

UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CÓRDOBA - FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS -
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

“Satisfacción de usuarios del
PAMI en relación al tiempo
de demora que tardan en
recibir los servicios, de dos
ciudades cercanas a la
capital de la provincia de
Neuquén. Año 2013”

TESIS DE MAESTRÍA EN GERENCIA
Y ADMINISTRACIÓN EN
SERVICIOS DE SALUD

BUSTOS, ROSANA LORENA

**“Satisfacción de usuarios del PAMI en relación al
tiempo de demora que tardan en recibir los servicios, de
dos ciudades cercanas a la capital de la provincia de
Neuquén. Año 2013”**

Autor: Lic. BUSTOS, Rosana Lorena

Director: Prof. Mgter. CASTRO TOSCHI,
Rubén Armando

Córdoba

2016

Miembros del Tribunal de Tesis

-Prof. Mgter. Susana RIVOLTA

-Prof. Mgter. María BORSOTTI

-Mgter. Nuri GASPIO

Dedicatoria:

A mis padres, Celia y Manuel, y a mi hermana Cintia; núcleo de fortaleza constante. Difusores y alentadores fervientes del ímpetu esencial que escoltan mis metas.

A tu bondad y generosidad sin límites, amado Nico.

Infinitas Gracias!

Agradecimientos:

A mi tutor Lic. Rubén A. Toschi, por el tiempo impartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional. A la Sra. Nuri Gaspio quien también colaboró ardua y minuciosamente.

A todos aquellos, quienes inspiraron mi espíritu, regocijándolo de sabiduría, amor y paciencia.

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77 “La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor”

INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. FUNDAMENTACIÓN.....	7
Argentina y Los sistemas de Salud	8
Cuidados centrados en el paciente: Una nueva adecuación	11
Medir resultados en los Sistemas de Salud	11
Indicadores de desempeño de la calidad de la atención médica, OCDE.....	12
Indicadores	14
Tipos de indicadores	15
Sistemas de información basados en los usuarios: Encuestas.....	16
Algunos aspectos conceptuales	16
La satisfacción	16
La satisfacción y el bienestar subjetivo.....	18
Calidad.....	19
¿Usuario, cliente, consumidor o paciente?.....	20
La contribución del usuario	21
Calidad percibida	23
3. OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	24
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	24
4. METODOLOGÍA.....	25
5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	27
5.1 Porcentajes de pacientes que utilizan los servicios del INSSJP	27
5.2 Tiempos de demora para acceder a las prestaciones y opinión de los usuarios ante esos plazos.....	31
5.2.1 Tiempos y opinión acerca de la demora para acceder a la consulta del Médico de cabecera, por área.....	32
5.2.2 Tiempos y opinión acerca de la demora para acceder a la Emisión de Recetas del médico de cabecera, por área.	33

5.2.3	Tiempos y opinión acerca de la demora para conseguir los medicamentos, por área.	34
5.2.4	Tiempos y opinión acerca de la demora para acceder a la consulta de Médicos Especialistas, por área.	35
5.2.5	Tiempos y opinión acerca de la demora para acceder a los servicios de Radiología y Laboratorio, por área.	36
5.2.6	Tiempos y opinión acerca de la demora para obtener Anteojos, por área. ...	37
5.2.7	Tiempos y opinión acerca de la demora para conseguir turno con dentista, por área.	38
6.	CONCLUSIÓN	41
7.	BIBLIOGRAFÍA	42
8.	ANEXOS	44
	Parte I: Aspectos Generales	44
	Parte II: Porcentaje de utilización	45
	Parte III: Tiempos de demoras para acceder a las prestaciones y opinión de los usuarios ante esos plazos	46

RESUMEN

El incremento de los planes tanto públicos como privados de medicina gerenciada, y el consecuente aumento en forma desmesurada, de la competencia en mercados caracterizados; exige a las empresas del sector, brindar datos válidos y confiables acerca de la eficiencia y la efectividad de sus servicios con el mero propósito de integrarse con aceptables niveles de competitividad en el mercado global de la salud.

El principal objetivo de este trabajo es determinar el nivel de satisfacción de usuarios del PAMI en relación al tiempo de demora que tardan en recibir los servicios, de dos ciudades cercanas a la capital de la provincia de Neuquén.

El estudio es de diseño descriptivo y de tipo transversal con aplicación de encuestas, de carácter anónimo realizadas en el mes de noviembre del año 2013. Seleccionándose una muestra de $n= 625$ usuarios para las dos localidades-Área 1 y 2.

El análisis de la información producida por la encuesta puso de manifiesto que los principales contratiempos en hacer foco están vinculados con la accesibilidad de los servicios y, por lo tanto, con la utilización de los mismos. Resulta destacable que una de las localidades arrojó que alrededor del 50% de los usuarios expresó no haber utilizado ningún servicio del PAMI en el año de referencia.

La información brindada por los entrevistados sugiere que las prestaciones del PAMI más utilizadas fueron medicamentos, farmacia le siguen Médico de Cabecera y emisión de recetas. En tanto para ambas localidades los porcentajes de utilización más bajos se registran en el uso del servicio de odontología.

SUMMARY

With the increase in both public and private plans of managed care, and consequent increase disproportionately, competition in markets characterized. This economic globalization requires companies in the sector to provide valid and about the efficiency and effectiveness of their services with the mere purpose of integrating with acceptable levels of competitiveness in the global healthcare market reliable data.

The main objective of this work is to determine the level of user satisfaction in relation to PAMI delay time it takes to receive services, two cities near the capital of the province of Neuquen.

The study is descriptive and cross-sectional design, conducting surveys of anonymity during the month of November 2013, to measure user satisfaction. Selected a sample of $n = 625$ users for the two locations-area 1 and 2.

The analysis of the information produced by the survey showed that the major setbacks to focus are linked to the accessibility of services and, therefore, the use thereof. It is noteworthy that one of the locations returned values of about 50% of users expressed not using any service of PAMI in the reference year.

The information provided by respondents suggests that the benefits of PAMI's pharmacy medications used were followed PCP and issuing prescriptions. While both locations for the lower utilization rate is recorded in the use of dental service.

1. INTRODUCCIÓN

La importancia de conocer la perspectiva del cliente con respecto a los servicios fue reconocida crecientemente durante la década de los ochenta^{1,2}. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos ofrecen servicios que no sólo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades con respecto a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad.

De tal forma que la calidad de los servicios de salud pasa a constituir una exigencia que se extiende progresivamente desde una perspectiva tradicionalmente centrada en la institución a otra que incorpore la perspectiva de los usuarios y trabajadores de los servicios, que los enfoques gerenciales denominan usuarios externos e internos respectivamente³.

La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento.

La satisfacción puede influir en^{4,5}

- El hecho de que el usuario procure o no procure atención.
- El lugar al cual acuda para recibir atención.
- El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios.

¹ Bruce, J. Implementing the user perspective. *Studies in Family Planning* 11(1): 29-33. Jan. 1980

² Zeideinstein, G. The user perspective: An evolutionary step in contraceptive service programs. *Studies in Family Planning* 11(1): 24-28. Jan. 1980

³ Diprete, et. Al. *Garantía de la Calidad de la Atención de salud en los países en desarrollo*. U.R.C. Bethesda, M.D. Segunda Edición 7:17

⁴ Delbanco, T.L. and DALEY, J. Through the patient's eyes: Strategies toward more successful contraception. *Obstetrics and Gynecology* 88(3 Suppl.): 41S-47S. Sep. 1996.

⁵ Donovan, J.L. Patient decision making: The missing ingredient in compliance research. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 11(3): 443-455. 1995.

- El hecho de que el usuario siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios
- El hecho de que el usuario regrese o no regrese al prestador de servicios y
- El hecho de que el usuario recomiende o no recomiende los servicios a los demás

La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas⁶. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes. Los usuarios en los establecimientos de salud, por lo general, aceptan la atención de salud sin quejarse y hasta expresan satisfacción por ella, cuando participan en encuestas. La satisfacción del usuario, expresada en entrevistas y encuestas, no significa necesariamente que la calidad es buena; puede significar que las expectativas son bajas. Es posible que el usuario diga que está satisfecho porque quiere complacer al entrevistador, porque teme que no se le presten servicios en el futuro, debido a las normas culturales en contra de las quejas, o porque responde positivamente a la palabra "satisfecho".

