipo de estudio.**

Se trató de un trabajo retrospectivo con un diseño de estudio de caso, en el que se emplearon métodos de tipo cualitativo y cuantitativo.

Tal como lo define Mertens (2005) (en Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010) el estudio de caso puede ser una investigación sobre un individuo, grupo, organización, comunidad o sociedad que es analizado como una entidad. Estos estudios consisten en analizar profundamente una unidad para responder al planteamiento de un determinado problema (Hernández Sampieri y Mendoza, 2008 en *Ibíd.*).

Existen diferentes definiciones respecto de si el estudio de caso es un método, un diseño o una muestra (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010). Autores como Stake (2003) (en *Ibíd.*), Mertens (2005) (en *Ibíd.*), Williams, Grinnell y Unrau (2005) (en *Ibíd.*) sostienen que es un tipo de diseño de investigación, que puede utilizar diversos métodos: cualitativos, cuantitativos o mixtos. Según Stake (2000) (en *Ibíd.*) no es un método específico el que define al estudio de caso, sino lo concreto y único del objeto de estudio al que se aboca.

Según la tipología que desarrolla Yin (2003) (en *Ibíd.*) a partir de las unidades de análisis, se trató de un estudio de caso con unidades incrustadas, esto es, varias unidades de análisis dentro del caso. El de esta tesis será el PICAM-Ambulatorio y las unidades las redes de centros de salud del primer nivel donde se implementó: red pública de un municipio del Conurbano Bonaerense., red pública de un municipio de la región Patagonia y red privada de A.M.B.A.

En este tipo de estudios la selección del caso es producto de un proceso complejo "(...) basado en criterios teóricos, así como en experiencias de observación y en las expectativas depositadas en la unidad seleccionada, en términos de su potencialidad para proveer de una base empírica relevante para la interpretación y comprensión del fenómeno estudiado." (Archenti, 2007 p.246).

Para el presente trabajo la selección fue impulsada a partir de mi participación durante los años 2011 y 2013 como Asistente Técnica en el PICAM. Allí formé parte del equipo en el análisis de las encuestas y la confección de los reportes en base a ellas, brindando también soporte operativo para la recolección de la información. En mi carácter de observadora participante, pude evidenciar que el programa era una iniciativa que permitía hacer un aporte en el mejoramiento de la calidad, sin antecedentes en el ámbito de la salud nacional, por lo que me interesó en el marco de mi trabajo de tesis, poder sistematizar esa experiencia, con sus fortalezas y debilidades.

Al momento de formalizar esa inquietud y a través de la búsqueda bibliográfica, se confirmó que efectivamente el PICAM-Ambulatorio era la única experiencia de monitoreo de la calidad de la atención de la salud que incorporaba la mirada del paciente que se hubiera desarrollado de forma sostenida en diferentes ámbitos del sistema sanitario de la Argentina, utilizando un instrumento de recolección de la información diseñado y validado localmente.

## **4.2. Dimensiones, variables, indicadores**

### *4.2.1. Para el objetivo específico 1*

Dado que para este objetivo se aplicó una metodología cualitativa, es más apropiado el uso de categorías en lugar de variables. Desde este enfoque "No hay consecuentemente, una abstracción de propiedades o variables para analizarlas mediante técnicas estadísticas apropiadas para su descripción y la determinación de correlaciones. Los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas."(Rodríguez Gómez et al, 1994, p 72). Maxwell (2004, p. 36) entiende que entre los rasgos más característicos de la investigación cualitativa se encuentran: a) el interés por el significado y la interpretación, b) el énfasis sobre la importancia del contexto y de los procesos, y c) la estrategia inductiva y hermenéutica

La categoría "... abarca elementos o aspectos con características comunes o que se relacionan entre sí. Esa palabra está relacionada a la idea de clase o serie. Las categorías son empleadas para establecer clasificaciones..." (Gomes, 2003, p 55).

Previo a la realización de las entrevistas se definieron unidades temáticas (Mayz, 2007, en Mayz, 2009) que funcionaron como atributos abarcativos e integradores y sub-categorías

que tuvieron la función de orientar las entrevistas. Luego de la interpretación pormenorizada de cada dato recogido en las entrevistas estas sub-categorías sufrieron modificaciones, al tiempo que surgieron otras.

Unidades Temáticas pre definidas	Categorías pre definidas
<b>Razones que motivaron la aplicación del programa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como parte de un programa de mejoramiento de la calidad</li> <li>- Aceptación de la propuesta por parte del PICAM</li> </ul>
<b>Facilitadores en la implementación del programa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo de las autoridades u otros actores clave</li> <li>- Implementada en conjunto con otras acciones de mejora de la calidad</li> <li>- Disponibilidad de recursos específicos para su realización</li> </ul>
<b>Dificultades en la implementación de la encuesta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vinculadas al personal administrativo</li> <li>- Vinculadas a los usuarios</li> <li>- Vinculadas a órganos superiores</li> </ul>
<b>Hallazgos en la implementación del programa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detección de problemáticas diferentes a las indagadas en la encuesta</li> <li>- Problemáticas detectadas indagadas en la encuesta</li> </ul>
<b>Fortalezas detectadas respecto del programa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modalidad de implementación</li> <li>- Seguimiento del programa a nivel central</li> <li>- Instrumento de recolección de la información</li> </ul>
<b>Debilidades detectadas respecto del programa</b>	
<b>Relación del programa con la participación del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorece la participación</li> <li>- Es detectado por el paciente como una instancia de participación</li> </ul>

#### 4.2.2. Para los objetivos específicos 2 y 3.

Las dimensiones y la operacionalización de las variables se realizaron siguiendo la operatoria implementada en el marco de los análisis del PICAM.

Los aspectos o dimensiones fueron: médico de cabecera, enfermería, instalaciones, trato del personal, médicos especialistas y turnos.

Dentro de cada una de ellas se tomó la inaceptabilidad y la importancia, medidos a partir del relevamiento de la opinión de los pacientes respecto de dos ítems por dimensión (total 12 ítems), cuyas categorías fueron 5 en una escala de Likert (ver cuestionario en anexo 1, apartado 9.1). Los ítems se encontraban formulados positivamente (ej: el médico me

escuchó lo suficiente) y las categorías de respuesta iban desde total desacuerdo a total acuerdo. Todo aquel encuestado que respondiere en las categorías 1, 2 y 3 era considerado como insatisfecho (Ibíd.). Así, la inaceptabilidad se calculó a partir de la proporción de respuestas 1, 2 y 3 sobre el total de las respuestas para cada dimensión.

Por ejemplo dentro de la dimensión instalaciones uno de los ítems es *Las instalaciones están limpias*.

A lo cual el paciente puede responder: que está en total desacuerdo (puntaje equivalente a 1), en parcial desacuerdo (2), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), en parcial acuerdo (4) y en total acuerdo (5).

Ahora bien ¿por qué analizar la baja aceptabilidad o inaceptabilidad? Como ya se adelantó esto tiene que ver con el fenómeno que se ha dado en llamar "efecto techo", que significa que al encuestar a los usuarios en salud, las respuestas presentan siempre niveles elevados de satisfacción. En el marco de un programa de monitoreo, es decir de mediciones repetidas y sistemáticas, el efecto techo impide detectar variaciones, haciendo al instrumento menos sensible.<sup>8</sup>

Por otra parte se analizó la variable *importancia* para cada uno de los aspectos, siendo un total de seis: importancia para el aspecto médico de cabecera, importancia de enfermería, importancia de instalaciones, de trato del personal, de médicos especialistas y de turnos. Cada una de ellas fue estimada matemáticamente siguiendo la metodología utilizada en el programa (Vázquez, 2008), que toma el porcentaje de varianza explicada por cada aspecto luego del análisis factorial exploratorio. Las especificaciones fueron el uso de componentes

---

<sup>8</sup> A modo ilustrativo tomemos la comparación de la medición de Satisfacción (o Aceptabilidad) e Insatisfacción (Inaceptabilidad) dicotomizadas (SI/NO). Supongamos que medimos satisfacción en el centro "A" durante un trimestre (ver tabla en Anexo 9.2). En el mes de enero el resultado es que el 93% de los pacientes encuestados están satisfechos con la atención, en febrero este valor desciende a 89 % y en marzo a 86 %. Observando esas cifras podríamos concluir que existe una tendencia descendente pero que siempre se mantienen niveles altos de satisfacción: en todos los meses por encima del 85 %. Si en lugar de monitorear los niveles de satisfacción tomáramos los de insatisfacción, es decir el porcentaje de pacientes "no satisfechos", el valor del último mes (14%) duplica al del primero (7%). Esto equivale a un aumento del 100% de la insatisfacción/inaceptabilidad. En este ejemplo puede verse el incremento de la sensibilidad: midiendo satisfacción la variación de los valores puede pasar inadvertida, mientras que monitoreando la insatisfacción se facilita la interpretación de los valores (Vázquez, Navarro, 2014). Tomando un ejemplo de otro campo, sería como cuando en fotografía se utiliza una lente con un factor de magnificación, un zoom mayor

principales para la extracción<sup>9</sup>, fijando la cantidad de factores en 6, rotando los resultados con Varimax<sup>10</sup> (Ibíd.).

El análisis factorial exploratorio es una técnica estadística que permite identificar dimensiones subyacentes a un conjunto de variables, a través de la detección de interrelaciones entre ellas. "...su propósito principal es tratar de establecer una estructura subyacente entre las variables del análisis, a partir de estructuras de correlación entre ellas; o, en otras palabras: busca definir grupos de variables (más conocidos como factores) que estén altamente correlacionados entre sí." (Méndez y Rondón, 2012, p. 199).

Esta técnica facilita la reducción del volumen de datos y su clasificación, para un mejor manejo y análisis. Una vez que las variables originales están agrupadas en diferentes dimensiones o factores, es posible obtener lo que se denomina porcentaje de la varianza explicada (Hayes, 1999).

Esta medida expresa cuánto de la variabilidad del conjunto de las variables analizadas, es explicada por cada uno de los factores o dimensiones del constructo analizado en porcentaje. Para la encuesta de PICAM, se interpretó como cuánto del constructo satisfacción con la atención era explicado por cada uno de los dominios.

La inaceptabilidad se ponderó por la importancia (multiplicando la proporción de inaceptabilidad por la proporción de varianza explicada por esa dimensión), obteniéndose de esa manera un indicador de *inaceptabilidad ponderada* para cada uno de los aspectos. A partir de los indicadores ponderados correspondientes a cada dimensión, se obtuvo un indicador de inaceptabilidad global ponderada. Este era la suma de los seis indicadores de inaceptabilidad ponderada de cada uno de los aspectos y resumía la situación de los centros en un solo valor (Vázquez, 2008).

---

<sup>9</sup> Es uno de los tipos de modelo de análisis factorial e caracteriza por analizar la varianza total del conjunto de variables observadas. Se trata de descubrir las componentes principales que definen al conjunto de variables observadas. Se aplica cuando el objetivo es reducir la dimensionalidad inicial de los datos en un conjunto menor de componentes que expliquen la varianza total observada (Mavrou, 2015).

<sup>10</sup> La rotación de los resultados se realiza para hacerlos más fácilmente interpretables. La forma de rotación varimax es la más frecuentemente utilizada y lo que busca es que en cada factor haya un pequeño número de variables con cargas altas y un gran número de variables con carga baja o cero. Esto simplifica la interpretación porque cada variable original tiende a estar asociada con una o con un número pequeño de factores y cada factor representa sólo un pequeño número de variables (Abdi, 2003)

Con la información recabada se medían tres indicadores por aspecto de la atención: inaceptabilidad, importancia e inaceptabilidad ponderada por la importancia y un indicador global. Un total de 19 indicadores.

### **4.3. Universo y características de la muestra**

Como se mencionó previamente este es un estudio de caso con unidades incrustadas, en el que se utilizaron métodos cualitativos y cuantitativos para responder a los diferentes objetivos específicos.

A continuación se presenta una caracterización de cada una de esas unidades y luego el universo, la muestra y los casos considerados para cada objetivo específico.

#### *4.3.1. Unidades del estudio de caso*

Las tres redes analizadas implementaron el programa PICAM-Ambulatorio de forma sistemática y sostenida entre los años 2009 y 2013. Se enuncian algunas características generales de sus sistemas sanitarios, así como rasgos sobresalientes de la implementación del programa, que se consideran relevantes para la interpretación de los datos obtenidos y las subsiguientes conclusiones a las cuales se abordó.

- Red pública de un Municipio del Conurbano Bonaerense

La integran 36 centros de atención primaria de la salud, que tienen como población a cargo a alrededor de 127.182 personas, esto es el 39 % de los 326.109 habitantes de la localidad (según censo 2010, para el 2016 se estima que esa cifra asciende a 350.578) que cuentan únicamente con cobertura del sistema público.

La encuesta fue implementada en 14 de los 36 CAPS, entre los años 2009 y 2013, con un total de 3227 encuestas realizadas.

El estudio se realizaba cada dos meses, incluyendo en cada periodo tres CAPS. Los centros eran diferentes en cada período, aunque podían repetirse en la medida que se encontrara alguna dificultad que lo ameritara y las autoridades locales así lo solicitaran. Los resultados y análisis eran presentados y discutidos en un espacio de puesta en común en el propio municipio, del que participaban representantes de todo el equipo de salud de los establecimientos en los que se había realizado la encuesta.

- Red pública de un municipio de la región Patagonia

El municipio en el que se encuentra la red se emplaza en un departamento de 21.255 habitantes (según censo 2010, la estimación para 2016 es de 22.813) y cuenta con 6 centros de atención del primer nivel. La población potencialmente usuaria de estos centros es alrededor de 7.163 personas (el 33,7% de la población con cobertura pública).

La encuesta fue realizada en todos los centros de salud, con una periodicidad semestral desde 2010 hasta 2013. En total se realizaron 9353 encuestas. Para esta tesis tomaremos menos casos, dado que se excluyen los primeros dos periodos de realización de la encuesta. Se consideran sólo aquellos donde la metodología de relevamiento fue la misma, en los periodos excluidos la encuesta era hecha domiciliariamente.

Los encuestadores eran agentes sanitarios, con una fuerte capacitación previa para la realización de la encuesta. Se reunían con una periodicidad de entre una y dos semanas para ajustar dificultades que surgieran en el trabajo en terreno.

Los resultados eran discutidos por el equipo médico.

- Red privada del A.M.B.A.

Incluye un total de 21 centros de salud, 9 de ellos ubicados en dentro de los 24 Partidos del Gran Buenos Aires, uno en Provincia de Buenos Aires y los restantes en C.A.B.A.

Brinda servicios a diferentes prepagas y obras sociales. Para el monitoreo de calidad se tomó como población sólo a los afiliados de uno de los planes de salud para el que se brindaba atención. Este plan de salud contaba para el año 2012 con 147.861 afiliados.

El programa se implementó en 13 de los 21 centros, realizando un total de 7015 encuestas desde 2009 hasta 2013.

#### *4.3.2. Para el objetivo específico 1*

La investigación cualitativa privilegia la profundidad sobre la extensión e intenta captar los matices de las experiencias (Whittemore, Chase y Mandle, 2001: 524).

Una de sus características fundamentales de los estudios que utilizan estas metodologías, es que se centran en la búsqueda de lo peculiar, lo subjetivo, por lo que la selección de los casos está orientada por el carácter propio de los mismos (Gómez, Flores, Jiménez, 1999). Así, los casos se eligen en función de su ajuste a los criterios o atributos definidos previamente por el investigador (Ibíd.).

En este trabajo se procuró entrevistar a los actores que impulsaron la implementación del PICAM-Ambulatorio, que formaban parte de los niveles de conducción, es decir con capacidad de decisión dentro de cada una de las redes y que hubieren participado del proceso de implementación y seguimiento del programa. Estas personas fueron los referentes e interlocutores en el despliegue de la experiencia en cada uno de sus espacios de incumbencia.

