



## “CAPITAL SOCIAL COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA SATISFACCIÓN LABORAL”

Ámbito Temático o Sectorial: **Gestión del conocimiento en prevención.**

<p><b>Categoría:</b> Autor Principal <b>Nombre:</b> Narciso <b>Apellidos:</b> Kestelman <b>Organización:</b> Facultad de Medicina –Universidad Nacional de Tucumán <b>Departamento:</b> Cátedra de Salud Pública. <b>Dirección de Contacto:</b> Lamadrid N°: 875 <b>Código Postal:</b> CP 4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> 0054- 0381- 4247752 Interno 7041 <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b> narcike@unt.edu.ar</p>
<p><b>Categoría:</b> Co-Autor: <input type="checkbox"/> Expositora <b>Nombre:</b> Silvana Estela <b>Apellidos:</b> Hatem Torres <b>Organización:</b> Citrícola San Miguel <b>Departamento:</b> Medicina Laboral <b>Dirección de Contacto:</b> Ruta 302 s/n <b>Código Postal:</b> CP4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> 00-54-381-4214411 <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b> hatemsilvana@yahoo.com.ar</p>
<p><b>Categoría:</b> Co-Autor: <input type="checkbox"/> <b>Nombre:</b> Viviana <b>Apellidos:</b> Crivelli <b>Organización:</b> SIPROSA <b>Departamento:</b> Recursos Humanos <b>Dirección de Contacto:</b> San Martín N°: 435 <b>Planta:</b> 2 Piso <b>Dirección de Contacto:</b> Lamadrid N°: 875 <b>Código Postal:</b> CP 4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> 00-54-381-4221760 <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b> crivelliviviana@yahoo.com.ar</p>

<p><b>Categoría:</b> Co-Autor: <input type="checkbox"/> <b>Nombre:</b> Noemí <b>Apellidos:</b> Passarell <b>Organización:</b> Facultad de Medicina –Universidad Nacional de Tucumán <b>Departamento:</b> Cátedra de Salud Pública. <b>Dirección de Contacto:</b> Lamadrid N°: 875 <b>Código Postal:</b> CP 4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> 0054- 0381- 4247752 Interno 7041 <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b> noemipassarell@yahoo.com</p>
<p><b>Categoría:</b> Co-Autor: <input type="checkbox"/> <b>Nombre:</b> Mónica Graciela <b>Apellidos:</b> Malé <b>Organización:</b> Facultad de Medicina –Universidad Nacional de Tucumán <b>Departamento:</b> Cátedra de Salud Pública. <b>Dirección de Contacto:</b> Lamadrid N°: 875 <b>Código Postal:</b> CP 4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> 0054- 0381- 4247752 Interno 7041 <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b> mmale@arnet.com.ar</p>
<p><b>Categoría:</b> Co-Autor: <input type="checkbox"/> <b>Nombre:</b> Margarita del Valle <b>Apellidos:</b> Abraham <b>Organización:</b> Facultad de Medicina –Universidad Nacional de Tucumán <b>Departamento:</b> Cátedra de Salud Pública. <b>Dirección de Contacto:</b> Lamadrid N°: 875 <b>Código Postal:</b> CP 4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> 0054- 0381- 4247752 Interno 7041 <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b> maabraham79@gmail.com</p>
<p><b>Categoría:</b> Co-Autor: <input type="checkbox"/> <b>Nombre:</b> Silvina Judith <b>Apellidos:</b> Nieman <b>Organización:</b> SIPROSA <b>Departamento:</b> Salud Mental - Redes <b>Dirección de Contacto:</b> San Lorenzo N°: 1142 <b>Código Postal:</b> CP 4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> 00-54-381-522446 <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b> judithnieman@hotmail.com</p>

## 1. ABSTRACT

Se priorizó describir estrategias del Capital social para mejorar el grado de satisfacción del prestador desarrollándose estudio de corte en 72 prestadores de 15 servicios de salud de Tucumán Argentina seleccionados aleatoriamente 35% entre 11 y 20 años de servicio 85 % tiene buenas relaciones con superiores 94 % tiene buena relación laboral con el equipo de salud 69 % considera rutinario su trabajo 55 % opina que la seguridad en el lugar de trabajo es regular a mala, la labor del 42 % de los prestadores son reconocidas por sus superiores siempre 22 % manifiesta que nunca participa en decisiones. La confianza, la cohesión social, las redes organizadas, la seguridad, son elementos utilizables como estrategias para mejorar el ambiente laboral, reforzando los vínculos humanos, aumentando la productividad y calidad del servicio.

### **Palabras Clave**

Capital Social – Calidad de atención – Satisfacción del prestador



## “CAPITAL SOCIAL COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA SATISFACCIÓN LABORAL”

Ámbito Temático o Sectorial: Gestión del conocimiento en prevención.

<p><b>Categoría:</b> Autor Principal <b>Nombre:</b> Narciso <b>Apellidos:</b> Kestelman <b>Organización:</b> Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Tucumán <b>Departamento:</b> Cátedra de Salud Pública. <b>Dirección de Contacto:</b> Lamadrid N°: 875 <b>Código Postal:</b> CP 4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> 0054- 0381- 4247752 Interno 7041 <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b></p>
<p><b>Categoría:</b> Co-Autor: <input type="checkbox"/> <b>Nombre:</b> Silvana Estela <b>Apellidos:</b> Hatem Torres <b>Organización:</b> Citrícola San Miguel <b>Departamento:</b> Medicina Laboral <b>Dirección de Contacto:</b> N°: <b>Edif.:</b> <b>Bloque:</b> <b>Escalera:</b> <b>Planta:</b> <b>Puerta:</b> <b>Código Postal:</b> CP4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> 00-54-381-4214411 <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b></p>
<p><b>Categoría:</b> Co-Autor: <input type="checkbox"/> <b>Nombre:</b> Viviana <b>Apellidos:</b> Crivelli <b>Organización:</b> SIPROSA <b>Departamento:</b> Recursos Humanos <b>Dirección de Contacto:</b> N°: <b>Edif.:</b> <b>Bloque:</b> <b>Escalera:</b> <b>Planta:</b> <b>Puerta:</b> <b>Código Postal:</b> CP 4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> 00-54-381-4221760 <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b></p>
<p><b>Categoría:</b> Co-Autor: <input type="checkbox"/> <b>Nombre:</b> María Cecilia <b>Apellidos:</b> Fernández Antruejo <b>Organización:</b> Facultad de Medicina –Universidad Nacional de Tucumán <b>Departamento:</b> Cátedra de Salud Pública. <b>Código Postal:</b> CP 4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> 0054- 0381- 4247752 Interno 7041 <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b> cfernandezantruejo@gmail.com</p>

<p><b>Categoría:</b> Co-Autor: <input type="checkbox"/> <b>Nombre:</b> Noemí <b>Apellidos:</b> Passarell <b>Organización:</b> Facultad de Medicina –Universidad Nacional de Tucumán <b>Departamento:</b> Cátedra de Salud Pública. <b>Dirección de Contacto:</b> Lamadrid Nº: 875 <b>Código Postal:</b> CP 4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> 0054- 0381- 4247752 Interno 7041 <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b></p>
<p><b>Categoría:</b> Co-Autor: <input type="checkbox"/> <b>Nombre:</b> Mónica Graciela <b>Apellidos:</b> Malé <b>Organización:</b> Facultad de Medicina –Universidad Nacional de Tucumán <b>Departamento:</b> Cátedra de Salud Pública. <b>Dirección de Contacto:</b> Lamadrid Nº: 875 <b>Código Postal:</b> CP 4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> 0054- 0381- 4247752 Interno 7041 <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b></p>
<p><b>Categoría:</b> Co-Autor: <input type="checkbox"/> <b>Nombre:</b> Margarita del Valle <b>Apellidos:</b> Abraham <b>Organización:</b> Facultad de Medicina –Universidad Nacional de Tucumán <b>Departamento:</b> Cátedra de Salud Pública. <b>Dirección de Contacto:</b> Lamadrid Nº: 875 <b>Código Postal:</b> CP 4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> 0054- 0381- 4247752 Interno 7041 <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b></p>
<p><b>Categoría:</b> Co-Autor: <input type="checkbox"/> <b>Nombre:</b> Judith <b>Apellidos:</b> Nieman <b>Organización:</b> SIPROSA <b>Departamento:</b> Salud Mental - Redes <b>Dirección de Contacto:</b> N°: <b>Edif.: Bloque: Escalera: Planta: Puerta:</b> <b>Código Postal:</b> CP 4000 <b>Localidad:</b> San Miguel de Tucumán <b>Provincia:</b> Tucumán <b>País:</b> Argentina <b>Teléfonos:</b> <b>Fax:</b> <b>E-mail:</b></p>

## 1. ABSTRACT

Se priorizó describir estrategias del Capital social para mejorar el grado de satisfacción del prestador desarrollándose estudio de corte en 72 prestadores de 15 servicios de salud de Tucumán Argentina seleccionados aleatoriamente 35% entre 11 y 20 años de servicio 85 % tiene buenas relaciones con superiores 94 % tiene buena relación laboral con el equipo de salud 69 % considera rutinario su trabajo 55 % opina que la seguridad en el lugar de trabajo es regular a mala, la labor del 42 % de los prestadores son reconocidas por sus superiores siempre 22 % manifiesta que nunca participa en decisiones. La confianza, la cohesión social, las redes organizadas, la seguridad, son elementos utilizables como estrategias para mejorar el ambiente laboral, reforzando los vínculos humanos, aumentando la productividad y calidad del servicio.

### **Palabras Clave**

Capital Social – Calidad de atención – Satisfacción del prestador

## 2. INTRODUCCIÓN

En el presente, la mejoría de la calidad de la atención de salud es una preocupación fundamental para los administradores de servicios de salud. Esta circunstancia está determinada por la necesidad de dar adecuada respuesta a las *reales necesidades* de salud de la población y por otra parte porque *es preciso responder satisfactoriamente a las expectativas de la gente*, ya que actualmente ésta no acepta acriticamente los servicios que se le prestan. Este creciente interés por la evaluación de la calidad de la atención de la salud reconoce motivos éticos, de seguridad y de eficiencia.

En referencia a los motivos *éticos*, debe señalarse que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud contiene el principio de que cada individuo tiene derecho a la mejor asistencia sanitaria posible. Considerar la provisión de servicios de salud como un valor social, conlleva la obligación ética de verificar la disponibilidad y la calidad de esos servicios con el fin de satisfacer el principio de equidad, definida como la capacidad de ofrecer iguales oportunidades de acceso a los servicios y asegurar la distribución de los recursos según necesidades. También los profesionales de la salud, están obligados a trabajar con alto nivel cualitativo y mejorar constantemente su trabajo como parte de la responsabilidad moral y ética de la profesión.

En la atención de la salud los riesgos pueden ser altos, comprometiendo a veces el bienestar e incluso la vida del paciente o de los miembros del equipo de salud. Esto explica el interés creciente por mejorar la calidad de las instalaciones, los equipos y los procedimientos, estableciendo normas de calidad basadas en motivos de *seguridad*.

En la situación actual, en que asistimos a grandes progresos de la medicina, con incorporación de servicios altamente efectivos, pero que han incrementado enormemente los costos, debe jerarquizarse la importancia de asegurar que los escasos recursos se utilicen para producir servicios que sean eficientes (bajos costos en relación con los resultados) y de alta calidad científico-técnica.

El Diccionario de la Real Academia define calidad como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”. Como vemos, ya la definición lleva implícito el concepto de evaluación, pues evaluar es comparar.

En general, cuando intentamos definir la calidad de atención, nos referimos a la capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de salud. Esta definición, que podría considerarse de carácter normativo o ideal, ofrece pocos elementos operativos en el momento de concretar su evaluación. Difícilmente existirá una propuesta única de como medir la calidad por tratarse de un concepto que está en función, por una parte de valores de la sociedad en su conjunto y por otra de las expectativas de los diferentes actores del proceso de atención (personal de salud, usuarios, administradores y empresarios).

Hoy se acepta que no existe una definición única de calidad que llegue a satisfacer a la totalidad de los interesados en el tema, ya que la misma representa un concepto multifacético que debe ser definido en cada caso en particular en términos de: “calidad para quién, definida por quién, para qué y qué aspecto de la calidad”<sup>1</sup> de manera que hagan operativo el concepto. Como veremos más adelante la manera más práctica de operacionalizar este concepto es a través de sus componentes.

El término “garantía de calidad”, que adquiere actualmente cada vez más importancia, se refiere a los intentos sistemáticos para mejorar la calidad de la atención y realizar medidas correctoras para solucionar los problemas detectados. Esta es la esencia de la garantía de calidad: combinar las evaluaciones con las medidas correctoras<sup>2</sup>.

La garantía de calidad se ha desarrollado sobre todo en los hospitales que es la parte más visible y más cara del sistema de salud. En estos establecimientos el personal acepta que la gran cantidad de recursos destinados a la atención deben ser bien utilizados, existe la aspiración de una supervisión en la calidad científico técnica y una creciente preocupación de los profesionales y técnicos de estas instituciones ante el aumento de los juicios de mala praxis; todo esto facilita la implantación de la garantía de calidad.

En el primer nivel de atención el desarrollo es generalmente menor, probablemente por el aislamiento de los servicios de salud y una inadecuada sistematización en la referencia y contra referencia de pacientes<sup>3</sup>.

La investigación y las actividades de evaluación relacionadas con Los componentes de la calidad de la asistencia sanitaria pueden o deben basarse en las siguientes variables 4 :

- \* Efectividad: El grado en que se alcanzan las mejoras del proceso de atención, en relación con el actual desarrollo de la tecnología.
- \* Eficiencia: Relación entre el impacto real de un servicio o programa y su costo de producción.
- \* Adecuación: Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Esto tiene un componente numérico (cantidad de servicios en relación con las necesidades) y un componente de distribución (disponibilidad de servicios en cada zona y por subgrupos poblacionales).

---

<sup>1</sup> Vouri,H.V. El Control de Calidad en los Servicios Sanitarios. Masson S.A. y SG Editores S.A.,Barcelona.1988.

<sup>2</sup> Vouri,H.V. Garantía de calidad en atención primaria de la salud. Monografías clínicas en Atención Primaria N°13.Región sanitaria Costa de Ponent,Ediciones Doyma. Barcelona,1993.

<sup>3</sup> En este caso la denominación de Atención Primaria de la Salud se refiere al primer nivel de atención del sistema de salud.

<sup>4</sup> Vouri H.V.,Op.cit.pag.38.

\* **Accesibilidad:** Es la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que los necesita, en suficiente cantidad y a un costo razonable. Este componente está estrechamente ligado al de distribución y puede conceptualmente ser incluido en ella.

\* **Calidad científico-técnica:** Este es el objetivo más común de los programas de control de calidad y se refiere al nivel de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles actualmente. El término de calidad cuando es utilizado sólo, se refiere casi siempre a este componente.

\* **Continuidad:** Se refiere a la atención del usuario como un todo, en un sistema de atención jerarquizado e integrado de manera que acceda al nivel de atención adecuado para la satisfacción de su necesidad. Este componente puede incluirse en la calidad científico-técnica.

\* **Satisfacción del usuario y del prestador:** Se refiere a la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención. La satisfacción del profesional se refiere a la satisfacción con las condiciones de trabajo y el resultado de la atención.

En general estos componentes o variables adquieren diferente importancia según quien sea el actor que los analice: el personal de salud, los usuarios de los servicios, los administradores o los empresarios, pues cada grupo puede tener diferentes objetivos. En general, los profesionales ponen mayor énfasis en la evaluación de la calidad científico técnica, los usuarios en los aspectos psicosociales y los administradores y empresarios del sector salud, en la eficiencia.

Estas generalizaciones pueden variar, para los mismos actores: en circunstancias diferentes. Los estudios muestran que los pacientes internados en hospitales, por estar en muchos casos gravemente enfermos valoran sobre todo la competencia profesional. Los usuarios de la APS en cambio tienen enfermedades menos graves o están sanos y parece ser que su estado les permite observar otros aspectos de la atención, interesándose más en los aspectos psicosociales: relación médico-paciente, atención personalizada, accesibilidad etc.

Si tenemos en cuenta los actores de la evaluación de la calidad en la atención de salud podemos distinguir, según las características del sistema de salud, cuatro tipos de actores interesados en el control de calidad: los usuarios, el personal de salud, los administradores y los empresarios.

En algunos casos pueden coincidir los intereses de los profesionales y de los administradores, en otros pueden unirse los intereses de los administradores y de los empresarios. También en algunos casos pueden estos intereses estar en conflicto o bien los requerimientos variar según el servicio o la institución de que se trate (público, privado, seguridad social).

Este juego de intereses puede resultar claro si se analizan las expectativas de los actores frente a algunos de los componentes de calidad. Así por ejemplo, desde el punto de vista de los usuarios el cumplimiento de los criterios de accesibilidad, con sus

componentes de distribución y cantidad puede interpretarse como una red de hospitales grandes y de alta complejidad, mientras para los administradores esto puede significar un sistema por demás ineficiente.

### Los enfoques y las metodologías

Con un enfoque sistémico, en la producción de servicios de salud pueden reconocerse tres componentes: estructura, proceso y resultado. Esta división, propuesta originalmente por Donabedian<sup>5</sup>, ha sido aceptada como punto de partida para clasificar los enfoques de los programas de control de calidad.

El grado de desarrollo de metodologías de evaluación, basadas en estos tres enfoques ha sido diferente y en general se usan en circunstancias también diferentes. Los primeros intentos para introducir el control de calidad se basaron en la búsqueda de buenos resultados. Cuando muchos de éstos métodos se mostraron muy dificultosos, los pioneros del control de calidad se volcaron a los enfoques estructurales y últimamente se está poniendo un énfasis creciente en la evaluación del proceso.

Si bien hubo grandes discusiones respecto al valor de cada uno de estos enfoques, actualmente no hay duda respecto a que el énfasis de las evaluaciones debe ponerse en la evaluación de procesos y resultados y que el enfoque estructural es el que menos información suministra respecto a real calidad de servicios. Sin embargo metodologías que combinen los tres enfoques permiten una evaluación multidimensional, ayuda a identificar los sitios y las causas del fracaso de la calidad y asegura acciones correctoras más apropiadas.

En general, todas las metodologías de evaluación desarrollan las siguientes etapas: a) Elección de los componentes a evaluar (efectividad, eficiencia, accesibilidad, adecuación, calidad científico-técnica, continuidad, satisfacción del usuario y el prestador); b) Elección del enfoque (estructura, proceso y resultado); c) Elección del fenómeno a medir, d) Formulación de los estándares o criterios con los cuales comparar, e) Obtención y análisis de la información, f) Propuesta de medidas correctoras.-

El control de calidad puede aplicarse a través de evaluaciones internas, externas y compartidas, según quiénes sean los responsables de llevarlas a cabo. Las evaluaciones internas son realizadas por el propio personal de la institución evaluada. En la evaluación externa se designa personal ajeno a la institución, en algunos casos asesores con experiencia en esa actividad, personal de otras instituciones estatales, de asociaciones profesionales, de una empresa comercial, etc. En general la selección de este personal depende de los objetivos de la evaluación.

La evaluación externa está menos sujeta a acusaciones de encubrir o disimular. La interna es más aceptada por los profesionales y más relevante para la identificación de problemas y propuesta de soluciones. Deben ser externas las evaluaciones destinadas

---

<sup>5</sup> Donabedian, A. La calidad de la Atención médica. La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1984.

a aclarar sospechas de fraudes, hechos políticos, acreditación de establecimientos, habilitación o apertura de establecimientos.