Por lo tanto, los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los usuarios no se quejan. Aun los niveles bajos de insatisfacción reportada, tan bajos como por ejemplo el 5%, deben tomarse en cuenta seriamente.

Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención.

⁶ Thompson, A.G.H. and Sunol, R. Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care* 7(2): 127-141. 1995

Los usuarios a veces solicitan pruebas, procedimientos o tratamientos inapropiados porque creen, erróneamente, que constituyen buena calidad. En respuesta a tales exigencias, hubo casos de médicos que han recetado medicamentos innecesarios. El orientar a los usuarios e informar al público con respecto a lo que constituye la atención apropiada suelen ser aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad.

La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios, no obstante, resulta difícil evaluarla; los métodos y las medidas para la recolección de datos suelen influir en las respuestas del usuario. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los usuarios afirman estar satisfechos independientemente de la calidad real.

En general existen dos tendencias, de evaluación de la satisfacción del usuario; una de ellas privilegia métodos, técnicas e instrumentos cuantitativos en el supuesto que aseguran mayor objetividad, en parte, debido a la mayor homogeneidad de los instrumentos utilizados, la otra parte da cierta crítica a la aparente superficialidad de los métodos cuantitativos donde los problemas y las causas fundamentales muchas veces no emergen o quedan encubiertos, en tal sentido promueven la utilización de métodos y técnicas cualitativas que permiten abordajes en profundidad de los problemas de calidad percibidos por los usuarios, así como de sus potenciales soluciones.

Las encuestas, como método de investigación, son el medio más empleado para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, midiendo el parecer de los que han recibido asistencia; pero no representa la opinión general de la comunidad sobre el sistema sanitario, las encuestas más utilizadas en los servicios de salud son las de satisfacción realizadas tras la realización del proceso de atención.

Por otro lado, los métodos cualitativos si bien pueden aportar información más exhaustiva sobre esta condición básicamente subjetiva, son complejos y exigen amplia preparación y experiencia en su manejo. En cualquier caso también es importante reconocer que los métodos cualitativos difícilmente pueden producir por si solos la información capaz de ser generalizada a espacios institucionales extensos y deben ser asumidos como modalidades complementarias que permite profundizar la información sobre problemas previamente detectados por métodos cuantitativos. A fin de vencer estos obstáculos, los investigadores están explorando diferentes maneras de medir y analizar la satisfacción del usuario.

Los estudios formales de calidad del servicio tienen su inicio con los trabajos de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985) en los que se destaca que los servicios presentan una mayor problemática para su estudio pues poseen tres características que los diferencian ampliamente de las atenciones: Intangibilidad, heterogeneidad e inseparabilidad. En función a esto, suponen que:⁷

- La percepción de la calidad del servicio es el resultado de una comparación del paciente con el desempeño actual del servicio.
- Las evaluaciones del servicio no se hacen solamente a la entrega de éste, sino también en el proceso de su realización.

Teniendo como marco general estas referencias, se ha elaborado la presente “Encuesta de Satisfacción de Usuarios” que pretende recoger la percepción sobre la calidad en la atención de quienes reciben y acuden a los servicios de salud.

⁷Zeithami V, Parasuraman A, Berry L. Calidad total en la gestión de servicios, 1993. p. 15-18.

2. FUNDAMENTACIÓN

La calidad de atención de la salud es un tema que genera gran controversia para las instituciones de salud, en la actualidad a pesar del arduo esfuerzo que se imparte por tratar de optimizar sus resultados para aproximarse a las necesidades de los usuarios y del personal que desarrolla su labor profesional en los servicios de salud.

En el sector sanitario (El Sector Sanitario: compuesto por servicios sanitarios públicos y privados, departamentos y ministerios de salud, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales y grupos de comunidad que brindan servicios de salud. OMS, Ginebra, 1984) se entiende por calidad, no como un criterio único para definirlo sino como a un fenómeno multidimensional y dinámico.

Según la OMS, la calidad de la asistencia sanitaria se refiere a "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mayor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso".

Conocer la opinión de los usuarios, y su apreciación mediante encuestas es una metodología muy difundida para el análisis periódico de los prestadores de servicios.

La valoración de los usuarios así como las opiniones emitidas son una valiosa herramienta para la mejora de la calidad asistencial y más precisamente para la adecuación entre las necesidades y la provisión de los servicios de salud.

Argentina y Los sistemas de Salud

La crisis de la década de los 80, que alcanzó tanto a Argentina como a América Latina, se vio reflejada en gran medida en los sectores públicos que dependían de alguna forma financieramente del estado, tanto el área de Educación como el de Salud.

Durante el siglo XX los sistemas de salud de gran parte de los países del mundo, atravesaron tres generaciones de reformas que procuraron subsanar las fallas percibidas en su tiempo y aumentar la eficiencia la transparencia y la capacidad de respuesta, frente a las expectativas de los destinatarios.

La primera reforma sanitaria del siglo dio lugar a la creación de sistemas nacionales de atención de la salud, incluyendo la extensión –entre 1940 y 1950- de los sistemas públicos y de la seguridad social entre los países con menores ingresos. Al finalizar los años 60 muchos de los sistemas fundados en las décadas anteriores sufrieron fuertes desequilibrios: dado que los costos crecían a medida que se incrementaba el volumen y la intensidad de los cuidados basados en el hospital. Así mismo los servicios de los sistemas con cobertura nominalmente universal eran cada vez más y mejor utilizados por los sectores sociales más asalariados, en tanto resultaban insuficientes los esfuerzos por alcanzar a los grupos sociales con menos recursos.

Se planteó entonces la necesidad de implementar medidas drásticas que hicieran a los sistemas sociales más costo-efectivos, equitativos y accesibles. La segunda generación de reformas estaba orientada a aplicar los cuidados primarios de salud como medio para lograr una cobertura genuinamente universal. Siguiendo los lineamientos de comunidades como Cuba y Costa Rica que lograron cambios tales como el incremento de la esperanza de vida de sus poblaciones con bajos costos de sus sistemas de salud. Los factores claves en estas modificaciones fueron el énfasis de la salud pública en la atención médica primaria, medidas de prevención de enfermedades, uso de vademécum de drogas esenciales y educación de la población a través de trabajadores comunitarios de la salud. Apoyado por la declaración de Alma Ata del año 1978 “Salud para todos” en la que se

adoptó la estrategia de atención primaria de salud para lograr el objetivo, partiendo de datos epidemiológicos y los referidos a la incidencia y prevalencia de enfermedades como información básica para planificar las actividades.

En la década siguiente la reforma implantada desencadenó en críticas de los enfoques de este movimiento de atención primaria de la salud, tales como; que las mismas se basaban en el énfasis puesto por la atención primaria en asistir a las “necesidades” de la población sin prestar adecuada atención a sus “demandas” fuertemente influenciadas por sus percepciones acerca de la calidad y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y de atención médica. Un posible indicador de ello, puede relacionarse con el financiamiento de carácter privado de estos programas.

Dadas las circunstancias se abrió paso a la tercera generación de reformas, que se enmarcaron en lo que la OMS denominó como “nuevo universalismo” entendiéndose como tal a la distribución universal de cuidados de salud de alta calidad, definidos a partir de criterios de costo-efectividad. Se trata entonces de responder a las demandas priorizando el acceso de los sectores más vulnerables de la sociedad, enfatizando el financiamiento. El estado garantiza el acceso y la regulación de los servicios pero no es necesariamente prestador de los mismos.

Como parte de esta reforma en la última década del siglo XX se difundieron los programas de medicina gerenciada, aplicados en los sistemas públicos de atención médica como en los seguros sociales y privados de atención de la salud, cuya meta se enfocaba en controlar el gasto insostenible que generaba la salud y subsanar de ese modo el déficit en la cobertura de los gastos de los grupos con menores recursos. Los crecientes costos de los sistemas de atención médica y la incorporación de las nuevas tecnologías de la información, fueron aspectos que entre otros llevaron a concretar el cambio forzado de la reforma.