En este sentido la selección se basó en la búsqueda del caso típico con esas características. Esta forma de selección cuenta con la ventaja de permitir considerar y relacionar un número más amplio de variables entre un grupo acotado de personas.

El conocimiento de los informantes y la elección de la estrategia de selección, fue facilitada por el hecho de haber sido observadora participante del programa, lo cual funcionó como primera aproximación al campo, permitiendo identificar y caracterizar a los individuos que formaban parte del proceso de implementación del programa (Ibíd.)

Siguiendo estos criterios, inicialmente se planteó la realización de la entrevista a al menos un informante clave por red. Finalmente para la privada de A.M.B.A. se entrevistaron dos personas, dado que ambos presentaban las características que se establecieron y se decidió incorporar al Director del Programa, el Dr. Camilo Marracino, que fue la contraparte e interlocutor de los entrevistados en cada red. Respecto de los informantes de las redes las entrevistas se realizaron en el marco de la confidencialidad, por lo que se preserva su anonimato.

#### *4.3.3. Para los objetivos específicos 2 y 3*

La información fue recolectada en el marco del PICAM-Ambulatorio de acuerdo a los siguientes criterios.

Se seleccionó una población trazadora: mujeres de 25 a 44 años en los establecimientos privados y de 18 a 44 en los públicos, con al menos secundario completo en el ámbito privado y al menos primaria completa en el público, que concurrieran al centro de salud donde se realizaba la encuesta, ya sea que demandaran atención para ellas mismas o para otra persona (hijos, padres, persona a cargo, etc.). De esta manera se controlaban dos de las variables que influyen de forma significativa en la satisfacción: la edad y el nivel educativo. La edad de forma directa (mayor edad mayor satisfacción) y el nivel educativo de forma inversa (mayor nivel educativo menor satisfacción) (Hall, 1990). Además se

consideró el rol protagónico de la mujer en el cuidado de la salud dentro del entramado familiar, tanto de la descendencia como de la ascendencia (Valderrama Ponce, 2006), lo cual la vuelve la principal usuaria de los sistemas.

¿Por qué decimos que para el desarrollo del PICAM- Ambulatorio se tomó una población trazadora? El fin del programa era poder detectar desde la mirada del paciente/usuario problemas en la calidad de la atención de los centros analizados. Se trataba de una herramienta para la gestión de la calidad, con rigor metodológico pero que no tenía objetivos académicos ni de generalización de conclusiones. Se realizaba un monitoreo sistemático de ciertos indicadores manteniendo inalterados los criterios de inclusión de los encuestados (siempre mujeres dentro del rango etario y nivel educativo definidos, pacientes o usuarias de los centros de salud) y utilizando un instrumento validado. Siendo las mujeres las principales usuarias y pacientes de los centros de salud, por su rol en el cuidado de la salud al interior del entramado familiar y realizando mediciones repetidas con la misma metodología, la existencia de un problema en el proceso de atención debía generar alteraciones en los indicadores monitoreados, aun cuando se excluyeran otros grupos de usuarios (hombres, personas fuera del rango etario).

En este punto es importante aclarar que en el proceso de validación del cuestionario se verificó un porcentaje de no respuesta inferior al 3% (Vázquez, 2008), con lo cual la exclusión de las personas que no deseaban participar de la encuesta no constituía un sesgo.

Las encuestas fueron realizadas en periodos del año que no presentaban particularidades con respecto a la atención anual general en los centros (por ejemplo no se realizaron durante las fiestas de fin de año, ni en otras situaciones especiales).

En el ámbito privado se utilizaba un tipo de muestreo combinado de fases sucesivas con participantes voluntarios: Cada día hábil, de lunes a viernes, con horario de atención ambulatoria de 8 a 20 hs., era dividido en dos unidades de primer orden de 6 horas cada una. Por la mañana (a partir de las 8 hs.) y a la tarde (a partir de las 14 hs.); es decir que tres semanas, contando sólo de lunes a viernes, eran 30 unidades de primer orden. Las unidades de primer orden para encuestar se escogían al azar, pero luego se encuestaban las personas que quisieran responder el cuestionario voluntariamente hasta alcanzar un volumen máximo de 45 encuestas por unidad de primer orden.

Siguiendo la definición de muestreo por conglomerados o fases sucesivas, se deberían haber encuestado todos los pacientes que se atendieron en tal o cual unidad de primer orden, o aleatorizar dentro de cada unidad lo que resultaba imposible desde los recursos y la logística. En lugar de ello y para procurar una adecuada representatividad, se prefirió definir un máximo de encuestados frente al riesgo de que una unidad de primer orden pudiese contar con 60 encuestados y otra unidad de primer orden contara con 15 (por ejemplo un día de mucha lluvia). Durante los años de realización del programa, tanto en el ámbito público como privado, siempre se tuvo en cuenta que el porcentaje de no respuesta no superara el 3%, lo cual fue consignado en el proceso de validación del cuestionario como ya fue señalado.

Ese desbalance eventual en el peso de información de las distintas unidades de primer orden (si hubiéramos seguido las reglas formales de la aleatorización), podría haber generado, por ejemplo, que hubiera poca información en días que atendían ciertos médicos y mucha información en días que atendían otros, y que esto fuera diferente en otros periodos del año. Como refiere Kerlinger (1988) el azar no garantiza la representatividad de la muestra, y por lo tanto es necesario tener en cuenta, cuando se conocen, aspectos propios e intrínsecos de los ámbitos o circunstancias donde se desarrollará una encuesta. Como señala Dawson (1999) la representatividad está dada por la misma distribución de las características importantes en la muestra y en la población, y no es un juicio estadístico.

En el ámbito público no hubo recursos suficientes para realizar muestreo por fases sucesivas sin afectar la viabilidad y sostenibilidad del desarrollo del programa. Lo que se tuvo en cuenta fue que las encuestas se realizaran en distintos días de la semana. Si consideramos que la recolección de los datos era en el marco de la implementación de una herramienta de mejora de la calidad de atención, y no un estudio de investigación, esta decisión es válida y aceptable, ya que los recursos son determinantes para la elección de las opciones posibles.

Todas las decisiones descriptas respecto de la toma de la muestra, se mantuvieron inalterables en todo el periodo de realización del programa, con lo cual si bien pueden existir sesgos, la información es consistente.

Para responder a los objetivos de esta tesis se analizó cada una de las redes asistenciales, sin hacer foco en cada establecimiento participante del programa individualmente. Para el nivel de análisis de cada red, la muestra con la que se contó es representativa: en la red

pública del Municipio del Conurbano el programa se aplicó en los principales centros de salud (los de mayor concentración de la demanda) así como en establecimientos de menor oferta de especialidades; en Patagonia se encuestaron todos los centros y en la red privada de G.B.A. a 13 de los 21 establecimientos, también observando que se incluyeran tanto de Capital Federal como de los Partidos del G.B.A..

Para el tamaño muestral se tuvieron en cuenta dos cuestiones. Por un lado el clásico cálculo de tamaño de la muestra que incluye el nivel de confianza, desviación estándar, error tolerable, etc. Y por otro lado el tamaño de la muestra mínimo para la realización de análisis de factores exploratorio: 10 casos por ítem, y dado que son introducidos al análisis factorial doce ítems, se necesitaron 120 encuestados (Streiner, 1999).

Para el clásico cálculo de tamaño muestral se consideró la siguiente formula (Hayes, 1999):

$$n = (t^2 \times s^2) / ET^2$$

Donde:

t = nivel de confianza.

s = desviación estándar

ET = Error Tolerable

En nuestro caso:

t = (nivel de seguridad de 95% [t = 2]) = 2;

s = desviación estándar 1,1.

ET = 0,20 (suficiente usando una escala de 5 puntos según bibliografía, *Ibíd.*);

$$n = (t^2 \times s^2) / ET^2$$

$$121 = (4 \times 1,21) / 0,04$$

El tamaño muestral para cada periodo en cada centro, fue al menos de 121 casos.

Con todo esto como base de datos por cada red se contó con el siguiente tamaño muestral:

- Red de un municipio del Conurbano: 3227 encuestas

- Red de un municipio de la Patagonia: para este estudio 7926<sup>11</sup> 9353 originalmente.
- Red privada de A.M.B.A.: 7015

Con la siguiente distribución de los casos respecto del nivel educativo alcanzado (ver gráficos en apartado anexo 9.3)

- Red de un municipio del Conurbano: 52% secundario, 42% primario y 6% universitario o terciario.
- Red de un municipio de la Patagonia: 58% primario, 35% secundario y 7% universitario o terciario.
- Red privada de A.M.B.A.: 66% universitario o terciario, 33% secundario y 1% primario

#### **4.4. Fuentes de datos y herramientas de recolección utilizadas.**

##### *4.4.1. Para el objetivo específico 1*

La información se obtuvo a partir de entrevistas en profundidad semi-estructuradas a órganos de conducción de las tres redes analizadas, así como al Director del programa.

Esta técnica cuenta con la ventaja de permitir obtener información en las palabras y desde el enfoque de los entrevistados, accediendo a generar puntos de vista e hipótesis, indagando en cuestiones no previstas (Valles, 1999).

Se empleó una guía de entrevista con preguntas generales acerca de las unidades temáticas y categorías predefinidas, pudiendo surgir de la propia entrevista nuevas categorías.

Se siguió el siguiente guion:

- 1- ¿Cómo empezó a implementarse el programa? ¿Cuáles fueron los motivos de su implementación?
- 2- ¿Con qué facilitadores contaron para la implementación del programa? Tanto de carácter operativo como en lo referido a encuestadores, respuesta de los pacientes,

---

<sup>11</sup> Tamaño de la muestra final después de exclusión de periodos con toma de la encuesta domiciliariamente

como en lo vinculado a cuestiones como el apoyo de los órganos de responsabilidad superior.

- 3- ¿Qué dificultades encontraron en la implementación del programa? Ya sea de carácter operativo, como lo referido a encuestadores, respuesta de los pacientes, como en lo vinculado a otras cuestiones como el apoyo de los órganos de responsabilidad superior.
- 4- ¿Qué hallazgos les facilitó la implementación del programa? ¿Pudieron detectar alguna problemática diferente a la indagada en los ítems? Ya sea directamente o siendo la encuesta el disparador.
- 5- ¿Con qué fortalezas contaba el Programa?
- 6- ¿Considera que el programa presentaba alguna debilidad?
- 7- ¿Considera que la implementación del programa (este u otro de su tipo) favorece la participación del paciente?

#### *4.4.2. Para los objetivos 2 y 3*

Se utilizaron los datos secundarios generados en el marco del PICAM-Ambulatorio, a partir del instrumento diseñado y validado previamente (Vázquez 2006; Vázquez 2008). El punto de partida para la confección de las preguntas fue la búsqueda bibliográfica, la opinión de expertos y las necesidades percibidas por los pacientes, que se determinaron a través de la técnica de Incidentes Críticos (Vázquez, 2006). "Se realizó una prueba piloto con un cuestionario de 52 preguntas (incluidas las demográficas). Luego en base a una selección matemática de elementos (Análisis de correlaciones y de factores), se eliminaron 20 ítems, quedando conformado el cuestionario con 32 ítems en total. Se evaluó la validez (de forma, contenido y construcción), y la confiabilidad (través de la consistencia interna), siguiendo las pautas establecidas por la bibliografía especializada. Se analizó también, a partir del mantenimiento de las propiedades psicométricas en diferentes ámbitos (espacio privado y público), la transferibilidad, es decir la capacidad del cuestionario de adaptarse y ser usado en diferentes poblaciones." (Ibíd.)

En una segunda etapa se eligieron los aspectos e ítems más importantes, utilizando metodología matemática y opinión de expertos, validándose una serie de indicadores contruidos a partir de la información obtenida con el cuestionario validado (Vázquez, 2008).

De esta manera quedó confeccionado el instrumento utilizado en el marco del PICAM (ver anexo 9.1).

## **4.5. Técnicas de análisis de la información**

### *4.5.1. Para el objetivo específico 1*

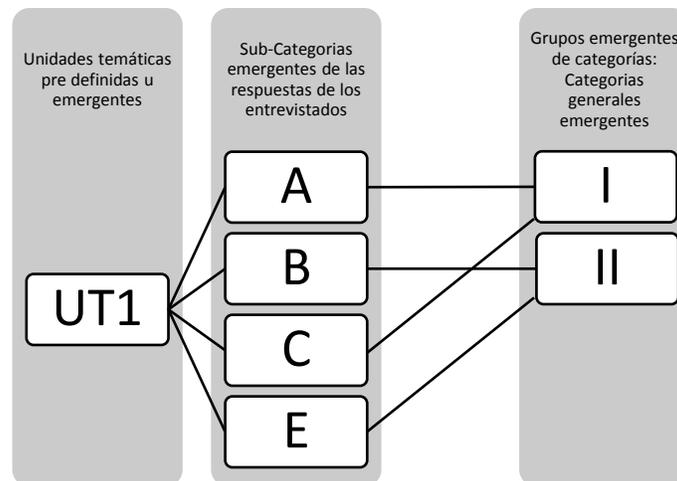
Se comenzó reduciendo la información identificando los fragmentos relevantes de acuerdo a las unidades temáticas contenidas en las preguntas de las entrevistas. Para esto se codificaron los fragmentos siguiendo el propósito definido por Maxwell (1996 p.75 en Correa et al. 2013) de "...quebrar los datos y reorganizarlos en categorías que faciliten la comparación de los mismos dentro de las categorías mismas y entre éstas, y aportar al desarrollo de los conceptos teóricos"

Siguiendo las recomendaciones de Diaz (2009) se realizó una categorización para clasificar conceptualmente unidades que fueran cubiertas por una misma cuestión "La categorización (...) hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico. Una categoría soporta un significado o tipo de significados" (Rodríguez Gómez et al., 1996, p. 208 en *Ibíd.*).

Las unidades temáticas y sub categorías fueron definidas previamente, aunque se mantuvo la flexibilidad de incorporar otras que emergieran y de desestimar aquellas que no aparecieran en el relato de los entrevistados. Como se explicó en el apartado correspondiente las categorías pre definidas fueron confeccionadas fundamentalmente para guiar las entrevistas.

Sobre las sub categorías obtenidas se aplicó nuevamente una clasificación de acuerdo a semejanzas. Así se fueron conformando grupos de categorías, a partir de los cuales emergieron y se construyeron significados (*Ibíd.*). "Este significado da cabida a una categoría genérica emergente, lo que finalmente hace posible que se construya un discurso integrado como conclusión aproximativa." (*Ibíd.* p. 60)

El siguiente gráfico ilustra el proceso de obtención de los grupos de categorías las sub-categorías dentro de cada uno de ellos, pertenecientes a cada unidad temática.



#### 4.5.2. Para los objetivos 2 y 3

Las variables inaceptabilidad e importancia por cada aspecto, se analizaron para cada una de las redes integrando los datos de todos los de centros de salud participantes en cada una de ellas, en todo el periodo de implementación del programa y observando las medidas de posición. Se tomaron la mediana los cuartiles 1 y 3, para tener una noción del rango de los valores. Recordemos que la ventaja de observar la mediana por sobre la media es que no es afectada por los valores extremos.

A continuación se realizó un análisis pormenorizado y específico de las importancias. Como primer paso se homologó la metodología de cálculo de la importancia, dado que al comienzo del programa la metodología era diferente a la que se empleó luego. Para esto se calcularon todas las importancias de cada uno de los centros realizando análisis de factores exploratorio con las especificaciones descriptas más arriba (componentes principales, 6 factores, rotación varimax).