La evaluación compartida, con asesores o evaluadores externos y el personal de los propios servicios, ofrece la ventaja de sumar a la experiencia de los primeros, el compromiso e interés del personal que brinda la atención.

Si consideramos los enfoques estructurales estos se basan en la evaluación de los recursos y su organización y su fundamento es que teniendo unas buenas condiciones previas es posible tener un proceso de atención más apropiado y mejores resultados. En el planteamiento estructural se evalúan los siguientes items: recursos humanos, instalaciones y equipamiento, que se describen y comparan con normas establecidas.

Las metodologías usadas en el control de calidad basadas en el enfoque estructural son las siguientes:

\* **Habilitación:** Es un procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria jurisdiccional o quien ella delegue. Se realiza habitualmente por una sola vez, previo a la puesta en funcionamiento del efector. La evaluación se basa en criterios mínimos estructurales que deben poseer los establecimientos.

\* **Categorización:** Es la clasificación de los servicios de salud, ambulatorios y de internación según diversos criterios, tales como complejidad, riesgos de atención u otros. La clasificación según niveles de complejidad permite definir niveles de resolución de problemas de acuerdo con las tecnologías disponibles, permitiendo configurar redes de atención, que son la base para la organización de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

\* **Acreditación:** “Es un procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados. Los estándares pueden ser mínimos (definiendo el piso o base) o más elaborados y exigentes, definiendo diferentes niveles de satisfacción”<sup>6</sup>. Puede decirse que un establecimiento es acreditado cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman una organización cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad.

\* **Condiciones de eficiencia:** Esta metodología fue desarrollada en Argentina al comienzo para la evaluación de los servicios de salud maternoinfantil y luego utilizada para otras áreas. Estudia en que medida los recursos de los servicios reúnen las características adecuadas para atender con eficiencia las necesidades de salud de la población, entendiéndose por recursos los humanos, físicos, tecnológicos y de conocimientos. Es un tipo de evaluación por encuesta y observación directa realizada en forma compartida por el personal de los servicios y evaluadores externos y los hallazgos

---

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. Serie Desarrollo de Sistemas Locales de Salud, N°13. Washington D.C.,1991.

se comparan con un modelo normativo. Ha mostrado ser útil para la planificación de servicios y educación del personal de salud.

\* **Matriculación:** Consiste en el registro de los títulos profesionales, por la autoridad de salud jurisdiccional. En nuestro país las provincias no han delegado en la Nación el poder de policía en salud y esta responsabilidad es por lo tanto de orden provincial. Sin embargo, en algunas provincias del país esta facultad ha sido delegada en organizaciones paraestatales, tales como los Colegios Médicos.

\* **Certificación:** Es el procedimiento de evaluación periódica de los recursos humanos de profesionales, mediante el cual los profesionales, luego de obtener su matriculación certifican una determinada especialidad y con ello el aval para la realización de determinadas prácticas de la misma. En el caso de los médicos, en nuestro país esta tarea actualmente está siendo patrocinada por la Academia Nacional de Medicina, trabajando con las organizaciones profesionales de las diferentes especialidades.

#### Enfoques de Proceso

El enfoque de proceso se basa en el supuesto de que si en todas las etapas de la atención se aplican correctamente el conocimiento médico y la tecnología disponible, es probable que el resultado sea mejor que cuando la aplicación del conocimiento y la tecnología son deficientes. Dentro de este enfoque deben diferenciarse las evaluaciones administrativas y las profesionales. La evaluación administrativa está destinada a evaluar el uso de los recursos institucionales en las áreas de planificación, gestión y contabilidad, siendo la evaluación externa la más indicada. La evaluación profesional está reservada casi exclusivamente para apreciar la calidad científico-técnica y aspectos sicosociales de los servicios producidos y en casi todos los casos, es aconsejable realizarla a través de una evaluación interna. En el enfoque de proceso se vienen usando las siguientes metodologías:

\* **Revisión de casos puntuales:** Aquí el objetivo es la evaluación de una actividad prestada por un profesional o recibida por un paciente, siendo la fuente de información la historia clínica. Los tipos de estándares (normas) y criterios para evaluar pueden ser explícitos o implícitos. Se ha usado también la llamada observación participativa, sobre todo para los aspectos sicosociales, pero ésta tiene algunos cuestionamientos acerca de que la participación del observador modifica las conductas de los prestadores y resulta excesivamente cara.

\* **Estudios estadísticos:** Consiste en analizar la agregación de datos obtenidos a partir de casos individuales registrados en las estadísticas de servicios. En el caso de servicios de internación, se utilizan estadísticas hospitalarias: promedio de días de estada, porcentaje ocupacional, giro de camas, mortalidad hospitalaria, etc. Cuando el análisis de estos datos agregados lleva al descubrimiento de datos negativos se procede al análisis más detallado, con las respectivas historias clínicas. En la APS se usan también los registros habituales de actividades tales como consultas, controles de salud, educación,

inmunizaciones, etc. y algunas extramurales, como visitas domiciliarias, atención en escuelas y organizaciones comunitarias, etc.

\* Estudios de utilización de recursos: Estos estudios tienen por objeto determinar si los servicios prestados son médicamente necesarios y en caso de internación, si ésta fue necesaria. Estos estudios han permitido llegar a detectar los servicios sobreutilizados, las estancias prolongadas, las internaciones innecesarias, personal, equipos e instalaciones con capacidad ociosa, etc, circunstancias indicadoras de ineficiente uso de los recursos.

\* Auditoría médica: Consiste en la evaluación retrospectiva de la calidad de atención en base a las historias clínicas. Normalmente, aunque no necesariamente, la auditoría evalúa preferentemente el proceso de atención. Cuando se realiza en el ámbito hospitalario se constituyen Comités de Auditoría, que en los hospitales generales pequeños pueden ser únicos para todas las especialidades y en los mayores puede haber uno para cada especialidad. El Comité debe decidir acerca de los casos a estudiar y los estándares a usar. Estos estándares o criterios pueden haber sido formulados por otros o por el propio Comité y definen cuando se considera una atención aceptable y qué información se necesita en la historia para determinar si se ha cumplido el criterio. En resumen, el Comité analiza las historias de los casos seleccionados, define si la atención ha sido o no aceptable según los criterios adoptados y decide si es necesario realizar alguna medida correctora.

En general, en la evaluación a través de análisis de historias clínicas debe tenerse en cuenta que éstas sólo registran aspectos que revelan los conocimientos del personal de salud y que no permiten analizar acerca de sus actitudes, relación con el usuario, la agudeza de su percepción o capacidad analítica entre otros aspectos sicosociales del proceso de atención.

### Enfoques de Resultados

La evaluación con el enfoque de resultados se basa en medir en qué medida se alcanzan los objetivos de la atención de salud, es decir promover la salud, curar la enfermedad o evitar su progresión, restablecer la capacidad funcional, aliviar el dolor o el sufrimiento.

Esta evaluación de resultados consiste en medir los cambios producidos en individuos o poblaciones, que pueden ser atribuidos a la atención de salud. Entre éstos se incluyen los siguientes: a) Nivel de salud alcanzado, mediante indicadores de mortalidad, morbilidad y de estado de salud (indicadores positivos); b) Adquisición de conductas de los individuos o familias que puedan influir en la salud futura; c) Satisfacción de los individuos y las familias con la atención y sus resultados; d)

Satisfacción de los prestadores. Respecto a estos puntos es preciso hacer algunas observaciones:

- a) El nivel de salud alcanzado puede referirse a la salud individual, familiar y/o comunitaria. En el primer caso la evaluación de la calidad deberá centrarse en los aspectos de la salud susceptibles de mejora, teniendo en cuenta las circunstancias y el estado actual del conocimiento. Es importante la evaluación del nivel de salud alcanzado sobre el conjunto de la población y no sólo sobre las personas que demandan ya que; si la evaluación se centra sólo en los que consultan, no podrá medirse adecuadamente un componente importante como es la accesibilidad;
- b) El grado de satisfacción del usuario puede estar en relación con la satisfacción con el proceso atención y también con los resultados alcanzados en su nivel de salud;
- c) El grado de satisfacción del prestador puede expresar su visión de la capacidad del sistema y de su propia capacidad científico-técnica.

Las fuentes de datos más frecuentes son las siguientes:

Las estadísticas de salud y de servicios. Esta información es fácil de analizar si bien en muchos casos no se dispone de ella con la oportunidad deseada pero, su relevancia en la determinación de la calidad es cuestionable. En general son más útiles en los estudios de estructura de los servicios.

Las historias clínicas son el documento básico de la evaluación del proceso de atención. Si bien en muchos casos se han hecho esfuerzos para su estandarización (historias “únicas”, historia perinatal), en la práctica su utilización puede estar limitada por diversas circunstancias: estar incompletas, ser ilegibles o no poder localizarse por defectos en el archivo. Estos problemas son especialmente frecuentes en la atención primaria y conducen al peligro de que el objetivo de la evaluación de calidad se convierta en la “evaluación de la historia clínica”<sup>7</sup>

La observación participante. Esta metodología de recolección de información se ha propuesto en un afán de salvar los inconvenientes de la utilización exclusiva de las historias clínicas. La observación del proceso de atención se supone que permite evaluar las llamadas características sicosociales de la atención: la amabilidad, la buena relación con la gente, la empatía, la consideración, la adecuada información para lograr el consentimiento, etc. aspectos sumamente importantes en toda la atención pero especialmente relevantes en la atención primaria.

Encuestas de opinión. Este punto es fundamental para evaluar dos de los componentes: la satisfacción del usuario y del prestador. En el caso de los usuarios, si bien existen algunos que desconocen el valor y la calidad de los servicios que reciben, actualmente puede percibirse una creciente participación e interés de la gente en la provisión de servicios adecuados a sus necesidades. Esto es especialmente observable en el caso de los beneficiarios de las prepagas, probablemente porque en estos casos reciben servicios que han abonado previamente. En el servicio público, si bien se ha estimulado la

---

<sup>7</sup> Vouri,H.V. Op.cit. pag.104

participación comunitaria, aún se percibe que resta mucho por hacer. Quizás el indicador de que hay un mayor interés de la gente por la calidad de los servicios sea la utilización de los mismos para control en salud. Las encuestas a la gente deben realizarse a los usuarios de los servicios y a informantes claves de la comunidad, ya que estos últimos pueden informar mejor problemas de accesibilidad y de rechazo.

### Criterios y estándares

La evaluación de la calidad, como toda evaluación, supone comparar los hallazgos con una norma, patrón o criterio de buena asistencia. Estas normas, pueden definirse como “el conjunto de pautas explícitas que reglan las actividades del equipo de salud, quienes deben participar activamente en su elaboración y actualización”<sup>8</sup> y deben cumplir los requerimientos habituales de validez, confiabilidad y sensibilidad.

El requerimiento de que las normas o criterios sean explícitos -o sea que se formulen en forma escrita y por adelantado-, asegura una mayor consistencia en los resultados y la confiabilidad y la comparabilidad de los hallazgos aumenta grandemente. En algunos casos sin embargo la evaluación puede hacerse siguiendo criterios implícitos y en ese caso el evaluador, que puede ser un experto, se basará en su propia experiencia y conocimientos y responderá a la pregunta de ¿qué haría yo en un caso similar?<sup>9</sup>. En estos casos se acepta que la confiabilidad es más baja. De aquí que es bueno disponer de criterios de normas explícitas que pueden usarse no sólo para evaluación sino también para decidir conductas del equipo de salud. En la actualidad hay consenso de que las pautas escritas contribuyen no sólo a la calidad sino también a la eficiencia de los servicios<sup>10</sup>.

Pareciera que lo recomendable, cuando se evalúa la calidad de un servicio es combinar criterios explícitos e implícitos. En general esta es la experiencia de expertos<sup>11</sup>: por una parte utilizan las normas explícitas aprobadas y por otro, utilizan su propio juicio para hacer la evaluación de los servicios y de la asistencia brindada.

### Modelo de Evaluación de la Calidad de la Atención Primaria

#### Introducción

La evaluación de la calidad de la atención de los servicios que se brindan en el primer nivel de atención debe ser preocupación permanente tanto del personal de conducción y administración del sistema de salud como del que se desempeña en ese nivel y de la comunidad, ya que la capacidad resolutoria y el adecuado desempeño del mismo, condiciona fuertemente la equidad de todo el sistema.

---

<sup>8</sup> Moreno, E. y Diaz, Angel G. Normatización del cuidado de la Salud Materno-infantil. Boletín del Centro Latino Americano de Perinatología Vol.2-Nº6. Montevideo, 1986.

<sup>9</sup> Vouri H.V.; Op.cit.pag.111.

<sup>10</sup> Idem, pag 112

<sup>11</sup> A lo fines de la normatización y la evaluación, consideramos experto a individuos con solvencia científica, experiencia y conocimientos de la realidad local.

Este principio básico de la administración de servicios ha adquirido especial significado en los últimos años con el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, SILOS, como táctica operativa indispensable para acelerar la puesta en marcha de la atención primaria de salud. El concepto de los SILOS, preconiza el desarrollo de redes de servicios en donde los servicios del primer nivel constituyen la estrategia organizativa básica del sistema y donde se brinda una atención ambulatoria general, con integración de servicios preventivos y curativos, enfoque familiar y fuerte estímulo a la participación comunitaria.

En la mayor parte de los países este primer nivel está representado por los Centros de Salud, servicios cuya creación se remonta a las primeras décadas de este siglo. Estos servicios responden a muy diversas formas de organización y funcionamiento, según los países e incluso en diversos contextos dentro del mismo país, teniendo siempre como denominador común su forma de atención exclusivamente ambulatoria.

En 1972, Milton Roemer<sup>12</sup> expresaba que los Centros de Salud debían clasificarse de acuerdo a sus funciones, estableciendo este autor tres categorías:

- \* Centros de Atención Primaria: servicios de atención que integran la prevención y curación.
- \* Centros Especializados: encargados del diagnóstico y tratamiento de determinadas patologías o grupos de población.
- \* Policlínicas completas: la asistencia primaria se asocia a la prestación de servicios especializados y complejos.

En la actualidad esta clasificación sigue siendo válida con algunas consideraciones particulares. Los Centros de Atención Primaria están situados tanto en áreas urbanas como áreas rurales, brindan actividades de promoción y prevención con enfoque de riesgo, resuelven la mayor parte de las necesidades de salud de la población a su cargo y refieren a los niveles más complejos del sistema los casos que superan su capacidad resolutoria en las áreas de diagnóstico y tratamiento.

Los Centros Especializados vienen desapareciendo frente a la estrategia de atención primaria que preconiza la integración de servicios en el primer nivel de atención. En cuanto a las Policlínicas, son actualmente la base organizativa del primer nivel de atención en las áreas urbanas. En estos servicios se ofrecen además de la atención general similar a la que ofrecen los Centros de Atención Primaria algunas especialidades críticas y mayor complejidad diagnóstica y terapéutica, aumentando, siempre en atención ambulatoria, la capacidad de resolución del primer nivel de atención.

Así definido el primer nivel de atención y su importancia en la organización del sistema de servicios, es fácil inferir la necesidad de asegurar su adecuada capacidad

---

<sup>12</sup> Roemer, M., Evaluación de los Centros de Salud Pública. Cuadernos de Salud Pública N°48. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1972.

resolutiva para garantizar la equidad del sistema y la contención de costos. Es sabido que un buen desempeño de los Centros de Salud puede disminuir significativamente la afluencia hacia el hospital, tanto en la consulta ambulatoria como en la internación, lo que tendrá una repercusión significativa en la organización del sistema y en los costos, ya que la atención en internación es siempre más cara que la ambulatoria.

De las consideraciones anteriores resulta evidente la necesidad de asegurar la calidad de la atención brindada por estos establecimientos. En este contexto, entendemos calidad como “la capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de la gente”<sup>13</sup>.

La evaluación de la calidad de la atención que brinda un servicio o un conjunto de servicios de la Atención Primaria puede ser una experiencia aislada destinada a conocer en qué medida el desempeño del mismo se adecua a los objetivos de un plan de salud en el momento de la evaluación, o bien formar parte de un programa de Gestión de Calidad. Experiencias aisladas forman parte en general de proyectos de investigación, en algunos casos con fines educativos.

La utilización de la evaluación en el marco de un programa de gestión de calidad es parte de una estrategia que persigue el mejoramiento progresivo de la calidad del servicio y donde las evaluaciones son seguidas de medidas correctoras y reevaluaciones sucesivas.

En la última década se han producido cambios vertiginosos en los enfoques y las metodologías usadas para mejorar la calidad de los servicios de salud. Probablemente el cambio más fundamental ha sido pasar de un enfoque de evaluación a un enfoque de gestión que supone la monitorización o mejora continua de la calidad siguiendo la tendencia de la llamada Gestión de Calidad Total.

#### Estructuración de programas de Gestión de Calidad en la Atención Primaria

Un programa de gestión de calidad puede ser estructurado describiendo las características de nueve componentes: dimensión o variable de la calidad en la que se pondrá énfasis, unidades de estudio, identificación de los casos a incluir en el estudio, relación temporal de la evaluación con la acción evaluada, tipo de datos, fuente de datos, tipo de revisión, tipo de criterios y medidas correctoras previstas.

##### 1- Dimensión o variable a estudiar:

Se refiere a si se va evaluar la calidad científico-técnica, accesibilidad, satisfacción o aceptabilidad, efectividad y eficiencia. La calidad científico-técnica o

---

<sup>13</sup> Moreno, E. y col. Calidad de la Atención de Salud. Aspectos Conceptuales. Cátedra de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNT. 1996.

competencia profesional es la dimensión más frecuentemente tratada, probablemente porque es el aspecto con el que están más familiarizados los profesionales.

## 2- Unidades de estudio:

En este punto deben considerarse tres aspectos cuya definición debe ser clara y unívoca: tiempo, instituciones y personal de salud a evaluar.

La definición de la institución o instituciones a evaluar y sus características es un paso previo a la adecuación de los parámetros de evaluación permitiendo definir posteriormente cuáles son los casos que van a entrar en la evaluación. En este punto debe definirse si se evaluará sólo la atención brindada a la población asignada (área de responsabilidad), o toda la atención brindada (área de influencia).

Con la definición de personal de salud deberá precisarse si el proceso de atención analizado afecta alguno de los integrantes del personal de salud o bien al equipo en su totalidad. Podría también darse el caso de evaluar un conjunto de Centros de Salud de una región o área de salud, en cuyo caso deberá precisarse también si se trata de un conjunto de instituciones.

La variable tiempo se refiere al período de contacto entre el usuario y el servicio, es decir el período a evaluar y en el que se supone se debían usar los criterios o normas.

## 3- Identificación de los casos:

El universo a estudiar se referirá a la definición de las unidades de estudio a las que llamamos casos. En este punto es preciso definir claramente las características de estos casos de manera que no se tenga duda acerca de su inclusión o no inclusión.

Los casos pueden ser referidos a una base institucional, por ejemplo pacientes o población del área de responsabilidad de un equipo de atención o de un centro de salud y dentro de ellos pacientes o población asignada con un diagnóstico o proceso de atención determinado. En este último rubro se incluyen las actividades de vigilancia o control de riesgos en población vulnerable.

Una vez definida los casos a estudiar debe decidirse, según el volumen de los mismos, si se trabajará con todo el universo o si se seleccionará una muestra aleatoria simple o sistemática.

## 4- Relación temporal de la evaluación con las actividades evaluadas:

Los estudios evaluativos de calidad pueden ser retrospectivos, concurrentes o prospectivos. En la mayor parte de los casos el mismo es retrospectivo por ser de más fácil manejo y no perturbar el curso de la atención al paciente. Este tipo de evaluaciones da suficientes insumos como para identificar aspectos deficitarios y proponer medidas correctoras, esencia de la gestión de calidad.