Las nuevas modalidades de servicios incluyen prácticas médicas y empresariales que requieren del gerenciamiento de un conjunto de cuidados

programados, atento a las necesidades individuales del paciente. Para este modelo se cuenta con la medicina basada en la evidencia, con el uso de tecnologías de información para el diseño y la aplicación de registros automáticos de relevamiento procesamiento y análisis de datos producidos por su misma práctica.

En la década del 90 en nuestro país se instalaron progresivamente los cuidados gerenciados de la salud, bajo la tutela del principal financiador de la salud de Argentina Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, INSSJP, que dio inicio a una nueva modalidad de contratación capitada para la provisión de las prestaciones médicas para sus afiliados. La difusión de los programas se propagó e incorporó de manera precoz, en el año 1993 se estableció la obligatoriedad de aplicar un paquete de planes esenciales (PMO), no obstante este modelo también ha recibido críticas tales como que se ha restado importancia al control de calidad y al estudio de demandas de la población destinataria (Stocker et al 1999).

Cabe mencionar que las practicas que caracterizan al modelo prestacional en nuestro país son a) contratación por capitación, b) restricciones en la libre elección del médico y de prestadores, c) médicos generalistas como filtro restrictivo para el acceso de la consulta de especialistas de mayor complejidad, d) revisión de las indicaciones en los tratamientos. En tanto la implantación de registros automatizados es reciente y está vinculada con fundaciones o centros privados.

La estabilidad del modelo de medicina gerenciada actual se ve amenazada por aspectos como a) las instituciones y el equipo de profesionales médicos reciben presión para aminorar gastos b) entre los pacientes aumenta la convicción de que al estar enfermos y requerir de un tratamiento de alta complejidad, el servicio les negará el financiamiento.

Cuidados centrados en el paciente: Una nueva adecuación

En este contexto asoma el debate de priorizar los sistemas de salud, brindando la mejor atención posible. Surge una nueva adecuación al modelo ya instaurado, denominada “cuidados centrados en el paciente” (Van Etten; Drucker, 1998) en la práctica se puede entender que es una propuesta que incluye prácticas de cuidados gerenciados y atención médica especializada de alta complejidad según lo requiera el perfil de la enfermedad y la demanda del paciente.

Medir resultados en los Sistemas de Salud

Tanto los planes públicos como privados de medicina gerenciada aumentaron de forma desmesurada, y junto a este crecimiento se desató la competencia en mercados caracterizados. Esta globalización económica exige a las empresas del sector a brindar datos válidos y confiables acerca de la eficiencia y la efectividad de sus servicios con el mero propósito de integrarse con aceptables niveles de competitividad en el mercado global de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) proponen la puesta en práctica de análisis comparativos de los sistemas de atención médica con base en indicadores de desempeño de los prestadores y de resultados en términos de salud de las poblaciones. La OCDE (1998) propone un conjunto informativo básico para la comparación de los desempeños de sus países miembros.

Indicadores de desempeño de la calidad de la atención médica, OCDE⁸

- Tasas de morbilidad y mortalidad vinculadas a enfermedades evitables.
- Tasa de supervivencia posteriores a actos médicos.
- Tasa de intervenciones médicas exitosas en cuanto a mejoras de la salud en los pacientes
- Tasa de eventos adversos posteriores al tratamiento
- Tasas de satisfacción de los usuarios con el sistema de atención médica

⁸Redondo N, Salzman M, Dirección Nacional de estudios y documentación Dirección de estudios e Investigación.
Encuesta de Satisfacción a los usuarios de INSSJP Alcances e Inferencias. Serie Nro.2. Documento Nro.36 2000.

La OMS (2000) elaboró un marco metodológico para evaluar el desempeño de los sistemas de salud en los países a través de la comparación de cinco indicadores:

- Nivel Global de Salud de la población: esperanza de vida libre de discapacidad.
- Distribución de salud entre los distintos sectores de la población: tasas de mortalidad, de morbilidad, y esperanza de vida libre de discapacidad diferencial según estratos sociales y regiones.
- Nivel global de capacidad de respuesta del sistema de salud: a) accesibilidad b) disminución del gasto de bolsillo destinado al pago de servicios de salud.
- Distribución de la capacidad de respuesta del sistema de salud entre los distintos sectores de la población.
- Distribución de la carga financiera del sistema de salud entre los sectores de la población.

Es así como los sistemas públicos y privados de atención médica comenzaron a medir la calidad de las prestaciones y la eficiencia de las prácticas y servicios. Readequando la confección de registros para producir la información de manera continua y sistemática e implementando otras herramientas informativas que surjan de la necesidad de mejora en la gestión.

Indicadores

En la atención de servicio, los indicadores de calidad sirven de base para medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar la Institución, facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo. Por tal motivo, amén de la posibilidad del desarrollo de indicadores específicos a nivel local, la necesidad de indicadores de valor general ha sido y es una necesidad cada día más comprendida.

Un indicador por lo menos deberá cumplir al menos con cuatro características:

- *Validez*: debe reflejar el aspecto de la calidad para el que se creó o estableció y no otro.
- *Confiabilidad*: debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.
- *Comprensibilidad*: debe comprenderse fácilmente qué aspecto de la calidad pretende reflejar.
- *Sencillez*: debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar.

El desarrollo y utilización de indicadores deberá además sustentarse sobre buenos sistemas de información. Es decir que habrá que tener en cuenta cuestiones como: la fuente de datos, las características de los recolectores o la necesidad de velar por la confidencialidad de datos sobre los pacientes.

Tipos de indicadores

Donabedian fue el primero en plantear que los métodos para evaluar calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados⁹. Este enfoque se mantiene hoy y suele ser el *leitmotiv* de los trabajos que abordan el problema de la monitorización de la calidad de la atención sanitaria.

De manera general, los indicadores de calidad de la estructura, o indicadores de estructura, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos, los indicadores de la calidad del proceso o indicadores de proceso miden, de forma directa o indirecta, la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente y los indicadores basados en resultados o indicadores de resultados miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención.

También se utilizan indicadores que miden sobre todo la eficiencia y que resultan complemento obligado de los indicadores de calidad.

No existe una lista específica de indicadores trazadores sino que éstos se han de establecer en el lugar y momento apropiados.

⁹Donabedian A. Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? *Milbank Mem Fund Quart* 1986; 44:167-70

Sistemas de información basados en los usuarios: Encuestas.

Una de las primeras medidas aplicadas con ideal de mejora del desempeño de los servicios de salud es el diseño y la promulgación de sistemas de información orientados particularmente al revelado, procesado y análisis de la percepción y las demandas de los usuarios respecto de las prestaciones que se les proporcionan. Es así como las encuestas de satisfacción cobran importancia en este punto, permitiendo además que los usuarios valoren tanto el servicio recibido como muchos de sus componentes o características concretas.

Algunos aspectos conceptuales

La satisfacción

La satisfacción del usuario es el grado en que la atención prestada cumple con sus necesidades y expectativas; resulta de la diferencia entre lo que el usuario espera recibir de la atención y la percepción del servicio que recibió. El concepto de necesidad cobra un sentido subjetivo, siendo algo requerido por el individuo que lo motiva a conseguirlo. La necesidad de salud es innata, ligada a la naturaleza y al organismo; la necesidad se relaciona con la percepción que tiene cada persona respecto a su estado de salud, que puede no coincidir con la visión que otro individuo tenga de ella. Esta necesidad puede o no convertirse en demanda y dar lugar a la búsqueda de atención de la salud.

*Donabedian*¹⁰ una de las personas más reconocidas en este campo señalaba: “la satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente que son asuntos en los que éste es la autoridad última”.