Luego se analizaron los valores del indicador de importancia tomando cada establecimiento en cada período de implementación del programa como una unidad<sup>12</sup>. Se contabilizaron las frecuencias de aquellos aspectos con el mayor valor de importancia y con el menor, es decir se observó en cuantas unidades cada aspecto presentaba el valor de importancia más elevado y más bajo de entre la totalidad de dominios.

<sup>12</sup> Se recuerda que los establecimientos solían aplicar la encuesta de forma repetida, es por ello que no coinciden el total de establecimientos con el total de lo que consideramos unidades.

Cuando se examinaron los datos se encontró que en la mayoría de los casos no era un único aspecto el que presentaba esa propiedad<sup>13</sup>, con lo cual se decidió establecer un punto de corte equivalente a medio desvío estándar. Así, un aspecto era considerado como dentro de los de mayor valor si el suyo se encontraba entre el valor más alto y el valor más alto menos medio desvío estándar.

La misma operatoria se aplicó para identificar los aspectos de menor valor: se tomó el valor más bajo de importancia, se le sumó medio desvío estándar y todos los aspectos con valores en ese rango fueron considerados como los de menor valor.

Las unidades que presentaran más de 3 dominios con valores altos o con valores bajos fueron excluidas de la comparación respecto del aspecto donde se diera esta condición.

Estos resultados se compararon entre las redes, tratando de identificar comportamientos comunes y diferenciados entre ellas.

## **5. Desarrollo**

### **5.1. Análisis de las entrevistas a informantes clave.**

En este capítulo se presentan las unidades temáticas que se definieron previo a las entrevistas, con las categorías genéricas emergentes y predefinidas al interior de cada una de ellas y las subcategorías que se obtuvieron a partir del análisis de las entrevistas, siguiendo el procedimiento descrito en el apartado 4.5.1. La unidad temática "Forma de socialización de los resultados" emergió de las entrevistas. En el apartado anexo 9.5 se encontrará la matriz de análisis confeccionada, con las unidades temáticas predefinidas, las respuestas textuales de los entrevistados y las subcategorías que emergieron a partir de ellas.

---

<sup>13</sup> Para tomar un ejemplo supongamos que al buscar el aspecto con el mayor valor de importancia, encontramos que hay dos con la misma cifra: médico de cabecera y trato, con 19,1%. Ahora bien, si seguimos observando, vemos que médicos especialistas tiene un valor de 18,5 ¿deberíamos incluirlo? De ahí la necesidad de incluir un punto de corte (ver tabla en anexo 9.4). El resultado en el ejemplo, siguiendo el criterio adoptado, sería considerar a los aspectos Médico de cabecera, Trato y también Médicos Especialistas, dado que el desvío estándar de la distribución fue 2,6; medio desvío estándar 1,3; rango para considerar a un aspecto dentro de los valores más altos 17,8-19,1.

### 5.1.1. *Motivos implementación del programa*

#### a) Características del instrumento empleado.

- Estaba validado
- Tenía la capacidad de evitar el efecto techo

*"El PICAM era una iniciativa nueva...tenía un aval metodológico porque había sido validado."*

*"Medía insatisfacción, entonces se evitaba el efecto techo."*

#### b) Origen de la iniciativa de implementación del programa

- El programa PICAM lo propone al referente de la red
- El referente de la red buscaba realizar una encuesta de satisfacción de los pacientes.

*"Lo conocí a Marracino por otro tema y me comentó lo que venían haciendo y me interesó."*

*"Lo que se quería era usar un cuestionario de satisfacción, el contacto fue a raíz del cuestionario validado, pero para entonces ya estaban hechos los indicadores también. Se podía conseguir la plata para financiar el PICAM, costó un poco pero ahí es cuando empezó".*

#### c) Utilidad del programa

- Permitía monitorear el trabajo realizado en los centros de salud

*"Yo monitoreaba el trabajo en las unidades sanitarias a través de resultados e indicadores, la encuesta me mostraba cosas como por ejemplo cómo vacuna la enfermera"*

#### d) Desarrollo dentro de un abordaje previo en la mejora de la calidad

- Se sumó a la implementación preexistente de un programa de monitoreo de algún tipo

*"Nosotros teníamos la experiencia de haber realizado el HEDIS<sup>14</sup>".*

### 5.1.2. *Facilitadores para la implementación del programa*

#### a) Antecedentes en el trabajo de la calidad en el establecimiento/red

---

<sup>14</sup> Healthcare Effectiveness Data and Information Set, es una herramienta que monitorea indicadores de eficiencia e información de la asistencia sanitaria.

- Preexistencia de un programa de mejoramiento de la calidad al cual la encuesta se integre
- Preexistencia de relevamiento y monitoreo de indicadores de calidad
- Trabajo con el concepto de la efectividad clínica y la medicina familiar

*"No puede ser un hecho aislado."*

*"Se tenía que cumplimentar todos los meses dos o tres hojas en las cuales había un montón de indicadores. Había como 20 indicadores. Todos los meses había que enviarlos a la central de provincia. Se medían estos indicadores para tomar la calidad de la atención. Era muy importante tener indicadores de calidad, pero calidad medida más en el terreno, en la cosa cotidiana. En ese contexto indicadores de satisfacción no eran raros."*

b) Respaldo institucional

- Apoyo de los altos mandos
- Involucramiento de todo el personal afectado en todos los niveles.

*"Acá existe una cultura de la gestión de la calidad que la dirección siempre apoyó."*

*"Es importante que el personal sienta que se hace algo en el tema de la calidad. Es importante el involucramiento del personal, por ejemplo la acreditación lo incluye, lo involucra."*

c) Seguimiento del programa

- Realización de reuniones de discusión
- Seguimiento personalizado

*"Yo hacía un seguimiento personalizado de los resultados."*

*"Los encuestadores eran promotores de salud, había reuniones semanales o quincenales con ellos, durante todo el programa. Se ajustaban problemas que surgían al hacer la encuesta. Era super serio."*

*"...se hicieron varias reuniones en las que se explicó como era todo. Las reuniones eran con médicos y enfermeros, también participaban administrativos"*

### 5.1.3. Dificultades en la implementación del programa

a) Operativas:

- Sobre carga que genera al personal encargado de entregar la encuesta, al no contar con personal específico para esa tarea.

- Necesidad de un administrativo específico para entregar la encuesta.

*"Se necesitaba un administrativo específico para el tema de la encuesta porque sino los pacientes se iban y no dejaban el cuestionario completo."*

*"Todo lo que agregues es sobre carga para el personal. Las administrativas entregaba la encuesta y hay que explicarle a la gentes porque si no responden automáticamente."*

b) Apoyo institucional

- Mandos medios desinteresados en los resultados de la encuesta.

*"Los directores de los centros no le daban bola."*

#### 5.1.4. Hallazgos derivados de la implementación del programa

a) Vinculadas con lo edilicio

*"En general los cambios tenían que ver con el recurso humano, aunque también me permitieron hacer reformas en lo edilicio."*

b) Vinculados con el RRHH

- Dificultades respecto de los directores del centro de salud.
- Dificultades respecto del RRHH.

*"Cuando un director no respondía, que yo ya sabía que no respondía, el centro no respondía y la encuesta le daba mal."*

*"En general los cambios tenían que ver con el recurso humano..."*

c) Vinculados con coyunturas muy marcadas

- Exceso de demanda
- Incumplimientos severos de horario

*"Era la época de la gripe H1N1 y estábamos saturados. Detectamos el aumento de la demanda y por consiguiente de la espera para la consulta. Lo que se hizo entonces fue alquilar consultorios donde fue ginecología y bajó la inaceptabilidad"*

*"Servía para cosas groseras. Se podía ver si los especialistas por ejemplo por dos o tres meses nadie o fue o no respetaban los horarios. Bueno ahí se vería. Aumenta la inaceptabilidad de especialistas, porque encontrarías 3 enojados de los 200 y antes había uno solo."*

### 5.1.5. Fortalezas del programa

De los informantes clave de las redes surgieron categorías vinculadas exclusivamente con el instrumento.

#### a) Instrumento

- Validado
- Sensible
- Útil para el análisis longitudinal
- Capaz de cuantificar y monitorear cuestiones de orden subjetivo.
- Utilizable en el ámbito de la Patagonia

*"Era importante que contaba con un aval metodológico"*

*"Marcaba momentos, por ejemplo esto del exceso de la demanda y se podían ver los cambios a lo largo del tiempo."*

*"Era una herramienta que medía, con números, un modelo estadístico que medía algo subjetivo."*

*"No hay en la literatura ningún caso de encuestas hechas a un nivel semi rural. No hay ninguna encuesta. Todas las validaciones de cuestionarios siempre se hacen en clase media urbana. Nunca vi una encuesta hecha en el ámbito rural, por ahí si buscas haya alguna, pero como algo extraordinario..." "... tal vez lo único que pudiste observar que había demasiada inaceptabilidad para médicos especialistas, pero bueno, es bastante a veces."*

De la entrevista al Director del programa se obtuvo:

#### b) Flujo de la información entre el programa y los establecimientos

- Devolución de los resultados dentro de un plazo breve, lo cual permitía introducir cambios

*"Al tener los resultados rápido, daba la oportunidad de acción."*

#### c) Incorporación de actores cuya consideración no está desarrollada ampliamente en el trabajo en la mejora de la calidad

- Incorporación del paciente como punto de partida
- Incorporación de los niveles operativos/administrativos

*"El paciente es tomado como un elemento componente de la calidad."*

*"La ventaja de tener un conjunto de opiniones, a los pacientes opinando te da un punto de partida interesante."*

*"Detectamos que los niveles operativos también cuentan y que no tenían oportunidad de opinar. "Completar la opinión, no solamente del paciente, sino también de los niveles operativos."*

#### *5.1.6. Debilidades del programa*

Los órganos de conducción de las redes pública del Conurbano y privada de A.M.B.A. no mencionaron debilidades.

a) Respecto de los hallazgos que permite alcanzar

- En el ámbito público de Patagonia la importancia se observó centrada en los médicos especialistas
- Poca capacidad de detectar problemas de calidad en Patagonia
- No considera aspectos técnicos de la calidad

*"... lo que puede descubrir una herramienta en un ámbito rural es mínimo, no es como en otros ámbitos, porque ya se sabe que el efecto techo va a ser muy alto, que la gente le va a dar importancia a especialistas."*

*"Fue una experiencia muy interesante, incluso para darte cuenta de la limitación, porque te dabas cuenta que lo único que pudiste observar era cuando había demasiada inaceptabilidad para médicos especialistas..."*

*"La encuesta para mí no aborda la oportunidad de la atención. En cuanto a la oportunidad en ningún momento aparece como un aspecto a tener en cuenta o a privilegiar. No aborda el análisis de la oportunidad de la atención. Hay otros componentes, pero la oportunidad es uno y no está presente, salvo en el hecho de la accesibilidad. La accesibilidad indirectamente está presente, por lo que se pregunta sobre los turnos." "Así como está lo de la oportunidad no abordado, puede haber otros aspectos que pueden no estar presentes."*

*"La oportunidad tiene un componente técnico, porque no es lo mismo la oportunidad de un infarto que la de una neumonía."*

*"El paciente te da pistas importantes respecto a la oportunidad de la interacción."*

*"No me parece que el paciente esté en condiciones de decir si es oportuno. Puede decir siento una mejora o me mejoré a raíz del cambio que hicieron".*

*"La opinión del paciente juega un papel importante. Por ejemplo ¿desde cuándo tener este problema en el dedo? ¿Qué hiciste? ¿Hubo intervenciones previas? ¿Tomaste alguna medicación? Son preguntas que no las estamos haciendo. Pero eso habla de la oportunidad y eso habla de calidad de atención y del resultado final.*

#### *5.1.7. Relación entre el desarrollo del programa y la participación del paciente*

- a) Contribución del programa a la participación:
  - No favorece la participación del paciente.
  - Instancia muy primaria de participación

*"La participación requiere una política más amplia..."*

*"Abre a la participación pero en una etapa muy inmadura de desarrollo. Habría que abordarlo con mucha mayor profundidad. Hace falta una vuelta de tuerca. Así como está lo de la oportunidad no abordado, puede haber otros aspectos que no estén presentes."*

- b) Obstáculos para que el programa sea una instancia de participación
  - El paciente al responder no sabe para qué lo hace.
  - Respuesta automática del paciente.
  - Asunción de un rol de cliente
  - Desconocimiento de la temática de la calidad en general

*"...el paciente no registra por qué se le pregunta."*

#### *5.1.8. Socialización de los resultados*

- a) Modalidad Institucional
  - Anuarios institucionales donde se volcaban los resultados del programa

*"No, no se hacía una publicación para los pacientes, pero sí los resultados aparecían en los anuarios."*

- b) Modalidad Focalizada a partir de resultados negativos
  - Directamente con los involucrados con los aspectos que presentaran dificultades

*"Cuando había algún indicador de inaceptabilidad alto no lo hacía en formato taller, se hablaba con algún jefe." "Por ahí los médicos estaban llegando tarde, vos les decís que hay que respetar el horario."*

- c) Modalidad de puesta en común
  - o Reuniendo a todo el equipo de los establecimientos analizados

*"...surgió del jefe de enfermería a partir de los resultados malos que hubo en xx [nombra al establecimiento]. Él propuso reunir a todos los enfermeros de ahí, y a partir de entonces se hizo de esa forma en todos los centros".*

## **5.2. Resultados del análisis consolidado de los datos de cada una de las redes**

### *5.1.1. Red sector público de un Municipio del Conurbano*

Las tablas y gráficos correspondientes a este ámbito se encontrarán en el anexo 9.6.1.

Los aspectos con mayores valores la inaceptabilidad fueron turnos y trato del personal. Para el primero el cuartil 25 fue de 12,3, con una mediana de 21 y un cuartil 75 de 30 (ver tabla 1). Para trato del personal, el cuartil 25 se ubicó en 9,5, la mediana fue de 20 y cuartil 75 de 26,9.

Al analizar los ítems del aspecto turnos, tuvo un mayor porcentaje de respuesta negativa lo referente a la conveniencia del horario del turno otorgado, cuya pregunta obtuvo individualmente un 26%<sup>15</sup> de inaceptabilidad, mientras que la que indaga sobre el cumplimiento del horario por parte del médico alcanzó un 18%. En cuanto al trato del personal, ambas preguntas tuvieron una inaceptabilidad de alrededor del 20%.

En relación con los aspectos de menores valores de inaceptabilidad, se destacaron médicos especialistas y médico de cabecera: para el primer dominio el cuartil 25 fue de 1,5, la mediana de 2 y el cuartil 75 5,4. Para médico de cabecera 2,2; 6 y 9,1 respectivamente.

Al observar las medidas de posición de los indicadores de importancia, en primer lugar se encuentra trato del personal, con un cuartil 25 de 17,1, mediana de 18 y cuartil 75 de 19,2. Por debajo, los aspectos enfermería, médico de cabecera y especialistas (ver tabla 1).

---

<sup>15</sup> Valores obtenidos del cálculo global considerando todos los establecimientos en todos los periodos

Para el análisis pormenorizado de la importancia, observando los aspectos con mayores valores más frecuentemente, se contó con 28 unidades del total de 30. Las 2 restantes presentaron cada una de ellas 4 aspectos con valores elevados, no cumpliendo el criterio de inclusión para este análisis.

De estas 28 unidades, en 15 hubo un único aspecto con un valor de importancia preponderante.

Tomando esas 15 unidades se observó que en un 40% de ellas el aspecto con mayor valor de importancia fue trato de personal, seguido por médicos especialistas y turnos con un 20% cada uno de ellos (ver gráfico 1).

Cuando se consideraron también aquellas unidades donde hay más de un aspecto con valores altos, se encontró que trato del personal seguía apareciendo más frecuentemente con valores altos (en 13 unidades) seguido por médicos especialistas (10 unidades) y médico de cabecera y enfermería con 9 unidades (gráfico 2).

