



**FACULTAD CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
ESCUELA DE AUDITORÍA**

**“PROPUESTA DE MEJORA DEL SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE  
HORAS MÉDICAS DEL CESFAM GRANJA SUR.”**

**Tesis para optar al título de Contador Público Auditor  
y al Grado de Licenciado en Sistemas de Información Financiera  
y Control de Gestión.**

**Tesista: Valeria Vanessa Márquez Velásquez**

**Profesor(a) Guía: Orlando Campillay Alarcón**

**Santiago, Diciembre de 2015.**

## RESUMEN

En la actualidad, la salud es una de las principales preocupación tanto a nivel país como a nivel mundial. Chile, en busca de asegurar protección a la salud de todos sus habitantes es que deja sobre las Municipalidades la responsabilidad de cumplir con dicho objetivo, las cuales por medio de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) buscan su cumplimiento. Uno de estos centros es el CESFAM Granja Sur de la comuna de La Granja, sobre el cual se desarrolla esta investigación.

El centro en estudio ha recibido varias quejas debido al sistema de asignación de horas médicas, el cual se cree por parte de la administración no está respondiendo a la gran cantidad de gente que es atendida a diario en las instalaciones, lo cual causa problemas no solo para los usuarios sino que también para los funcionarios del centro. El objetivo es poder optimizar dicho selector de demanda, basándose en una encuesta de satisfacción realizada a los usuarios, para esto se utilizarán el enfoque de la investigación mixto, de alcance exploratorio y descriptivo.

En base al análisis que se realizará, se espera poder entregar una variedad de propuestas que optimice el sistema de asignación de horas del CESFAM, el cual pueda ser aplicado por el centro sin inconvenientes de ningún tipo, beneficiando así a gran parte de sus usuarios y funcionarios. Se espera que esta propuesta pueda ser aplicada por otros centros de salud que tengan los mismos problemas que este CESFAM, ya sean dentro de la misma comuna o fuera de ella.

# ÍNDICE.

	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMEN</b> .....	2
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	5
- Marco Administrativo.....	5
-Gestión orientada al valor del usuario.....	5
-Marketing relacional.....	5
-Orientación al valor del cliente.....	7
-Satisfacción de cliente. ....	10
-Modelos de la calidad del servicio.....	13
-Marco Global de Salud.....	19
-Evolucionen materia de salud.....	19
-Plan de salud comunal de la Granja y legislaciones.....	20
-CESFAM Granja sur.....	22
<b>PROBLEMA</b> .....	23
<b>OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	24
<b>METODOLOGÍA</b> .....	25
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	27
<b>CONCLUSIONES</b> .....	45
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	47
<b>ANEXOS</b> .....	51
-N° 1 Resumen publicaciones Minsal.....	51

	<b>PÁG.</b>
-N° 2 Entrevista selector de demanda.....	64
-N°3 Entrevista Centro de Salud La Granja.....	66
-N°4 Entrevista Centro de Salud Dr. Miguel Concha de Quillota.....	68
-N°5 Entrevista CESFAM Talcahuano Sur.....	71
-N°6 Entrevista CESFAM Granja Sur.....	73
-N°7 Encuesta usuarios.....	75
-N°8 Resultado de encuesta usuaria.....	78
-N°9 Cuadro resumen de figuras.....	79

## **MARCO TEÓRICO**

El presente marco teórico se divide en dos partes consideradas relevantes para la investigación, por un lado está el marco de la salud con el fin de conocer donde se contextualiza los servicios prestados de un CESFAM y el marco administrativo, ya que el tema de asignación de horas es de esa área.

### **1. MARCO ADMINISTRATIVO.**

#### **1.1. GESTIÓN ORIENTADA AL VALOR DEL USUARIO.**

Las empresas que asumen el concepto de marketing deben orientar sus esfuerzos hacia la satisfacción de las necesidades de los clientes como el objetivo prioritario de la organización. Ello supone que la empresa ha de realizar un esfuerzo para definir e implantar una cultura de orientación al mercado, donde todos los integrantes de la empresa, y no únicamente el departamento de marketing, gestionen sus recursos y tomen decisiones estratégicas con un enfoque orientado al mercado y al valor del usuario.(Cobo, 2007)

Se entiende por orientación al mercado el esfuerzo de las empresas para conocer y comprender las necesidades, deseos y comportamientos de sus clientes potenciales; esfuerzo que se complementa con la observación de las actuaciones emprendidas por la competencia (Vázquez y Trespalacios, 1998, p.33). Recuperado de Cobo, 2007.

#### **1.2. MARKETING RELACIONAL.**

Para seguir siendo competitivas, las organizaciones deben constantemente ampliar o mejorar su paquete de valor agregado y deben entablar fuertes relaciones con sus mejores clientes. Esta es la clave del marketing de relaciones. (Kotler. 2012)

En el marketing relacional, lo importante no solo son las ventas, sino que también el cliente, se busca fidelizar al cliente y conseguir que vuelva de nuevo, a diferencia del marketing tradicional que busca un intercambio económico, el marketing relacional busca un intercambio de valor.

Dentro de una variedad de principios, se resumen en:

-Información basada en construir una base de datos fiable sobre los clientes.

- Invertir en los mejores clientes.
- Individualizar o personalizar las ofertas y las comunicaciones.
- Interaccionar de manera sistemática con los clientes.
- Integrar o incorporar a los clientes en el proceso de creación de valor.
- Tener la interacción de crear una relación única y distinta con cada cliente, capaz de diferenciar a un proveedor de sus competidores.

### **1.2.1. BASE DE DATOS.**

La gestión de base de datos maneja todos los clientes tanto actuales como potenciales de la empresa, permitiendo a la empresa por un lado, definir su mercado y su historia y por el otro, adecuarse a las distintas etapas y características de la relación con el cliente, distinguiéndose tres fases: consecución de clientes; fidelización de clientes, explotación de la relación y recuperación de clientes perdidos que son valiosos para el negocio.

Del análisis bibliográfico de Lourdes y Vega (2008), se enfatiza:

Es fundamental diferenciar a los distintos clientes que la empresa debe atender a lo largo del proceso de creación de valor para el cliente. Así como también, que exista el apoyo por parte de cada uno de los socios en cada etapa del proceso, desde los trabajadores, incluyendo a los proveedores, e incluso a los accionistas. Para ello; la empresa debe entregar un servicio de calidad, puesto que es clave en el proceso de fidelización de los clientes. La calidad del servicio debe ser entendida desde la perspectiva de la percepción del cliente sobre el servicio y no por las características intrínsecas del servicio ofrecido.