¹⁰Donabedian A. Una exploración conceptual. En: La calidad de la atención médica. La Prensa Médica Mexicana Méjico DF:1982 p. 1-39

En el transcurso de esta búsqueda de atención, el usuario establece vínculos con el personal que lo atiende, genera esperanzas, frustraciones, soluciona o no el problema por el cual acude al servicio. Sin embargo puede no solucionar su problema y estar satisfecho con el servicio que recibió o al contrario superar su problema y estar disconforme con el servicio. La expectativa que presenta cada usuario es también única y está sujeta a cambios durante el proceso de búsqueda de atención de salud.

La satisfacción y el bienestar subjetivo

El Sistema Nacional de Salud tiene como fin primordial el bienestar de la población y su estado saludable. En la sociedad existen miembros que viven en un estado de enfermedad física o mental, éstos, tiene menos bienes relacionales, baja de productividad, aumento de gastos, y variaciones en el rendimiento económico, como consecuencia de ello pero sobre todo disminución del bienestar subjetivo, la satisfacción y la felicidad. De ahí que el estudio de la relación entre la atención médica y la evaluación que las personas realizan sobre su propia circunstancia en el encuentro con las instituciones de salud, sea de interés para comprender algunas de las necesidades de ciertos grupos de la población.

Existen diversas razones para quienes miden el progreso organizaciones mundiales como la OCDE¹¹, las Naciones Unidas¹², la CEPAL¹³, el BID¹⁴, así como organismos nacionales como el INEGI¹⁵ y el Foro Consultivo Científico y Tecnológico¹⁶, el Conacyt, universidades públicas y privadas, entre otros, a replantear la importancia de medir la satisfacción y la forma en que lo han hecho hasta ahora.

¹¹Compendium of OECD Well Being Indicators. 2011. <http://www.oecd.org/dataoecd/4/31/47917288.pdf>

¹²United Nations Development Programme.(2010). Human Development Report. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development. United Nations. New York.

¹³Bárcena, A. (coord.) (2010). La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir. Documento de la CEPAL, ONU. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/39710/100604_2010-114-SES.33-3_La_hora_de_la_igualdad_doc_completo.pdf

¹⁴Lora, Eduardo, (coord.) (2008). *Calidad de vida más allá de los hechos*, Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Fondo de Cultura Económica.

¹⁵Realidad, Datos y Espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2011; 2(1)

¹⁶Rojas, M. (coord.) (2011). La medición del progreso y del bienestar. Propuestas desde América Latina. México: Foro Consultivo Científico y Tecnológico.

Calidad

La calidad de la atención médica ha sido definida de diversas maneras que en mucho dependen del contexto concreto en que el término quiera emplearse.

En 1980, *Donabedian*, , define una atención de alta calidad como “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”. *Donabedian* se ha referido también a las múltiples facetas del concepto de calidad: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social y ha profundizado en las relaciones entre cantidad y calidad y entre beneficios y riesgos. Considera que una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible, pero que, en el manejo de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como “el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”.

*Luft y Hunt*¹⁷ definen la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”.

*De Geyndt*¹⁸ señala que el concepto de atención médica o atención sanitaria es multidimensional y que esto explica la existencia de tantas definiciones y formas para evaluarla.

Parece obvio que es imposible arribar a una definición universalmente aplicable de calidad de la atención médica y que, amén de las similitudes y concordancias que puedan existir entre todas las definiciones, habrá que introducirle al concepto en cada caso el carácter local que irremediablemente tiene.

¹⁷Luft HS, Hunt SS. Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. JAMA, 1986; 255:2780

¹⁸De Geyndt W. Managing the Quality of Health Care in Developing Countries.1994.(World Bank Technical Papers No. 258)

¹⁹Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concept. SocSci Med 1997;45 (12).

¿Usuario, cliente, consumidor o paciente?

Así como es importante aclarar qué se entiende por satisfacción, también lo es saber con precisión a quién se refiere. En la bibliografía consultada se encuentran cuatro formas de denominar al sujeto que acude a las instituciones de salud, estas formas son: usuario, cliente, paciente, consumidor.

En particular, y según el autor Fitzpatrick¹⁹ el término “satisfacción del paciente” exige especificar el referente del término “paciente”, y aclarar cómo se diferencia este último respecto de otras denominaciones.

“Cliente”, según observa Wassergug²⁰ fue reemplazado en los Estados Unidos por el término “consumidor”, debido a que la ideología del consumismo, de la cual formaba parte, no se aproximaba a la naturaleza de la relación médico-paciente o de la relación servicios de atención médica-paciente.

Al mismo tiempo el término “consumidor” fue criticado en el Reino Unido, porque se lo entendía como un concepto vinculado al sector comercial. Desde otro punto de vista, el uso de este término dignifica la relación profesional-paciente, en la medida en que evita que el término “paciente” se ligue con su uso tradicional de impotencia o subordinación al médico.

En tanto que “Usuario” y “cliente” son utilizados mayoritariamente en las áreas de los servicios sociales y de la salud comunitaria, con el propósito de concluir con la referencia a un sujeto pasivo y dependiente. Del mismo modo ocurre en la atención primaria de la salud, en donde esos términos predominan, y hay una fuerte resistencia a utilizar el término “consumidor”.

²⁰Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concept. SocSciMed 1997; 45 (12).

Claramente a pesar de la terminología utilizada, los autores coinciden en que al evaluar los servicios requieren de las expresiones del paciente²¹, ser humano que sufre el dolor o el malestar, pero que tiene derechos a la atención y a la salud. En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud. Es un ser humano, que además de tener derecho a la atención y a la salud, también tiene el derecho a ausentarse de sus actividades habituales y responsabilidades, tal como lo obliga, en cumplimiento de las recomendaciones médicas, el cuidado de la enfermedad.

Se puede decir, entonces, que aquel sujeto que acude diariamente a las instituciones de salud en espera de algo, es alguien que como paciente sufre la enfermedad y solicita el cuidado. No obstante, frente a cualquier consideración de realidades como el mercado, deberían, solícitamente, procurarle el cuidado que puedan, de la manera más satisfactoria posible.

La contribución del usuario

La satisfacción puede influir en: los servicios sanitarios ya que es un proceso relacionado con diversos factores basados en experiencias previas, factores culturales, sociales, estilos de vida y su mediación se utiliza además de evaluar el modelo de atención y comunicación, como una oportunidad para introducir mejoras en el servicio y adaptarlas a las necesidades del paciente.

Los usuarios pueden evaluar la calidad del servicio expresando su satisfacción o insatisfacción, en algún aspecto o en todo el servicio, proporcionando información útil sobre las experiencias en el servicio recibido.

²¹(Del lat. *patiēns*, *-entis*, part. act. de *pati*, padecer, sufrir). Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica.

Es así como en la actualidad, el usuario ha adquirido un rol activo, aumentando su papel en las decisiones sanitarias, actuando como co-productor del servicio, ya que se considera tanto al médico como al paciente participantes activos del servicio; es decir que la atención sanitaria requiere de la combinación de la contribución del usuario y del prestador de servicio.

A los fines del estudio dentro de los múltiples aspectos que se deben tener en cuenta a los fines de conocer el grado de satisfacción del usuarios del PAMI en relación al tiempo de demora que tardan en recibir los servicios, de dos ciudades cercanas a la capital de la provincia de Neuquén. Año 2013, por lo que se ha decidido tener en cuenta los mencionados a continuación:

Datos personales de la persona que responde la encuesta: edad, sexo, residencia actual, grado de instrucción académica.

Porcentajes de respuestas de personas/usuarios que utilizaron los servicios del INSSJP

- Tiempos de demora para acceder a las prestaciones.
- Tiempos de demora para acceder a la consulta del médico de cabecera.
- Tiempos de demora para acceder a la Emisión de Recetas del médico de Cabecera.
- Tiempos de demora para adquirir los Medicamentos.
- Tiempos de demora para acceder a la consulta de Médicos Especialistas.

Calidad percibida

La calidad percibida corresponde a la valoración global de los servicios o productos recibidos, esta puede ser consciente ó inconsciente, y va a determinar la actitud del usuario hacia el prestador ó proveedor, relacionados con la fidelidad, la transmisión de la imagen de la empresa entre otras.