En las evaluaciones concurrentes, tales como la observación participante la experiencia muestra que la sola presencia del evaluador cambia las conductas habituales del prestador. Dentro de las evaluaciones prospectivas de la gestión de calidad pueden

incluirse las revisiones de los criterios diagnósticos y/o terapéuticos por parte del equipo y más que evaluaciones pueden ser considerados mecanismos -a veces medidas correctoras- que contribuyen a mejorar la calidad de la atención.

#### 5- Tipo de datos:

Los datos a utilizar para la evaluación pueden ser diferenciados en datos de estructura, proceso y resultados habiendo consenso de que de preferencia deben usarse en forma simultánea para evaluar correctamente la calidad de atención.

Los datos de estructura incluyen la información relativa a la disponibilidad y organización de los recursos humanos, materiales y financieros. Una estructura correcta es una condición necesaria pero no suficiente para conseguir la calidad.

Los datos de proceso se refieren a aquellos correspondientes a actividades preventivas, de diagnóstico y/o tratamiento brindadas a la población. La evaluación de la calidad a través de la información generada en el proceso de atención atiende al supuesto de que un correcto proceso asistencial dará como resultado una mejora del nivel de salud del paciente o usuario. Si bien no evalúan datos de resultados son las informaciones más útiles para implementar medidas correctoras. En la utilización de datos de proceso debe tenerse en cuenta que éstos deben haber sido cuidadosamente seleccionados entre aquellos que se estima que tienen más repercusión en la calidad.

Los datos de resultados se refieren al producto de la atención, es decir las variaciones en el nivel de salud y satisfacción del usuario por la atención recibida y de los prestadores, por la asistencia brindada. También la selección de datos de resultados debe ser muy cuidadosa ya que es necesario incluir aquellos datos de los que haya evidencia de que puedan modificarse con el proceso de atención. En general los datos de resultados son más difíciles de determinar que los de estructura y proceso porque en muchos casos los plazos temporales de observación son demasiados cortos para lograr cambios significativos en los indicadores.

A esta situación se agregan, en el caso de la Atención Primaria en su acepción de primer nivel de atención, las siguientes circunstancias: a) los cambios en el nivel de salud que logra el primer nivel de atención, están fuertemente influenciados por la interacción de diversos factores como los derivados del ambiente físico y sociocultural y los estilos de vida y no sólo por el sistema de salud; b) en muchos casos los resultados en términos de nivel de salud son producto de la acción complementaria de los diferentes niveles de atención del sistema y no solamente del primer nivel de atención, que en este contexto se denomina Atención Primaria.

Por las circunstancias apuntadas, en este nivel de atención los mejores indicadores de resultados deben seleccionarse entre los de mortalidad, resolución de procesos agudos y sobre todo los de medición de la satisfacción de los usuarios.

#### 6- Fuentes de datos:

Como principio general debe aceptarse que las diversas fuentes de datos deben pertenecer a los sistemas de información existentes en el sistema de salud, ya sean de

naturaleza clínica, de estadísticas de salud o información administrativa. La creación de nuevas fuentes de datos requieren recursos y esfuerzos que en la mayor parte de los casos no se justifican y que en el marco de la gestión de calidad, entendida como un proceso continuo, no es aconsejable.

Las principales fuentes de información son las siguientes:

a) Para la identificación de casos los registros de actividades, tales como las planillas de consultorio, las fichas de identificación, los censos de población, los registros de grupos de riesgo, los ficheros calendarios, etc.

b) Para la revisión de actividades (datos de proceso), las historias clínicas, los registros de referencia, encuestas, reclamaciones de los usuarios, etc.

#### 7- Tipos de revisiones:

Los programas de gestión de calidad pueden tener tres clases de revisiones: internas, externas y compartidas según ésta sea realizada por los profesionales de los propios servicios, por personas o instituciones ajenas al servicio y por ambos.

En los programas de gestión de calidad la forma más recomendable es la primera (peer review) pues en ellas son los propios profesionales los que revisan sus actividades, analizan las fallas e identifican los problemas y proponen las debidas correcciones. Completando el ciclo de un proceso de gestión de calidad, son ellos los que ponen en práctica las medidas correctoras y reevalúan para determinar si han logrado mejora.

#### 8- Normas y criterios:

La evaluación de la calidad requiere que se disponga de normas para el cumplimiento de las actividades de atención y de disponibilidad y organización de los recursos, ya que la evaluación consiste en comparar las mismas con los hallazgos, de manera que pueda diferenciarse la buena y mala calidad.

También en un proceso de evaluación de la calidad es preciso determinar los llamados criterios de evaluación que son aquellos aspectos de las normas que se seleccionan como más relevantes para los fines de la evaluación del área problema seleccionado y el cual será medido para ver su grado de cumplimiento.

Los criterios de evaluación deben ser seleccionados cuidadosamente antes de comenzar la evaluación estableciendo los niveles aceptables de cumplimiento del criterio, de acuerdo a la situación asistencial del ámbito donde se realiza.

Hay dos tipos de criterios, los explícitos y los implícitos. Los explícitos son aquellos que están escritos y son resultado de un consenso, especificando claramente las conductas a seguir en cada caso. Los criterios implícitos son aquellos que expresan “lo que debería hacerse” y a pesar de que los profesionales, basados en la experiencia pueden utilizarlos, no son producto de un consenso.

En la evaluación deben tenerse las normas escritas relativas al cumplimiento de las actividades y de ellas extraer los criterios de evaluación más relevantes, expresando

en forma correcta, clara e inequívoca a cada uno de ellos. Esta etapa de selección de los criterios de evaluación después de haber seleccionado las áreas problema a evaluar, es una de las etapas más complejas y enriquecedoras del proceso de evaluación y de gestión de la calidad.

#### 9- Medidas correctoras:

Como ya se señaló, este es el contenido básico de la gestión de calidad pues supone el cumplimiento de las etapas sucesivas de evaluación, puesta en práctica de las medidas correctoras y reevaluación en forma iterativa. Las medidas correctoras en los programas de gestión de calidad varían según se trate de programas internos o externos. En los programas internos se tiende a poner en práctica medidas correctoras de carácter educativo, con programas de formación de personal en las áreas que se muestran más deficitarias, en cambio en los programas externos pueden plantearse medidas administrativas o disciplinarias.

Las medidas correctoras implican según los casos, cambios en las estructuras organizativas, la tecnología, los procedimientos, los estilos de gestión, los valores, las actitudes, etc.

### El Modelo de Evaluación

#### El sujeto de evaluación

El presente Modelo fue elaborado para su utilización en los servicios del primer nivel del Sistema de Servicios de Salud y su contenido y metodología deben ser adecuados a las características de los servicios en donde se utilizará ya que, como se expresara en el punto anterior, los servicios de este nivel ofrecen variaciones en cuanto a su forma de organización y funcionamiento lo que determina diferentes capacidades resolutorias y por ende diferentes roles dentro del sistema de servicios.

No obstante esta primera dificultad ha tratado de ser salvada en parte a través de las siguientes características del Modelo:

- a) Los contenidos programáticos de la APS14 incluyen actividades que pueden considerarse básicas y necesarias para la población del área de responsabilidad del servicio, por ello se han incluido en el Modelo, parámetros de evaluación de algunas actividades que se realizan en la casi totalidad de los casos de servicios organizados con la estrategia de la APS.
- b) Las actividades seleccionadas para ser evaluadas, están en la mayor parte de los casos suficientemente normatizadas, respondiendo a necesidades o expectativas de los usuarios.

---

<sup>14</sup> OMS/UNICEF. Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. Ginebra, 1978.

## Caracterización del Modelo Evaluativo

Entendemos como modelo, “un conjunto interrelacionado de dimensiones, variables o conceptos de mayor o menor nivel de abstracción que representa una realidad compleja y cuya intención es explicar, pronosticar, juzgar y proponer las modificaciones de la realidad de acuerdo a sus parámetros”<sup>15</sup>.

Como puede inferirse de esta definición, los modelos están impregnados de intencionalidad ya que incluyen criterios valorativos de manera que destacan en forma explícita o implícita algunos aspectos y se opone a otros según la cosmovisión o posición de quienes lo diseñan.

La operacionalización de un modelo evaluativo incluye dimensiones, variables e indicadores, seleccionados por quienes lo elaboran y que están destinados a ser utilizados para medir:

- el grado de adecuación de los servicios a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas (normas de actividades y de organización de servicios).

- el grado de satisfacción que ofrecen las características del producto o servicio.

En cuanto al concepto de calidad ya se expresó que en este contexto se define como la capacidad de los servicios de dar respuestas adecuadas y en correspondencia con las necesidades y expectativas de la gente. La calidad se constituye en la variable dependiente de la investigación de los servicios en tanto que las dimensiones y variables del Modelo constituyen las variables independientes (intervinientes o contextuales).

El Modelo Evaluativo elaborado tiene las siguientes características:

- Es apto para ser utilizado en Servicios de Salud del Primer Nivel de atención: Centros de Salud cuyas características respondan a los llamados Centros de Atención Primaria de la clasificación de Roemer, ya señalada en pag.1.

- Está de acuerdo con el enfoque de la APS.

- Incluye la evaluación de aspectos de estructura, proceso y resultado.

- Está destinado a evaluar aspectos fundamentales y estratégicos de los servicios de este nivel.

- Utiliza enfoques cualitativos y cuantitativos.

---

<sup>15</sup> Moreno E, Perrone N, Niremberg O. Desarrollo de un Modelo Evaluativo para Sistemas Locales de Salud. International Development Research Centre, Ottawa, Canadá. Cuaderno Ceadel N°20, 1993.

- Es flexible y permite modificar variables e indicadores de acuerdo a las diferentes realidades locales, sin que ello signifique desvirtuar el Modelo.
- Es fácilmente comprensible y transferible a los diferentes actores involucrados, usuarios y prestadores.
- Ofrece simplicidad en la recolección de información y rapidez de aplicación.
- Brinda información relevante para los decisores políticos, técnicos, y administrativos de los servicios.
- Constituye un estímulo para desarrollar a nivel local, la investigación de servicios de salud.
- Es especialmente sencillo para su utilización por el propio personal de los servicios, de manera que puede ser parte de un proceso amplio de gestión de calidad.
- Tiene una estructura modular lo que permite usar separadamente y con diferente periodicidad alguno de los módulos de manera que se constituye en un instrumento para una evaluación puntual o bien se introduzca en la rutina de la Gestión de Calidad.

### Descripción del Modelo

El Modelo se ha elaborado para la evaluación de servicios del primer nivel de atención de los servicios de salud, de preferencia, pero no exclusivamente del subsector público, que corresponden en la clasificación de Roemer a los Centros de Atención Primaria y está destinado a evaluar en especial la calidad científico-técnica y la satisfacción o aceptabilidad, por ser los aspectos más destacados entre los intereses de los profesionales y de los usuarios.

La estructura del Modelo se conforma de un primer documento que caracteriza al Servicio de salud y tres módulos relacionados con la evaluación de la estructura, el proceso y los resultados.

La Caracterización del Servicio, es un documento informativo que permite identificar y caracterizar en cuanto a nivel de complejidad y volumen de producción, el servicio a evaluar.

El Módulo 1, desarrolla la evaluación de la estructura basada en el enfoque metodológico de las llamadas Condiciones de Eficiencia<sup>16</sup>, sobre las que hay amplia experiencia en América Latina.

---

<sup>16</sup> Condiciones de Eficiencia de los Servicios de Salud Materno-infantil. Programas de Salud Materno-infantil y Prestación de Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Fascículos I y II. Washington D.C. 1985.

Para la elaboración de la propuesta se han priorizado aquellos rubros de recursos que condicionan especialmente el adecuado desarrollo de las actividades seleccionadas para la evaluación del proceso, en forma simple y operativa.

En el Módulo 2 se desarrolla la evaluación del proceso, seleccionándose, dentro del conjunto de actividades que desarrollan estos servicios, aquellas que se han considerado como más frecuentes, estratégicas y de las que se dispone de normas explícitas, tales como la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño y control de la embarazada y la puérpera, el control del niño desnutrido y detección y control de hipertensión y diabetes.

El Módulo 3 está destinado a la evaluación de los resultados en términos de grado de satisfacción de los usuarios y de los prestadores.

En todos los casos el tiempo de observación es de naturaleza retrospectiva pero relativamente próximo al momento de la evaluación y está destinado a evaluar la calidad de atención brindada por la totalidad del personal del centro, sin particularizar en la atención brindada por alguno de los miembros. Sin embargo, dado que en este nivel en muchos casos el personal es escaso, el desempeño puede ser fácilmente personalizado, no obstante deberá enfatizarse en todos los casos que la evaluación no tiene como función identificar “culpables” sino buscar a través de sucesivas evaluaciones, más adecuadas decisiones y una mejoría de la atención.

En cuanto a la identificación de los casos, si bien los Centros tienen asignada una población a atender, correspondiendo a su llamada área de responsabilidad, frecuentemente este concepto sólo es aplicable para algunas actividades de promoción y prevención, mientras la atención de la patología obedece al concepto de área de influencia, condicionada por la oferta de servicios y en especial el prestigio de los miembros del equipo de salud.

## EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR

### Introducción

Los servicios de salud deben modificar el modelo de atención tradicional aplicando estrategias que permitan mejorar la calidad de atención de los mismos.

Estas mejoras implican a menudo cambios en la actitud, organización y conocimientos en el equipo de salud, cambios que son imposibles sin su predisposición y participación, elementos que hacen a la satisfacción del prestador.

Por lo tanto la pertenencia y compromiso del equipo de salud en el proceso de mejora de la calidad son imprescindibles para resolver los problemas detectados.

## METODOLOGÍA

Para evaluar el grado de satisfacción del prestador se puede utilizar la metodología de evaluación del grado de satisfacción de los usuarios, por medio de entrevistas cualitativas pautadas a los miembros del equipo de salud.

En algunos casos en forma complementaria se pueden usar sesiones de grupos focales ya sea entre pares o con los distintos miembros del equipo de salud, lo que enriquece una visión interdisciplinaria ya que puede explicitar distintos aspectos del grado de satisfacción inherente a cada una de las disciplinas.

Se puede también solicitar opiniones respecto a lo que más le agrada, lo que menos le agrada y las sugerencias que quisieran aportar.

Temario de las entrevistas

Se sugiere agrupar los temas de las entrevistas según el enfoque del modelo propuesto en los aspectos de estructura, proceso y resultado.

Estructura:

Accesibilidad al lugar de trabajo: geográfico, económico.

Adecuación planta física.

Disponibilidad de insumos materiales.

Disponibilidad de recursos financieros

Disponibilidad de recursos humanos: número y especialidad.

Disponibilidad de documentos de normas y procedimientos.

Organización del servicio.

Relación remuneración / trabajo.

Proceso:

Grado de satisfacción con el proceso de atención que brinda a los usuarios del servicio.

Relación con sus superiores: recibe órdenes claras, supervisión capacitante, comentarios acerca del desempeño de su trabajo, estímulos y penalidades.

Relación con los miembros del equipo de salud.

Capacitación de manera regular y coordinada para el desarrollo adecuado de su tarea.

Programas de capacitación adecuados para dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

Resultados:

Grado de satisfacción con los indicadores de salud de la población del área de responsabilidad del servicio.

Relación entre su capacidad científico – técnica y los resultados obtenidos.

## CAPITAL SOCIAL Y SATISFACCIÓN LABORAL

Todo lo expresado anteriormente y en base a la experiencia del grupo de investigación se utilizan elementos que se encuentran presentes en el ámbito laboral, pero no siempre son valorados y tampoco tomados en cuenta al hacer una propuesta de mejoramiento del ambiente laboral.

Dentro de estos elementos se encuentran la confianza, la cohesión social, las redes organizadas y la seguridad en el ámbito laboral, todos ellos componentes del Capital social.

Desarrollar estos componentes en el medio laboral se puede hacer a un bajo costo trabajando en el día a día, de esta manera utilizarlos como estrategias para mejorar el ambiente laboral, reforzando los vínculos humanos, aumentando la productividad y calidad del servicio.

Este enfoque implica cambios en la actitud y conocimientos de equipos de salud, logrando su predisposición y participación en respuesta a las expectativas y percepciones de la comunidad imprescindibles para la construcción del capital social que mejore las condiciones de salud y calidad de vida a través de la promoción de la participación ciudadana.

El conocimiento de esta situación local, enmarcado en las políticas nacionales, inscribe nuestro proyecto a desarrollar en los Centros de Integración Comunitaria (CIC) y en la comunidad de su área de responsabilidad.

El término “capital social” fue utilizado por Bourdieu en 1980, quien lo diferenciaba del capital cultural, entendiéndolo como la agregación de los recursos actuales o potenciales que son parte de las redes de relaciones más o menos duraderas.

James Coleman y Robert Putnam, en los 90, dieron a conocer extensamente el concepto, con su propia perspectiva. Coleman entiende capital social como los recursos socios estructurales que constituyen un activo de capital para el individuo y facilitan ciertas acciones comunes de quienes conforman esa estructura. Por su parte, Putnam define el capital social como un conjunto de atributos que están presentes en una sociedad como

intangibles que favorecen los emprendimientos: la confianza, la reciprocidad y la acción social con arreglo a normas compartidas.

Se reconoce al Capital social como la habilidad de una comunidad o grupo de agentes ligados por relaciones sociales, horizontales para disciplinar la conducta humana.

Definiciones más recientes visualizan el capital social como las relaciones informales de confianza y cooperación (familia, vecinos, colegas), la asociatividad formal en organizaciones de diverso tipo y el marco institucional normativo y valórico de una sociedad que fomenta o inhibe las relaciones de confianza y compromiso cívico.

A su vez, se pueden distinguir dos tipos de capital social: el cognitivo, que se refiere a aquel subyacente a la estructura visible, que se deriva de procesos mentales e ideas, reforzadas por la cultura, la ideología, las normas, valores, actitudes y creencias que contribuyen al comportamiento corporativo; y el estructural, que incluye los roles, reglas, precedentes, procedimientos, así como la amplia variedad de redes que contribuyen a la cooperación. En el contexto del capital social estructural, existen dos dimensiones relacionales: 1) vertical, en que los grupos interactúan con distintos niveles de poder y recursos, por ejemplo, Municipio y población pobre; este tipo de relación se conoce como tipo 'de vinculación' y sería central en el proceso de definición e implementación de las políticas; y 2) horizontal: donde no existen tales diferencias. En este último caso, a su vez, las relaciones entre los grupos pueden ser tipo 'de unión', que se dan entre grupos que comparten ciertas características demográficas, por ejemplo: entre familiares, vecinos, amigos cercanos o colegas (éstas serían fundamentales en el desarrollo de los procesos básicos de sociabilización); o bien, pueden ser tipo 'de aproximación', que se dan entre grupos demográficos distintos (serían muy relevantes en los procesos de participación comunitaria, construcción de coaliciones, y otros).

El capital social se puede analizar en los diversos niveles de la sociedad, como organizaciones, barrios, pueblos, ciudades, nación, mundo. Igualmente, es necesario visualizar capital social como un factor relevante para alcanzar cohesión social, que representa un concepto más amplio que incluye ausencia de conflicto social latente y presencia de fuertes lazos sociales, donde se incluyen la confianza y las normas de reciprocidad (como capital social), las asociaciones que superan las divisiones sociales ('sociedad civil') y las instituciones dedicadas a manejar los conflictos (respuesta democrática, poder judicial independiente, y otros). Tanto capital social como cohesión social se refieren a la dimensión colectiva ecológica de la sociedad.