Es importante considerar la variable calidad de servicio ya que ésta se traduce en un mayor o menor grado de satisfacción del cliente en función de las expectativas previamente generadas por éste. La característica que posee la calidad de servicio es clave ya que puede utilizarse como herramienta competitiva de manera de diferenciarse de la competencia.

Otro de los aspectos que deben ser considerados, son los siguientes:

- Segmentos o grupos de clientes con características comunes que permiten establecer el plan de marketing ad-hoc a sus necesidades.

-Ciclo de vida o etapas de la vida del cliente. Permite flexibilizar oferta acorde a las características y necesidades.

-Fases de la venta. Recoge la etapa de una relación concreta entre la empresa y el cliente.

Además se debe considerar la lealtad de los clientes, considerando todas las herramientas que se encuentran al alcance de la empresa que le permiten cuidar de la base de clientes, de manera de optimizar la duración del cliente en la empresa con su rentabilidad temporal.

### **1.3. ORIENTACIÓN AL VALOR DEL CLIENTE.**

Según Martha Alles, en Diccionario de comportamientos, p.76, implica un deseo de ayudar o servir a los clientes, de comprender y satisfacer sus necesidades, aun aquellas no expresadas. Implica esforzarse por conocer y resolver los problemas tanto del cliente final a quien van dirigidos los esfuerzos de la empresa, como de los clientes de los propios clientes y todo aquellos que cooperen en la relación empresa-cliente, como el personal ajeno a la organización.

#### **1.3.1. VALOR PARA EL CLIENTE.**

Nace de las percepciones del cliente sobre lo que entrega y lo que recibe, considerando todos los elementos que deben tenerse en cuenta al momento de valorar un producto, es la relación entre el beneficio funcional y emocional percibido por el cliente y el costo monetario y no monetario percibido por el cliente.

Michael Porter define el valor para el cliente a través de dos componentes, el Valor de Uso y la Señal de Valor. El Valor de Uso se desarrolla a través del aumento del desempeño del producto o servicio para el cliente, o reduciendo el costo para este. La Señal de Valor se obtiene por medio de influir a través de la comunicación en la percepción del cliente. Recuperado de Cueto, 2012.

El criterio de señalamiento es importante debido a que se puede dar el caso en que un producto o servicio con mayor valor objetivo a otro, tenga menor valor percibido a este, debido a su mala o deficiente Señal de Valor. (Cueto 2012).

Por consiguiente no solo hay que gestionar el valor percibido de un producto o servicio por medio del valor de uso (beneficios y costos) y la señal de valor, sino también gestionar las expectativas de los clientes y consumidores. (Cueto, 2012).

### **1.3.2. VALOR DEL TIEMPO DE VIDA DEL CLIENTE.**

El valor de tiempo de vida del cliente se define como el valor vitalicio o valor potencial del consumidor. Dicho concepto se refiere al recorrido o potencial del cliente, en términos de rentabilidad o valor, que puede proporcionar a la organización, mientras permanezca como cliente.

El interés del concepto radica en que su cálculo permite conocer la rentabilidad futura que puede proporcionar a la compañía, y por lo tanto, determinar cuán valioso es el cliente para la organización. Por otra parte, el valor de la cartera de clientes considera a toda la base de clientes, actuales y potenciales, como un proyecto de inversión, teniendo en cuenta factores como la habilidad de la empresa para retenerlos e incrementar sus ingresos a lo largo del tiempo. (Lourdes y Vega, 2008).

La empresa debe adoptar estrategias de marketing que permitan alcanzar toda la rentabilidad futura prevista, racionalizando el esfuerzo comercial de acuerdo al valor del cliente.

Los clientes leales generan más utilidad por operación con cada año que sigan con la empresa. Cuanto más tiempo esté, más barato y rentable es hacer negocios con un cliente recurrente.

### **1.3.3. ESTRATEGIA DE RELACIÓN CON LOS CLIENTES.**

La gestión de relaciones con el cliente o CRM (en inglés CRM por Customer Relationship Management) tiene la intención de proveer soluciones tecnológicas que permitan fortalecer la comunicación entre la empresa y sus clientes para mejorar las relaciones con la clientela a través de la automatización de los distintos componentes de la relación con el cliente, estas son: la preventa, la venta, gestión de servicio al cliente y la postventa. (Carrasco, 2014. P. 136)

El propósito de la CRM es mejorar la proximidad con los clientes para responder a sus necesidades y convertirlos en clientes leales. Por lo tanto, un proyecto de CRM debe

proveer a cada sector de la empresa el acceso al sistema de información para poder conocer mejor al cliente y proporcionarle los productos y servicios que satisfagan sus expectativas de la mejor manera posible. (Kioskea, 2014)

La Asociación Española de Marketing Relacional (AEMR), define “CRM es el conjunto de estrategias de negocio, marketing, comunicación e infraestructuras tecnológicas, diseñadas con el objetivo de construir una relación duradera con los clientes, identificando, comprendiendo y satisfaciendo sus necesidades. CRM va más allá del marketing de relación, es un concepto más amplio, es una actitud ante los clientes y ante la propia organización, que se apoya en procesos multicanal (teléfono, Internet, correo, fuerza de ventas...) para crear y añadir valor a la empresa y a sus clientes”.

El CRM es una estrategia que permite a las empresas identificar, atraer y retener a sus clientes, además de ayudarles a incrementar la satisfacción de éstos y a optimizar así la rentabilidad de sus negocios. Hablamos, por tanto, de CRM como estrategia, lo que implica no sólo disponer del software adecuado que permita gestionar las relaciones con los clientes, sino que además, supone un cambio en los procesos de la empresa y la involucración de todos los empleados de la misma para que esta estrategia tenga éxito. (Amaya, P. 300)

Bajo este concepto, es bueno profundizar, que las tres palabras del CRM, implican mucho más que lo mencionado. El CRM, incluye los siguientes componentes, según Barton Goldenberger:

- 1) Funcionalidad de las ventas y su administración.
- 2) El Telemarketing.
- 3) El manejo del tiempo.
- 4) El servicio y soporte al cliente.
- 5) El Marketing.
- 6) El manejo de la información para ejecutivos.
- 7) La integración con el ERP (Enterprise Resource Planning).

8) La excelente sincronización de datos.

9) El e-commerce

10) El servicio en el campo de ventas.

#### **1.4. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.**

Según Badia, la satisfacción del cliente hace referencia a la satisfacción que tiene un cliente respecto a un producto que ha comprado o un servicio que ha recibido, cuando este ha cumplido o sobrepasado sus expectativas.