Involucra sensaciones que tienen que ver con las características del producto ó servicio (atributos intrínsecos), el trato personal, el trato comercial en relación a bienes tangibles y la relación entre la satisfacción obtenida y el precio pagado.(Cuadernos técnicos/Servicios de Calidad 2004).

Siendo entonces una percepción de tipo personal y subjetiva, en función de las características inherentes a los servicios, el usuario ocupa el eje del sistema, convirtiéndose en juez de la gestión, no solo receptor del servicio. No se valora únicamente el resultado final obtenido, sino que toman en consideración todo el proceso de recepción del mismo, el entorno, etc.

Los criterios relevantes en la evaluación de la calidad de un servicio son los que los usuarios establecen (Zeithaml, Parasuraman y Berry 1993).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de satisfacción de usuarios del PAMI en relación al tiempo de demora que demoran en recibir los servicios, de dos ciudades cercanas a la capital de la provincia de Neuquén.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Conocer cuáles fueron los servicios más utilizados por los usuarios. Identificar cuál de las áreas fue más utilizada.
- Saber los motivos por los cuales los beneficiarios no acudieron a los servicios prestados de salud.
- Conocer la opinión de los usuarios respecto a su conformidad en relación a el tiempo de espera

4. METODOLOGÍA

Materiales y Método: Para llevar a cabo este trabajo se tomó como universo la población afiliada al servicio, de dos localidades cercanas a la capital de la provincia de Neuquén, y una muestra de 625 individuos. Se han tomado estas dos localidades basadas en un criterio metodológico destinado a garantizar la mejor representación de los sub-universos, por tal razón no coinciden necesariamente con las áreas geográficas asignadas a las sucursales del PAMI.

El tipo de estudio exploratorio-descriptivo, se concretó utilizando como instrumento de medición encuestas de respuesta cerradas, llevadas a cabo posterior a la visita del afiliado al INSJJP a la oficina con sede en la ciudad de Neuquén. En el diseño de la presente encuesta, para la elaboración de las secciones y preguntas que en ella están contenidas, se ha tenido en consideración la correlación de éstas con las dimensiones de la calidad y los correspondientes atributos y estándares establecidos para el servicio.

La encuesta desarrollada contiene preguntas, de fácil comprensión y aplicación direccionadas para la captura de los datos más relevantes sobre la percepción de los usuarios, con énfasis en el tiempo de demora para acceder a las prestaciones que el servicio ofrece.

La información demográfica y socioeconómica que se relevó acerca de los afiliados fue: a) sexo b) edad c) máximo nivel de instrucción alcanzado.

Proceso de validación: Una vez diseñado el borrador definitivo, es decir, una vez delimitada la información, formuladas las preguntas, definido el número de ellas que se incluye en la encuesta y ordenadas las preguntas, se llevó a cabo la realización de la prueba piloto. En la Prueba piloto, se pasó el borrador de encuesta a 30 personas. Este pre-test permitió identificar:

- Tipos de preguntas más adecuadas.
- Si el enunciado era correcto y comprensible, y si las preguntas tienen la extensión adecuada.
- Si era correcta la categorización de las respuestas.
- Si existía rechazo hacia algunas preguntas.
- Si el ordenamiento interno era lógico; si la duración está dentro de lo aceptable por los encuestados.

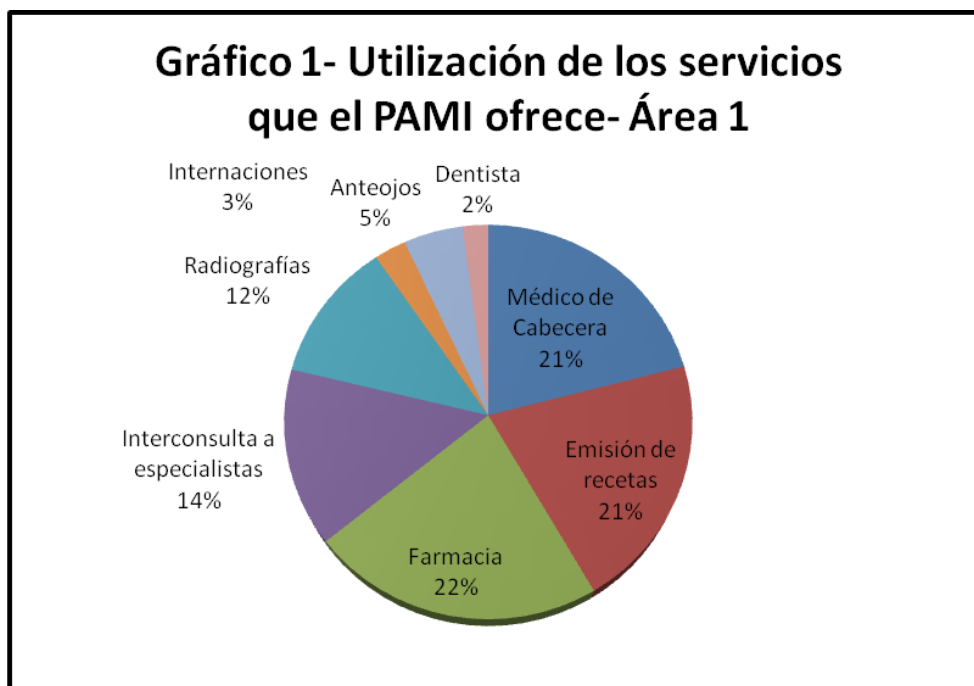
5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

5.1 Porcentajes de pacientes que utilizan los servicios del INSSJP

En las localidades estudiadas entre el 75.77 % y el 49.61 % de los encuestados indicó haber utilizado al menos una vez el servicio prestado por el INSSJP entre Marzo- Noviembre del 2013.

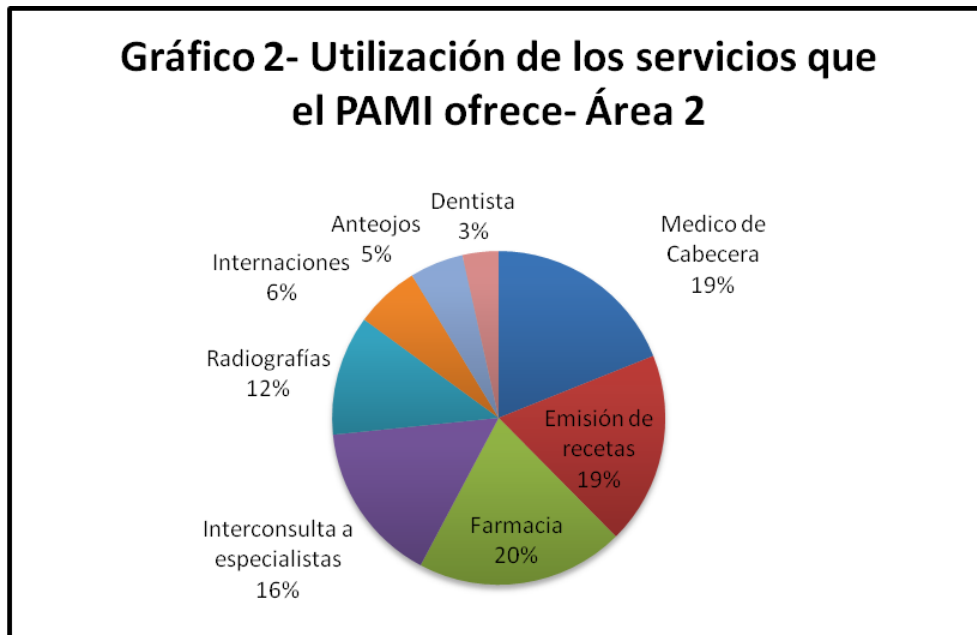
A continuación se exponen los datos relevados de las localidades según los porcentajes decrecientes de uso de al menos uno de los servicios mencionados en la encuesta.

Los porcentajes de afiliados al INSSJP que utilizaron a menos un servicio entre Marzo y Noviembre del 2013, por localidad, son: Área 1 y 2: 75.77 % y 49.61 % respectivamente.



FUENTE: Datos obtenidos en la encuesta

En los gráficos 1 y 2 se evidencia la utilización de los servicios que el PAMI ofrece a los afiliados de las dos localidades.