#### *Aspectos que presentaron menores valores de importancia con mayor frecuencia:*

Las 30 unidades fueron incluidas en el análisis. En 21 de ellas se encontró sólo un aspecto con el menor valor. De estas, en el 66% el aspecto sobresaliente fue turnos, seguido por instalaciones con el 19% (ver gráfico 3 en anexo 9.6.2). Esta tendencia se repite al incluir en el análisis las unidades donde el menor valor se observa en más de un aspecto: turnos lo hace en 19 e instalaciones en 10 (ver gráfico 4).

#### *5.1.2. Red de sector público, Patagonia.*

Las tablas y gráficos se encontrarán en el anexo 9.6.2.

El aspecto turnos fue el que presentó mayores valores de inaceptabilidad en todas las medidas (tabla 2): el cuartil 25 del fue de 8,2, superando incluso los valores de cuartil 75 de todos los aspectos (salvo especialistas), su mediana 12,8 y el cuartil 75 15,5.

Al analizar los ítems que relevan el aspecto turnos en todo el periodo para todos los establecimientos, se vio un mayor porcentaje de inaceptabilidad en el que enuncia "El profesional que me atendió respetó el horario": 16,7 %. El ítem "Pude quedar en un turno a un horario conveniente" alcanza un 8% de inaceptabilidad.

En segundo lugar se ubicó especialistas cuyo cuartil 25 fue de 4,1 y el 75 de 11,1, con una mediana de 6,4.

El aspecto con los menores valores de inaceptabilidad en las tres medidas fue médico de cabecera con 0,2; 0,7 y 1,2 y por debajo por enfermería con 0,7; 1,5 y 2,2.

Al analizar las medidas de posición de los indicadores de importancia, el aspecto especialistas alcanza los mayores valores (18,3; 19 y 19,8) seguido por trato del personal (17,7; 18; 18,7) y enfermería (17,4; 18; 18,9) (ver tabla 2 en anexo 9.6.2). Por su parte, la dimensión con los menores valores fue turnos (11,6; 13,4; 13,9). En segundo lugar de menor importancia se ubicó instalaciones (13,4; 14,8; 16) (ver tabla 2).

Al realizar un análisis pormenorizado de las importancias, de las 24 unidades totales la comparación se efectuó sobre 21. De estas sólo en 7 hubo un único aspecto con un valor de importancia preponderante. En 4, es decir en un 57%, el aspecto que sobresalió fue médicos especialistas. En 2 lo hizo trato del personal y en la restante Enfermería (ver gráfico 5).

Al incorporar las unidades donde hubo más de un aspecto con un valor elevado de importancia, se destacó ampliamente médicos especialistas, apareciendo en 18 unidades entre los aspectos con mayor importancia, seguido por Trato del personal y enfermería, con 9 unidades cada uno de estos últimos (gráfico 6).

Cuando se indagó acerca de los aspectos con menores valores de importancia más frecuentemente pudieron considerarse las 24 unidades, dado que en ninguna había más de 3 aspectos sobresalientes. En 16 de ellas hubo sólo un aspecto preponderante. En 13 (81%) este aspecto fue Turnos (ver gráfico 7).

Cuando incorporamos las unidades con más de un aspecto en esta situación, se mantiene la fuerte preponderancia de turnos, apareciendo como el de menor valor en 21 unidades, seguido por Instalaciones, que lo hace en 10 (gráfico 8).

### *5.1.3. Red del sector privado, A.M.B.A.*

Las tablas y gráficos se exponen en el anexo 9.6.3

Turnos fue el aspecto con mayores valores de inaceptabilidad en las tres medidas: 29,2; 37,9; 47 (ver tabla 3) seguido por trato del personal: 18,3; 23,2 y 32,2 y por instalaciones: 12,4; 19,1 y 33,2. Médicos especialistas junto con médico de cabecera presentaron las

menores cifras: 8; 11,2 y 14,8 para médicos especialistas y 8,6; 12,4 y 17,5 para médico de cabecera.

Respecto de las importancias se destacaron los mayores valores de trato del personal y enfermería con una mediana de 17,8 y 17,7 respectivamente.

Para profundizar sobre este punto, al buscar los aspectos con mayores valores de importancia más frecuentemente, se contó con un total de 35 unidades. Las dos restantes del total se excluyeron de este análisis ya que presentaban más de 3 aspectos con valores elevados de importancia.

De estas 35 unidades, sólo en 11 hubo un único aspecto con un valor de importancia preponderante. En 5 de ellas (46%) el aspecto con mayor valor de importancia fue trato del personal, seguido por enfermería y turnos, cada uno de ellos en 2 unidades (18%) (Ver gráfico 9).

Cuando se consideraron también aquellas unidades en las que había más de un aspecto con valores altos de importancia, sobresalió enfermería en 20, seguido por trato del personal en 15 y médicos especialistas en 12 (gráfico 10 en anexo 9.6.3).

En cuanto a los aspectos que presentaron menores valores de importancia con mayor frecuencia, se efectuó el análisis sobre las 37 unidades. 28 de ellas presentaron un solo aspecto con el menor valor de importancia.

En el 61% de estas unidades se observó que el aspecto con la menor cifra fue turnos, seguido por médicos especialistas e instalaciones que se posicionaron así en el 14% de las unidades (gráfico 11).

Cuando se consideraron también aquellas unidades donde había más de un aspecto con valores altos, la diferencia observada previamente se agudizó, manteniendo turnos la mayor frecuencia de aparición con el menor valor de importancia en 26 de ellas, alejándose de los demás aspectos, todos por debajo de las 9 unidades (ver gráfico 12).

### **5.3. Comparación de los datos consolidados entre las redes**

En el anexo 9.7, se presentan resumidos los resultados descriptos a continuación.

### *5.3.1. Similitudes entre las 3 redes:*

Tal como se enunció previamente, de acuerdo con el estudio de Hall (1990) las dos variables que influyen sobre la satisfacción son el nivel educativo y la edad de los encuestados.

Como se pudo observar (ver anexo 9.3) la distribución del nivel educativo es diferente para cada red: en la perteneciente a un municipio del Conurbano la mayoría de los encuestados tienen un nivel educativo alcanzado (52%) de secundario, en Patagonia de primario (58%) y en la red privada de A.M.B.A. universitario o terciario (66%).

Es remarcable cómo pese a estas diferencias pueden encontrarse similitudes en la tendencia de los comportamientos de algunos indicadores.

En los tres ámbitos turnos fue el aspecto de mayor inaceptabilidad. Su preeminencia fue muy marcada tanto en la red de Patagonia como en la de A.M.B.A. En la red del Conurbano presentó valores similares con trato del personal.

Por otro lado en los tres espacios se observó con valores bajos de inaceptabilidad el dominio médico de cabecera. En las redes de A.M.B.A. y del Conurbano junto con dicho aspecto se ubicó médicos especialistas.

En cuanto a la importancia, en los tres ámbitos se encontró en el grupo de los aspectos que presentaron más frecuentemente valores altos, trato del personal y médicos especialistas. Sin embargo el aspecto preponderante en este sentido es diferente para cada red (ver apartado 5.3.2). Es importante aclarar que la tendencia observada fue que no hubiera un único aspecto preponderante en términos de importancia. En el análisis de los aspectos de menor valor respecto de este indicador, sí pudieron observarse diferencias más marcadas.

En los tres ámbitos el aspecto con menor importancia fue turnos de forma acentuada, seguido por instalaciones.

### *5.3.2. Diferencias entre las 3 redes*

Al analizarse el comportamiento de la inaceptabilidad en cada uno de los aspectos, en la red privada se encontró instalaciones entre los de mayor valor, diferenciándose de los otros dos ámbitos donde este dominio no se destaca.

Por su parte en la red pública de Patagonia médicos especialistas tuvo preponderancia, mientras que en el ámbito del Conurbano turnos y trato del personal presentaron valores altos y cercanos entre sí de inaceptabilidad.

Mientras que en las redes de A.M.B.A. y del Conurbano los dos aspectos con menor inaceptabilidad fueron médico de cabecera y médicos especialistas, en Patagonia fue médico de cabecera y enfermería.

Respecto de la importancia tanto en A.M.B.A. como en Patagonia los 3 aspectos que presentaron mayores valores más frecuentemente fueron enfermería, trato del personal y médicos especialistas, aunque lo hicieron con diferentes preponderancias. En Patagonia es muy marcada la importancia de Médicos especialistas, mientras que en A.M.B.A. lo es enfermería. En la red pública del Conurbano enfermería no se ubicó entre los aspectos de mayor valor de importancia.

## **6. Conclusiones**

En el proceso de implementación del PICAM-Ambulatorio, de acuerdo a la mirada de los órganos de conducción que lo impulsaron, tuvo un papel sustancial el instrumento de recolección de la información utilizado. Tanto al momento de enunciar los motivos de implementación, como las fortalezas, los informantes hicieron referencia al hecho de que el cuestionario estuviera validado y que fuera sensible a los cambios ocurridos en la realidad, es decir capaz de captar los mismos.

Entre los facilitadores de la implementación del programa los entrevistados mencionaron diferentes cuestiones que pueden ser englobadas en la existencia de un trabajo previo en el trabajo en pos de la mejora de la calidad, el respaldo institucional, tanto respecto de los órganos de conducción superiores como del equipo de salud y el desarrollo de acciones de seguimiento de la implementación del programa.

En cuanto a las debilidades, no todos los entrevistados pudieron identificar alguna. Fue mencionada la limitación del instrumento en evitar el efecto techo, es decir su menor sensibilidad, en el ámbito de Patagonia.

En este sentido desde la dirección del programa se identificó como debilidad el hecho de que no se buscaba evaluar cuestiones de la calidad de una índole que podría ser denominada técnica, utilizando la terminología de Grönnos (1984, en Pamies, 2004, p.24-26), tales como la oportunidad de la atención según la gravedad de la patología o los resultados médicos. El entrevistado introdujo la posibilidad de contar con la voz del paciente como fuente de información sobre estas cuestiones, en una modalidad de encuesta que no se centraría en la indagación sobre los tópicos que son importantes para el paciente, sino en un contraste de lo que debería ocurrir desde el punto de vista técnico, con lo que efectivamente ocurrió desde el relato del encuestado.

Otro aporte desde la mirada de este actor, fue la fortaleza del programa de contar con un flujo de información ágil entre el mismo y los establecimientos, así como la incorporación de participantes cuya consideración en el trabajo en calidad se encuentra débilmente desarrollada, como son los pacientes y los niveles operativos o administrativos.

En lo que refiere al vínculo entre el PICAM-Ambulatorio y la participación del paciente, los entrevistados coincidieron en considerar que el programa no favorece la participación o lo

hace de una forma muy incipiente y básica. Se identificaron algunos obstáculos en este sentido, como el desconocimiento del paciente de para qué está respondiendo, la asunción de un rol de cliente por parte del encuestado y el desconocimiento de la temática de la calidad en general.

Finalmente en relación a la unidad temática de socialización de los resultados, es remarcable que no en todas las redes se realizara una devolución y discusión de los resultados del monitoreo. En aquellas donde se hacía era de manera correctiva, es decir a partir de los resultados negativos.

Al analizar el comportamiento de los indicadores pudieron encontrarse similitudes en la tendencia de algunos de ellos, pese a los diferentes niveles educativos preponderantes en cada una de las redes, variable que influye en la satisfacción (Hall, 1990).

Respecto de la inaceptabilidad, sobresalieron los valores elevados del aspecto turnos (en las tres redes) y trato del personal (red privada A.M.B.A. y red pública Conurbano). Los aspectos con menores valores de inaceptabilidad fueron médico de cabecera en los tres espacios junto con médicos especialistas en A.M.B.A. y el Conurbano y Enfermería en Patagonia únicamente. Esto nos permite pensar que en el comportamiento de los indicadores se pueden identificar dos tendencias en la forma de respuesta: una que estaría más ligada a una lógica, siguiendo la tipología de Pecheny y Manzelli (2003), del paciente como usuario de servicios de salud, con una dinámica de tipo mercantil, económica, como un consumidor de un servicio dentro de un mercado competitivo; y otra más propia de un paciente pasivo. La primera tendencia (paciente como usuario consumidor) se puede observar en los aspectos que sobresalen por sus mayores valores de inaceptabilidad y la segunda (paciente pasivo) en la puntuación favorable y consiguiente menor inaceptabilidad de los dominios vinculados con el quehacer netamente asistencial de los establecimientos.

La red pública de Patagonia presentó una especificidad en este sentido, dado que el dominio médicos especialistas se ubicó entre los de mayores valores de inaceptabilidad junto con turnos, pese a que este último fue el aspecto que más sobresalió. Este hecho es aún más llamativo considerando que en este ámbito se observa poca variación de las respuestas y una tendencia la respuesta positiva (efecto techo), con valores de inaceptabilidad que tienden a ser muy bajos. Otra particularidad de este ámbito fue que médicos especialistas se posicionó como el aspecto de mayor valor de importancia. Este hecho puede estar

relacionado a lo que varios estudios plantean respecto de la primacía en este tipo de espacios del modelo médico hegemónico. Según los análisis que marcan esta cuestión son los estratos sociales más vulnerables quienes presentan en términos comparativos mayor demanda de una atención biomédica: "...debemos asumir que la biomedicina es la forma de atención a la enfermedad que más se expande a nivel mundial en los diferentes conjuntos sociales. Actualmente la casi totalidad de las investigaciones específicas demuestran que son los estratos sociales más bajos, los "pobres", las comunidades marginadas de América Latina, las que más demandan atención biomédica en términos comparativos." (Menéndez, 2005, p 28.).

Respecto de los indicadores de importancia, es decir los aspectos que tuvieron mayor influencia en la satisfacción general, recordamos lo ya expuesto en el punto 5.3.1: la tendencia observada fue que no hubiera un único aspecto preponderante sino dos o tres. En el análisis de los aspectos de menor valor de este indicador, sí pudieron observarse diferencias más acentuadas.

En cada ámbito la primacía respecto de los valores más altos de importancia estuvo dada por diferentes aspectos: en Patagonia médicos especialistas, en la red privada de A.M.B.A. enfermería y en el Conurbano trato del personal junto con médicos especialistas.

Como constante por debajo de estos aspectos pero en el grupo de los aspectos con valores más altos, se encontraron Médicos Especialistas y Trato del Personal. En A.M.B.A. y en Patagonia además se observó en este grupo a Enfermería.

Estudios desarrollados en otros ámbitos, como en establecimientos donde se brinda hemodiálisis (Anguera Guinovart y Martínez Bateman, 2011) o en establecimientos polivalentes con internación (Espigares, Orden, 2010) muestran la importancia de la figura del administrativo, por ser en quien recaen las cuestiones organizativas de los establecimientos de salud (Ibíd.) y del trato del personal, en términos de amabilidad, disposición para ayudar y el interés para solucionar problemas entre otros.

Turnos fue el aspecto con menor influencia en la satisfacción general de forma muy marcada en los tres ámbitos, seguido por instalaciones. Recordemos que paradójicamente el primero se encuentra además entre los aspectos de mayor inaceptabilidad.

Médico de cabecera no se observó entre los aspectos más importantes en ninguna de las redes.

## **7. Discusión y propuestas**

El análisis del caso del programa PICAM muestra la capacidad de brindar aportes en materia de la mejora de la calidad de una iniciativa basada en la mirada del paciente. Contar con un instrumento con validez metodológica para el estudio de un fenómeno tan complejo como es la satisfacción, es clave para dar con resultados que reflejen la realidad de los establecimientos donde se aplica.