El capital social influiría en las conductas saludables de los miembros de una comunidad, promoviendo la difusión de la información respecto a salud, o incrementando la probabilidad de que normas de comportamiento saludable sean adoptadas. A su vez, ejercería un control social previniendo las conductas poco saludables (ej. tabaquismo, violencia).

La comunidad unida solicitaría y accedería más fácilmente a servicios. Por ejemplo, existe evidencia empírica que indica que la comunidad en base al trabajo social en redes, con normas y con interacción común, pudo facilitar la mejoría en los sistemas de agua y saneamiento.

El capital social proveería soporte afectivo que favorecería la autoestima y el respeto mutuo y, con ello, mejores indicadores de salud, por ejemplo, en salud mental.

El Capital social, se construye en base a valores de la comunidad que tienen que ver con la eficacia colectiva, el sentido de pertenencia, la capacidad de reacción comunitaria, esto constituye las redes sociales que determinan una cohesión social a través del empoderamiento, la participación y el trabajo interdisciplinario e intersectorial dándole sustentabilidad a ese capital social, construyendo un sistema dinámico que se relaciona directamente con la Promoción de Salud que nos lleva a un cambio social y de esta manera a modificar los resultados en salud.

La Declaración de Yakarta expresa que la promoción de la salud es un proceso que permite a las personas el control sobre su salud para mejorarla, actuando sobre los determinantes de la salud para crear la mayor ganancia de salud para la gente, contribuir significativamente a la reducción de las desigualdades en salud, asegurar los derechos humanos y construir un capital social.

#### OBJETIVO GENERAL

Describir estrategias del Capital social para mejorar el grado de satisfacción del prestador en el primer nivel de atención.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Describir en equipos de salud, pertenecientes al primer nivel de atención, el grado de satisfacción como prestadores en relación a la estructura y a los procesos y los resultados

Describir la calidad de atención en equipos de salud pertenecientes al primer nivel de atención según el grado de satisfacción de sus prestadores.

Mostrar dicho grado de satisfacción en relación a la estructura del servicio y a los procesos relacionados con sus pares, los pacientes y la comunidad.

Diseñar algunas estrategias relacionadas con el capital social que puedan favorecer un desempeño satisfactorio de los prestadores.

### 3. DESARROLLO EXPERIMENTAL

Se desarrolló un estudio observacional, de corte transversal.

La población estudiada fueron 72 prestadores de 15 servicios de salud del primer nivel de atención de la provincia de Tucumán de la República Argentina, seleccionados para la investigación de manera aleatoria, incluyendo servicios tanto rurales como urbanos. Los prestadores incluyeron médicos, enfermeros, psicólogos, odontólogos, asistentes dentales, bioquímicos y agentes sanitarios.

Las variables estudiadas fueron:

Variabes orden general: Edad, Estado Civil, Nivel de Instrucción y Antigüedad en puesto de trabajo

Variabes relacionadas con la estructura:

Satisfacción de los prestadores respecto a la estructura del servicio

Accesibilidad

Tiempo empleado para llegar a trabajar al CAPS

El confort del lugar donde desarrolla su tarea

Disponibilidad de insumos materiales

Disponibilidad de recursos físicos

Disponibilidad de recursos humanos

Disponibilidad de documentos de normas y procedimientos

Variabes relacionadas con el proceso:

Obstáculos en la organización administrativa del servicio

Relación remuneración / trabajo

Satisfacción con la atención que brinda

Tiempo disponible para la atención del paciente

Relación laboral con sus superiores

Relación laboral con los miembros del equipo de salud

Relación con los pacientes y sus familiares

Relación con la comunidad.

Oportunidad de capacitación.

Adecuación de programas de capacitación recibidos

Opinión con respecto a las normas de bioseguridad

Variables relacionadas con el resultado:

Considerando el grado de satisfacción según un enfoque de resultado:

Opinión de la rutina de trabajo

Opinión de la seguridad en el lugar de trabajo

Opinión sobre si su trabajo lo incentiva a mejorar su situación laboral.

Si considera que existen posibilidades de ascenso laboral

Si consideran que sus superiores reconocen su labor

Si tienen posibilidad de participar en las decisiones que se toman en el CAPS

Opinión sobre resultados de salud de la población que cubre el servicio.

Si cambiaría de trabajo

Sugerencias generales:

Opinión sobre cuáles son las cosas que más le agradan del servicio

Opinión sobre las cosas que no le agradan del servicio

El instrumento de medición fue una encuesta de carácter anónimo, auto administrado que se presenta en Anexo I.

Se solicitó previamente la autorización correspondiente a los servicios de salud para poder desarrollar esta intervención, así como el consentimiento informado de cada uno de los prestadores.

#### 4. OTROS APARTADOS O SECCIONES

**Buenos Días! La siguiente encuesta fue realizada para conocer su grado de satisfacción con este servicio. Su participación es**

**Voluntaria y muy importante. Muchas gracias por su colaboración!**

Edad.....sexo:.....Estado civil:.....

Nivel de Instrucción:.....Ocupación:.....

Profesión:.....Antigüedad en el puesto de trabajo:.....En su profesión.....

Nivel de Ingresos: menor de 500      500-1000      mayor a 1000      otro.....

**1) El tiempo empleado para llegar al CAPS es ?**

satisfactorio       poco satisfactorio       insatisfactorio       no contesta

**3) El confort del lugar donde desarrolla su tarea es:**

Malo       Regular       Bueno       Muy bueno       Excelente

**4) Ud. puede disponer de los siguientes recursos cuando los necesita?**

Insumos materiales :      siempre       a veces       nunca       no opino

Recursos financieros:      siempre       a veces       nunca       no opino

Recursos humanos:      siempre       a veces       nunca       no opino

Documentos de normas y procedimientos:      siempre       a veces       nunca   
no opino

**5) Encuentra obstáculos en la organización administrativa del servicio?**

Siempre       a veces       nunca       no opino

**6) A su criterio el organigrama del servicio es:**

Satisfactorio       poco satisfactorio       insatisfactorio       no contesta

**7) Le parece que la relación remuneración / trabajo es?**

Satisfactorio       poco satisfactorio       insatisfactorio       no contesta

**8) Considera que la atención que Ud. brinda es?**

Malo       Regular       Bueno       Muy bueno       Excelente

**9) Considera que el tiempo disponible para la atención del paciente es:**

Adecuado       poco adecuado       inadecuado       no contesta

**10) Las condiciones laborales en general son?**

Satisfactorias       poco satisfactorias       insatisfactorias       no contesta

**11) La relación laboral con sus superiores es:**

Mala       Regular       Buena       Muy buena       Excelente

**12) La relación laboral con los miembros del equipo de salud es:**

Mala       Regular       Buena       Muy buena       Excelente

**12) La relación con los pacientes y sus familiares es :**

Mala       Regular       Buena       Muy buena       Excelente

**12) Recibe capacitación?**

Siempre       a veces       nunca       no opino

**13) Considera Ud. Que los programas de capacitación son adecuados?**

Siempre       a veces       nunca       no opino

**14) Considera que su trabajo es monótono?**

Siempre       casi siempre       No opino       casi nunca

nunca

**14) Considera que la seguridad en el lugar de trabajo es?**

Mala       Regular       Buena       Muy buena       Excelente

**14) Se respetan normas de bioseguridad?**

Siempre       a veces       nunca       no opino

**15) Su trabajo le proporciona deseos de mejorar:**

Siempre       casi siempre       No opino       casi nunca       nunca

**15) Considera que existen posibilidades de ascenso laboral:**

Si       no       no opino

**16) Sus superiores reconocen su labor?**

Siempre       a veces       nunca       no opino

**16) Tiene posibilidad de participar en las decisiones que se toman en le CAPS?**

Siempre       a veces       nunca       no opino

17) Su satisfacción con los indicadores de salud de la población del área de responsabilidad del servicio es?

Mala  Regular  Buena  Muy buena  Excelente

18) En términos generales Ud. Se encuentra satisfecho con la labor que realiza?

Siempre  a veces  nunca  no opino

19) Cambiaría de trabajo? NO - SI Por

que?.....

20) cuales son las tres cosas que más le agradan de su servicio?

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

21) Cuales son las tres cosas que menos le agradan

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

22) Señale tres acciones que pueda sugerir para mejorar su satisfacción laboral

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

### Encuesta Capital Social - Prestador

Identificación de entrevistados

Edad

Sexo: F  M

Escolaridad: Primario Incompleto

Primario Completo

Secundario Incompleto

Secundario Completo

Terciario Incompleto

Terciario Completo

Profesión.....

Situación Laboral: Estable

Contratado

Temporario

Antigüedad en el puesto.....

Ingreso mensual \$.....

### **Confianza**

1 - Hablando en forma general, ¿diría usted que puede confiar en los integrantes del equipo de salud?

A- Se puede confiar en la mayoría

B- Se puede confiar en algunos

C- No se puede confiar en nadie

D- No sabe, no contesta

2 – Marque con una cruz el nivel de confianza que Ud. Tiene en las siguientes personas en el área de responsabilidad del CAPS

CONFÍA	1. Nada	2. Poco	3. Mucho
A. Personas de su grupo habitual			
B. Personas de otros grupos y/o culturas			
C. Comerciantes			
D. Funcionarios del gobierno			
E. Equipo de salud			
F. Comunidad			

3 - ¿Cree usted que en los últimos cinco años, el nivel de confianza de la comunidad hacia el equipo de salud

- A. Mejoro
- B. Empeoro
- C. Se ha mantenido
- D. No sabe, no contesta

4 - ¿Cómo se llevan las personas en su comunidad entre si en estos días?

- A. Se llevan mal
- B. Se llevan bien
- C. Es variable
- D. No sabe, no contesta

5 - Si un proyecto de la comunidad no lo beneficia directamente, pero tiene beneficios para muchas otras personas de la comunidad, contribuiría al proyecto con:

- A. Tiempo
- B. Dinero
- C. No contribuiría con tiempo y tampoco con dinero
- D. No sabe, no contesta

### **Cohesión social**

6 - Cree que existen diferencias de características que dividen a su comunidad

- A. Si

- B. No
- C. No sabe, no contesta

7. - ¿Alguna de estas diferencias causa problemas?

- A. Sí
- B. No (vaya a la pregunta 10)

8 - Nombre dos diferencias que causen problemas con más frecuencia.

- A. Diferencias en educación
- B. Diferencias en posesión de tierra
- C. Diferencias en posesiones materiales /patrimonio
- D. Diferencias en nivel social
- E. Diferencias entre hombres y mujeres
- F. Diferencias entre las generaciones más jóvenes y más viejas
- G. Diferencias entre residentes antiguos y residentes nuevos
- H. Diferencias en pertenencia a partidos políticos
- I. Diferencias en creencias religiosas
- J. Diferencias en el origen racial
- K. Otras diferencias
- L. No sabe, no contesta

9 - ¿Alguna vez estos problemas han llevado a la violencia?

- A. Sí
- B. No
- C. No sabe, no contesta

10 - ¿Cuántas veces en el último mes se ha reunido con miembros de su equipo de trabajo para comer o beber algo, ya sea en su casa o en un lugar público?

- A. Una vez
- B. Dos o más veces
- C. Ninguna vez

11 - En general, ¿se siente seguro respecto al delito y la violencia cuando está solo en su lugar de trabajo?

- A. Muy seguro
- B. Poco Seguro
- C. Inseguro

### **Acciones colectivas**

12 - En el último año, ¿participó en alguna actividad de la comunidad?

- A. Sí
- B. No

13 - Si hubiera un problema con el suministro de agua en esta comunidad, ¿qué probabilidades hay de que las personas cooperen para tratar de resolverlo?

- A. Muchas
- B. Pocas
- C. Ninguna

### Valores ciudadanos

14 - ¿Con respecto a lo que hace el gobierno, tiene información?

- A. Si (vaya a la pregunta 15)
- B. No

15 - ¿Cuáles son las tres fuentes de información más importantes acerca de lo que está haciendo el gobierno?

- Parientes, amigos y vecinos
- Informativo de la comunidad
- Medios de difusión ( radio, TV, diarios)
- Internet
- No sabe, no contesta

15 - En general, ¿se considera una persona optimista?

- Muy optimista
- Medianamente optimista
- Poco optimista
- Nada optimista

¿Se siente útil para su comunidad?

- Muy útil
- Medianamente útil
- Poco útil
- Nada útil

¿Siente que su comunidad le retribuye?

- Muy retribuido
- Medianamente retribuido
- Poco retribuido
- Nada retribuido

16 - ¿Siente que tiene derechos que le dan el poder de cambiar el curso de su vida?

Clasifique esto en una escala de 1 a 5, donde 1 significa que no tiene derechos y es totalmente incapaz de cambiar su vida y cinco significa que tiene muchos derechos y pleno control sobre su vida.

- Ningún derecho, sin ningún poder
- Muy pocos derechos, casi sin poder
- Algunos derechos, algo de poder
- Muchos derechos, bastante poder
- Todos los derechos, mucho poder

17 - En el último año, ¿con qué frecuencia en su equipo de trabajo se reunieron para hacer peticiones en conjunto a funcionarios de gobierno o líderes políticos acerca de algo que beneficiara a la comunidad?

- Nunca
- Algunas veces (< 6)
- Muchas veces (>6)
- No sabe, no contesta

18 - ¿Usted votó en las últimas elecciones provinciales /nacionales/ presidenciales?

- Sí
- No

#### Redes Sociales

1. ¿Participa Usted en algún grupo / asociación?

- Sí
- No

2. De todos los grupos a los que pertenecen los miembros de su equipo, nombre el que Ud. Considere más importante para su equipo

\_\_\_\_\_ [Nombre del grupo]

3. Si piensa en los miembros de este grupo, la mayoría de ellos comparte....

- |                    |                             |                             |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Religión           | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Género             | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Grupo racial       | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Ideología política | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| Otro. Especifique  |                             |                             |

4. Los miembros tienen principalmente la misma...

- |                                  |                             |                             |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| A. Ocupación                     | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| B. Formación o nivel educacional | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |

5. ¿Este grupo trabaja o interactúa con otros grupos?

- Sí
- No

6. Si usted tiene necesidad de dinero ¿existen personas ajenas a su hogar inmediato a quienes pediría ayuda?

- Sí
- No

## 5. RESULTADOS

Se aplicaron encuestas a 72 prestadores de los 15 servicios de salud seleccionados para la investigación. La distribución de las variables de orden general estudiadas en esta población objetivo se presentó de la siguiente manera:

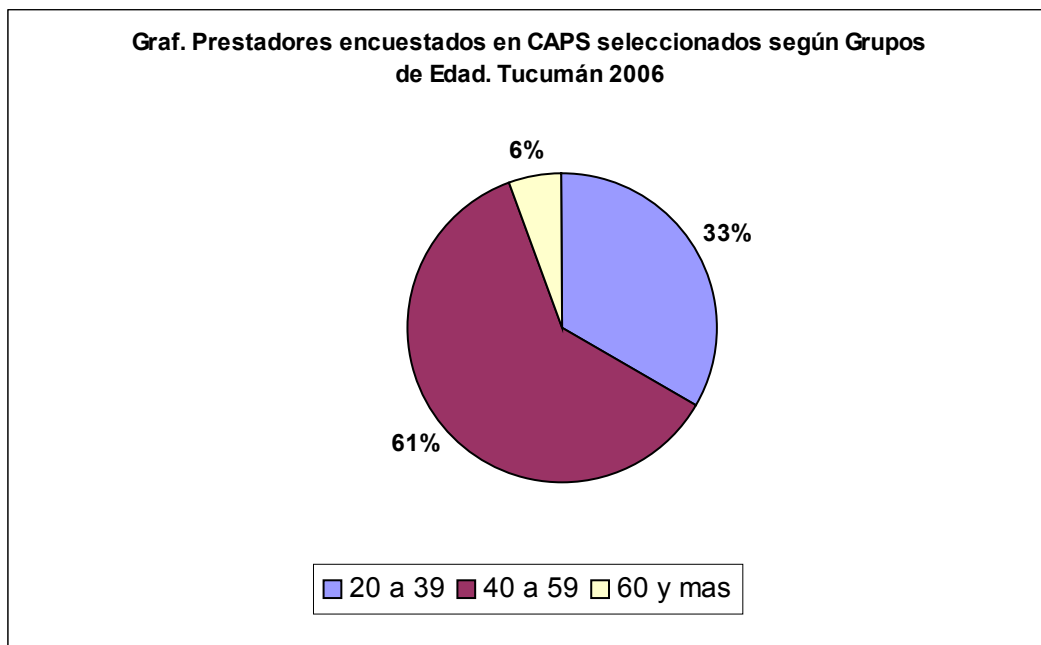
La distribución de las edades de los prestadores encuestados fue en un 61% entre 40 y 59 años y entre 20 a 39 años un 33%.

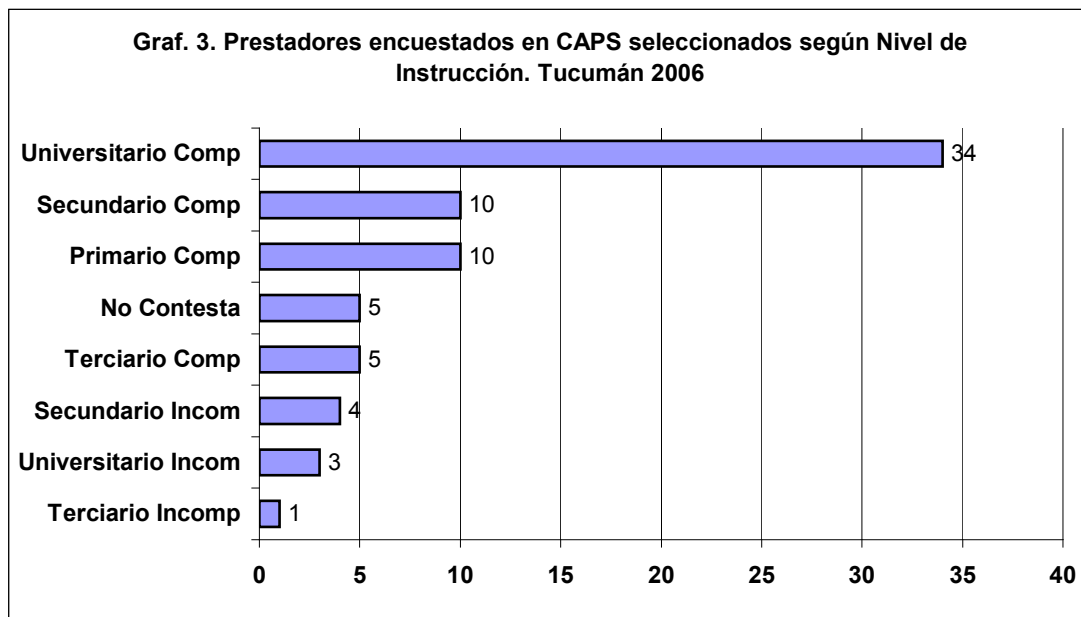
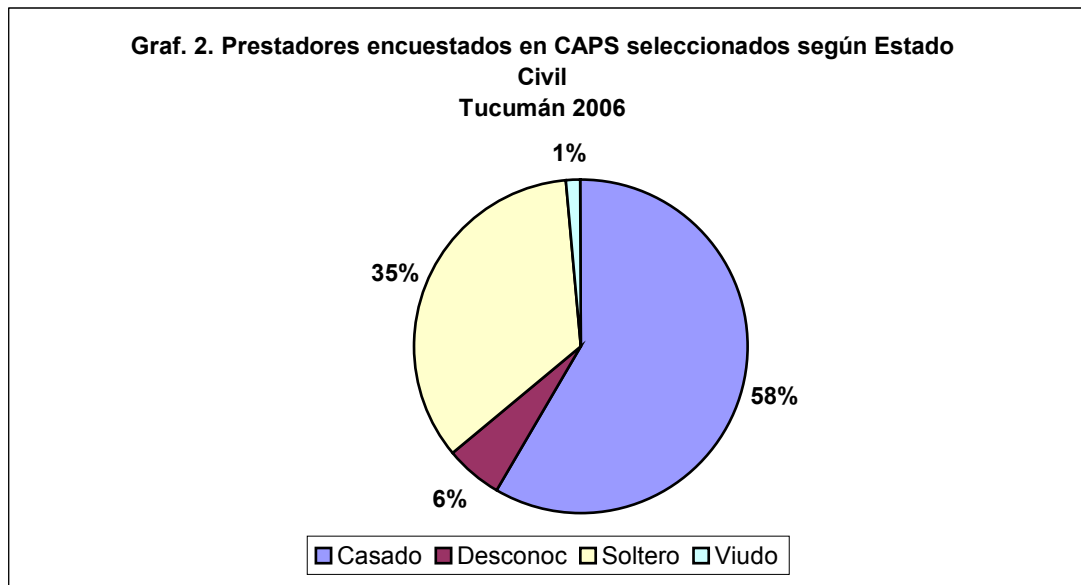
La edad media de los prestadores es de 44.3 años, predominando los de 52 años (moda).