FUENTE: Datos obtenidos en la encuesta

En el análisis se puede distinguir, que para ambas localidades los servicios más demandados fueron compra de medicamentos farmacia y le siguen Médico de Cabecera y emisión de recetas. Disminuyendo el uso para las comprendidas en el llamado 2º nivel: las consultas a médicos especialistas e internación, radiografías y laboratorio; provisión de anteojos. El porcentaje de utilización más bajo se registra en el uso de odontología.

El Cuadro 1 muestra los porcentajes de afiliados que utilizaron y no utilizaron, en cada área, diferentes servicios seleccionados.

Cuadro1. Porcentaje (%) de afiliados al INSSJP que utilizaron o no utilizaron servicios entre Marzo y Noviembre de 2013, según Área.

	Área 1		Área 2	
	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
¿Utilizó alguno de estos servicios entre Marzo- Noviembre de 2013?				
a- ¿Médico de Cabecera?	86.72	13.28	78.12	21.88
b- ¿Emisión de recetas?	85.36	14.64	76.95	23.05
c- ¿Farmacia?	93.50	6.5	83.20	16.8
d- ¿Interconsulta a especialistas?	60.16	39.84	64.45	35.55
e- ¿Radiografías?	48.23	51.77	48.04	51.96
f- ¿Internaciones?	10.84	89.16	25.79	74.21
g- ¿Anteojos?	20.05	79.95	21.48	78.52
h- ¿Dentista?	8.68	91.32	14.46	85.54

El Área 2 evidencia menores porcentajes de utilización de servicios en lo que hace a médico de cabecera, emisión de recetas, farmacia y radiografía, pero las diferencias son pequeñas, se desconoce si son estadísticamente significativas, en cuanto a interconsulta a especialista y anteojos, la diferencia sería a favor del Área 2 pero es pequeña. La mayor relevancia se observa en las grandes diferencias en internaciones y dentista, en el cual los datos del Área 2, duplican a los del Área 1.

Los motivos por los cuales los afiliados no utilizaron las prestaciones del servicio fueron según manifestaciones de los afiliados: por haber gozado de buena salud, por haber utilizado medicina prepaga y por otros motivos ejemplo utilización del sistema público etc.

Cuadro 2. Motivos por los cuales no usó los servicios del INSSJP: distribución porcentual según localidad.

Motivo	Área 1	Área 2
TOTAL	100	100
Buena salud	10.30	28.50
Prepaga	29.00	33.60
Otros motivos	60.00	37.90

Es de suma importancia destacar el importante número de afiliados que no utilizaron el servicio de PAMI agrupados en la categoría “otros motivos” en donde se puede mencionar al sistema público u otras obras sociales o prestaciones privadas como motivos del mismo. Siendo la mayor proporción de no utilización de servicios en comparación con el Área 2 el Área 1 ya que el 60 % de los usuarios encuestados pertenecientes a la misma indicaron este segmento.

5.2 Tiempos de demora para acceder a las prestaciones y opinión de los usuarios ante esos plazos

La encuesta hizo referencia acerca de los tiempos de demora para acceder a cada una de las prestaciones ofrecidas por el servicio. Se solicitó a los encuestados que indiquen el tiempo que debieron esperar para obtener la prestación y posterior a esto su opinión sobre la adecuación o no del tiempo esperado. A continuación se presentan los promedios y la opinión de los usuarios acerca de lo adecuado, poco o excesivo que les resultaron dichos plazos.

5.2.1 Tiempos y opinión acerca de la demora para acceder a la consulta del Médico de cabecera, por área.

La prestación médica corresponde realizarla lo más temprana posible en relación a la aparición de los síntomas de patología, más aún en servicios de máxima calidad, antes aún de que los mismos se hagan evidentes.

Se presentan los promedios de tiempo (días) de cada localidad para obtener el turno de consulta con el médico de cabecera en relación con el tiempo promedio de espera en días para obtener turnos con el Médico de Cabecera

Para el Área 1 y 2 se encuestó un 3.2 y 6.1 días promedio.

Cuadro 3. Opinión acerca del tiempo de espera (en %) de Médico de Cabecera, por área según tipo de opinión.

	TOTAL	Poco	Adecuado	Excesivo	Ignorado
Área 1	100	18.70	50.40	19.24	11.66
Área 2	100	1.17	28.90	68.5	1.43

El promedio de tiempo de espera es mayor para el Área 2 casi en un 100 % con respecto a el Área 1.

La opinión de los usuarios respecto del tiempo de espera es consistente con el tiempo que manifestaron esperar. El Área 2 evidencia mayor proporción de opiniones desfavorables. En tanto que el Área 1 con menor plazo de espera, evidenció la mayor proporción de opiniones favorables. Indicando que el 18.70 % considera al tiempo poco, el 50.40 % indica que un promedio de 3.2 días es una demora adecuada para consultar al médico de cabecera, en tanto que un 19.24 % lo considera excesivo.

5.2.2 Tiempos y opinión acerca de la demora para acceder a la Emisión de Recetas del médico de cabecera, por área.

Cabe señalar que en el presente sistema de atención médica es usual y esta instaurado en los usuarios la solicitud de recetas al médico de cabecera para acceder a la compra de medicamentos con descuentos que la obra social imparte. Avalada esta práctica, legítimamente, en la necesidad de repetir las prescripciones en los casos de tratamientos prolongados, no obstante en algunos casos esto favorece la automedicación o una continuidad de la ingesta medicamentosa sin el debido control clínico. También es usual que afiliados que utilizan sus servicios de modo externo al PAMI, se acerquen al médico de cabecera de la obra social para la transcripción de las recetas.

Los datos de cada localidad para acceder a la Emisión de Recetas del médico de cabecera. Se describen en: Tiempo promedio de espera en días Para el Área 1 y para el Área 2 de 1.2 y 1.3 días, respectivamente.

Cuadro 4. Opinión acerca del tiempo de espera (en %) para conseguir la Emisión de Recetas, por área según tipo de opinión.

	TOTAL	Poco	Adecuado	Excesivo	Ignorado
Área 1	100	19.51	59.90	18.15	2.44
Área 2	100	21.50	18.00	59.80	0.70

Los usuarios manifiestan esperar poco más de un día para obtener la receta oficial del PAMI para comprar los medicamentos. Estos plazos son considerados por ambas localidades de modo casi opuesto. Para el Área 1 un 59.90 % considera el tiempo de espera adecuado para conseguir las recetas, en tanto que para el Área 2 considera en un 58.90 % de las opiniones manifestadas como excesiva la espera de 1.3 % para lograr obtener las recetas.

5.2.3 Tiempos y opinión acerca de la demora para conseguir los medicamentos, por área.

El PAMI actualmente cubre la compra de los medicamentos incluidos en el listado aprobado por la obra social y prescripta por los médicos del sistema con 30, 50, 80 y 100 % de descuento.

Resultando el Tiempo promedio de espera en días para conseguir los medicamentos para el área y1 y 2 respectivamente de 2.3 y 1.2 días.

Cuadro 5. Opinión acerca del tiempo de espera (en %) para conseguir los medicamentos

	TOTAL	Poco	Adecuado	Excesivo	Ignorado
Área 1	100	18.98	59.34	19.24	2.44
Área 2	100	21.09	18.35	58.98	1.58

Los usuarios manifiestan esperar entre 1, 2 y 3 día para obtener los medicamentos.

Se visualiza en este cuadro que los usuarios de la población Área 1 manifiestan un alto porcentaje de opinión favorable, considerando “adecuado” en un 59.34 % el tiempo de espera para conseguir los medicamentos. Mientras que el Área 2 manifiesta en un casi 60 % su disconformidad con este ítem. Lo consideran “excesivo” exactamente en un 58.98 % al tiempo de espera. En orden decreciente le sigue la opinión de “poco” en un 21.09 % y lo consideran “adecuado” un 18.35 % de los encuestados pertenecientes a este Área.