Hay que tener en cuenta que la satisfacción del cliente no depende exclusivamente del producto o servicio, sino también de dos factores: la percepción que le cliente tenga y su expectativas. (Crece negocios, 2011)

La percepción que un cliente puede tener de un producto puede estar basada en sus necesidades, sus preferencias, sus gustos, su estado de ánimo, las opiniones de otras personas, etc.

Las expectativas que un cliente puede tener de un producto están basadas en lo ofrecido o prometido por la empresa, sus experiencias con comprar similares, los productos o servicios de la competencia, las opiniones de otras personas, etc. (Crece negocios, 2011)

La satisfacción presenta una estructura que tiene un carácter netamente individual, esto quiere decir que los bienes iguales provocan grados de satisfacción diferentes en dos cliente distintos, es decir, la manifestación que cada cliente tiene, varía de una persona a otra.

Esta satisfacción influye en las futuras decisiones que tomará el usuario o cliente, como por ejemplo el volver a comprar, recomendaciones con terceros, evitar el uso de productos o servicios externos de la compañía.

##### **1.4.1. SATISFACCIÓN USUARIA EN SALUD.**

Un Centro de Salud al igual que las empresas esta siempre preocupado de mantener contentos a sus usuarios/clientes, contantemente se realizan encuestas de satisfacción usuaria en todos los centros, evaluando tanto la atención recibida por administrativos como por el personal médico entro otras cosas.

Para un CESFAM, la satisfacción usuaria es fundamental, considerando que son la primera etapa de acceso al sistema nacional de servicio de salud y por medio de este se derivan varios servicios de la red de salud. Una mejora en la satisfacción usuaria por el servicio prestado en los CESFAM, mejoraría la perspectiva del sistema de salud público.

Según Donabedian (1990) “la calidad de atención consiste en obtener los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente”. Es por ello que todos los esfuerzos técnicos, administrativos y científicos se producen para mejorar la calidad de atención al paciente y posteriormente él será el mejor juez para evaluarla.

En el documento de Calidad de la Atención y satisfacción usuaria en salud (2011) de Nora Donoso Valenzuela, se consideran tres dimensiones de la satisfacción usuaria:

- 1) Dimensión ética: Es el para qué de la satisfacción usuaria, centra los modelos de atención y gestión en las necesidades y expectativas de la población usuaria en un marco de humanización de la atención y respeto a los derechos de las personas en salud.
- 2) Dimensión instrumental: Conjunto de instrumentos técnicos y metodológicos que permiten realizar mediciones, analizar y difundir resultados. Esto constituye la base de conocimiento acerca de las valoraciones que realiza la población usuaria en relación a la provisión de servicios y funcionamiento de la red asistencial.
- 3) Dimensión relacional: Espacio de interacción entre equipos de salud y usuarios del sector. Es el espacio donde se encuentran objetivos, intereses y expectativas de usuarios con las de los funcionarios. La satisfacción usuaria estaría influida por la calidad de esta relación.

#### **1.4.2. CONDICIONANTES DE LA SATISFACCIÓN USUARIA.**

Debido a la asimetría de información que se establece con el médico, no puede valorar la calidad técnica de la que ha sido objeto durante una intervención quirúrgica. Fundamentalmente lo que valora el paciente es el trato, la información, o el nivel de salud que alcanza después de la intervención. Además, su opinión sobre la restauración, limpieza, o el aspecto de las instalaciones, condiciona su nivel de satisfacción con la

asistencia recibida. Las razones que influyen en las valoraciones de los pacientes pueden ser muy variadas.

Según Donoso (2011), los condicionantes pueden venir de los propios servicios de salud en donde los factores como tipo de establecimiento, ubicación geográfica, acceso, patrón de interacción con la comunidad usuaria, modelo de atención y el modelo de gestión son claves y afectan a los usuarios en su percepción de satisfacción usuaria.

Otros condicionantes provienen de los mismos usuarios, como lo es la utilización efectiva de los servicios, patrones de uso de los servicios y manejo de la información por parte de usuarios, nivel de instrucción, condición socioeconómica, etnia, cultura y el costo y tiempo invertido en relación al servicio prestado.

Los autores Zethami, Parasuraman y Berry (1992) han propuesto un modelo teórico en el que han descrito los principales inconvenientes para asegurar la calidad en las empresas de servicios, que podría aplicarse también al caso sanitario. Gracias a este modelo se ha identificado cinco discrepancias, habitualmente responsables de los problemas de calidad y que generan insatisfacción. Las cuatro primeras discrepancias se deben a que hay aspectos que podemos considerar internos a la propia organización. La quinta discrepancia, en cambio, se produce porque los clientes externos reciben menos atenciones de las que ellos esperaban.

Según el análisis de Lourdes y Vega (2008) sobre el modelo se tiene:

El primer obstáculo para dar un servicio de calidad es no saber qué desean o necesitan los clientes. En la práctica, esto significa que la Dirección o la Jefatura del Servicio ignora lo que los pacientes esperan, lo que más les importa, lo que para ellos es una asistencia sanitaria de calidad. Normalmente esto se debe a que no existe ningún mecanismo para "escuchar" a los pacientes (buzón de sugerencias, encuestas, reuniones con pacientes, etcétera) y porque se pierden las oportunidades naturales para ello (no se atienden los comentarios en las consultas, en los pasillos, etcétera).

Una segunda dificultad ocurre cuando sabiendo lo que los pacientes desean/esperan el servicio no es capaz de definir estándares de calidad acordes a dichas expectativas, bien porque no se da importancia a la información obtenida o bien porque no se sabe cómo aprovechar esa información.

Una tercera dificultad es que no puedan especificarse objetivos de calidad realistas y de acuerdo con lo que esperan los pacientes. Los estándares de calidad, deben ser definidos por la Jefatura del Servicio y deben encargarse de que el resto de profesionales los conozcan.

Una cuarta dificultad es que los canales de comunicación no funcionen correctamente y que la oferta de ese servicio se realice en forma inapropiada o no se realice de ninguna forma por lo que las expectativas sobre el mismo pueden estar totalmente desajustadas (como sucede habitualmente con los servicios de urgencias hospitalarios). Se ha exagerado la capacidad del servicio y esto ha provocado una mayor demanda a la que ahora no puede responderse.

Finalmente el problema que afecta negativamente a la calidad del servicio es cuando los pacientes esperan mucho más del servicio de lo que éste es capaz de darles. En este caso se mostrarán insatisfechos y, siempre que puedan, buscarán asistencia sanitaria en otro lugar, no cumplirán las prescripciones médicas o dejarán de acudir a alguna cita con el consiguiente perjuicio para otros pacientes.