El mayor porcentaje de prestadores pertenecen al grupo de 40 a 59 años (61%).

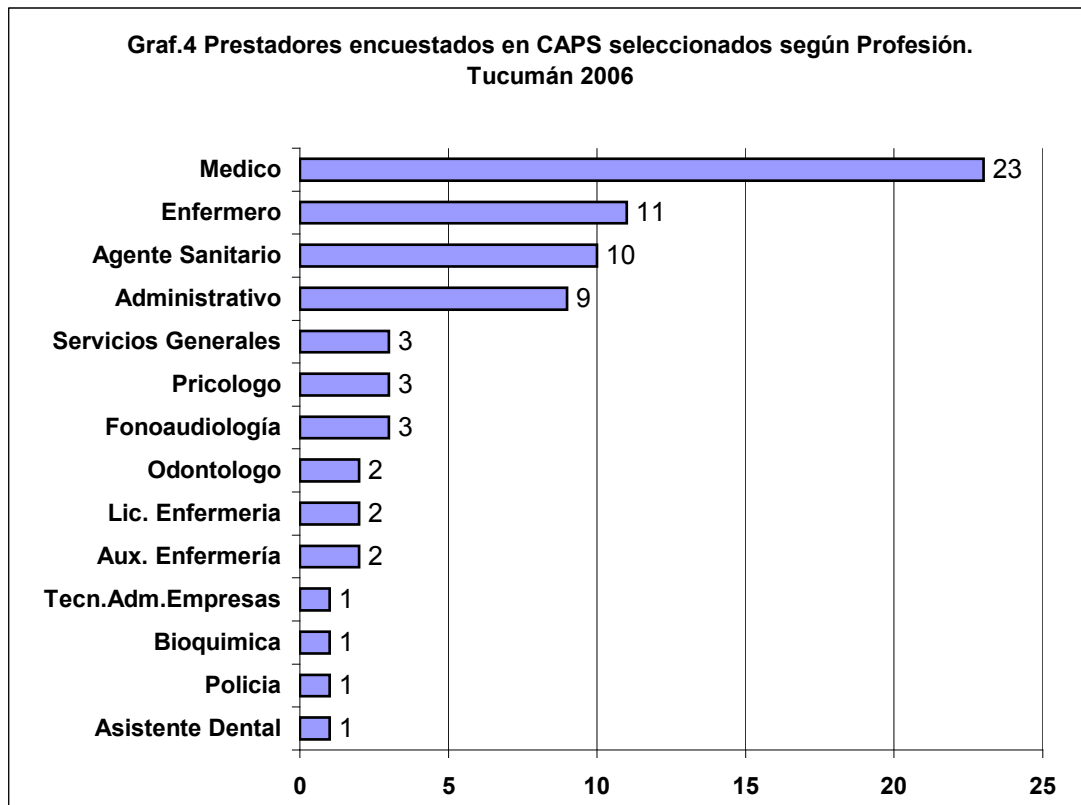
Teniendo en cuenta el estado civil, entre los encuestados predominan los casados (58%).

Al analizar el nivel de instrucción de los encuestados, se observa que un 47% (34 personas) tienen estudios universitarios completos. Todos tienen primaria completa.

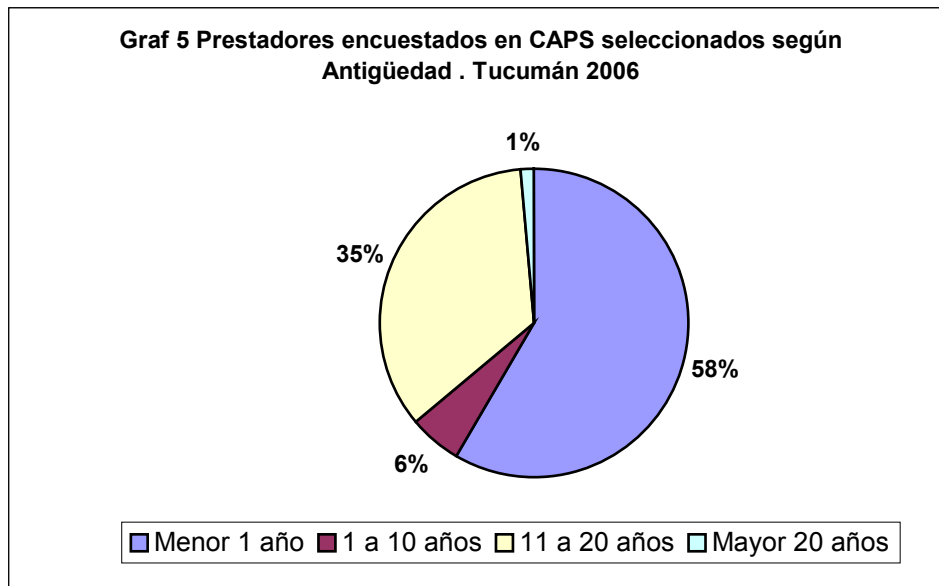




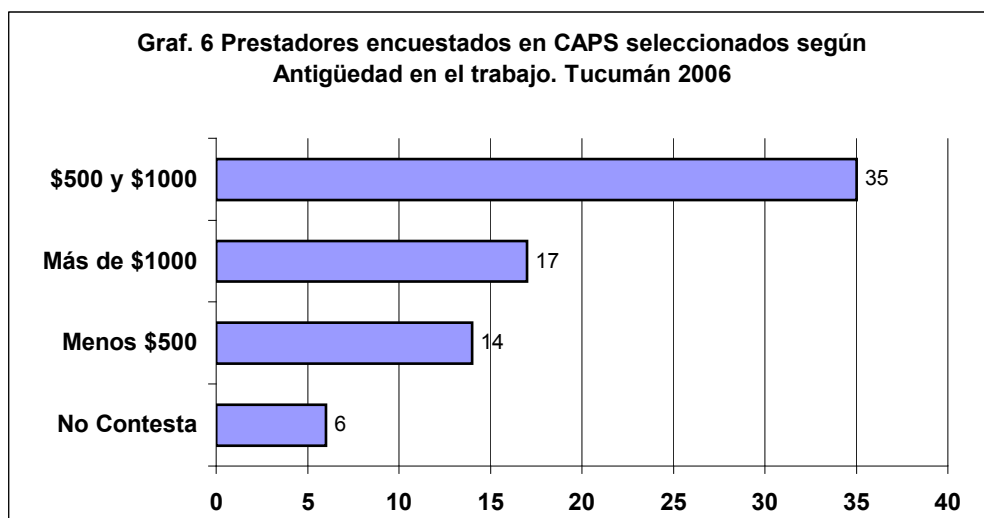
La mayor parte de los encuestados fueron médicos (32%), siguiéndoles los enfermeros (15%) y los agentes sanitarios (14%).



El 6% de los encuestados tienen entre 1 a 10 años de antigüedad en su trabajo, mientras que un 35% tienen entre 11 y 20 años de servicio.

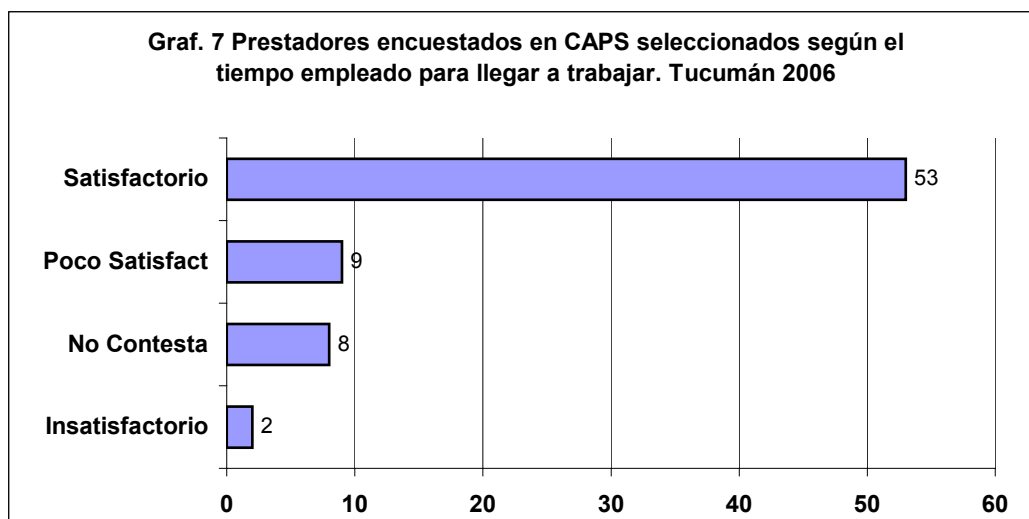


El 49% de los encuestados tienen ingresos entre \$500 y \$1000. El 24% gana más de \$1000.

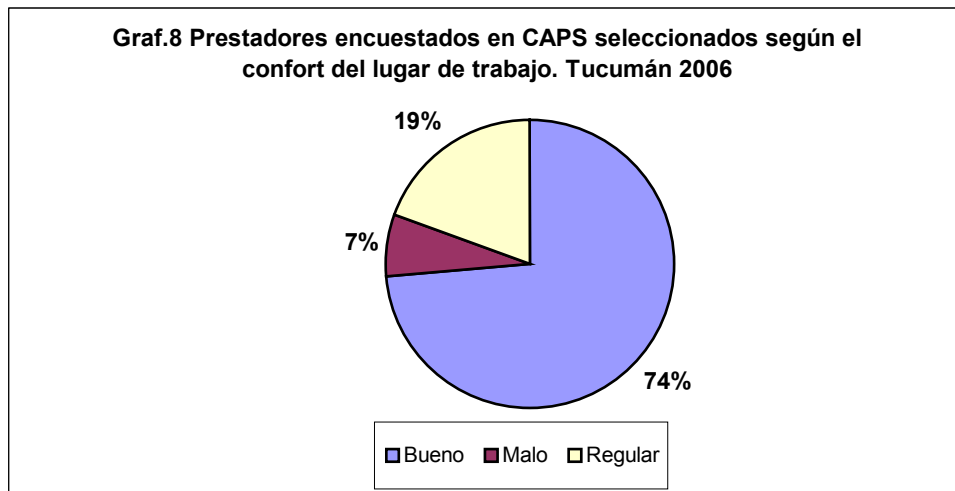


Las variables estudiadas en relación a la satisfacción de los Prestadores respecto a la Estructura del servicio se presentaron de la siguiente manera:

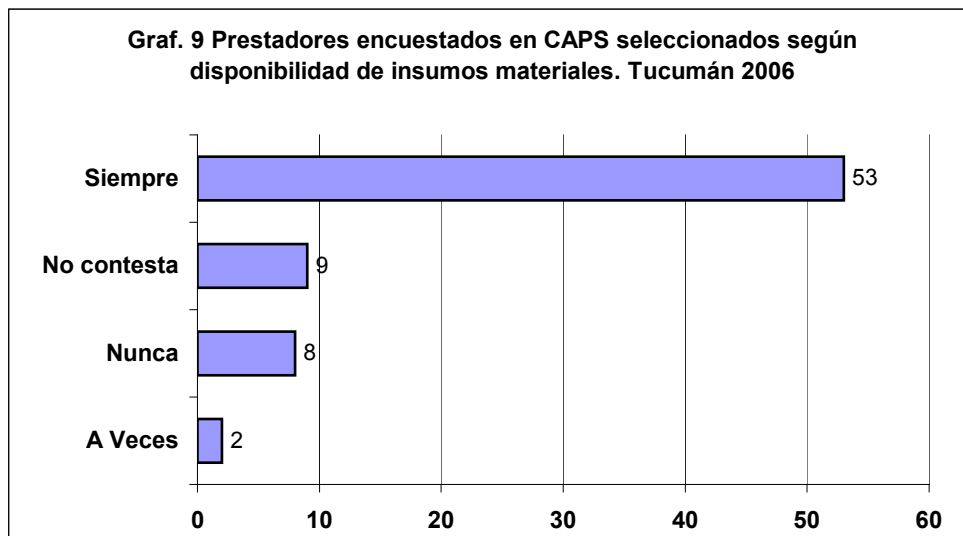
En cuanto a la accesibilidad al servicio en relación al tiempo que le insume al prestador para llegar al mismo, el 73% no tiene mayores inconvenientes al respecto.



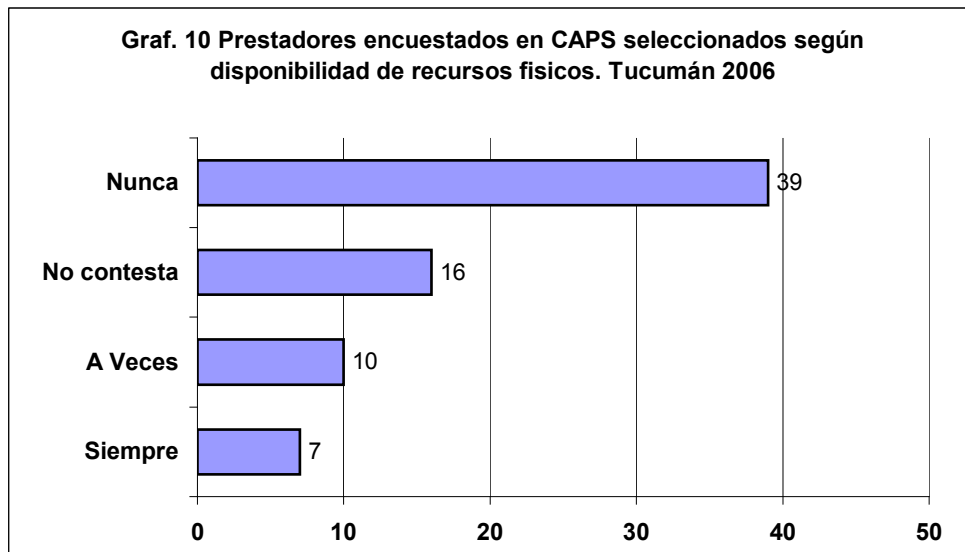
En cuanto a la satisfacción en relación al confort del lugar donde desarrolla su tarea, el 74 % de los prestadores afirman que es Bueno. Sólo un 7 % no está conforme.



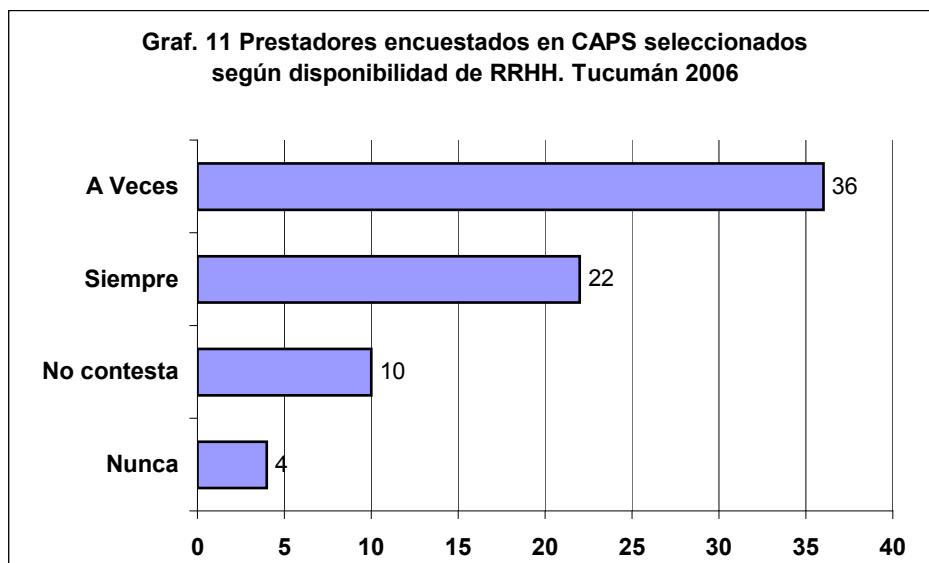
El grado de satisfacción en relación a la Disponibilidad de insumos materiales para trabajar, el 73% dispone Siempre de estos insumos y un 3 % de los encuestados los dispone solo A veces.



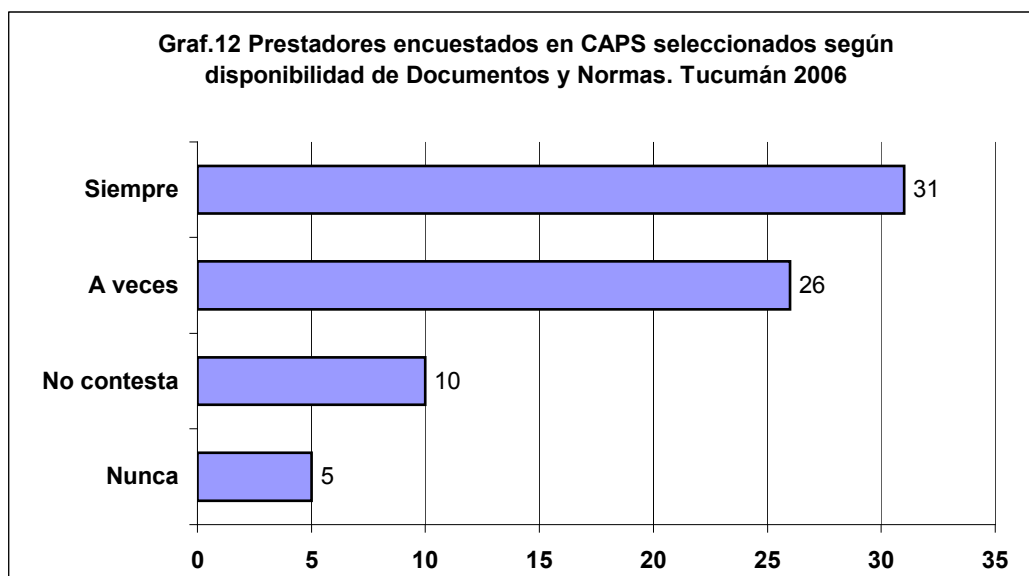
El grado de satisfacción en relación a la Disponibilidad de recursos físicos, un 54% de los encuestados No disponen de los mismos de manera adecuada y sólo un 10% los disponen Siempre para trabajar.