5.2.4 Tiempos y opinión acerca de la demora para acceder a la consulta de Médicos Especialistas, por área.

El segundo nivel de atención médica del PAMI refiere a la consulta ambulatoria a especialistas, entre ellos cardiólogos, ginecólogos, urólogos, entre los más demandados en la medicina geriátrica. A estos especialistas se accede por medio de una derivación del médico de cabecera.

El Tiempo promedio recolectado de espera, expresado en días para acceder a la consulta de Médicos Especialistas, por área, es de: 22.6 para el Área 1 y 25 para el Área 2.

Cuadro 6. Opinión acerca del tiempo de espera (en %) para acceder a la consulta de Médicos Especialistas, por área.

	TOTAL	Poco	Adecuado	Excesivo	Ignorado
Área 1	100	7.04	27.64	64.50	0.82
Área 2	100	10.55	29.30	59.76	0.39

Las encuestas revelan que el tiempo para obtener turno con especialistas es en ambos caso de más de 20 días. Para el Área 1 el promedio de tiempo de espera es de 22.6 días y 25 días para el Área 2.

Los encuestados de ambas áreas indicaron y opinan que es “excesivo” en un promedio mayor al 50 % lo que se espera para acceder al 2º nivel. Con un valor para el Área 1, de 64.50 % mayor con respecto al Área 2 cuyo resultado arroja un 59.76 %.

5.2.5 Tiempos y opinión acerca de la demora para acceder a los servicios de Radiología y Laboratorio, por área.

Los servicios de radiología y laboratorio del primer nivel de atención, se realizan en establecimientos que realizan las prácticas de apoyo diagnóstico de menor complejidad.

Para acceder a los servicios, de Radiología y Laboratorio, se expresa la información en días para las Áreas 1 y 2. De 2 días promedio para el Área 1 y 3.1 días promedio para el Área 2.

Cuadro 7. Opinión acerca del tiempo de espera (en %) para acceder a los servicios de Radiología y Laboratorio, por área.

	TOTAL	Poco	Adecuado	Excesivo	Ignorado
Área 1	100	17.34	39.02	43.36	0.28
Área 2	100	32.42	32.81	33.98	0.79

Los resultados acerca del tiempo de demora para acceder a estos servicios promedio, en el área es de 2 días y para el área 2 es de 3.1 días.

Los turnos de radiología y laboratorio evidencian menor proporción de queja que las referidas a las demoras en los especialistas.

Cerca del 40 % de los encuestados del Área 1 opinó que las demoras en el acceso a estos servicios resultó “excesiva”. Mientras que en el Área 2 sostuvieron y es evidente una homogeneidad en las opiniones propiciadas. Consideran que es “excesivo” un 33.98 % y que es “poco” el promedio de días que se espera para acceder a radiología y laboratorio comparten esta opinión un 32.42 % del total de los encuestados.

5.2.6 Tiempos y opinión acerca de la demora para obtener Anteojos, por área.

Las opiniones indican que los promedios para obtener los anteojos, son de 17.3 días y 19 días, promedio, para el área 1 y 2.

Cuadro 8. Opinión acerca del tiempo de espera (en %) para obtener Anteojos, por área.

	TOTAL	Poco	Adecuado	Excesivo	Ignorado
Área 1	100	14.63	54.74	30.35	0.28
Área 2	100	19.14	46.48	33.60	0.78

Alrededor del 30 % de los usuarios de ambas localidades encuestados opinó que el tiempo de espera era “excesivo”.

5.2.7 Tiempos y opinión acerca de la demora para conseguir turno con dentista, por área.

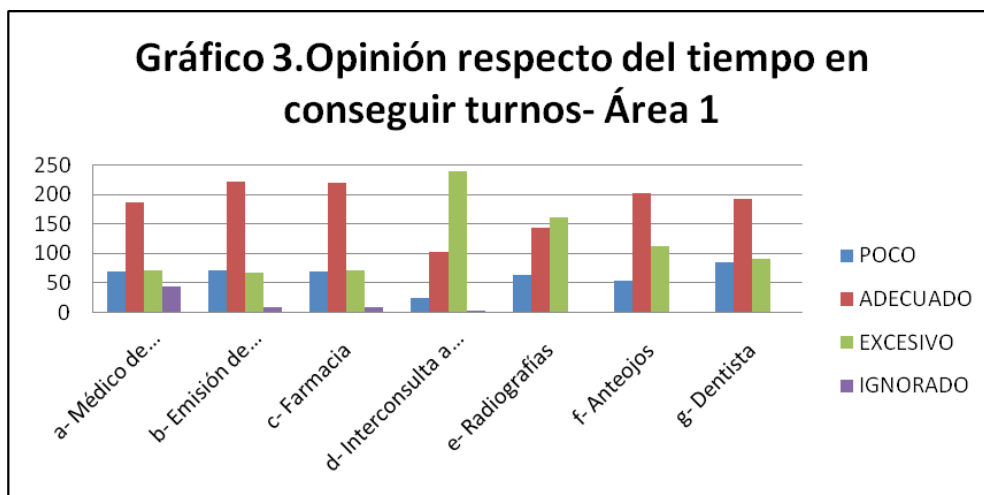
Las respuestas de los encuestados fueron variadas. El tiempo de espera promedio para ambas localidades es similar y es de 13.6 días y hasta 15.9 días promedio para obtener turnos con el dentista.

Cuadro 9. Opinión acerca del tiempo de espera (en %) para obtener turno con dentista, por área.

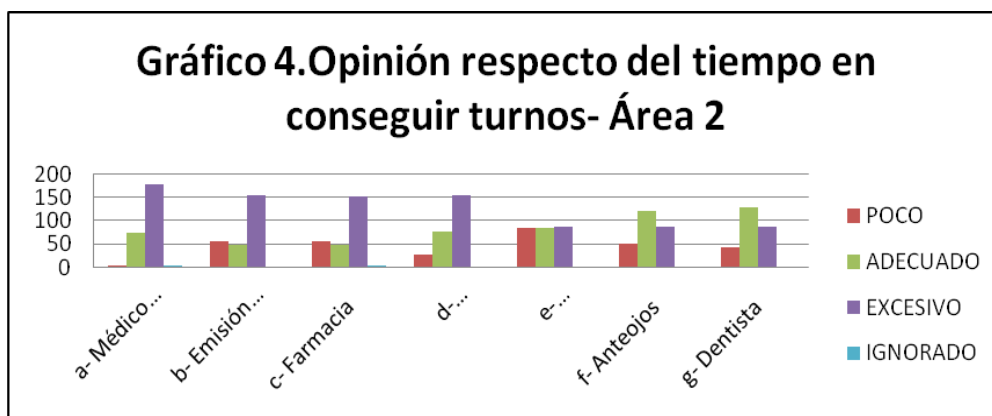
	TOTAL	Poco	Adecuado	Excesivo	Ignorado
Área 1	100	23.03	51.76	24.93	0.27
Área 2	100	16.01	49.60	33.98	0.39

Considerando el tiempo de espera para obtener turno para dentista los usuarios se manifiestan de una manera más favorable en ambas localidades, aproximadamente un 50 % opina que el tiempo es “adecuado”. Por otra parte la localidad 2 consideró más “excesivo” el tiempo de espera que la localidad 1, siendo sus respectivos valores 33.98 % y 24.93 %.

Para finalizar, a continuación se muestra en el gráfico 3 y 4 una síntesis de la opinión de los usuarios respecto de la demora para obtener turnos, por localidad-área.