#### **1.4. MODELOS DE CALIDAD DEL SERVICIO.**

El objetivo de un modelo es que permita simplificar la comprensión de la realidad, ordenarla, analizarla, para así modificar en pos de la mejora continua.

Existe una variedad de modelos en cuanto a la calidad del servicio, representados en la tabla nº1, que van desde el año 1980 hasta el año 2006, donde algunos de esos modelos son actualizaciones o puntos de vista distintos de modelos ya desarrollados.

En este apartado se hace una revisión de los más destacables en relación al tema de tesis, para así, posteriormente poder desarrollar el modelo más apropiado.

Tabla n° 1: Resumen cronológico de los más relevantes aportes sobre la medición de la calidad del servicio.

<b>Año</b>	<b>Autores</b>	<b>Aportes</b>
1980	Oliver	Paradigma Desconfirmatorio
1984	Grönroos	Modelo de Calidad de Servicio
1985, 1988	Parasuraman, Zeithaml y Berry	Modelo SERVQUAL
1989	Eiglier y Langeard	Modelo de Servucción
1992	Cronin y Taylor	Modelo SERVPERF
1993, 1994	Teas	Modelo de Desempeño Evaluado
1994	Rust y Oliver	Modelo de los Tres Componentes
1996	Dabholkar, Thorpe y Rentz	Escala Multinivel de Calidad del Servicio
1997	Philip y Hazlett	Modelo P-C- P
2001	Brady y Cronin	Modelo Jerárquico Multidimensional
2006	Akbaba	Técnica del Factor Incidente Crítico

Fuente: Colmenares y Saavedra, 2007. Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio.

#### **1.4.1. MODELO SERVQUAL.**

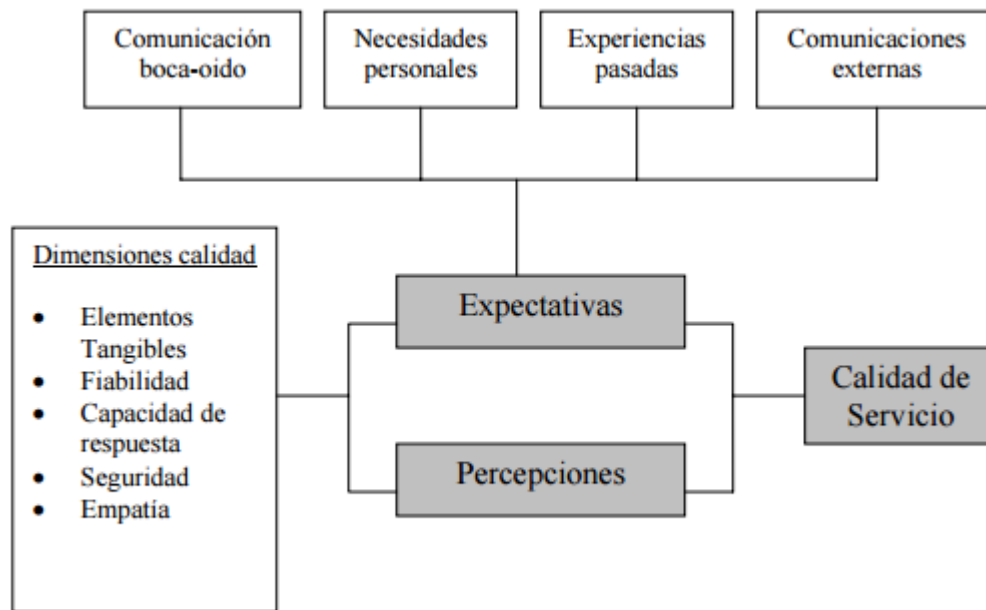
Modelo propuesto por Parasuraman, Zeithaml y Berry, en el año 1986. Se entiende la calidad como la percepción de diferencia entre el servicio entregado y percibido, es decir que, un balance ventajoso para las percepciones, de manera que éstas superaran a las expectativas, implicaría una elevada calidad percibida del servicio, y alta satisfacción con el mismo. Esta calidad de servicio se determina en función de la percepción de una serie de diferencias o Gaps, que ocurren desde el lado del oferente.

Utiliza un cuestionario tipo que evalúa la calidad de servicio a lo largo de cinco dimensiones, las que inicialmente se definían en diez determinantes de estas diferencias.

- 1) **Fiabilidad:** La habilidad para desempeñar el servicio prometido en forma precisa.
- 2) **Seguridad/Garantía:** El conocimiento y cortesía de los empleados y su habilidad para expresar confianza.
- 3) **Tangibilidad:** La apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y dispositivos de comunicaciones.

- 4) Empatía: La capacidad de sentir y comprender las emociones de otros, mediante un proceso de identificación, atención individualizada al cliente.
- 5) Capacidad de respuesta: La buena disposición y apoyo al cliente, dotándole de un servicio oportuno. (Duarte,1999)

**Esquema n°1: Modelo Servqual.**



Fuente: Parasuraman, Zeithaml y Berry. Calidad Total de la Gestión de Servicios.

Este modelo mide lo que el cliente espera de la organización que presta en las cinco dimensiones citadas, contrastando esa medida con la estimación de lo que el cliente percibe de ese servicio en esas dimensiones. De esta diferencia se determinan las siguientes brechas o Gap.

Gap1: Diferencia entre las expectativas del cliente y las percepciones de la gestión de dichas expectativas.

Gap2: Diferencia entre la percepción de la gestión y las especificaciones de la calidad del servicio

Gap3: Diferencia entre las especificaciones de calidad del servicio y el servicio actualmente entregado

Gap4: Diferencia entre el servicio entregado y lo que es comunicado acerca del servicio a los clientes.

Gap5: Diferencia entre el servicio entregado y el servicio percibido.

Este último está en función de los 4 Gap anteriores.

#### **1.4.2. MODELO SERVPERF.**

Desarrollado por Cronin y Taylor en el año 1992, por medio de un estudio empírico realizado en 8 empresas de servicios, Cronin y Taylor deducen que el modelo SERVQUAL de Zeithaml, Parasuraman y Berry (1988) no es el más adecuado para medir la Calidad del Servicio, y propone un nuevo modelo el cual se encuentra basado en el desempeño.

Para los autores, la calidad del servicio debe ser conceptualizada y medida como una actitud, proponiendo una ecuación distinta, donde compara la percepción con tres alternativas distintas:

- 1) Ecuación 1: Es la percepción menos las expectativas, se utiliza para el cálculo del puntaje del SERVPERF.
- 2) Ecuación 2: Es la importancia por la percepción menos las expectativas, se utiliza para el cálculo del puntaje del SERVQUAL.
- 3) Ecuación 3: Es la importancia por la percepción, se utiliza para el cálculo del puntaje del SERVQUAL ponderado.