Es destacable la presencia del aspecto trato del personal dentro del grupo de aquellos con mayor capacidad de influencia en la satisfacción general. Ya sea que este hecho se interprete por la presencia de una lógica clientelar y/o por el retroceso parcial del modelo médico hegemónico, es un punto relevante para fundamentar y fortalecer la incorporación de estos actores en el trabajo en pos de la mejora de la calidad. Esta cuestión fue también mencionada en las entrevistas como un facilitador para la implementación del programa.

Iniciativas como la descrita en este trabajo muestran toda su potencialidad en dejar un aporte cuando no se aplican de forma mecánica o automática, sino integrando a todo el equipo de salud (administrativos, técnicos, profesionales) en su puesta en marcha y promoviendo la participación de los pacientes de forma activa. Esto es, comunicando la importancia que reviste la incorporación de su voz en la mejora de la calidad de la atención y promoviendo la participación desde una mirada crítica.

El contexto actual de incipiente retroceso en del modelo médico hegemónico, nos enfrenta al riesgo del avance de un modelo "mercado hegemónico", que entienda a la salud como una mercancía más y donde, en última instancia, tampoco se cuestione si el modelo de atención es de calidad, integral y con horizontalidad entre el equipo de salud y la población. Con otra retórica podemos estar frente a la reproducción y aun refuerzo de un modelo de atención biologista y vertical.

La apertura a la participación, aunque sea mediante una instancia muy básica, debe ir acompañada de la sensibilización acerca de un modelo de atención que jerarquice los saberes y la mirada del paciente como interlocutor válido.

Asimismo es necesario el involucramiento del equipo de salud en sus diferentes niveles, observando que no se aplique una lógica punitiva. En otros temas en materia de calidad, como la disminución de eventos adversos, esto ya fue comprendido y se desalienta el

monitoreo con dichos fines, proponiendo en su lugar una lógica de la mejora continua (PAHO, 2013; Mira 2013). Así como la mirada no debe ser punitiva hacia el interior del equipo de salud, tampoco debe transmitirse ese enfoque a los pacientes, lo cual va en línea con no contribuir a una lógica mercantilizadora como la descripta previamente.

Entender a la salud como un derecho inalienable requiere de la participación de todos los ciudadanos en el proceso salud-enfermedad, pero también en lo que a la calidad de la atención refiere. Ya sea que tengamos acceso a servicios públicos o privados, la salud es una construcción de la que debemos formar parte.

## 8. Bibliografía

- ABDI, Hervé. Factor rotations in factor analyses. *Encyclopedia for Research Methods for the Social Sciences*. Sage: Thousand Oaks, CA, 2003, pp. 792-795. [citado el 21 de noviembre de 2016] Disponible en: <https://www.utdallas.edu/~herve/Abdi-rotations-pretty.pdf>
- ANGUERA GUINOVART, Esperança y MARTÍNEZ BATEMAN, Francisca. Estudio multicéntrico sobre la calidad asistencial percibida por los pacientes en programa de hemodiálisis de Tarragona. *Revista SEDEN*. 2011. Vol. 14, no. 3, pp. 172-180. [citado el 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170093099092098424170>
- ARCHENTI, Nélica. Estudio de caso/s. En: MARRADI, Alberto, ARCHENTI Nélica y PIOVANI, Juan Ignacio, *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Emecé Editores, 2007. pp. 237-245.
- BOZZO, Gloria, 1995, et al. Validación de una encuesta para evaluar la satisfacción de los pacientes con la consulta médica en consultorios de atención primaria. *Revista médica de Chile*. 1995. Vol. 123, no. 9, pp. 1160-1164.
- CHANG DE LA ROSA, Martha; et al. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Rev Cubana Med Gen Integr* [en línea]. 1999, vol.15, n.5 [citado el 21 de noviembre de 2016], pp. 541-547. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=es&nrm=iso). ISSN 1561-3038.
- CORREA, María Eugenia, MENDOZA Mariana, SOSA Andrea y TORRES SALAZAR, Mercedes. *El análisis cualitativo en el campo de la Sociología*. Cuaderno de cátedra n°2, Metodología de la Investigación, Cátedra Cohen, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, 2013. [citado el 21 de noviembre de 2016]. Disponible en <http://metodologiadelainvestigacion.sociales.uba.ar/files/2014/08/Cuaderno-N2-Analisis-cualitativo.pdf>
- DAWSON, Beth, TRAPP, Robert G. *Bioestadística médica*. México DF: Manual Moderno, 2005. 404 p. ISBN 9789707291348

- DEBROTT, David, BRITÁN, Ricardo y REBOLLEDO Cristián. *Procesos de priorización en salud y prestaciones no priorizadas ni explícitas. La evolución de algunas prestaciones trazadoras en Chile*. CEPAL. 2014. 55p [citado el 4 de septiembre de 2016] Disponible en internet: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/36843-procesos-priorizacion-salud-prestaciones-priorizadas-ni-explicitas-la-evolucion>
- DEMING, William. *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Madrid: Diaz de Santos, 1989. 412 p. ISBN 84-87819-22-9
- DIAZ, Cruz Mayz. ¿Cómo desarrollar, de una manera comprensiva, el análisis cualitativo de los datos? *Educere* [en línea]. 2009, vol.13, n.44 [citado el 21 de noviembre de 2016], pp. 55-66. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-49102009000100007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102009000100007&lng=es&nrm=iso). ISSN 1316-4910.
- DONABEDIAN, Avedis. Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor. En: *Revista Calidad Asistencial*, enero 2001, vol.1, no.16, pp.102-106.
- DONABEDIAN, Avedis. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. Perspectivas en Salud Pública*. México: Instituto de Salud Pública, 1990. 72 p. ISBN 96-86502-12-2
- ESPIGARES, Luciana y ORDEN, Pedro. La relación médico-paciente, desde la perspectiva del paciente. En *VI Jornadas de Sociología de la UNLP* [en línea]. La Plata. 2010. [citado el 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.5632/ev.5632.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5632/ev.5632.pdf)
- GOMES, Romeu. Análisis de datos en la investigación cualitativa. En: *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires. Lugar editorial S.: 2003. pp. 53 a 64
- HALL, Judith y DORNAN, Michael. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social science & medicine*, 1990, vol. 30, no. 7, pp. 811-818.
- HAYES Bob. *Cómo medir la satisfacción del cliente. Diseño de encuestas, uso y métodos de análisis estadístico*. México D.F.: Oxford University Press. 1999. 271 p. ISBN 9789706134516

- HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNANDES COLLADO Carlos y BAPTISTA LUCIO Pilar *Metodología de la investigación*. 5ta. Edición. México DF: McGraw-Hill. 2010. 656 p. ISBN 978-607-15-0291-9
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). *¿Qué es el Gran Buenos Aires?* [en línea]. Página web del INDEC, 2005 [citado el 21 de noviembre de 2016]. Disponible en <http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/1/folleto%20gba.pdf>
- KERLINGER, F. *Investigación del Comportamiento*. Segunda Edición. México: Editorial McGraw-Hill. 1988. 810 p. ISBN 9701030702
- KLOETZEL, Kurt et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I A satisfação do usuário. *Cad. Saúde Pública* [en línea]. 1998, vol.14, n.3 [citado el 21 de noviembre de 2016], pp.263-268. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000300020&lng=en&nrm=iso). ISSN 1678-4464.
- MAESTRO ITURRIAGA Begoña. *Sociología de las relaciones humanas. La relación médico-paciente*. [en línea]. Madrid: Escuela Nacional Sanidad, 2012. [citado el 1 de abril de 2016]. Disponible en Internet: [http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500640/n6.7\\_Sociologia\\_de\\_las\\_relaciones\\_humanas.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500640/n6.7_Sociologia_de_las_relaciones_humanas.pdf)
- MASSIP PEREZ, Coralia et al. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Rev. cub. salud pública* [en línea]. 2008, vol.34, n.4, pp.1-10. [citado el 4 de agosto de 2016]. Disponible en Internet <http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34662008000400013>.
- MATTIOLI, Marina. *Calidad de atención en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos: evaluación de usuarias del área programática del Hospital Argerich, Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: s.n., 2011. Presentada en FLACSO para obtención del grado de Magíster en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales.
- MAVROU, Irini. Análisis Factorial Exploratorio: cuestiones conceptuales y metodológicas. *Revista Nebrija de Lingüística Aplicada*, 2016, vol. NaN, no 19. [citado el 21 de noviembre de 2016] Disponible en: <http://www.nebrija.com/revista-linguistica/analisis-factorial-exploratorio>

- MAXWELL, Joseph A. Reemergent Scientism, Postmodernism, and Dialogue Across Differences. *Qualitative Inquiry* [en línea]. 2004. Vol. 10, no. 1, pp. 35-41. [Citado el 21 de noviembre de 2016]. DOI 10.1177/1077800403259492. Disponible en: <http://qix.sagepub.com/content/10/1/35.abstract>SAGE Publications
- MÉNDEZ MARTÍNEZ, Carolina, RONDÓN SEPÚLVEDA, Martín Alonso. Introducción al análisis factorial exploratorio *Revista Colombiana de Psiquiatría* [en línea] 2012, 41 (Enero-Abril). [citado el 21 de noviembre de 2016] Disponible en: <http://2011.www.redalyc.org/articulo.oa?id=80624093014>
- MENENDEZ, Eduardo L. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud colectiva* [en línea]. 2005, vol.1, n.1 [citado el 21 de noviembre de 2016], pp. 9-32. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652005000100002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100002&lng=es&nrm=iso). ISSN 1851-8265.
- MENÉNDEZ, Eduardo. Modelo Hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto atención. Caracteres estructurales. En CAMPOS, Roberto (comp). *La antropología médica en México*. México. Instituto Mora-UAM, 1992. pp 97-113.
- MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA, et al. *Metodología para evaluar la calidad de la atención de la hipertensión arterial: trazadora de hipertensión arterial*. 2005 2014 [citado el 4 de septiembre de 2016] Disponible internet: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/empresas/protocolos/metodologia%20evaluar%20calidad%20de%20hta%20rev%205092.pdf>
- MIRA, José Joaquín, et al. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2013, vol. 33, no 1, p. 01-07. [citado el 21 de noviembre de 2016], pp. 9-32. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n1/a01v33n1.pdf>
- MORALES GONZÁLEZ, Félix y GARCÍA PEÑA, Carmen. Satisfacción de usuarios en unidades del primer nivel de atención médica. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 1997. Vol. 35, no. 2, p. 139-143.
- NEUBERGER Julia. Let's do away with "patients." *BMJ: British Medical Journal* [en línea] 1999, vol 318 [citado el 21 de noviembre de 2016] pp. 1756–1757. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116090/>

- Organización Panamericana de la Salud, 2013, *Sistemas de notificación de incidentes en América Latina*. [citado el 21 de noviembre de 2016] Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=20893&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20893&Itemid=270)
- GÓMEZ, José Luis Palacios. Estrategias de Ponderación de la Respuesta en Encuestas de Satisfacción de Usuarios de Servicios. *Metodología de encuestas*, 2002, vol. 4, no 2, pp. 175-193. [Citado el 1 de abril de 2016] Disponible en Internet: <http://casus.usal.es/pkp/index.php/MdE/article/viewFile/923/864>
- PAMIES, Dolors Setó. Modelos conceptuales de la calidad de servicio. En *De la calidad de servicio a la fidelidad del cliente*. Madrid. ESIC editorial, 2004. pp.24-26.
- PECHENY, Mario y MANZELLI, Hernán. Notas sobre ciencias sociales y salud: el regreso del cuerpo en tiempos de liberalismo. En CÁCERES, Carlos y VARGAS Rosana. *La Salud como Derecho Ciudadano, Perspectivas y Propuestas desde América Latina*. Lima. Redess Jóvenes, 2003. P.567.
- PETRACCI, Mónica et al. *Calidad en atención de la salud. Serie seminarios salud y política pública: seminario V*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2004. [Citado el 1 de abril de 2016] Disponible en: <http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/SSPP/2004/SSPP200405.pdf>
- RIVEROS S, Jorge y BERNE M, Carmen. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Rev. méd. Chile* [en línea]. 2007, vol.135, n.7 [citado el 4 de septiembre de 2016], pp.862-870. Disponible en Internet: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007000700006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000700006)
- RODRÍGUEZ GÓMEZ, Gregorio, GIL FLORES, Javier Y Garcí y JIMÉNEZ, Eduardo, *Metodología de la investigación cualitativa*. 1. Archidona: Aljibe, 1996. p. 72.
- STREINER David, NORMAN Geoffrey. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press. 1999. 352 p. ISBN 9780191578908
- VALDERRAMA PONCE, María José. El cuidado, ¿una tarea de mujeres? En: *Cuadernos de Historia-Geografía* [en línea] 2006, no. 35, pp.373-385. [Citado el 1 de abril de 2016] Disponible en Internet: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/vasconia/vas35/35373385.pdf>

- VALLES, Miguel *Técnicas Cualitativas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis, 1999. 430 p. ISBN 84-7738-449-5
- VÁZQUEZ, Fernando y NAVARRO, Simone. A brief instrument effectiveness in the assessment of dissatisfaction of health care centers users avoiding "ceiling effect". ISQua 31st International Conference. Quality and safety along the health and social care continuum. Rio de Janeiro; 2014 [citado el 4 de septiembre de 2016]. Resumen disponible en: <http://www.isqua.org/docs/default-source/Brazil-Speakers/posters-abstract-book-2014f365df159bdc6318af52ff0000eae9f5.pdf?sfvrsn=0>
- VÁZQUEZ, Fernando. *Diseño de un indicador de inaceptabilidad y prueba metodológica relacionándolo con los indicadores de calidad ya implementados por el PICAM*. Buenos Aires: s.n., 2008. Presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación como informe final de las becas Carrillo Oñativia.
- VÁZQUEZ, Fernando. *Diseño y validación de un cuestionario para medir satisfacción de la población adulta con respecto a los cuidados médicos ambulatorios en un establecimiento de salud privado. Composición de un cuestionario para evaluar satisfacción con los cuidados médicos*. Buenos Aires: s.n., 2006. Presentada en la Universidad de Buenos Aires para obtención del grado de Magíster en Efectividad Clínica y Sanitaria.
- VAZQUEZ, María Luisa et al. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *GacSanit* [en línea]. 2002, vol.16, n.1 [citado el 1 de abril de 2016], pp. 30-38. Disponible en Internet: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112002000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100005)
- WHITTEMORE, Robin, CHASE, Susan K. y MANDLE, Carol Lynn. Validity in qualitative research. *Qualitative health research*, 2001, vol. 11, no 4, p. 522-537. [citado el 21 de noviembre de 2016] Disponible en: <http://qhr.sagepub.com/content/11/4/522.short>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012, *Derecho a la salud* [citado el 1 de abril de 2016]. Disponible en Internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

## 9. Anexos.

### 9.1. Cuestionario utilizado.

#### Estimado paciente:

En el **Centro de Salud (o Centro Médico) xxxxxxxx** nos gustaría conocer su opinión acerca de la calidad de nuestra atención ambulatoria.

Le presentamos algunas afirmaciones que otros pacientes hicieron sobre la atención en los diferentes Servicios de atención ambulatoria de nuestro establecimiento, y nos gustaría que Ud. nos señale su grado de acuerdo con ellas.

En cada encabezado le explicamos a qué aspecto de la atención nos estamos refiriendo, y luego agregamos las afirmaciones. Si bien algunas de ellas son parecidas entre sí, nos permiten determinar mejor su opinión.

Si alguna de éstas le parece difícil de comprender o contestar le agradeceremos que haga una cruz a su izquierda.

Encierre en un círculo el número que corresponda, según esté de acuerdo o en desacuerdo, siguiendo la escala que se indica a continuación:

Total desacuerdo	Parcial desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Parcial acuerdo	Total Acuerdo
---------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------	------------------

1

2

3

4

5

Tenga presente que esta encuesta es anónima. Toda la información resultante es confidencial. Si decide no responder, ello no afectará de ningún modo los beneficios que recibe.