Respecto a la disponibilidad de recursos humanos, el 31% disponen Siempre de los mismos y solo el 6% no los disponen Nunca.

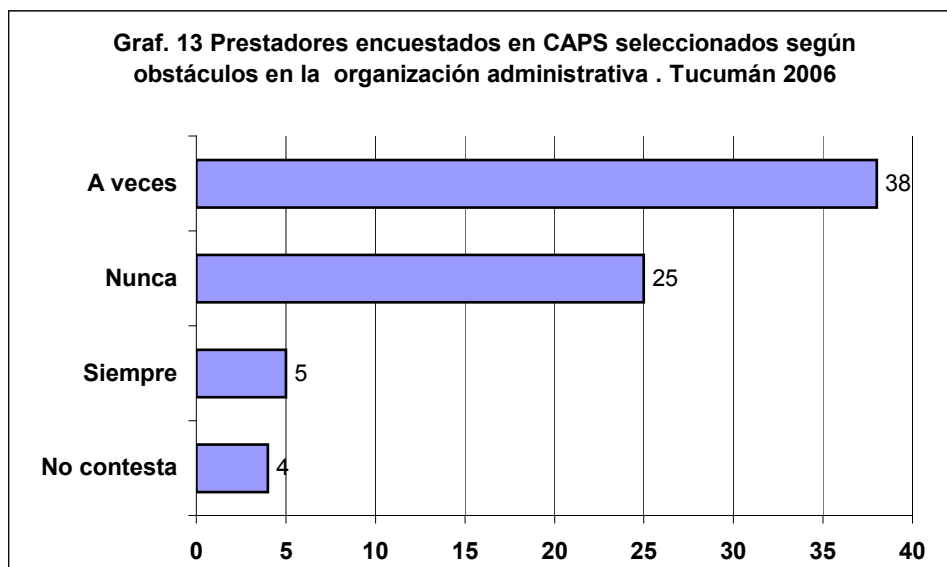


Respecto a la Disponibilidad de normas y procedimientos, solo el 7 % de los Prestadores no disponen Nunca de documentos de normas y procedimientos. El 43% Siempre disponen de estos documentos.

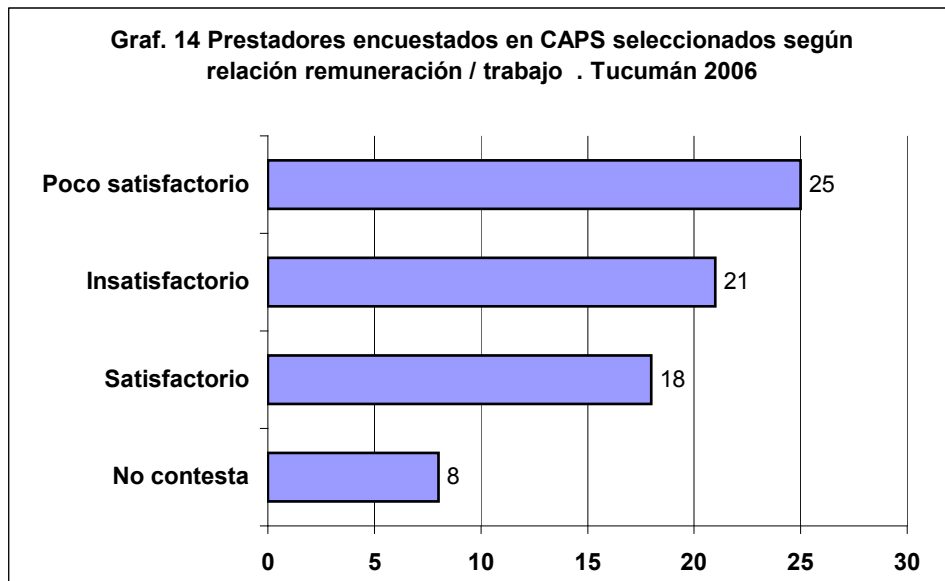


## PROCESO

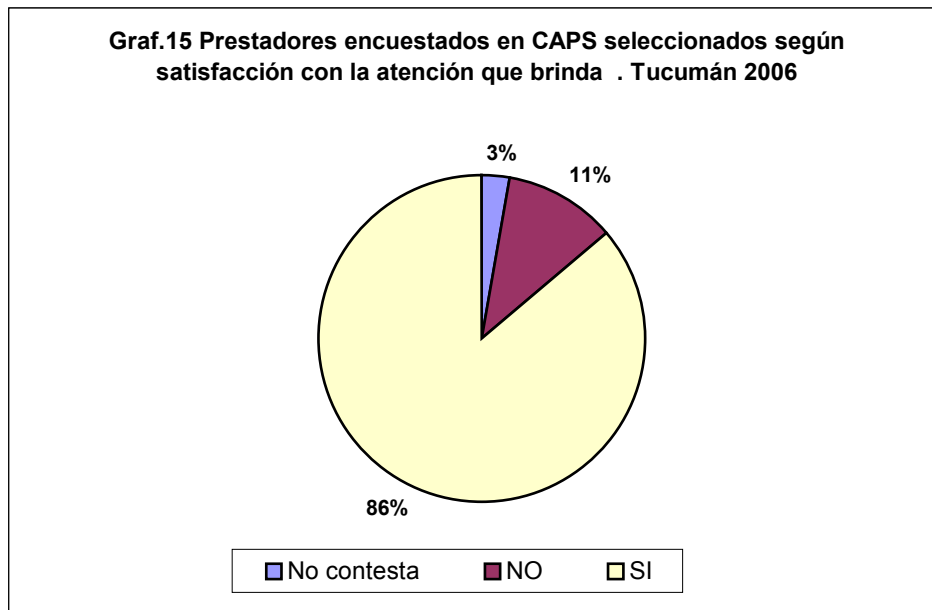
Las variables estudiadas en relación a la satisfacción de los Prestadores respecto al Proceso que se desarrolla en el servicio, se presentaron de la siguiente manera:  
El 35 % no encuentra obstáculos en la organización administrativa del servicio. Solo un 7 % los encuentra siempre.



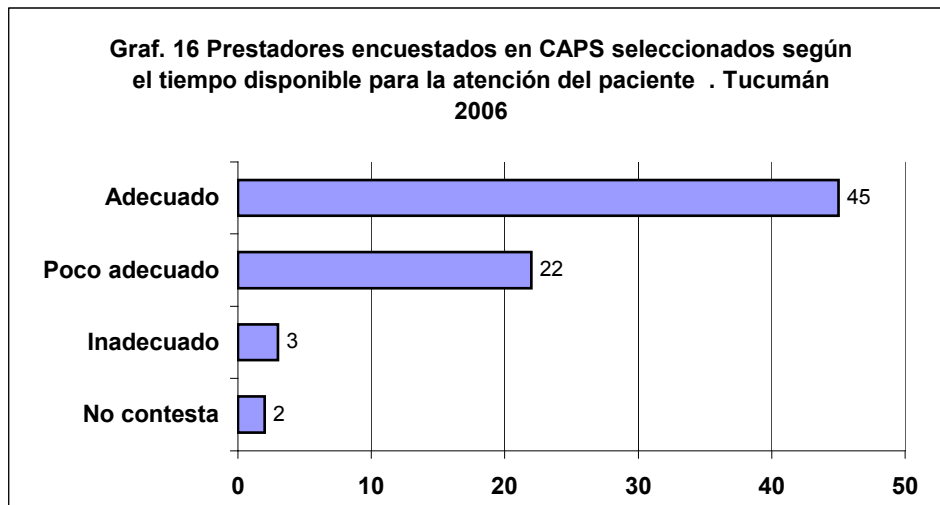
Para el 25% de los encuestados la relación remuneración/trabajo es satisfactoria. El 29% opina que es insatisfactoria.



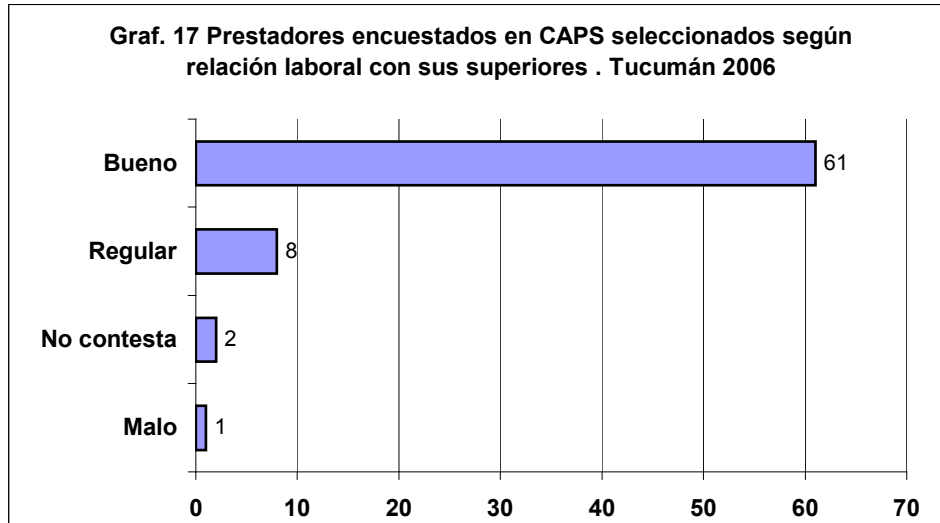
El 86 % de los prestadores están satisfechos con la atención que brindan. Solo un 11 % no lo están.

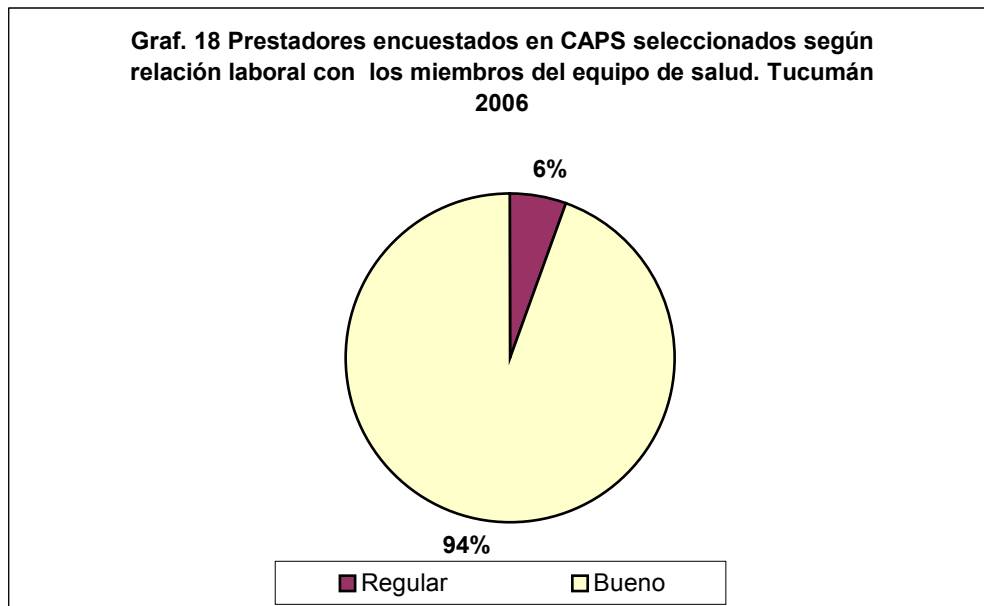


El 62% de los prestadores considera adecuado el tiempo disponible para la atención del paciente. Solo el 4 % lo considera inadecuado.



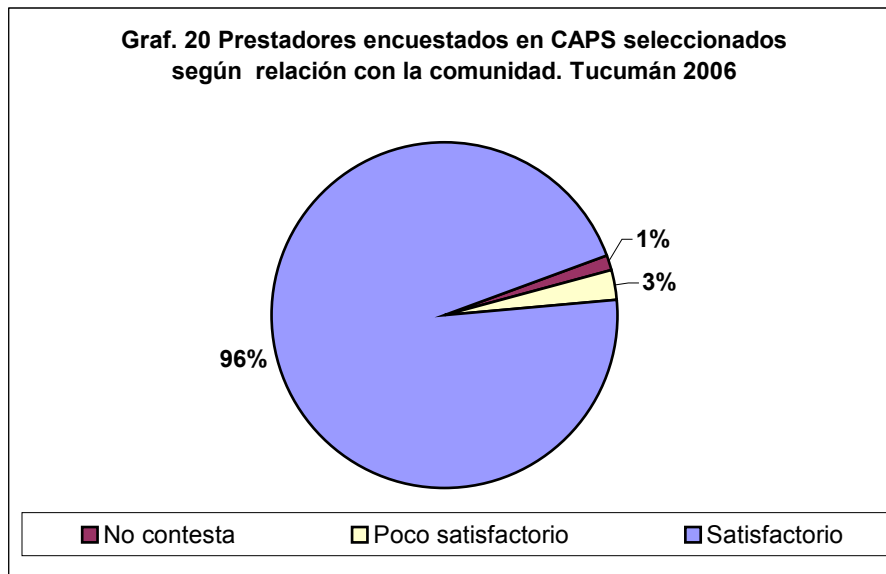
El 85 % del los encuestados tiene buenas relaciones con sus superiores y el 94 % de los prestadores tiene buena relación laboral con los miembros del equipo de salud. Solo un 6% no la tiene.



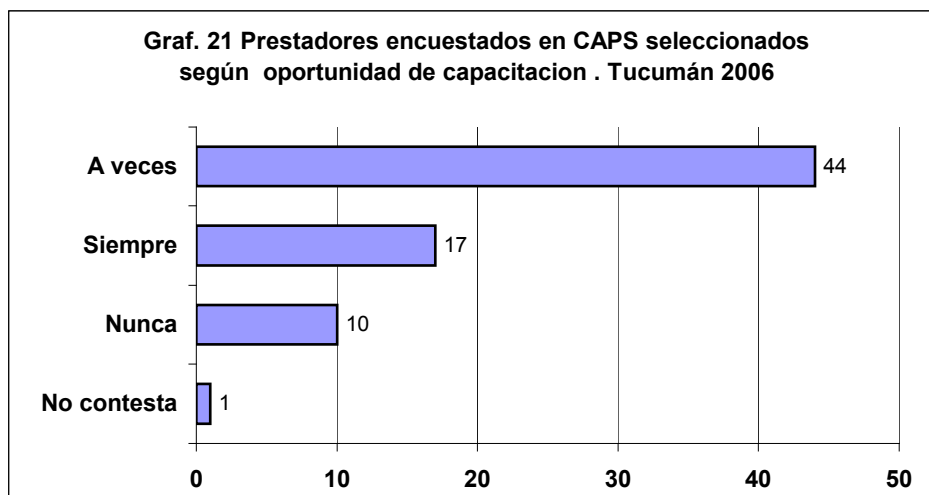


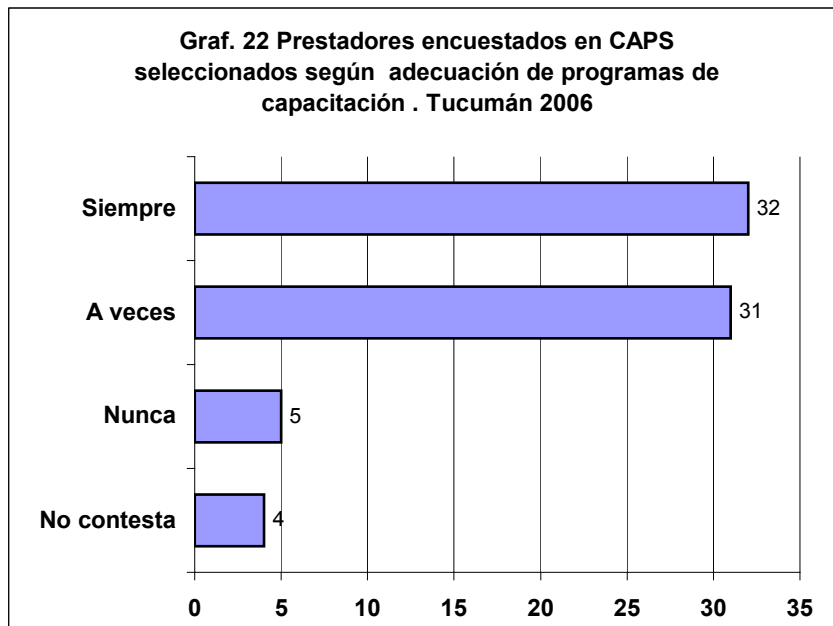
La relación con los pacientes y sus familiares es buena para un 94 % de los encuestados y el 96 % de los prestadores tiene una relación satisfactoria con la comunidad.



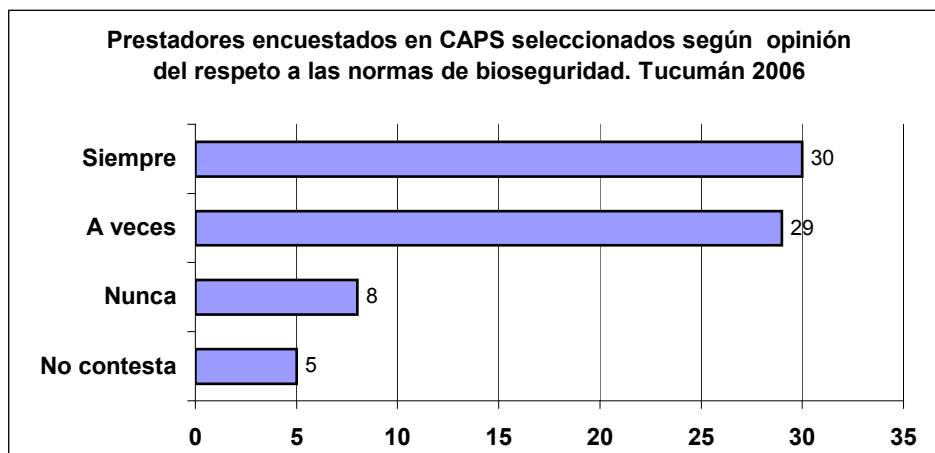


El 61% tiene a veces oportunidad para capacitarse, mientras que el 14 % no la tuvo nunca. El 24 % siempre tuvo capacitaciones y el 44 % considera que siempre los programas de capacitación son adecuados, mientras que un 43 % sostiene que lo son solo a veces.



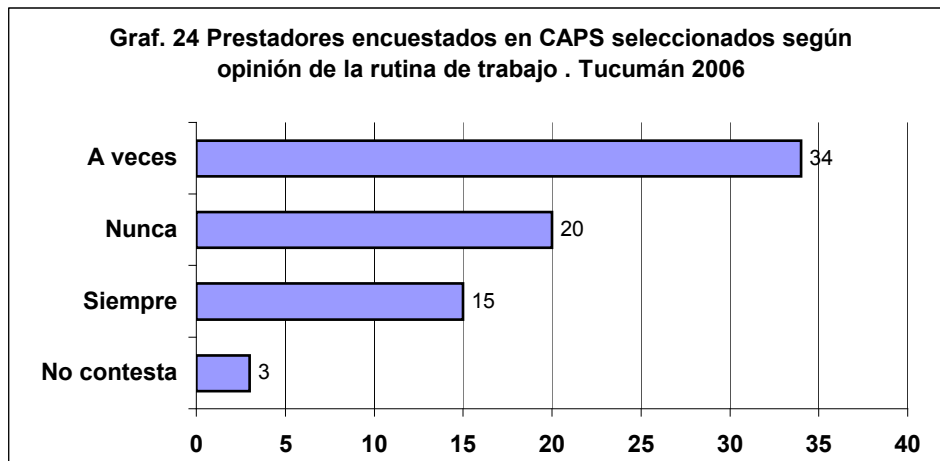


El 42 % manifiesta que siempre se respetan las normas de bioseguridad. Un 11 % considera que nunca se respetan.