Este instrumento, emplea los mismos 22 ítems de percepciones, que conforman el modelo SERVQUAL el objetivo de los autores es que el SERVPERF desplace al SERVQUAL, ya que, lo consideran más consistente con la teoría.

#### **1.4.3. MODELO JERÁRQUICO MULTIDIMENSIONAL.**

Nace como vía alternativa al modelo SERVQUAL en el año 2001, por los autores Brady y Cronin, que nace de los planteamientos de otros autores.

Usan como base el modelo de los tres componentes de Rust y Oliver (1994), desarrollan su estudio explicando que la calidad de servicio depende de tres factores: la calidad del

producto que se transa, la entrega misma del servicio en la venta, y finalmente el ambiente del servicio.

Posteriormente, estudian el modelo propuesto por Dabholkar, Thorpe y Rentz (1996), en dónde se analiza la calidad de servicio desde un punto de vista jerárquico, que ellos denominan Modelo Multinivel. El modelo no está definido, por lo que los estudiosos pueden estudiar las dimensiones y subdimensiones que estimen conveniente.

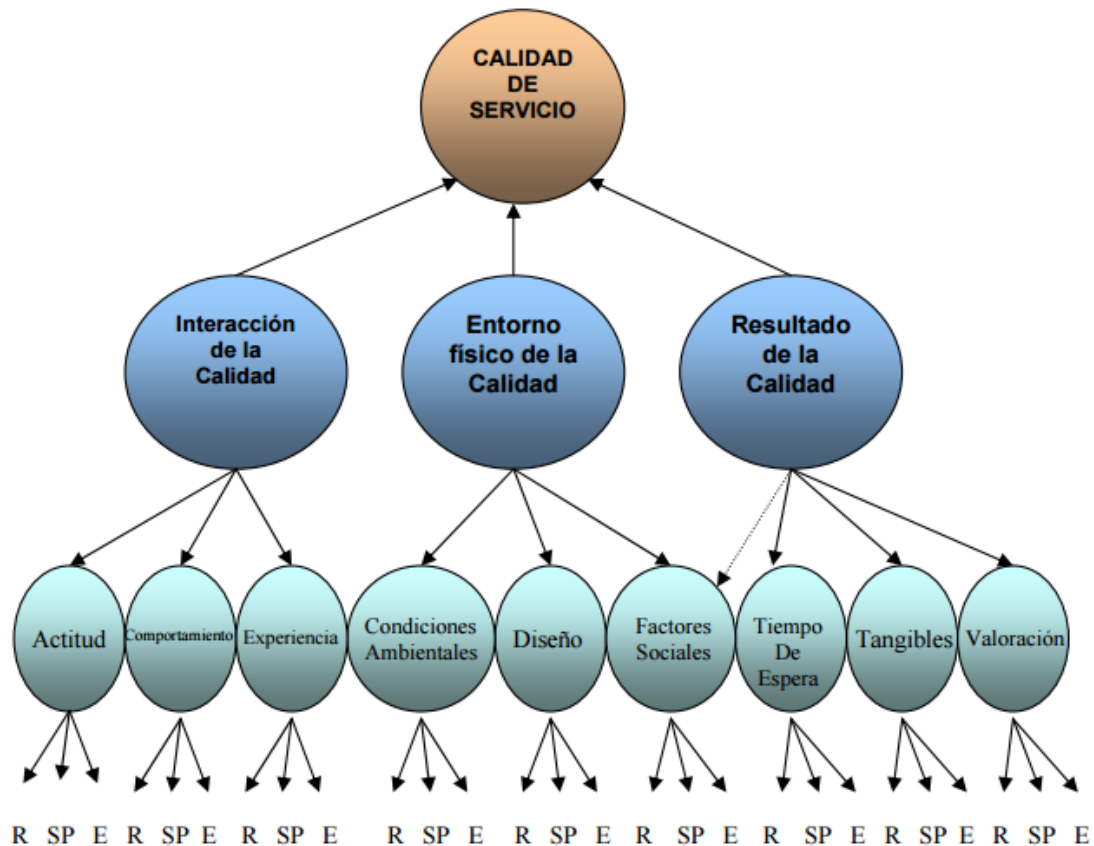
Según los autores, este modelo es el primero que otorga una visión de la calidad basada en el concepto de la multidimensión y un multinivel.

Para armar el modelo los autores realizaron encuestas abiertas preguntando a diferentes clientes de diferentes locales comerciales acerca de las características que ellos consideraban importantes en la entrega del servicio, y que características ellos consideraban infaltables a la hora de comprar.

Estos modelos cuentan con un gran número de ítems, ya que los factores de calidad son variables latentes que se manifiestan a través de indicadores observables. La longitud del cuestionario depende del nivel de agregación del estudio, más detallado o menos detallado.

Así mismo, esas escalas ad hoc pueden ser simplificadas considerando los atributos o factores de calidad como variables observables, sin carácter latente. Este enfoque parte igualmente de investigaciones cualitativas en conexión con la literatura relevante, generándose una serie de atributos o características evaluables del servicio, las cuales, normalmente, son estudiadas en su estructura factorial (ej. Bloemer, De Ruyter y Peeters, 1998). Esta forma de medición es menos consistente teóricamente que la de los modelos latentes multidimensionales, buscándose más una exploración de la estructura de los datos que una confirmación de la validez de la escala. (Colmenares y Saavedra, 2007)

**Esquema n° 2:** Modelo jerárquico multidimensional.



Fuente: Lourdes y Vera (2008). Modelo jerárquico multidimensional.

#### 1.4.4. MODELO UTILIZADO.

Luego de analizar las diferentes ventajas y desventajas de los modelos sobre calidad de servicio se ha seleccionado para desarrollar la encuesta utilizada en la presente tesis una combinación de los modelos SERVQUAL y jerárquico multidimensional.

Las 5 dimensiones que entrega el modelo SERVQUAL, sirvió de guía para desarrollar las variedades de preguntas que se utilizaron en la encuesta ya que estas cinco dimensiones entregan 5 perspectivas distintas sobre los factores que afectan a los usuarios al momento de conceptualizar su opinión, estas son fiabilidad, seguridad, tangibilidad, empatía y capacidad de respuesta.

Los ítems desarrollados evalúan tanto la percepción usuaria y la expectativa usuaria, en una combinación tal que los usuarios puedan conectar una pregunta con otra y no confundirse sobre las preguntas de percepción y las de expectativa.