**Un médico de cabecera o personal es el profesional de la salud que mejor lo/la conoce, y Ud. considera su médico de mayor confianza. Puede ser un médico clínico, un especialista, un médico de familia o general. Puede atenderlo/la sólo a Ud. o también a su familia.**

**Piense en las últimas veces que visitó a SU médico de cabecera o personal.**

	<i>Total desacuerdo</i>	<i>Parcial desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo /ni en desacuerdo</i>	<i>Parcial acuerdo</i>	<i>Total acuerdo</i>
1- El médico de cabecera me/nos escuchó lo suficiente	1	2	3	4	5
2- El médico de cabecera me/nos atendió profesionalmente	1	2	3	4	5

**Piense en la última vez que por Ud. o sus allegados requirió atención de Enfermería**

	<i>Total desacuerdo</i>	<i>Parcial desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo /ni en desacuerdo</i>	<i>Parcial acuerdo</i>	<i>Total acuerdo</i>
3- El trato de las enfermeras/os fue correcto.	1	2	3	4	5
4- El trabajo de las enfermeras/os fue correcto	1	2	3	4	5

**Por instalaciones entendemos nuestro edificio y la tecnología en general que ponemos a su servicio.**

	<i>Total desacuerdo</i>	<i>Parcial desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo /ni en desacuerdo</i>	<i>Parcial acuerdo</i>	<i>Total acuerdo</i>
5- Las instalaciones están limpias	1	2	3	4	5
6- Las instalaciones son confortables	1	2	3	4	5

**Piense en problemas que haya tenido en nuestro centro con relación a la atención médica, cuestiones administrativas, de turnos, etc.**

	<i>Total desacuerdo</i>	<i>Parcial desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo /ni en desacuerdo</i>	<i>Parcial acuerdo</i>	<i>Total acuerdo</i>
7- El personal escuchó mis problemas	1	2	3	4	5
8- El personal se preocupó por mis problemas	1	2	3	4	5

**Los especialistas son médicos como los cirujanos, los dermatólogos, los ginecólogos, los cardiólogos, los neurólogos, y otros que se especializan en un área del cuidado de la salud.**

**Piense en la última vez que Ud. consultó con turno, a un médico de este establecimiento, que no haya sido el suyo personal.**

**Puede haber sido un médico especialista, que Ud. consultó por su salud o la de sus familiares (por ejemplo acompañó a su madre al Neuroólogo), o la visita a un médico Pediatra por su hijo.**

	<i>Total desacuerdo</i>	<i>Parcial desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo /ni en desacuerdo</i>	<i>Parcial acuerdo</i>	<i>Total acuerdo</i>
9- El médico me/nos escuchó lo suficiente	1	2	3	4	5
10- El médico me/nos atendió profesionalmente	1	2	3	4	5

**Piense en la última vez que necesitó reservar un turno para atenderse con algún profesional de nuestro centro.**

	<i>Total desacuerdo</i>	<i>Parcial desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo /ni en desacuerdo</i>	<i>Parcial acuerdo</i>	<i>Total acuerdo</i>
11- Pude quedar en un turno a un horario conveniente	1	2	3	4	5

**Piense en la última vez que se atendió con turno.**

12- El profesional que me atendió respetó el horario	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

**Sobre Ud.:**

13- ¿Cuál es el último grado o nivel escolar que usted realizó?

- 1- escuela primaria incompleta o EGB incompleta
- 2- escuela primaria completa o EGB completa
- 3- escuela secundaria incompleta
- 4- escuela secundaria completa
- 5- estudio de nivel terciario o universitario incompleto
- 6- estudio de nivel terciario o universitario completo

14- ¿Cuántos años tiene usted actualmente?

- 1- 18 a 24
- 2- 25 a 34
- 3- 35 a 44
- 4- 45 a 54
- 5- 55 a 64
- 6- 65 a 74
- 7- 75 o mayor

15- ¿Es usted hombre o mujer?

- 1- Hombre
- 2- Mujer

**Muchas gracias por su colaboración.  
Centro de Salud (o Centro Médico) xxxx.**

## 9.2. Tabla comparación monitoreo Aceptabilidad vs Inaceptabilidad (ejemplo)

**Tabla: Ejemplo de comparación de la medición de satisfacción/aceptabilidad vs insatisfacción/inaceptabilidad**

	Enero	Febrero	Marzo
<b>Satisfacción</b>	93%	89%	86%
<b>Insatisfacción</b>	7%	11%	14%

## 9.3. Distribución de los encuestados según nivel educativo alcanzado por red.

Gráfico A: Distribución de los encuestados según nivel educativo alcanzado, red pública Conurbano

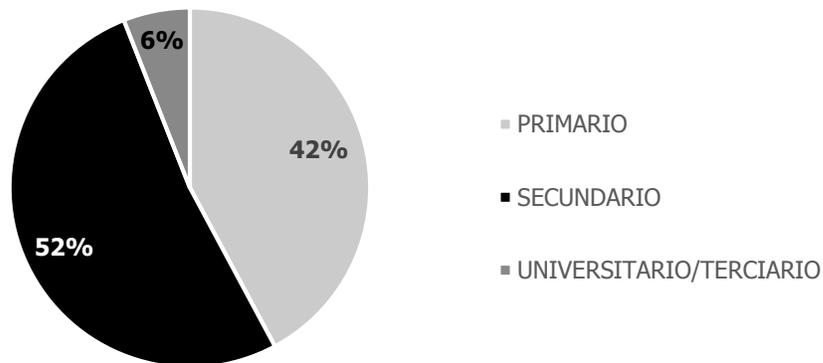


Gráfico B: Distribución de encuestados según nivel educativo alcanzado, red pública Patagonia

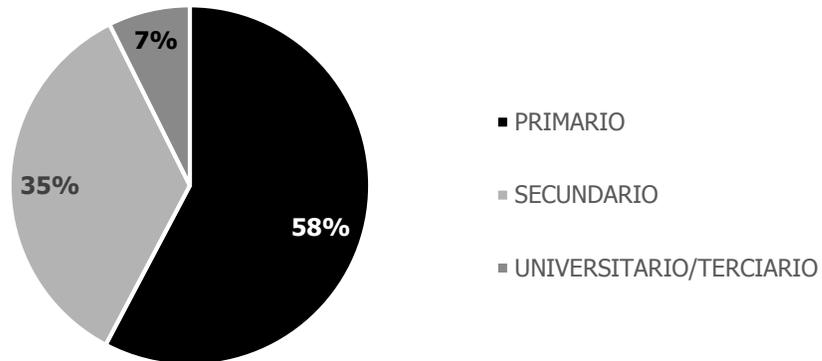
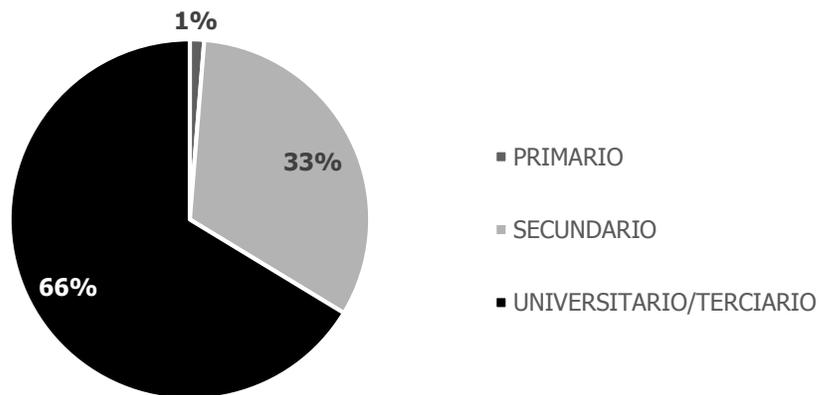


Gráfico C: Distribución de encuestados según nivel educativo alcanzado, red privada A.M.B.A



#### **9.4. Valores de importancia en un establecimiento sin un único aspecto preponderante (ejemplo).**

Indicadores de importancia por aspecto en un establecimiento (Ejemplo).	
Aspecto	% de importancia
Médico de cabecera	19,1
Enfermería	16,8
Instalaciones	14,1
Trato	19,1
Médicos Especialistas	18,5
Turnos	12,4

## 9.5. Matriz de análisis de las entrevistas

Entrevistas a los informantes clave de las redes						
Preguntas	Red de pertenencia de los informantes					
	Privada A.M.B.A.		Pública Conurbano		Pública Patagonia	
	Respuestas textuales de los entrevistados	Sub-categorías	Respuestas textuales de los entrevistados	Sub-categorías	Respuestas textuales de los entrevistados	Sub-categorías
¿Cuáles fueron los motivos que impulsaron la implementación del programa?	<p>"Nosotros teníamos la experiencia de haber realizado el HEDIS".</p> <p>"Era un instrumento validado en nuestro medio local."</p> <p>"El PICAM era una iniciativa nueva...tenía un aval metodológico porque había sido validado."</p> <p>"Medía insatisfacción, entonces se evitaba el efecto techo."</p>	<p>Implementación preexistente de herramientas en materia calidad</p> <p>Utilización de un instrumento validado.</p> <p>Aval metodológico</p> <p>Capacidad de evitar el efecto techo del instrumento</p>	<p>"Lo conocí a Marracino por otro tema y me comentó lo que venían haciendo y me interesó."</p> <p>"Yo monitoreaba el trabajo en las unidades sanitarias a través de resultados e indicadores, la encuesta me mostraba cosas como por ejemplo cómo vacuna la enfermera"</p>	<p>Propuesta de implementación originada en el programa.</p> <p>Herramienta para monitorear el trabajo en los centros de salud en diferentes aspectos.</p> <p>Se suma al monitoreo preexistente del trabajo a través de otros indicadores.</p>	<p>"Lo que se quería era usar un cuestionario de satisfacción, el contacto fue a raíz del cuestionario validado, pero para entonces ya estaban hechos los indicadores también. Se podía conseguir la plata para financiar el PICAM, costó un poco pero ahí es cuando empezó".</p>	<p>Interés en realizar una encuesta de satisfacción validada.</p>

Pregunta	Respuestas textuales	Sub-categorías	Respuestas textuales	Sub-categorías	Respuestas textuales	Sub-categorías
¿Con qué facilitadores contaron para la implementación del programa?	<p>"No puede ser un hecho aislado."</p> <p>"Se necesita involucrar al personal y para eso es clave un comité de evaluación de la calidad"</p> <p>"Es importante que el personal sienta que se hace algo en el tema de la calidad. Es importante el involucramiento del personal, por ejemplo la acreditación lo incluye, lo involucra."</p> <p>"Acá existe una cultura de la gestión de la calidad que la dirección siempre apoyó."</p>	<p>Integrar un programa de mejoramiento de la calidad.</p> <p>Involucramiento del personal.</p> <p>Apoyo de los altos mandos.</p> <p>Contar con una persona encargada de la implementación a nivel operativo</p>	<p>"Mi secretaria. Ella se encargaba de todo para que se haga."</p> <p>"Yo hacía un seguimiento personalizado de los resultados."</p>	<p>Apoyo operativo para la implementación.</p> <p>Seguimiento de los resultados del programa.</p>	<p>"Se tenía que cumplimentar todos los meses dos o tres hojas en las cuales había un montón de indicadores. Había como 20 indicadores. Todos los meses había que enviarlos a la central de provincia."</p> <p>"Se medían estos indicadores para tomar la calidad de la atención. Era muy importante tener indicadores de calidad, pero calidad medida más en el terreno, en la cosa cotidiana."</p> <p>"En ese contexto indicadores de satisfacción no eran raros. "</p> <p>"...todos médicos jóvenes, con polenta, que les interesaban todas</p>	<p>Preexistencia de relevamiento de indicadores de calidad de la atención.</p> <p>Grupo de médicos de familia</p> <p>Trabajaban con el concepto de la efectividad clínica.</p> <p>Medicina de la evidencia.</p> <p>Presentación del programa a todo el equipo de salud.</p> <p>Seguimiento del programa mediante reuniones.</p>

	<p>“En lo operativo no había problema, era fácil porque se enviaban los cuestionarios a las coordinadoras de los centros y ellas se encargaban.”</p>				<p>estas cosas y otras mucho más interesantes, y si uno tuviera que comparar con algo de provincia de buenos aires, sería como algunos centros de la provincia de buenos aires que tienen residencia. Entonces están todos con la cosa académica. Estas salas se parecían a esos espacios. Porque todos tenían ese perfil, eran todos jóvenes venidos de buenos aires, córdoba o Sta. Fe y que tenían toda esta mentalidad medio burguesa. No había médicos propios del lugar. No participaban del PICAM. “</p> <p>“En la época de Alfonsín se hizo la medicina de la</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>familia, él le dio el apoyo político, copió el sistema inglés y lo quiso meter en todo el país. Pero sobre todo se formó la residencia de Neuquén de medicina de familia y ahí era impresionante, toda la cosa de efectividad ya entraba en juego, cualquier médico de una salita de Neuquén sabía medicina de la evidencia, empezó una cosa muy fuerte, hacían partos, igual que el sistema inglés. Yo no creo que hubiera encajado este sistema en otra provincia. Podía encajar en el sur por estas cosas que te digo, porque está mucho más cerca, vos llevas un</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>proyecto allá y está mucho más cerca.”</p> <p>“Los encuestadores eran promotores de salud, había reuniones semanales o quincenales con ellos, durante todo el programa. Se ajustaban problemas que surgían al hacer la encuesta. Era super serio.”</p> <p>“...se hicieron varias reuniones en las que se explicó como era todo. Las reuniones eran con médicos y enfermeros, también participaban administrativos”</p>	
Pregunta	Respuestas textuales	Sub-categorías	Respuestas textuales	Sub-categorías	Respuestas textuales	Sub-categorías
¿Qué dificultades encontraron en la implementación del programa?	“Se necesitaba un administrativo específico para el tema de la encuesta porque si no los pacientes	Sobre carga que genera al personal encargado de entregar la encuesta, al no	“Los directores de los centros no le daban bola.”	Desinterés de los mandos medios	“...no surgieron dificultades operativas para implementar el programa y si surgían, con las	Realización de reuniones para evitar dificultades

	<p>se iban y no dejaban el cuestionario completo.”</p> <p>“Todo lo que agregues es sobre carga para el personal. Las administrativas entregaba la encuesta y hay que explicarle a la gentes porque si no responden automáticamente.”</p> <p>“Se sumaba trabajo al habitual, lo ideal sería contar con un administrativo específico.”</p>	<p>contar con personal específico para esa tarea.</p>			<p>reuniones semanales o quincenales con los encuestadores, se solucionaban.”</p>	
Pregunta	Respuestas textuales	Sub-categorías	Respuestas textuales	Sub-categorías	Respuestas textuales	Sub-categorías
<p>¿Qué hallazgos les permitió alcanzar la implementación del programa?</p>	<p>“Era la época de la gripe H1N1 y estábamos saturados. Detectamos el aumento de la</p>	<p>Exceso de demanda coyuntural</p> <p>Déficit en las instalaciones.</p>	<p>“En general los cambios tenían que ver con el recurso humano, aunque</p>	<p>Dificultades respecto de los directores del centro de salud.</p>	<p>“Servía para cosas groseras. Se podía ver si los especialistas por ejemplo por dos o tres meses nadie o</p>	<p>Problemáticas muy marcadas.</p>

	demanda y por consiguiente de la espera para la consulta. Lo que se hizo entonces fue alquilar consultorios donde fue ginecología y bajó la inaceptabilidad”		también me permitieron hacer reformas en lo edilicio. Esto con la dificultad de no poder exigir del todo a los médicos por la falta de recursos.” “Cuando un director no respondía, que yo ya sabía que no respondía, el centro no respondía y la encuesta le daba mal.”	Dificultades respecto del RRHH.  Permitía corroborar cuestiones ya inferidas.	fue o no respetaban los horarios. Bueno ahí se vería. Aumenta la inaceptabilidad de especialistas, porque encontrarías 3 enojados de los 200 y antes había uno solo.”	
Pregunta	Respuestas textuales	Sub-categorías	Respuestas textuales	Sub-categorías	Respuestas textuales	Sub-categorías
¿Qué fortalezas identifica del Programa?	“Era importante que contaba con un aval metodológico”	Aval metodológico. Sensibilidad del instrumento.	“Era una herramienta que medía, con números, un modelo estadístico	Capacidad de cuantificar y de monitorear cuestiones de orden subjetivo.	“No hay en la literatura ningún caso de encuestas hechas a un nivel semi rural. No hay ninguna encuesta.	El cuestionario pudo ser aplicado en un ámbito diferente al