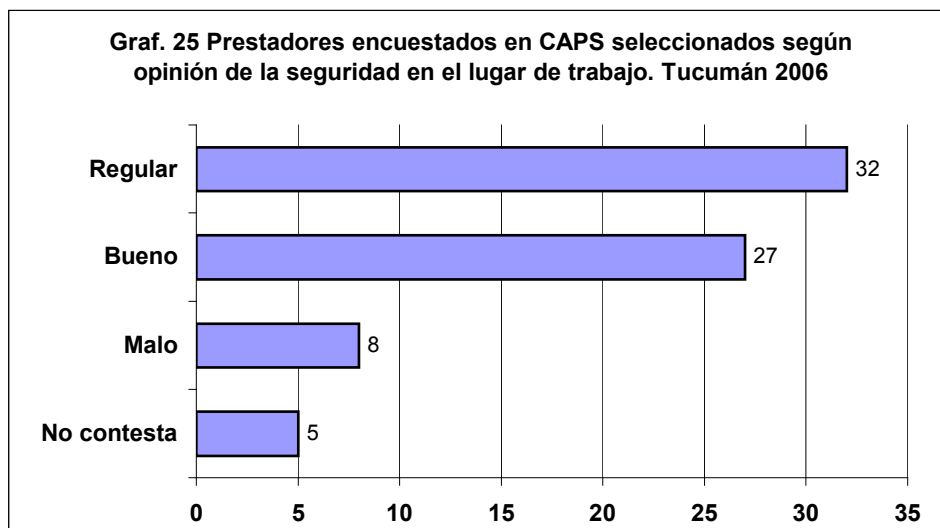


Considerando el grado de satisfacción según un enfoque de resultado, se pudo observar lo siguiente:

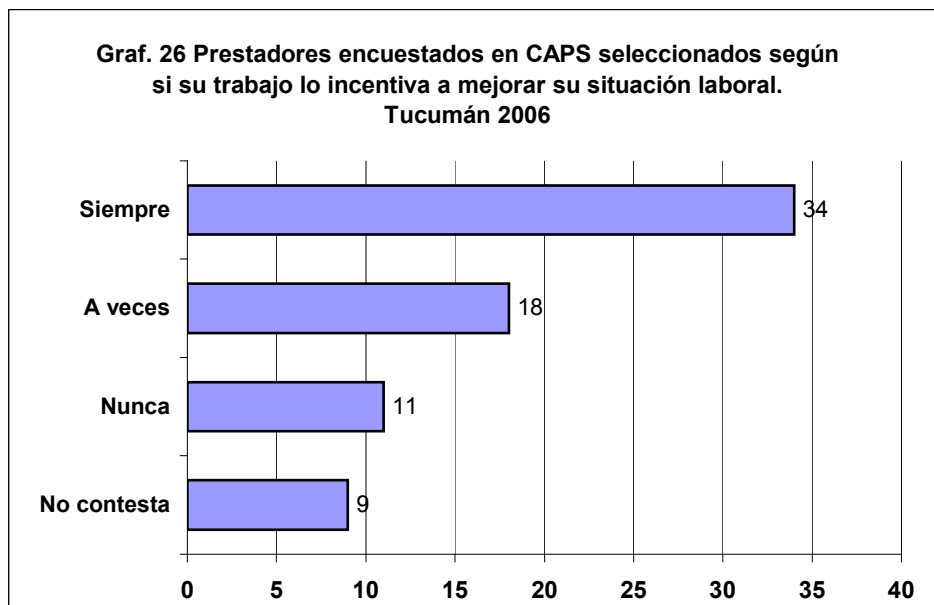
El 21 % considera rutinario su trabajo siempre. El 48 % manifiesta que su trabajo a veces es rutinario, mientras que el 28 % no considera rutinario su trabajo.



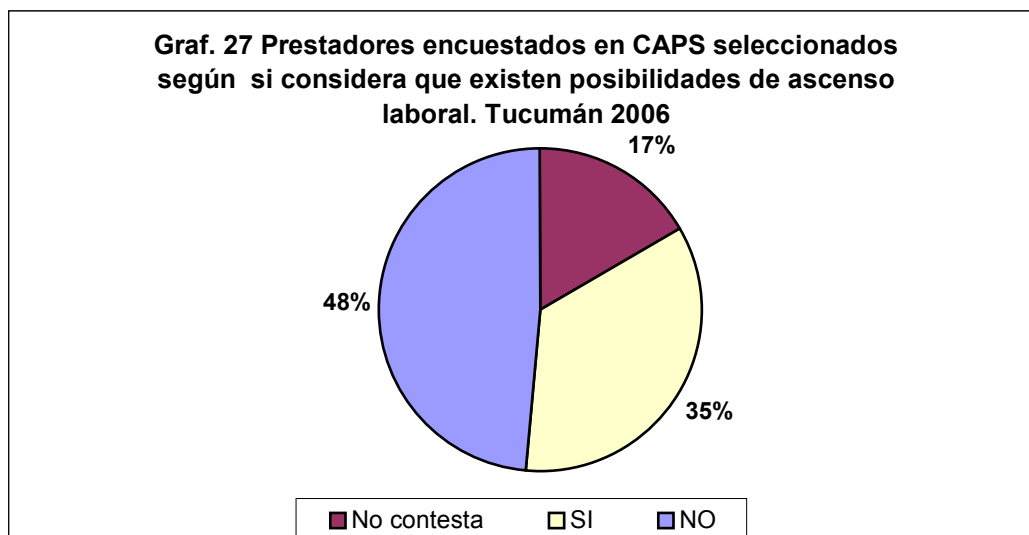
El 44 % de los prestadores opina que la Seguridad en el lugar de trabajo es regular; el 37 % la considera buena, mientras que el 11 % manifiesta que es Mala.



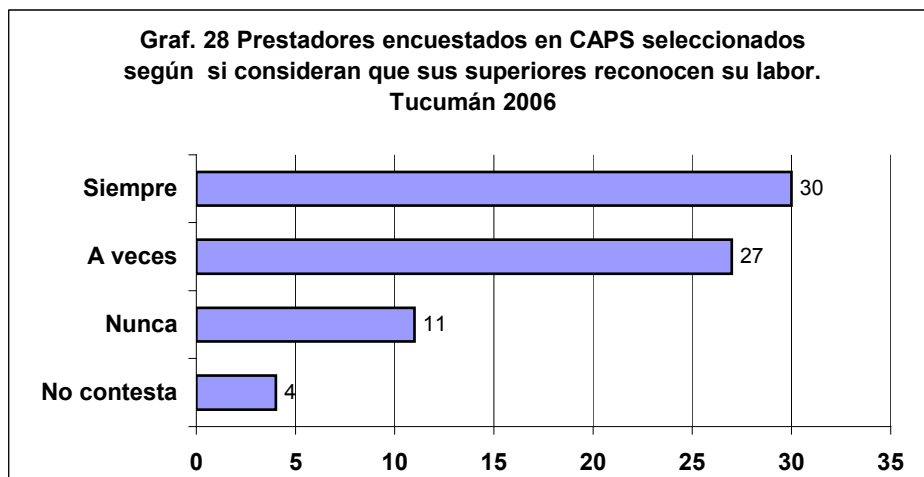
Casi la mitad de los encuestados (47 %) considera que el trabajo lo incentiva a mejorar su situación laboral. El 15 % no encuentra incentivo en su trabajo.



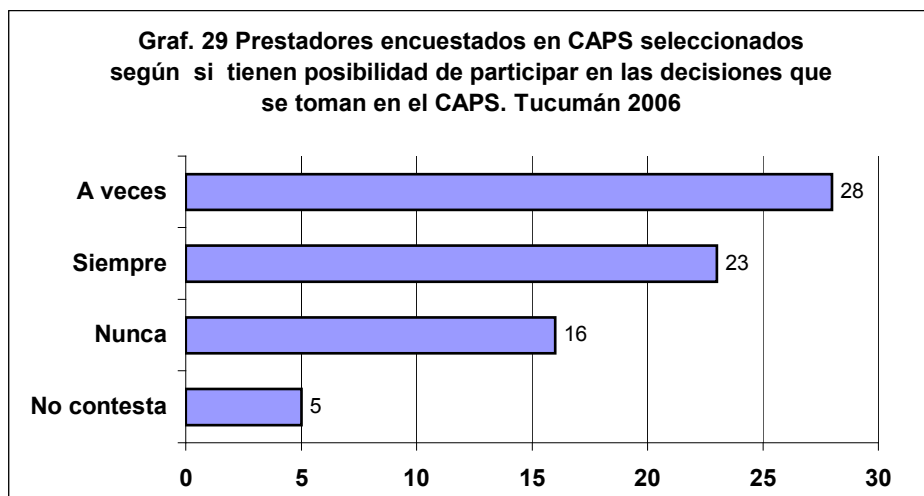
El 49 % de los encuestados consideran que no existen posibilidades de ascenso laboral. El 35% manifiesta lo contrario.



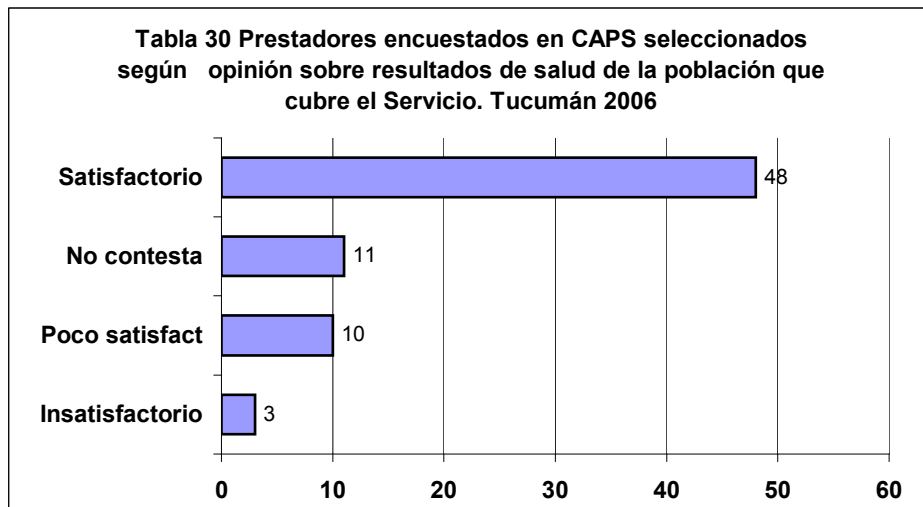
La labor del 42 % de los prestadores son reconocidas por sus superiores siempre. El 37 % considera que no siempre son reconocidas sus labores y para un 15 % su labor no es reconocida.



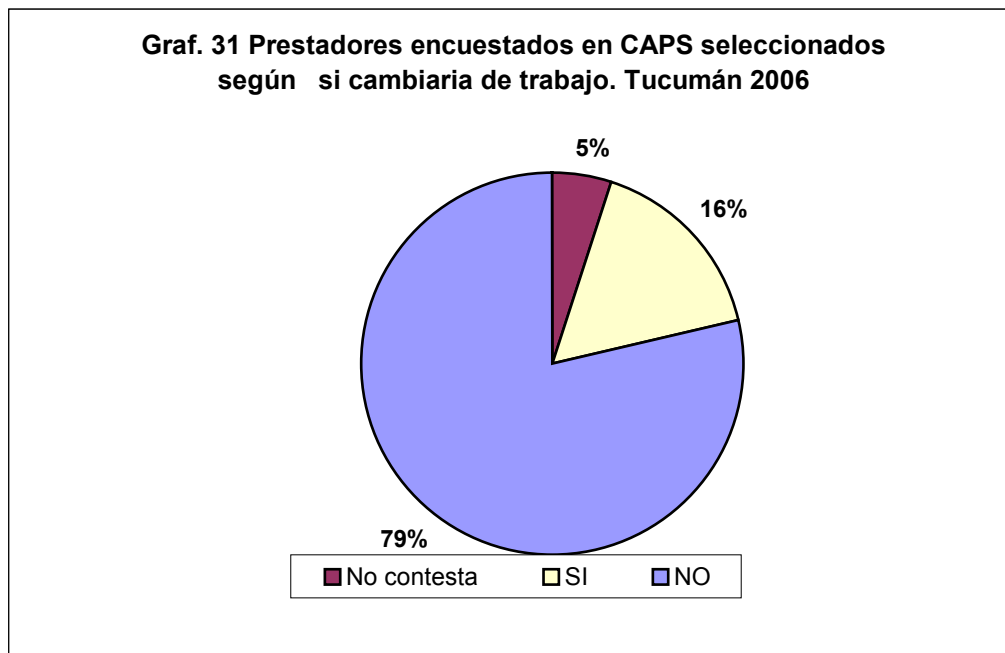
El 22 % manifiesta que nunca participa en las decisiones que se toman en el CAPS; el 39% tiene a veces esa posibilidad, mientras que el 32 % siempre participa de las decisiones.



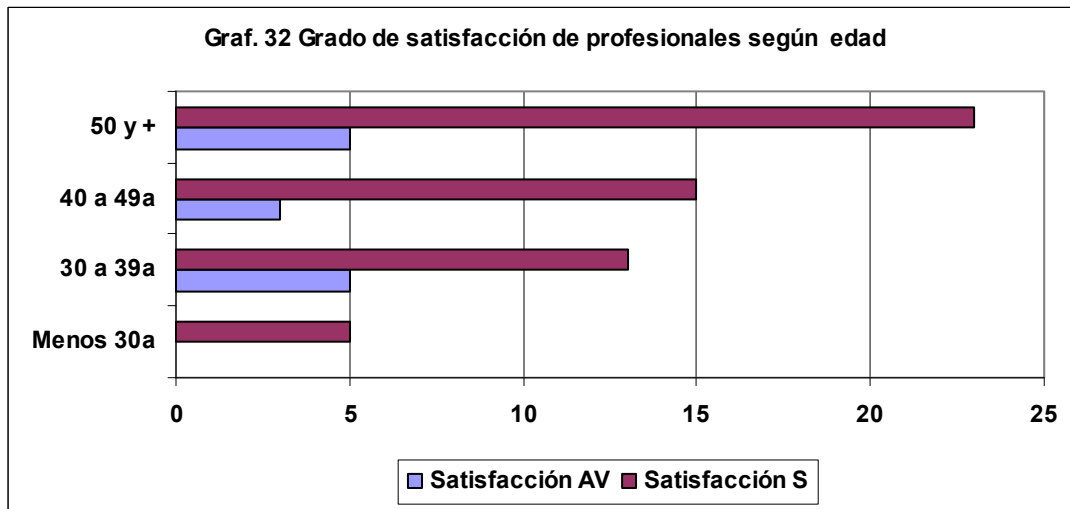
El 67% de los prestadores consideran satisfactorios los resultados de salud de la población que cubre el Servicio. El 14 % lo considera poco satisfactorio y el 4% insatisfactorio.



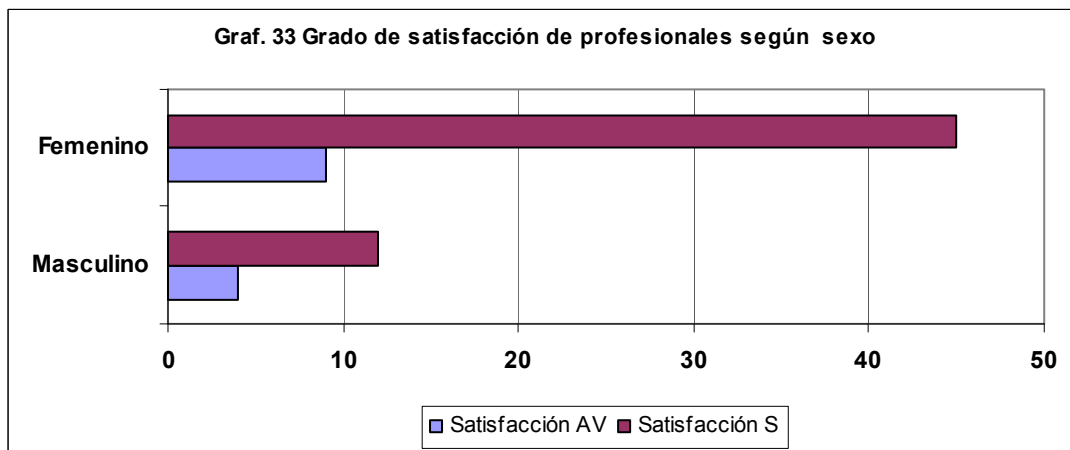
El 79 % no cambiaría de trabajo. Solo un 16 % lo haría.