Debido a las limitaciones del modelo SERVQUAL sobre la confiabilidad y validez discriminante y convergente y la validez profética de la medición según los autores Thomas P. Van Dyke, Víctor R. Prybutok, y Leon A. Kappelman ([http://www.12manage.com/methods\\_zeithaml\\_servqual\\_es.html](http://www.12manage.com/methods_zeithaml_servqual_es.html)), se estima que lo mejor método para evaluar la encuesta es el utilizado en el modelo jerárquico multidimensional de los autores Brady y Cronin.

En el modelo jerárquico multidimensional se busca más una exploración de la estructura de los datos que una confirmación de la validez de la escala, que es lo que se busca como objetivo final de la encuesta realizada. En la medición de este modelo para evaluar los ítems se genera una serie de atributos o características evaluables del servicio.

Esta combinación de modelos se considera más apropiada para lo que se busca evaluar con la encuesta realizada.

## **2. MARCO GLOBAL DE LA SALUD.**

La salud, es un aspecto determinante del desarrollo humano, que constituye una de las principales preocupaciones globales, junto con la pobreza, la discriminación, el hambre, la desigualdad y el retraso tecnológico, entre otros conforman un cuadro de crisis para la humanidad que se verifica en las millones de personas que viven en la pobreza absoluta. (Poo, 2009)

Los cambios avancen tecnológicos y de descubrimientos, han logrado un cambio sobre la percepción que las personas tiene sobre la salud. Según el profesor Gargantilla (2014), la salud no es ahora ausencia de enfermedad como hace décadas, sino que incluye un concepto más amplio como bienestar físico, psíquico, social y laboral, no solo la ausencia de enfermedades.

### **2.1. EVOLUCIÓN EN MATERIA DE SALUD EN CHILE.**

Desde comienzos del siglo XIX se crearon diferentes instituciones cuyo objetivo era estructurar el sector salud en Chile. Es en 1923 que nace el Ministerio de Salubridad Pública, el cual en largo de su vida, cambio varias veces de nombre y tuvo varias reestructuraciones.

En el gobierno de Pinochet en el año 1.973, se produjo una reorientación del gasto fiscal, incrementándose en los ítems de defensa, sueldos y beneficios de las fuerzas armadas y servicios secretos. El gasto fiscal en vivienda y salud se rebajó considerablemente. Los hospitales quedaron en situación deplorable.

Por medio del Decreto Ley 2.763 del 3 de agosto de 1979, se crea el Sistema Nacional de Salud y establece los organismos dependientes del mismo, estos son FONASA, ISP y Centros de Abastecimiento y en 1981, se estableció un nuevo sistema basados en organizaciones privadas. Las AFP (Administradoras del Fondos de Pensiones) y las Isapres (Instituto de Salud Previsional) acogieron a antiguos afiliados de las cajas y a nuevos afiliados, mejorando relativamente los beneficios. (Villalobos S., 2002, p.416)

En 1980 una serie de decretos con fuerza de ley concretan el proceso de municipalización del sector primario y crean los Consultorios de Atención Primaria, dependientes de las municipalidades y comienza la cotización obligatoria para salud. (MINSAL, Hitos)

Todas las modificaciones legislativas que sufrió el Sistema de Salud en Chile, han llevado a que el día de hoy, se diferencie entre un Sistema de Salud Público y un Sistema de Salud Privado, con fin de cumplir las garantías de salud que da el Estado.

El sector público representado principalmente por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en su aspecto financiero y por el Sistema Nacional de Servicios de Salud en su componente de prestación de servicios, en sus tres niveles (Primario, secundario y terciario de la red asistencial). Por otra parte, el subsector privado principalmente representado por las Isapres en su aspecto financiero previsional y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios. (*Colegio Médico, 1998, p.6*). Una persona puede estar afiliada a FONASA o Isapre, según su elección.

## **2.2. PLAN DE SALUD COMUNAL LA GRANJA Y LEGISLACIÓN.**

El Plan de Salud Comunal incorpora los aspectos más relevantes de la salud de la comuna y debe ajustarse a las normas y orientaciones técnicas del Ministerio de Salud, según lo establece la Ley 19.378, El Alcalde remitirá este programa anual, aprobado de acuerdo con el artículo 58, letra a), de la ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, al Servicio de Salud respectivo, a más tardar, el 30 de noviembre del

año anterior al de su aplicación. La APS municipal, posee un marco jurídico que sustenta los aportes estatales a la salud administrada por los municipios el que se encuentra en la ley N° 19.378, artículos 49 y 56, y se refleja en dos mecanismos de pago per cápita y pago prospectivo por prestación (programas). (<http://www.municipalidadlagranja.cl/salud/>)

El Plan de Salud Comunal corresponde a una herramienta de trabajo, que plasma los ámbitos más relevantes sobre los que se orientarán las acciones a ejecutar y los resultados sanitarios esperados dentro de una comunidad. Ordena en forma sistemática y documental el plan de acción en los cuidados de la salud que será realizado sobre la población objetivo, con el propósito de mejorar el nivel de salud de los ciudadanos. (Plan de salud, 2015)

Los lineamientos estratégicos para el área de salud de la comuna de la Granja se encuentran plasmados en el Plan de desarrollo comunal (PLADECO), y en su Plan de salud Comunal, los que están acorde a la estrategia nacional en salud, a los objetivos sanitarios para la década (2011 – 2020), a la ley de financiamiento que asegura los recursos necesarios para la reforma, ley de autorización sanitaria y gestión, ley general de garantías explícitas en salud, estatuto de atención primaria y estatuto administrativo.

Año a año, se formula el Plan de Salud Comunal, donde se establecen los objetivos específicos para el año por venir, sobre estos los CESFAM, deben guiar su camino.

Las leyes aplicables al centro son, entre otras:

- **Estatutos de atención primaria de salud:** Bajo la ley número 19.378, del 13 de abril de 1995, se establece el estatuto de atención primaria de salud municipal, la cual normará, en las materias de la administración, régimen de financiamientos y coordinación de la APS.
- **Régimen de Garantías de salud:** Bajo la Ley n° 19.966, del 3 de septiembre del 2004, donde se establecen las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que se deben cumplir según FONASA para cubrir a sus respectivos beneficiarios. Establece sobre el concepto de calidad, que será el Ministerio de Salud quién dictará las normas e instrucciones para llevarlo cumplirlo, siempre considerando las características de los centros y sin perjudicarlos, para que cumplan con las garantías explícitas de calidad

- **Estatutos de los funcionarios municipales:** De la Ley n° 18.883, del 29 de diciembre de 1989, con el fin de regular, que aplica a todos el personal de planta de las municipalidad. Se aplica en los CESFAM, en caso de que el estatuto de atención primaria de salud no regule alguna disposición.
- **Estatutos para los médico-cirujano, farmacéuticos o químico-farmacéutico, bio-químicos y cirujanos dentistas:** De la Ley n° 15.076, decreto 367 del 8 de enero de 1963, el cual rige sobre esos profesionales de manera prevaleciente a la de los estatutos de atención primaria de salud.