	<p>“Marcaba momentos, por ejemplo esto del exceso de la demanda y se podían ver los cambios a lo largo del tiempo.”</p>	<p>Útil para el análisis longitudinal.</p>	<p>que medía algo subjetivo.”</p>		<p>Todas las validaciones de cuestionarios siempre se hacen en clase media urbana. Nunca vi una encuesta hecha en el ámbito rural, por ahí si buscas haya alguna, pero como algo extraordinario...” “... tal vez lo único que pudiste observar que había demasiada inaceptabilidad para médicos especialistas, pero bueno, es bastante a veces.”</p>	<p>de una población clase media urbana.</p>
<p>Pregunta</p>	<p>Respuestas textuales de los entrevistados</p>	<p>Sub-categorías</p>	<p>Respuestas textuales de los entrevistados</p>	<p>Sub-categorías</p>	<p>Respuestas textuales de los entrevistados</p>	<p>Sub-categorías</p>
<p>¿Qué debilidades podría señalar del programa?</p>	<p>No identificaron</p>				<p>“... lo que puede descubrir una herramienta en un ámbito rural es mínimo, no es como en otros ámbitos, porque ya se sabe que el efecto techo</p>	<p>En este ámbito no se evitaba el efecto techo. Los médicos especialistas centraban la</p>

					<p>va a ser muy alto, que la gente le va a dar importancia a especialistas.”</p> <p>“Nunca le van a dar importancia al médico de familia, nunca van a decir que el médico es malo.”</p> <p>“Fue una experiencia muy interesante, incluso para darte cuenta de la limitación, porque te dabas cuenta que lo único que pudiste observar era cuando había demasiada inaceptabilidad para médicos especialistas...”</p>	<p>capacidad de influir en la variación de los resultados (importancia)</p> <p>Es mínimo lo que se puede descubrir en términos de problemas en la calidad.</p>
Pregunta	Respuestas textuales	Sub-categorías	Respuestas textuales	Sub-categorías	Respuestas textuales	Sub-categorías
¿Considera que hay alguna relación entre la implementación del programa (este u otro de	“... es importante la bioética, el desarrollo de los nuevos derechos. El acceso a la	<p>La encuesta no favorece la participación del paciente.</p> <p>El paciente al responder no</p>	Sin respuesta		“Es diferente la clase media y el campo. Gente que se atiende en OSDE, hay una proporción de gente que trabaja en trabajos,	<p>Instancia básica de participación.</p> <p>Considerado como algo positivo en un</p>

<p>su tipo) y la participación del paciente?</p>	<p>información. Cuestiones como el autocuidado, el auto manejo de la medicación, el derecho a aceptar o no un tratamiento...”</p> <p>“La participación requiere una política más amplia, el paciente no registra por qué se le pregunta.”</p>	<p>sabe para qué lo hace.</p>		<p>suponete IBM, donde se hace una cuestión de calidad. Yo creo que esa gente si le hacen una encuesta en un centro lo registra como que están en la misma onda de calidad, porque eso lo reconocen como calidad. Ese minúsculo grupo de gente lo cuenta y lo valora. Después por ejemplo una señora que se atiende en un centro privado del Conurbano, que tiene un local, yo creo que no le cae mal, pero no va a cambiar de centro por eso. Es un porotito. En la provincia de Bs. As. No se cómo lo toma la gente.”</p> <p>“La gente que decíamos que lo registra lo ve como cliente.”</p>	<p>pequeño núcleo de personas de clase media familiarizadas con el tema calidad, aunque no sea en el ámbito de la salud.</p> <p>Aquel familiarizado con el tema de calidad que registra la encuesta como algo positivo, lo hace desde un rol de cliente.</p> <p>Se asume un rol de cliente en grupos muy específicos como jóvenes sin padecimientos de</p>
--	---	-------------------------------	--	--	--

					<p>“Es una instancia básica de participación, como votar cada dos años. Lo que pasa es que frente a una instancia básica de participación y la nada, es algo.”</p> <p>“Una persona joven que no tiene ninguna enfermedad grave, que trabaja en IBM, se comportaría como un cliente.”</p>	enfermedad grave.
Pregunta	Respuestas textuales	Sub-categorías	Respuestas textuales	Sub-categorías	Respuestas textuales	Sub-categorías
Socialización de los resultados	“No, no se hacía una publicación para los pacientes, pero sí los resultados	Anuarios institucionales donde se volcaban los resultados del programa	“...surgió del jefe de enfermería a partir de los resultados malos que hubo en xx [ nombra al establecimiento]. Él propuso reunir a todos	Reuniendo a todo el equipo de los establecimientos analizados	“Cuando había algún indicador de inaceptabilidad alto no lo hacía en formato taller, se hablaba con algún jefe.” “Por ahí los médicos estaban llegando tarde, vos	Directamente con los involucrados con los aspectos que presentaran dificultades

	aparecían en los anuarios.”		los enfermeros de ahí, y a partir de entonces se hizo de esa forma en todos los centros”.		les decís que hay que respetar el horario.”	
--	-----------------------------	--	---	--	---	--

Entrevista al Director del Programa		
Pregunta	Respuesta textual	Sub-categorías
¿Con qué facilitadores contaron para la implementación del programa?	“Darle cabida y entrada al nivel operativo”	Involucrar al personal de los diferentes niveles.
Pregunta	Respuesta textual	Sub-categorías
¿Con qué fortalezas contaba el Programa?	<p>“El paciente es tomado como un elemento componente de la calidad.”</p> <p>“Al tener los resultados rápido, daba la oportunidad de acción.”</p> <p>“La ventaja de tener un conjunto de opiniones, a los pacientes opinando te da un punto de partida interesante.”</p> <p>“Detectamos que los niveles operativos también cuentan y que no tenían oportunidad de opinar.”</p>	<p>Incorporación del paciente dentro del trabajo en calidad y como punto de partida.</p> <p>Devolución de los resultados dentro de un plazo breve, lo cual permitía introducir cambios.</p> <p>Incorporar a los niveles operativos.</p>

Pregunta	Respuesta textual	Sub-categoría
<p>¿Considera que el programa presentaba alguna debilidad?</p>	<p>“Completar la opinión, no solamente del paciente, sino también de los niveles operativos.”</p> <p>“La encuesta para mí no aborda la oportunidad de la atención. En cuanto a la oportunidad en ningún momento aparece como un aspecto a tener en cuenta o a privilegiar. No aborda el análisis de la oportunidad de la atención. Hay otros componentes, pero la oportunidad es uno y no está presente, salvo en el hecho de la accesibilidad. La accesibilidad indirectamente está presente, por lo que se pregunta sobre los turnos.” “Así como está lo de la oportunidad no abordado, puede haber otros aspectos que pueden no estar presentes.”</p> <p>“La oportunidad tiene un componente técnico, porque no es lo mismo la oportunidad de un infarto que la de una neumonía.”</p> <p>“El paciente te da pistas importantes respecto a la oportunidad de la interacción. “</p> <p>“No me parece que el paciente esté en condiciones de decir si es oportuno. Puede decir siento una mejora o me mejoré a raíz del cambio que hicieron”.</p> <p>“La opinión del paciente juega un papel importante. Por ejemplo desde cuándo tener este problema en el dedo? Qué hiciste? Hubo intervenciones previas? Tomaste alguna medicación? Son preguntas que no las estamos</p>	<p>No considera aspectos técnicos de la calidad de los cuales la persona no puede responder directamente (ej. La atención fue oportuna o no) pero sí puede dar indicios.</p> <p>No se evalúan resultados médicos</p>

	haciendo. Pero eso habla de la oportunidad y eso habla de calidad de atención y del resultado final.”	
Pregunta	Respuesta textual	Sub-categoría
¿Considera que hay alguna relación entre la implementación del programa (este u otro de su tipo) y la participación del paciente?	“Abre a la participación pero en una etapa muy inmadura de desarrollo. Habría que abordarlo con mucha mayor profundidad. Hace falta una vuelta de tuerca. Así como está lo de la oportunidad no abordado, puede haber otros aspectos que no estén presentes.”	Es una apertura a la participación muy incipiente.

## 9.6. Tablas y gráficos de los resultados del análisis cuantitativo

### 9.6.1. Resultados red pública del Conurbano

Tabla 1: Medidas de posición, red pública Conurbano						
DOMINIO	Inaceptabilidad			Importancia		
	Q25	Med.	Q75	Q25	Med.	Q75
Médico de cabecera	2,2	6	9,1	16,3	17,4	19,0
Enfermería	3,9	9	16,6	16,4	17,5	17,9
Instalaciones	6,3	14	18,6	14,6	15,6	16,9
Trato del personal	9,5	20	26,9	17,1	18,0	19,2
Médicos Especialistas	1,5	2	5,4	16,0	17,3	18,2
Turnos	12,3	21	30,0	12,3	14,6	16,6

Gráfico 1: Aspectos según frecuencia de obtención del mayor valor de Importancia (sin preponderancia de otro aspecto). Red pública Conurbano.

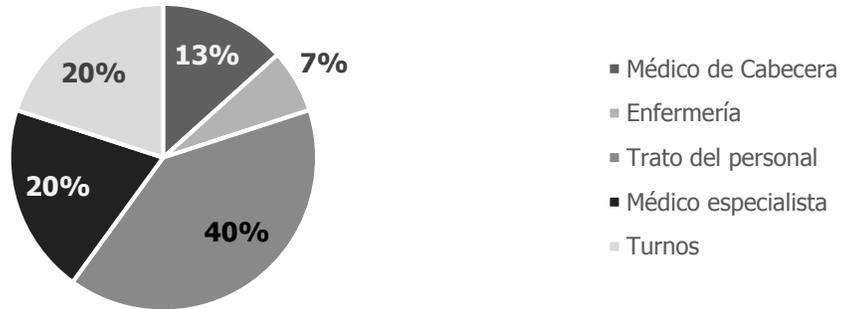


Gráfico 2: Aspectos según frecuencia de obtención del mayor valor de Importancia junto con otros aspectos. Red pública Conurbano

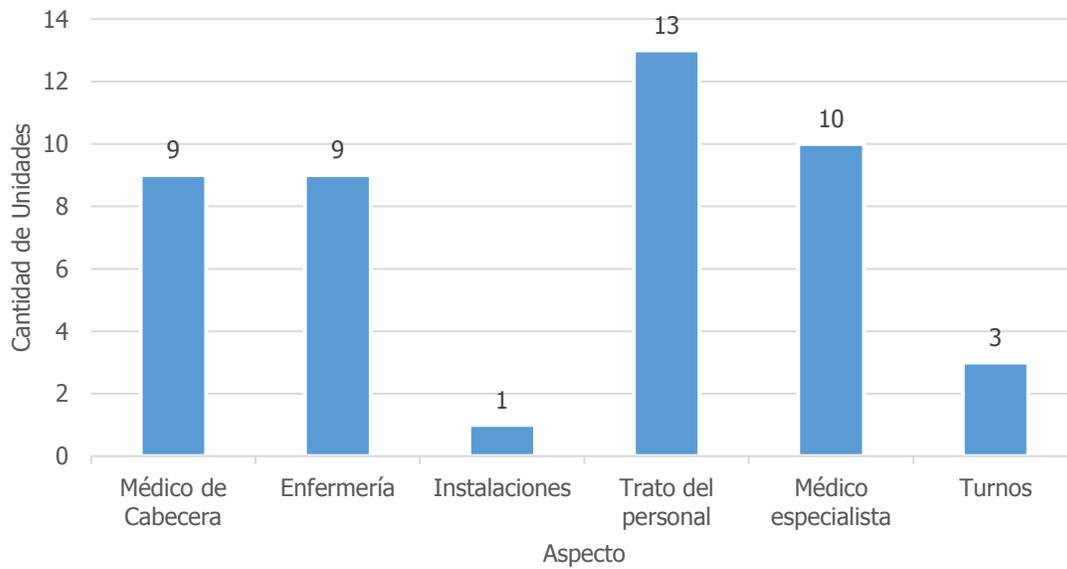


Gráfico 3: Aspectos según frecuencia de obtención del menor valor de Importancia (sin preponderancia de otros aspectos). Red pública Conurbano.

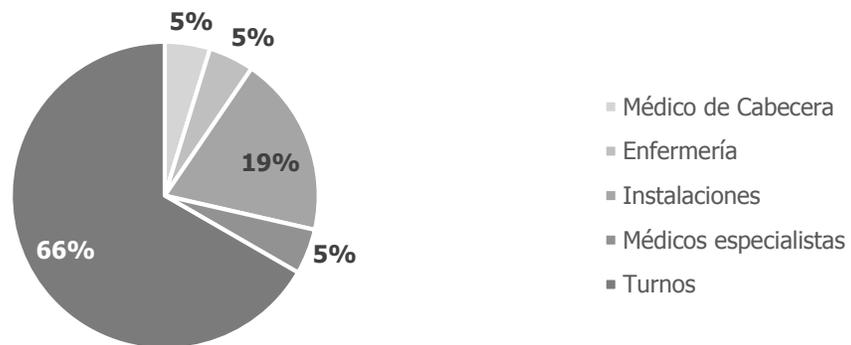
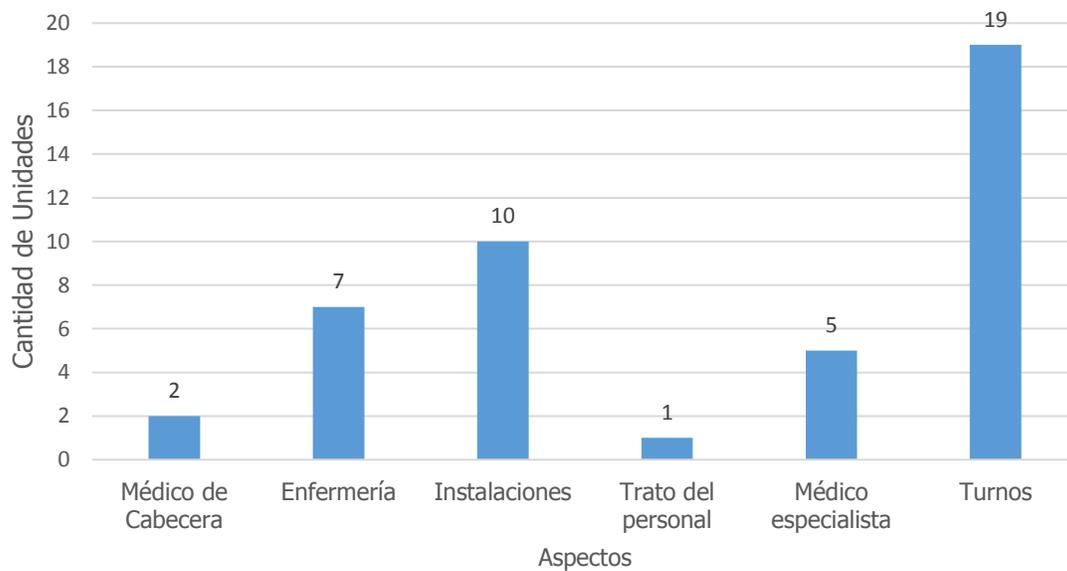