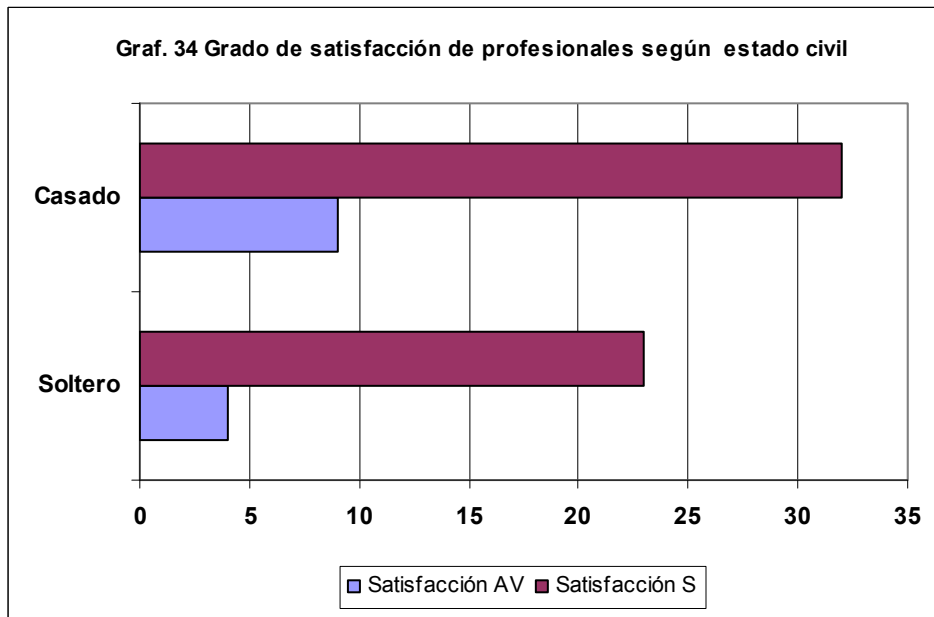
Los profesionales de la salud muestran mayor satisfacción resumiendo todas las variables estudiadas en los grupos de mayor edad



La diferencia de satisfacción según sexo es mucho mayor para el sexo femenino

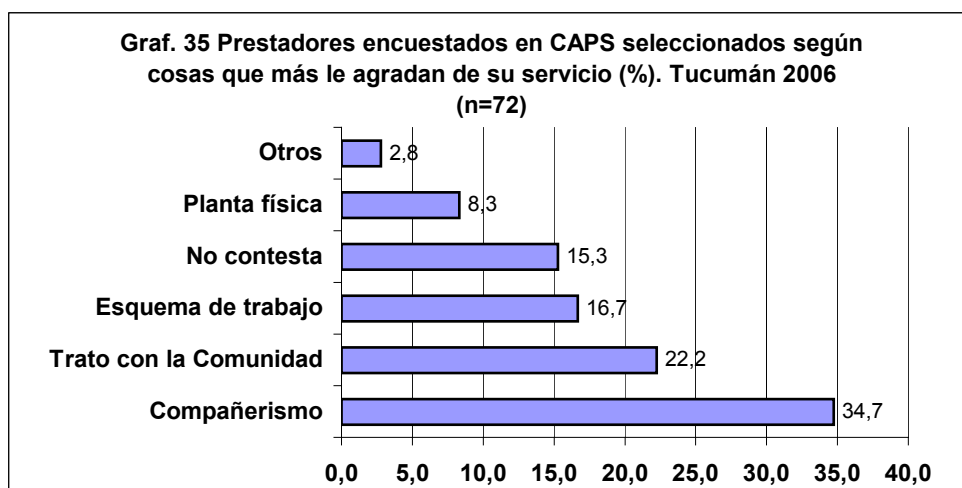


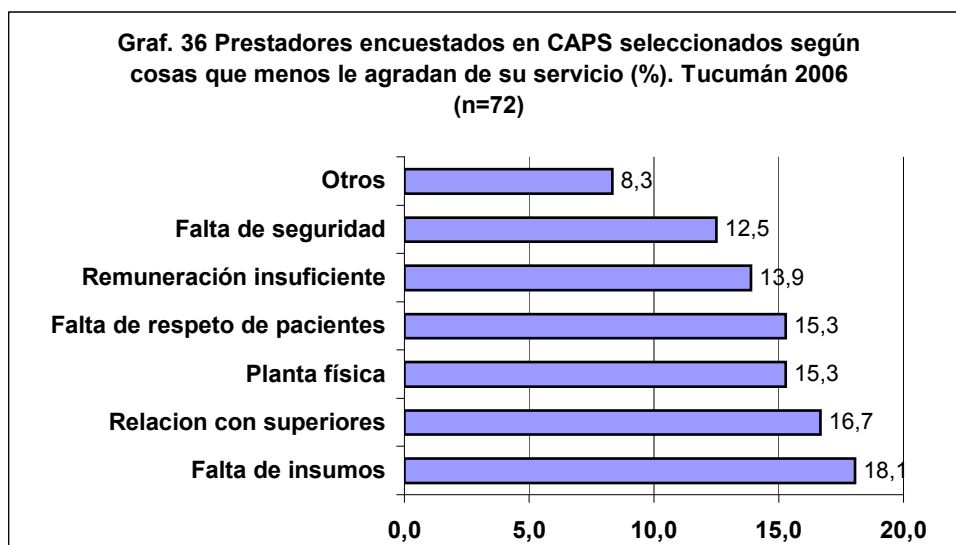
Considerando el estado civil no hay mayores diferencias en cuanto al nivel de satisfacción



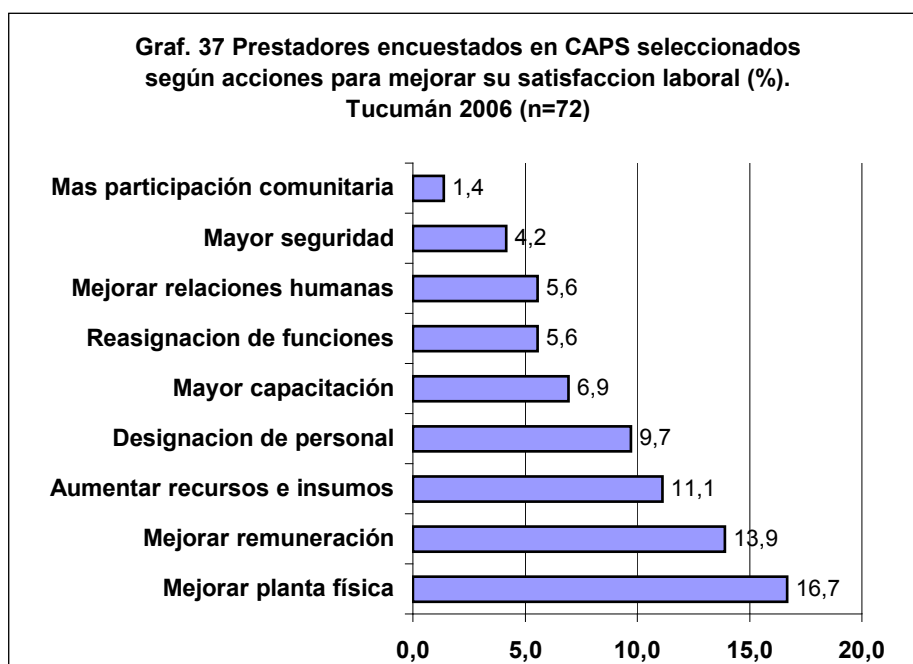
### CUALITATIVAS

Respecto a las opiniones generales en relación a la pregunta sobre cuáles son las cosas que más le agradan del servicio se destacan el compañerismo con los otros integrantes del servicio, el buen trato con la comunidad y el esquema de trabajo con el que trabajan. Encuestados respecto a las cosas que no le agradan del servicio se destacan la falta de insumos, la mala relación con los superiores, la planta física, la falta de respeto por parte de los pacientes y la baja remuneración





En cuanto a las sugerencias que hacen para mejorar la satisfacción laboral se mencionan el mejorar la planta física y la remuneración, aumentar los recursos e insumos y designar al personal faltante.



La asociación entre el nivel de ingreso económico, considerando dos grupos, los que ganan menos de \$ 1.000 y los que ganan \$ 1.000 o más con el deseo de cambiar de trabajo, aplicadas las pruebas de Chi cuadrado y test exacto de Fisher nos da un valor de p mayor a 0.05 por lo que se deduce que no existe una asociación entre el nivel de ingreso y el deseo de cambiar de lugar de trabajo.

La asociación entre el nivel de instrucción, considerando dos grupos, hasta secundario completo y mayor al mismo, con el deseo de cambiar de trabajo, es negativa según las

pruebas de Chi cuadrado y el test exacto de Fisher. En ambos casos tenemos un valor de p mayor a 0.05

## 6. CONCLUSIONES

Al analizar el resultado de las encuestas a prestadores de los Centros de Atención primaria evaluados se vio que en un amplio porcentaje se encuentran satisfechos con el trabajo que realizan en el servicio. Esto podría deberse al alto grado de satisfacción encontrado en las relaciones interpersonales con el equipo de salud y con el paciente y su familia (ambas 95%).

Considerada todas las variables evaluadas para la satisfacción del personal de salud, esta fue mayor en los profesionales de mayor edad y en los del sexo femenino, no habiendo diferencia respecto al estado civil. Esto puede deberse a que las expectativas respecto de trabajo siempre son mayores en la personas más jóvenes.

Llama la atención que si bien en el estudio realizado, un alto porcentaje de los encuestados respondieron que estaban poco satisfechos o insatisfechos a variables consideradas importantes, como remuneración/trabajo, monotonía, incentivos, esta “insatisfacción aparente” no resulto ser sustancial al momento de definir si cambiarían de trabajo, ni tampoco hubo asociación estadísticas entre estas variables.

En relación a condiciones laboral, existen notables deficiencias que se ponen de manifiesto en más de la mitad de los encuestados que acuerdan en que sus superiores no reconocen sus tareas, que no existe posibilidad de ascenso laboral y que las capacitaciones que se les brindan son escasas y en algunos casos nulas.

La motivación para realizar las actividades que desarrollan los equipos de salud, genera un fuerte compromiso en la atención de salud, este es un requisito más para promover y estimular la construcción de equipos de trabajo que incluyan a todos sus trabajadores, profesionales, de esta manera se mejora la calidad externa e interna.

Otro punto a considerar es la falta de cumplimiento en las normas de bioseguridad, ya que un 58% las aplica a veces o nunca. Este hecho resulta preocupante por los riesgos a los que están expuestos estos trabajadores y a los que someten a sus pacientes. El incumplimiento de las normas de bioseguridad debería ser prioritario en el personal sanitario, quien es el “encargado de velar por la salud” tanto de la población como la propia.

Al analizar las respuestas de las preguntas abiertas, se vio que la mayoría no cambiaría de trabajo ya que se considera satisfecho con las relaciones con los compañeros y con los pacientes, asimismo recalcan la satisfacción de poder ayudar a la comunidad desde su lugar, siendo estos dos aspectos los que les brindan sensación de “bienestar y satisfacción “ motivos por los que en la mayoría de los casos no cambiarían de trabajo a pesar de no estar conformes con la remuneración que reciben.

Entre los que dijeron que si les gustaría cambiar su trabajo la mayoría fue por la baja remuneración, la falta de reconocimiento laboral y la imposibilidad de ascenso.

En cuanto a las cosas que más les agradan todos coincidieron en las buenas relaciones interpersonales establecidas y la posibilidad de trabajo en equipo.

Muchas fueron las cosas que respondieron que no les agradan, entre ellas las más frecuentes fueron la falta de insumos y medicamentos, déficit de limpieza, escasez de recursos humanos (según población a cargo).

Destacaron la impaciencia de los pacientes, como así también situaciones falta de respeto e incumplimiento de los horarios estipulados por el centro de atención.

Consideran que los servicios sanitarios no deben ser los encargados de repartir planes alimentarios, ya que dificulta sus tareas

Aspectos relevantes por su repetición e insistencia fueron la escasa remuneración y aspectos laborales como imposibilidad de ascensos, falta de incentivos y motivación, cargos por concursos, evaluación de productividad, como así también la falta de capacitación continua para todos los miembros del equipo y la falta de información a todos los miembros sobre todos los programas del SIPROSA. Solicitando mayor comunicación con los jefes de área y con los centros de mayor complejidad.

La falta de valoración y reconocimiento por la tarea realizada resulta ser un aspecto importante en la percepción de satisfacción ya que en muchos casos se mostraron “satisfechos por la labor que realizan” a pesar de que no son reconocidos ni valorados por sus superiores ni por el sistema.

Consideramos que la satisfacción con el trabajo no depende solo de factores estándares, sino que habría un fuerte componente relacionado con el compromiso con la tarea que se pone en juego al momento de definir su satisfacción con su trabajo a pesar de los déficit de remuneración y posibilidades de promoción laboral.

Las relaciones interpersonales tanto con el equipo de salud como con la comunidad sería otro factor influyente en la percepción de satisfacción de estos trabajadores.

Podría haber una insatisfacción encubierta por el hecho de estar en un trabajo estable, con beneficios sociales, lo que resulta dificultoso lograr en el modo de inserción laboral del profesional de la salud en el mercado laboral actual.

Resultaría necesario incluir en la política de salud un sistema de gestión de recursos humanos que facilite la promoción de la carrera laboral, la evaluación de desempeño y los incentivos.

Este es un punto importante a trabajar en los servicios, ya que la evidencia científica actual ha demostrado que este tipo de factores influyen en gran medida en la productividad y la iniciativa a la gestión de un clima laboral que propicie el bienestar y la salud del trabajador. Disminuyendo las posibilidades de padecer situaciones de estrés laboral (burn out) y sus consecuencias que impactan directamente sobre la calidad de la atención y el rendimiento; aumentando los índices de ausentismo, accidentes de trabajo, etc. Tal es la influencia de estos aspectos que el mundo empresarial en las últimas décadas comenzó a invertir y reestructurar sus organigramas de trabajos, jerarquizando al mismo nivel de gerencia el departamento de recursos humanos, con gran énfasis en el estudio y puesta en marcha de estrategias de promoción laboral para motivar a su personal, recurriendo a la identificación de la persona con la institución a la cual pertenece y generando estándares de calidad y de este modo lograr reconocimiento social, con el cual la persona siente el orgullo de “pertenecer”.

Sería importante incluir este tipo de estrategias en este sector ya que se notaron falencias importantes percibidas por los prestadores encuestados refiriéndolo en reiteradas oportunidades.

Existen aspectos que son pre requisitos de la acción; es decir que sin ellos no se puede actuar: la motivación, el saber profesional, el compromiso que forman parte del accionar del equipo .Otros son obstáculos de la misma y otro son favorecedores de esa acción. Sea cual sea el obstáculo impide, dificulta el modo con que se ejecutan las acciones y cuando este efecto adverso proviene de un actor humano lleva al fracaso su actividad, impide el acceso a las metas y frustra los deseos y necesidades ligadas a ellas.

Si bien los equipos de salud son más que la suma de sus integrantes, también son una combinación de sus capacidades, por lo tanto su desempeño depende de las competencias de sus integrantes y la forma en que desempeñan sus tareas.

La integración de todos los miembros del equipo de salud para participar del establecimientos de las metas y participar de la estrategia de trabajo se relaciona con la motivación de los miembros; se dice que las personas motivadas trabajan mejor .

En su sentido más común la motivación es el grado de voluntad y dedicación de una persona, en su intento por desempeñar bien una tarea, por ser un proceso psicológico la motivación activa, dirige y lleva al individuo a persistir en un determinado tipo de comportamiento. La motivación es la energía procedente del conjunto de aspiraciones, deseos, valores, desafíos y sensibilidades individuales manifestada a través de objetivos y tareas específicas.

La motivación seguramente es producto de un conjunto de factores internos y externos.

Despierta motivación sentirse parte de, tener compañeros de objetivos y conseguir los logros con otros, ser reconocido en sus aportes, pertenecer a un conjunto que desempeña una tarea que se considera valiosa.

La motivación para realizar las actividades que desarrollan los equipos de salud, genera un fuerte compromiso en la atención de salud, este es un requisito más para promover y estimular la construcción de equipos de trabajo que incluyan a todos sus trabajadores, profesionales, de esta manera se mejora la calidad externa e interna.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alleyne, J. Investigación de Servicios de Salud, conceptos y posibilidades. Evaluación de servicios de salud materno infantil. Publicación del Programa de Salud Materno infantil. OPS/OMS,1989.

A Strategy for Evaluating Health Services. Contrats in Health Status, Vol. 2. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Washington D.C. 1973.

Batista, R.N., Tremblay, J. Métodos de evaluación en el área de atención de la salud. Evaluación de servicios de salud materno infantil. Publicación del Programa de Salud Materno infantil. OPS/OMS 1987.

Barrenechea, J, Castellanos P., Matus C., Medici A., Esquema tentativo para el análisis de las implicaciones conceptuales y metodológicas de APS y SPT/2000. OPS/OMS, 1987.

Bloch, C. y colab. Evaluación del Programa de Atención Primaria de la salud en la ciudad de Rosario. Representación OPS/OMS en Argentina. N°34, 1992.

Castillo, E. Subsistema de Información y monitoreo gerencial SIMOG. OPS/OMS. 1987.

Cohen, E. y Franco, R. Evaluación de Proyectos Sociales. Grupo Editor Latinoamericano. CIDES-OEA-/ILPES-ONU. Buenos Aires, 1988.

Cuesta Gómez, A., Moreno Ruiz, J.A. y Gutiérrez Martí, R. La calidad de la Asistencia Hospitalaria. Editorial Doyma. España 1986.

De Campos F.E. Resolutividad. Una aproximación a la Evaluación cualitativa de los Servicios de Salud. Tesis de doctorado, Fiocruz, Río de Janeiro, 1988.

De Geyndt, W. Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de atención al paciente. Banco Mundial, 1986.

De Moraes Novaes, H.; Recursos humanos y sistemas locales de salud. OPS/OMS Cuaderno Técnico N°31. Washington D.C. 1990.

Donabedian, A. La calidad de la atención médica. Editorial Prensa Médica Mexicana. México 1984.

Frenk, J. y Peña Mohr, J. Evaluación de tecnología y calidad de la atención. OPS/OMS Washington D.C. 1985.

Health Services Research. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Washington D.C., 1979.

Katz, J. y Muñoz, A. Organización del sector Salud: puja distributiva. CEPAL, Buenos Aires, 1988.

Kleczkowski, B y colab. El Sistema Sanitario al servicio de la Atención Primaria de Salud. Cuadernos de Salud Pública N°80. Organización de la Salud, Ginebra, 1984.

Lemus, J.D. y colab. Epidemiología y Atención de la salud en la Argentina. Representación de OPS/OMS en Argentina. N°35, 1993

Marquet Palomer, R. Garantía de calidad en atención primaria. Monografías clínicas en Atención Primaria N°13. Ediciones Doyma S.A. Barcelona España, 1993.

Marraccino, C. Acreditación y categorización de servicios de salud. Los servicios de salud en la Argentina, Univ. Hernandarias Buenos Aires, 1994.

Marracino, C. La acreditación, la habilitación y la certificación de especialidades como instrumentos de regulación de la calidad de la atención médica. Medicina y Sociedad- Vol 11-N°3- Mayo/Junio 1988.

Moreno, E. Estrategias de transformación de los Sistemas de Servicios de Salud. Evaluación de Servicios de Salud Maternoinfantil. Publicación del Programa de Salud Maternoinfantil. OPS/OMS, 1987.

Moreno, E. Díaz, G. Normatización del cuidado de la salud materno-infantil. Boletín del CLAP/OPS. Salud Perinatal Vol.2 N°6. Montevideo, 1986.

Moreno, E. y colab. Condiciones de Eficiencia de los servicios de salud materno-infantiles en países de América Latina. Publicación del Programa de Salud Materno-infantil, OPS/OMS. 1989.

Moreno E., Perrone N., Niremberg O. Desarrollo de un modelo evaluativo para Sistemas Locales de Salud. International Development Research Centre, Ottawa, Canadá. Cuaderno del Centro para el Desarrollo Local N°20, 1993.

Myers, B.A. A guide to medical care administration. Concepts and principles. American Public Health Association, Washington DC, 1969, vol .

Organización Panamericana de la Salud. Análisis de costos, demanda y planificación de servicios de salud. Una antología seleccionada. HSD/SILOS N°11. Washington D.C. 1990.

Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de los Sistemas Locales de Salud. Acreditación de hospitales urbanos en América Latina y el Caribe. Programa de Desarrollo de Sistemas de Salud. Serie SILOS N°67, Washington D.C., 1989.

Organización Panamericana de la Salud. La administración estratégica. Programa de Desarrollo de Sistemas de Salud. Serie SILOS N°2, Washington D.C. 1992.

Organización Panamericana de la Salud. La garantía de calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. HSD/SILOS N°13, Washington D.C. 1992.

Organización Panamericana de la Salud. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos Métodos y Experiencias. Publicación Científica N°519. Washington D.C. 1990.

Organización Panamericana de la Salud. Participación social en los sistemas locales de salud. Serie Desarrollo de Servicios de Salud. SILOS N°35, Washington D.C., 1989.

Pan American Health Organization. Strengthening the implementation of local health systems. The English-Speaking Caribbean Countries. Assessment for change. HSD/16. Washington D.C. 1992.

Panerai, R. y Peña Mohr, J. Evaluación de tecnologías en salud. Metodologías para países en desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1990.

Porzecanski, T.(Compiladora).La investigación Social Cualitativa. Fichas de Capacitación del CLAEH, Serie A N° 67 y 68, Montevideo, 1988.

Sonis A., Investigación en Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, Publicación N°20, 1989.

Taylor, C. Aplicaciones de la investigación sobre sistemas de salud. Cuadernos de Salud Pública N°78. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1984.

Vouri H,V. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Masson S.A. y SG, Editores. Barcelona,1991.

Vouri H. Introducción a Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías Clínicas de Atención Primaria, N°13, Ediciones Doyma, S.A. Barcelona 1993.

## **8. AGRADECIMIENTOS**

A la Cátedra de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán, República Argentina.

Al Consejo de Investigación Universidad Nacional de Tucumán (CIUNT) por la financiación para la realización de las investigaciones.

A los Prestadores de los Servicios de Salud, al Sistema Provincial de Salud (SIPROSA), por la buena predisposición.