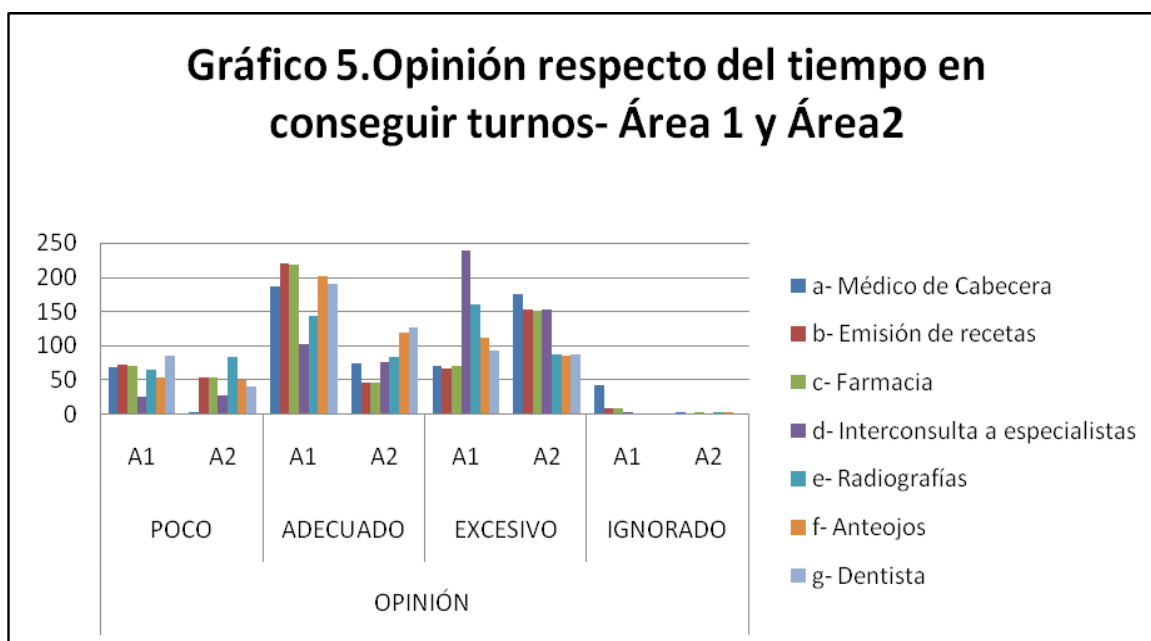


FUENTE: Datos obtenidos en la encuesta



FUENTE: Datos obtenidos en la encuesta

El gráfico 5 incluye ambas localidades y opinión respecto del tiempo en conseguir turnos.



FUENTE: Datos obtenidos en la encuesta

El gráfico permite la comparación de la opinión emitida por los usuarios del servicio, conforme a los plazos que esperan para acceder a las respectivas prestaciones. Siendo las interconsultas a especialistas del 2º nivel las que arrojan un mayor número de opiniones disconformes. Le siguen emisión de recetas y Farmacia, como opiniones no favorables.

Mientras que la emisión de recetas y farmacias resultan ser los servicios con opiniones tales como tiempo “adecuado” entre los encuestados de las dos localidades.

En el Área 2 no se distingue una brecha tan amplia como en el Área 1 entre conceptos como adecuados y excesivos se observan opiniones vertidas más homogéneas.

6. CONCLUSIÓN

La encuesta de opinión realizada a los usuarios acerca de las prestaciones que ofrece el servicio, resulta ser de significativa utilidad para valorar la perspectiva de estos. La muestra cabe mencionar estaba conformada por usuarios de ambos sexos, de un rango etario entre 60 y 75 años y su nivel de instrucción académica oscilaba entre nivel medio incompleto y primario completa. Sin perjuicio de las elevadas proporciones de respuestas no satisfactorias, sugerentes a priori de una notable disconformidad con la oferta dada, el instrumento puso en evidencia su sensibilidad para captar opiniones diferenciadas entre los distintos tipos de servicios considerados y en cada una de las áreas estudiadas.

La fiabilidad de los resultados deriva del tipo y el tamaño de la muestra definida, de la rigurosidad de la metodología de investigación y de la precisión del operativo en terreno.

Los afiliados optaron por una serie de sugerencias para mejorar los servicios del PAMI, la mayor proporción opinó que el aspecto más importante a considerar es la reducción de los tiempos de demora en los turnos de las consultas de médicos especialistas.

A modo de síntesis, de las dos áreas estudiadas se revela que la que resulta con mayor disconformidad es la denominada Área 2, en relación al Área 1, referido al acceso a Médico de Cabecera, Emisión de recetas, y acceso de Medicamentos. Mientras que ambas áreas, tanto 1 como 2, coinciden en que es excesivo el tiempo de espera para acceder a otros tres servicios analizados, siendo estos: acceso a Médico especialista, acceso a radiología y laboratorio; y por último anteojos.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Arcajo W. La accesibilidad y la satisfacción de los usuarios de Pami en la atención ambulatoria con médicos de cabecera de la ciudad de General Roca. 2009. 2010; 1(1):[24 páginas] Edición on line disponible en: http://www.calidadensalud.org.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=107&Itemid=83. Consultada el 10 de Octubre de 2012.
2. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre utilización de Servicios de Salud: Revisión y Análisis. Salud Pública de México 1992; vol. 34 núm. 1, pp. 36-49.
3. Bárcena, A. La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir. Documentode la CEPAL, ONU. Edición on-line disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/39710/100604_2010-114-SES.333_La_hora_de_la_igualdad_doc_completo.pdf. Consultada el 12 de Octubre de 2010.
4. CEPAL. Magnitud de la pobreza en la América Latina en los años 80. Santiago de Chile. Estudios e Informes de la CEPAL, 1991. Accesible en URL:<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/33387/lcl2840p.pdf>. Consultada el 10 de Septiembre de 2013.
5. Donabedian A. Aspectos de Administración de la Atención Médica Fondo de Cultura Económica. 1º Edición en Español, México 1987; vol. 1 núm. 1pp. 34-38.
6. Donabedian A. Garantía y Monitoría de Calidad de la Atención Médica. Un texto Introductorio. Núm. 10. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990.
7. Duque E. Revisión del Concepto de Calidad del Servicio y sus Modelos de Medición. INNOVAR. 2005. Vol. 15, (25):64-80.

8. Hernández S. R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la Investigación. Segunda Edición. México, D.F.: Mc Graw Hill Interamericana;1998.
9. Infante, C. C. Insatisfacción delos pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. Fondo sectorial de Salud Conacyt. Universidad Nacional de México; 2006.
10. López, J. El Marco Común de la Evaluación. Dirección General de Inspección, Simplificación y Calidad de los Servicios. Seminario Una Metodología Europea de autoevaluación para mejorar las Organizaciones Públicas. España 2003.
11. Larrosa, B. J. La experiencia y sus lenguajes, Conferencia dictada en serie de Encuentros y Seminarios. Barcelona: Departamento de Teoría e Historia de la Educación.2003.
12. Rojas M. El bienestar subjetivo: su contribución a la apreciación y la consecución del progreso y el bienestar humano. R.I.E.G. 2011. Vol. 2 (1):1- 193.
13. Masuet A. M. La calidad de la atención médica ambulatoria en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, de la Ciudad de Córdoba. [Tesis]. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba.2010.

8. ANEXOS

CUESTIONARIO

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Número de encuesta: _____

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Buenas, estamos haciendo un estudio con los usuarios para conocer mejor sus necesidades y su opinión sobre el servicio que reciben. Sus respuestas son confidenciales, así que le agradecemos su colaboración y la mayor sinceridad posible.

Marque con una cruz en el casillero correspondiente.

Parte I: Aspectos Generales

¿Cuál es su edad? _____

Sexo: M F

¿En dónde vive? Procedencia _____

¿Cuál es su Grado de Instrucción?:

Analfabeto

Primaria

Secundaria

Universitaria

Parte II: Porcentaje de utilización

	¿Utilizó alguno de estos servicio?		¿Sabía que existían?	
	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
a- Médico de Cabecera				
b- Emisión de recetas				
c- Farmacia				
d- Interconsulta a especialistas				
e- Radiografías				
f- Internaciones				
g- Anteojos				
h- Dentista				

Parte III: Tiempos de demoras para acceder a las prestaciones y opinión de los usuarios ante esos plazos

	Tiempo de demora para acceder	Opinión		
Prestaciones	<i>Días</i>	<i>Poco</i>	<i>Adecuado</i>	<i>Excesivo</i>
a- Médico de Cabecera				
b- Emisión de recetas				
c- Farmacia				
d- Interconsulta a especialistas				
e- Radiografías				
f- Internaciones				
g- Anteojos				
h- Dentista				