Gráfico 4: Aspectos según frecuencia de obtención del menor valor de Importancia junto con otros aspectos. Red pública Conurbano



## 9.6.2. Resultados red pública de Patagonia

Tabla 2: Medidas de posición, red pública Patagonia						
DOMINIO	Inaceptabilidad			Importancia		
	Q25	Med.	Q75	Q25	Med.	Q75
Médico de cabecera	0,2	0,7	1,2	16,7	17,5	18,4
Enfermería	0,7	1,5	2,2	17,4	18,0	18,9
Instalaciones	1,1	1,5	5,3	13,4	14,8	16,0
Trato del personal	1,4	3,5	5,8	17,7	18,0	18,7
Médicos Especialistas	4,1	6,4	11,1	18,3	19,0	19,8
Turnos	8,2	12,8	15,5	11,6	13,4	13,9

Gráfico 5: Aspectos según frecuencia de obtención del mayor valor de Importancia (sin preponderancia de otro aspecto). Red pública Patagonia

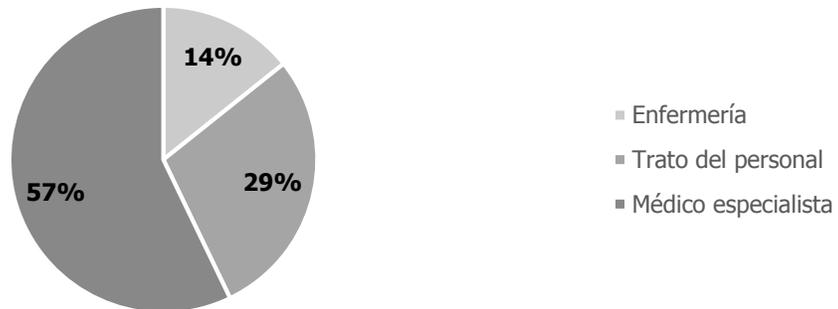


Gráfico 6: Aspectos según frecuencia de obtención del mayor valor de Importancia junto con otros aspectos. Red pública Patagonia

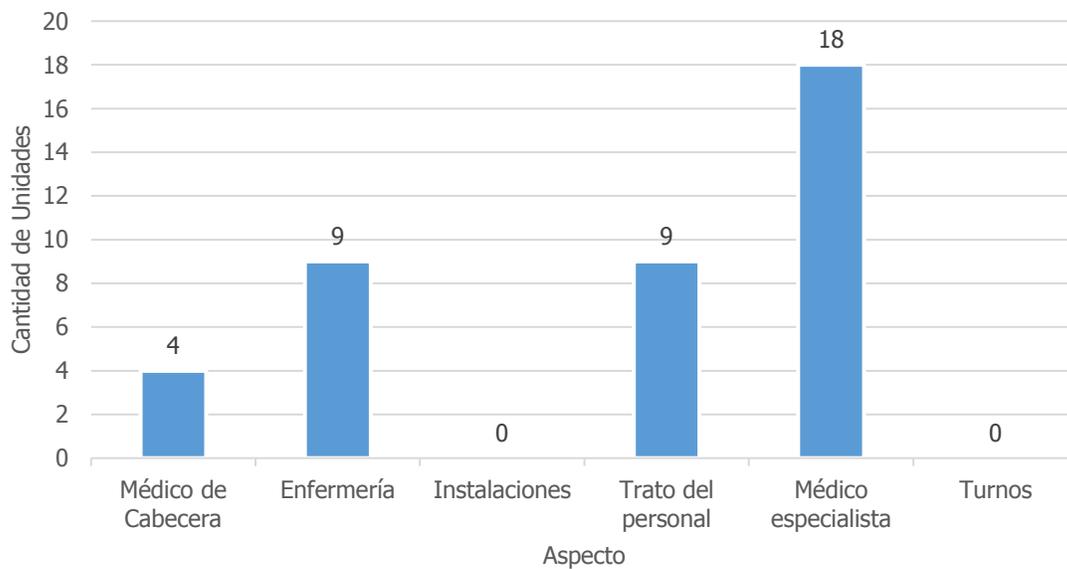


Gráfico 7: Aspectos según frecuencia de obtención del menor valor de Importancia, sin preponderancia de otros aspectos. Red pública Patagonia.

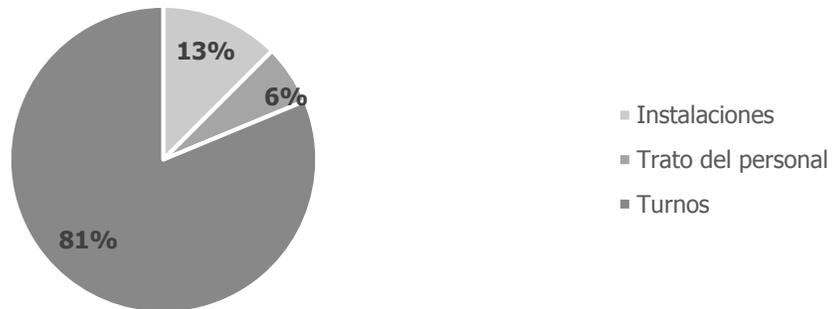
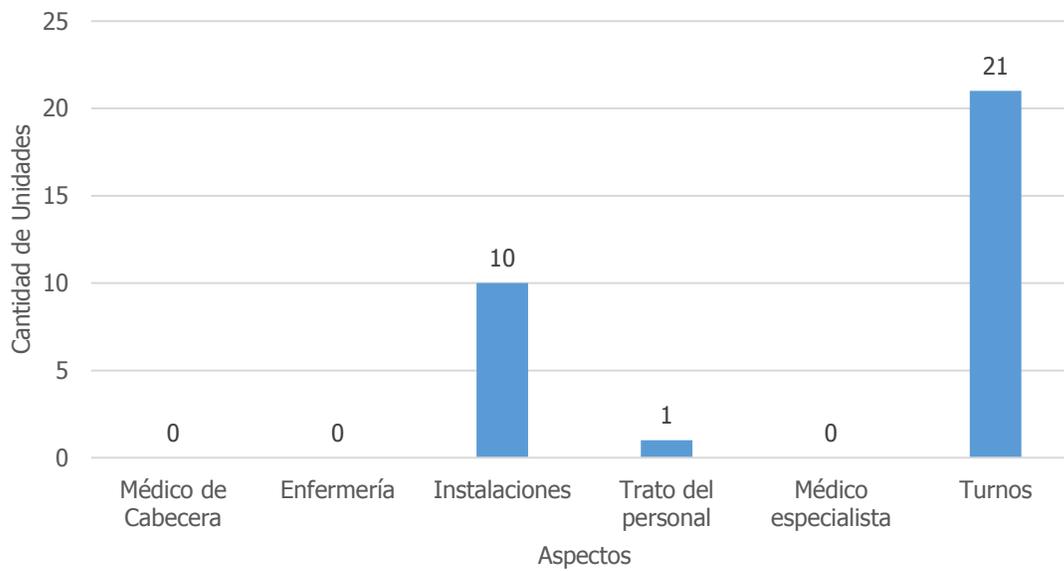


Gráfico 8: Aspectos según frecuencia de obtención del menor valor de Importancia, junto con otros aspectos. Red pública Patagonia.



## 9.6.3. Resultados red privada de A.M.B.A

Tabla 3: Medidas de posición, red privada A.M.B.A.						
	Inaceptabilidad			Importancia		
	Q25	Med.	Q75	Q25	Med.	Q75
Médico de cabecera	8,6	12,4	17,5	16,3	17,0	17,6
Enfermería	10,0	16,0	19,8	16,9	17,7	18,2
Instalaciones	12,4	19,1	33,2	15,3	16,3	17,3
Trato del personal	18,3	23,2	32,2	17,0	17,8	18,8
Médicos Especialistas	8,0	11,2	14,8	16,4	17,4	18,0
Turnos	29,2	37,9	47,0	13,5	14,6	16,5

Gráfico 9: Aspectos según frecuencia de obtención del mayor valor de Importancia (sin preponderancia de otro aspecto). Red privada A.M.B.A.

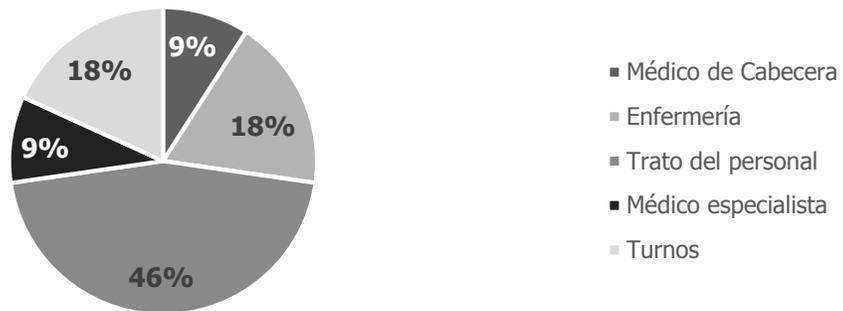


Gráfico 10: Aspectos según frecuencia de obtención del mayor valor de Importancia (junto con otros aspectos). Red privada A.M.B.A.

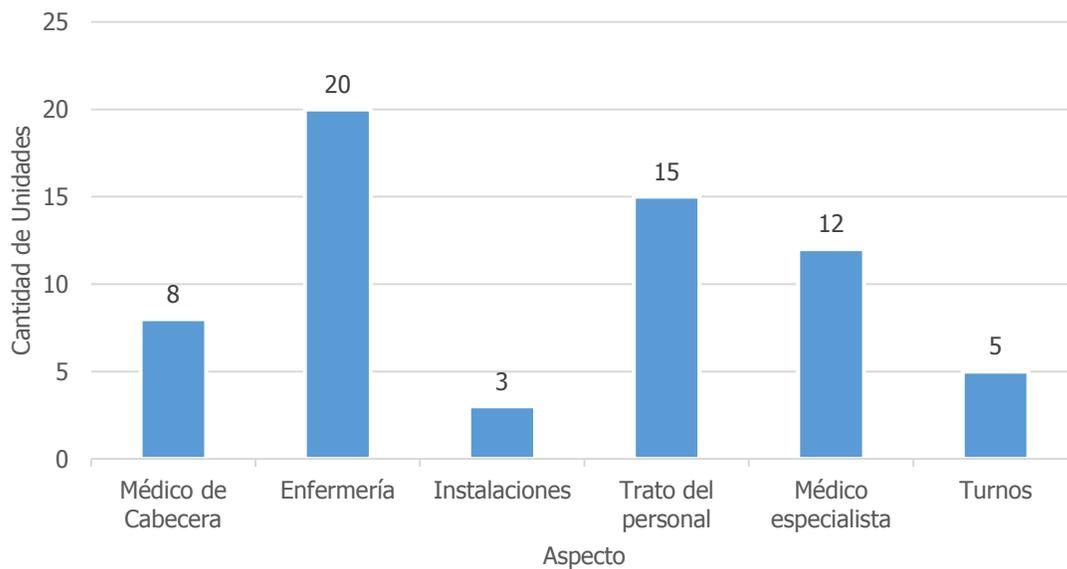


Gráfico 11: Aspectos según frecuencia de obtención del menor valor de Importancia (sin preponderancia de otros aspectos). Red privada A.M.B.A.

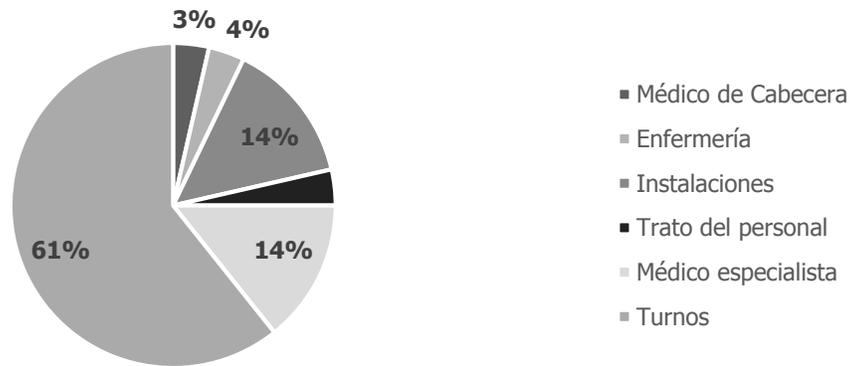
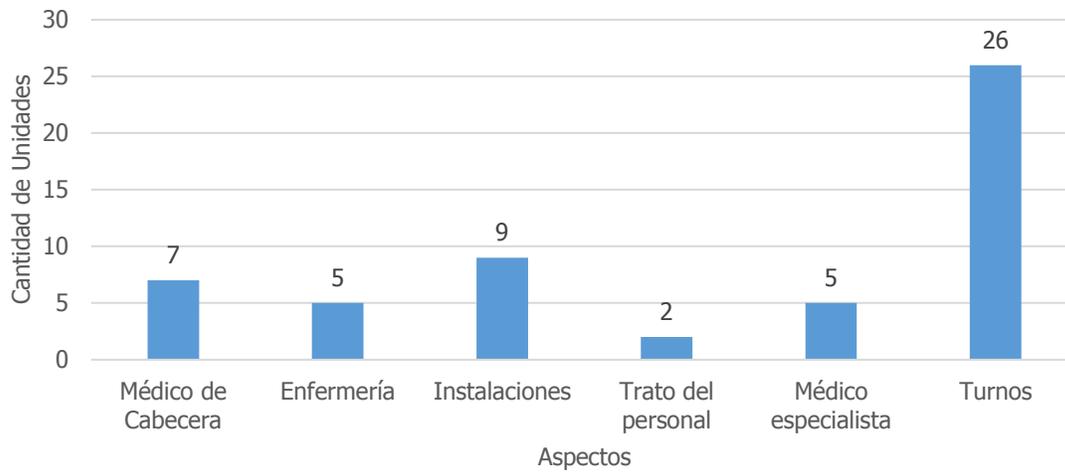


Gráfico 12: Aspectos según frecuencia de obtención del menor valor de Importancia junto con otros aspectos. Red privada A.M.B.A.



## 9.7. Resumen comparación entre redes de resultados cuantitativos.

<b>Cuadro resumen de aspectos con valores sobresalientes en cada uno de los indicadores, por red de establecimientos.</b>			
	Pública Conurbano	Pública Patagonia	Privada A.M.B.A.
Aspectos con mayor Inaceptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Turnos</li> <li>• Trato (valores cercanos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Turnos (marcado)</li> <li>• Médicos especialistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Turnos (muy marcado)</li> <li>• Instalaciones</li> <li>• Trato (valores cercanos entre los dos últimos)</li> </ul>
Aspectos con menor Inaceptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos especialistas</li> <li>• Médico de cabecera (valores cercanos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de cabecera</li> <li>• Enfermería (valores cercanos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos especialistas</li> <li>• Médico de cabecera (valores cercanos)</li> </ul>
Aspectos con mayor Importancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trato del personal</li> <li>• Médicos Especialistas (valores cercanos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos Especialistas (muy marcado)</li> <li>• Trato</li> <li>• Enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería (marcado)</li> <li>• Trato</li> <li>• Médicos especialistas</li> </ul>
Aspectos con menor Importancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Turnos (muy marcado)</li> <li>• Instalaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Turnos (muy marcado)</li> <li>• Instalaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Turnos (muy marcado)</li> <li>• Instalaciones</li> <li>• Especialistas</li> </ul>