### **2.3. CESFAM GRANJA SUR.**

El centro se emplaza en Av. Sofía Eastman n°10.009 en la comuna de La Granja, funciona de lunes a sábado y el SAPU de lunes a viernes, su actual director es Don Eduardo Matus, desde hace 10 años. El centro nace en febrero del año 2005, construido con el fin de prestar servicios a 20.000 usuarios, pero a la fecha, atiende a 47.859 inscritos, esto es un 239% de la capacidad.

De acuerdo a la población inscrita estas se separan en sector Azul y sector Amarillo, de acuerdo a los sectores donde viven.

Los usuarios de ambos sectores para solicitar hora médica deben llegar en la mañana a realizar una fila única, esta se forma desde las 5:30 de la mañana y el centro se abre a las 6:15, para que a las 7:30 comiencen los funcionarios del SOME a entregar las horas médicas tanto para medicina general, dental, y de especialistas. Para controles médicos se debe pedir la hora en las ventanillas de los mismos sectores.

Dentro de las áreas administrativas del centro se encuentra la dirección que compone a todos los funcionarios administrativos de todo rango, la OIRS que es la oficina de informaciones, reclamos y sugerencias y otros. Además cuenta con áreas de apoyo que son transversales para todos los usuarios independientes del sector al que pertenecen, como lo es la farmacia, SAPU, unidad dental, entre otros.

Todas las dependencias del centro están a cargo del director. Cada unidad y sector dispone de una jefatura directa que depende jerárquicamente del director.

## **PROBLEMA**

En la actualidad los documentos referentes a la administración de un centro de salud no hacen referencia a la forma en que estos deben realizar el proceso de asignación de horas médicas, al igual que no obligan a utilizar un cierto método para evaluar la calidad y satisfacción usuaria más allá de la atención recibida por los usuarios, dejando un vacío sobre estos modelos y a elección de las autoridades de los centros de salud el modelo a seguir por lo que hay uniformidad de un modelo a otro.

El problema de investigación surge a raíz de la aparente gran cantidad de quejas por parte de los usuarios a los funcionarios que trabajan en relación directa con el sistema de asignación de horas médicas sobre el mismo sistema, sumando esto a la preocupación por parte de la dirección de mejorar sus servicios y la percepción usuaria. Dentro de este proceso se reconocen tres factores claves: la oferta de horas médicas entregadas, la demanda de horas por parte de los usuarios y el rechazo, que es la cantidad de pacientes que no se les pudo entregar una hora de atención y por lo tanto no serán atendidos.

Con el trabajo a desarrollar se espera optimizar el sistema de asignación de horas médicas que actualmente funciona en el centro ya mencionado, beneficiando a usuarios y funcionarios del mismo. Para esto es importante saber cómo funciona hoy por hoy este sistema y las limitaciones que puedan o no afectar el nuevo sistema, junto con los sistemas que se utilizan en otros centros. El objetivo principal es medir la satisfacción usuaria y en base esta orientar las mejoras bajo el método de valoración del cliente.

# OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

## 1. OBJETIVO GENERAL.

Proponer mejoras sobre la operatividad del sistema de asignación de horas médicas del CESFAM Granja Sur.

## 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 2.1. Investigar las pronunciaciones realizadas por el Minsal sobre los CESFAM y el sistema de asignación de horas médicas apropiado, mediante la lectura de los principales documentos emitidos por la institución sobre el funcionamiento de los CESFAM.
- 2.2. Analizar los principales sistemas de asignación de horas médicas utilizados por los Centros de Salud, mediante una entrevista a un funcionario de los Centro que tenga un amplio conocimiento sobre la aplicación de ese sistema y un análisis de fortalezas y debilidades de cada sistema.
- 2.3. Conocer el funcionamiento del actual sistema de asignación de horas médicas utilizado por el centro en estudio y el nivel de satisfacción de los usuarios sobre este sistema, mediante una entrevista realizada un funcionario del centro y encuestas realizadas a una muestra aleatoria de los usuarios inscritos.
- 2.4. Desarrollar propuestas de mejoras del sistema de asignación de horas médicas aptas para ser implementadas en el Centro, considerando el análisis de los resultados de los objetivos anteriores.

# METODOLOGÍA

La investigación es mixta, de alcance exploratorio y descriptivo y se desarrolla en cuatro etapas distintas.

## **ETAPA 1. Recopilación de antecedentes.**

Obtener la información necesaria para poder comprender los distintos sistemas de asignación de horas médicas y cómo deberían funcionar dentro de los centros, mediante el análisis de las pronunciaciones realizadas por el Minsal sobre el tema. Este instrumento ayudará con el cumplimiento del primer objetivo específico.

## **ETAPA 2. Diseño, validación y aplicación de instrumentos.**

Entrevistas: Su finalidad es conocer el funcionamiento real de un sistema de asignación de horas médicas dentro de un Centro de Salud, en cuanto a sus etapas, procedimientos, limitaciones, recursos, entre otros. Para la elaboración, se considerará una entrevista estructurada, diseñando una serie de preguntas, aplicada a un funcionario que tenga un amplio conocimiento sobre el sistema de asignación de horas médicas. Esta entrevista será aplicada en el centro de salud de estudio y adaptada a los otros centros adicionales. Este instrumento ayudará con el cumplimiento del segundo y tercer objetivo específico.

Encuesta de satisfacción: Su objetivo es conocer el grado de satisfacción del usuario con el servicio entregado en el Centro en la parte de asignación de horas médicas. Se utilizará la escala Likert para medir el nivel de satisfacción a cada ítem el cual fue diseñado bajo modelos de calidad de servicio. Este instrumento ayuda a cumplir el tercer objetivo específico.

En cuanto a la validación, estos instrumentos serán validados tanto por el profesor guía como por el director del CESFAM y en caso de ser necesario, por el departamento de salud de la comuna, según lo indicado por el director del centro.

La aplicación de los instrumentos será realizada por el tesista en la oportunidad y forma más conveniente para el desarrollo de la investigación. En el caso de las encuestas, estas serán realizadas después de que los usuarios pasen por la ventanilla de solicitud de hora

médicas y antes de ser atendidos en el box por los médicos, ya que se busca saber el nivel de satisfacción de esa etapa, evitando que los usuarios piensen en la atención recibida en el box para contestar las respuestas, ya que esa etapa está fuera del marco de investigación de esta tesis.

### **ETAPA 3. Análisis y discusión de la información recopilada.**

En esta etapa se realizará la transcripción de la entrevista, tabulación de encuestas, análisis e interpretación de la información, con el fin de poder desarrollar un flujograma del proceso de asignación de horas médicas y entregar datos estadísticos que puedan ayudar a comprender la opinión de los usuarios. Esta etapa tiene relación directa con el cumplimiento del cuarto objetivo específico.

### **ETAPA 4: Formular propuestas de mejoras del selector de demanda.**

En base al análisis del trabajo realizado en etapas anteriores, se desarrollaran propuestas que logren mejorar, optimizar y entregar un mejor servicio a los usuarios. Se presentaran en relación al factor que se busca cambiar o mejorar.

El documento con las mejoras será entregado al centro de salud en un formato pdf que comprenderá una portada, introducción, mejoras y conclusión.

# ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

## 1. ANTECEDENTES GENERALES.

Con el objetivo de lograr analizar el funcionamiento de los sistemas de asignación de horas médicas del CESFAM Granja Sur de la comuna de La Granja para entregar una variedad de propuesta de mejora del mismo orientada en las preferencias usuarias, se establecieron cuatro etapa fundamentales, las cuales, en su totalidad logran el cumplimiento de los objetivos específicos y general de la presente tesis.

Primero se realizó un análisis bibliográfico de algunas publicaciones del Minsal consideradas relevantes para el tema en estudio de los cuales se definió las características fundamentales que debe tener todo sistema de asignación de horas médicas de un CESFAM, logrando así alcanzar el primer objetivo, seguido a esto se estudió los distintos sistemas de asignación de horas médicas en otros CESFAM, utilizando una entrevista que se resumió en un flujograma junto a un análisis de fortalezas y debilidades, cumpliendo así con el segundo objetivo.

Para cumplir con el tercer objetivo se realizó la entrevista sobre el sistema de asignación de horas médicas a la dirección y encuestas de satisfacción para los usuarios con el fin de definir su percepción y expectativas del sistema.

Con todos los antecedentes obtenidos de los procedimientos ya mencionados, se formuló una variedad de propuestas de mejoras sobre el mismo sistema, concluyendo así con los cuatro objetivos.

## 2.- APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS Y DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

**2.1.- Objetivo n°1:** Investigar las pronunciaciones realizadas por el Minsal sobre los CESFAM y el sistema de asignación de horas médicas apropiado, mediante la lectura de los principales documentos emitidos por la institución sobre el funcionamiento de los CESFAM.

**Instrumento utilizado:** Recopilación bibliográfica de los principales documentos emitidos por el Minsal sobre el funcionamiento de los CESFAM.

## **Análisis de resultados:**

Se reunió la información entregada por parte del Minsal sobre las características que debe poseer un sistema de asignación de horas médicas dentro de un CESFAM, desde la década de los 90, que es cuando se origina el cambio de consultorio a CESFAM, realizando así una revisión de cuatro documentos, los cuales han sido los más extensos y completos sobre el proceso de cambio ya que estos hacen referencia a la operatividad, administración y orientación de los CESFAM. Estos documentos son Consultorio a Centro de Salud (1993), Modelo de Atención Integral en Salud (2005), En el camino a Centro de salud familiar (2008) y Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (2013). (Ver anexo n°1, resumen publicaciones Minsal).

Como concepto importante presente en los cuatro documentos se tienen:

- **Atención Primaria de Salud**, que es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que las comunidades y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.
- **Centro de Salud Familiar**, como una unidad del sector de salud cuyo establecimiento está ubicado estratégicamente en un territorio determinado, dentro del cual realiza su tarea específica, con el propósito de resolver los problemas de salud de la población y mejorar así su nivel de salud.
- **Modelo Integral de Salud**, conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. Mencionando sus objetivos y las características de éste modelo.

Se destacan estos tres conceptos, ya que todo actuar dentro de un CESFAM, debe considerarlos para hacer que se cumplan con los principios y objetivos de un CESFAM, al igual como lo debería ser el sistema para asignar horas médicas de morbilidad.

Sobre el sistema de asignación de horas médicas, en ninguno de los documentos leídos, se ha encontrado algún tipo de obligación o recomendación sobre las características o funcionamiento de ellos. Pero se desprende de la lectura que éste debe cumplir con:

- Al momento de agendar la hora, el usuario debe tener la opción de elegir su equipo de cabecera, pensando en el modelo de salud familiar
- El sistema y el equipo a cargo de que éste funcione, debe preocuparse de la satisfacción usuaria y de cumplir con las expectativas de los usuarios.
- Debe estar diseñado considerando el tamaño de la población a cargo adecuándose a sus necesidades y en condiciones de calidad controladas,
- Considerar el criterio de accesibilidad de la población.
- Mejorar la calidad de vida de la población a cargo asegurando el derecho al acceso a la salud.
- La hora en que comience a funcionar el sistema debe ser acorde a las necesidades de la población.

Sobre el tema de asignación de horas médicas no se ha realizado ningún pronunciamiento por parte del Minsal a la fecha, además la institución deja a elección de las municipalidades el sistema de asignación de horas médicas que más les acomode como municipio y no les impone ninguno en especial.

**2.2. Objetivo n°2:** Analizar los principales sistemas de asignación de horas médicas utilizados por los Centros de Salud, mediante una entrevista a un funcionario de los Centro que tenga un amplio conocimiento sobre la aplicación de ese sistema y un análisis de fortalezas y debilidades de cada sistema.

**Instrumento utilizado:** Entrevista a un funcionario de cada centro seleccionado, la cual fue considerada para entregar un flujograma resumen del funcionamiento y un análisis de debilidades y fortalezas de cada sistema.

**Análisis de resultados:**

El instrumento utilizado fue una entrevista, la cual se adaptó para poder obtener un mayor nivel de conocimiento sobre los sistemas de asignación de horas médicas de los centros investigados. Ver anexo n° 2, entrevista selector de demanda.

**ENTREVISTAS.**

En cuanto a las entrevistas que se desarrollaron en otros CESFAM, estos fueron seleccionados en base a la información que se obtuvo sobre los sistemas de asignación de horas médicas de los mismos en la web. Luego de seleccionados los centros se pidió autorización a los mismos para poder desarrollar la entrevista, la cual fue adaptada para cada centro.

Luego de obtener las autorizaciones correspondientes sobre la aplicación del instrumento, se definió que la fecha límite para aplicar las mismas sería al menos un día antes de la aplicación de las encuestas, esto debido a que con el análisis de las entrevistas se podría mejorar la encuesta que se realizaría a los usuarios.

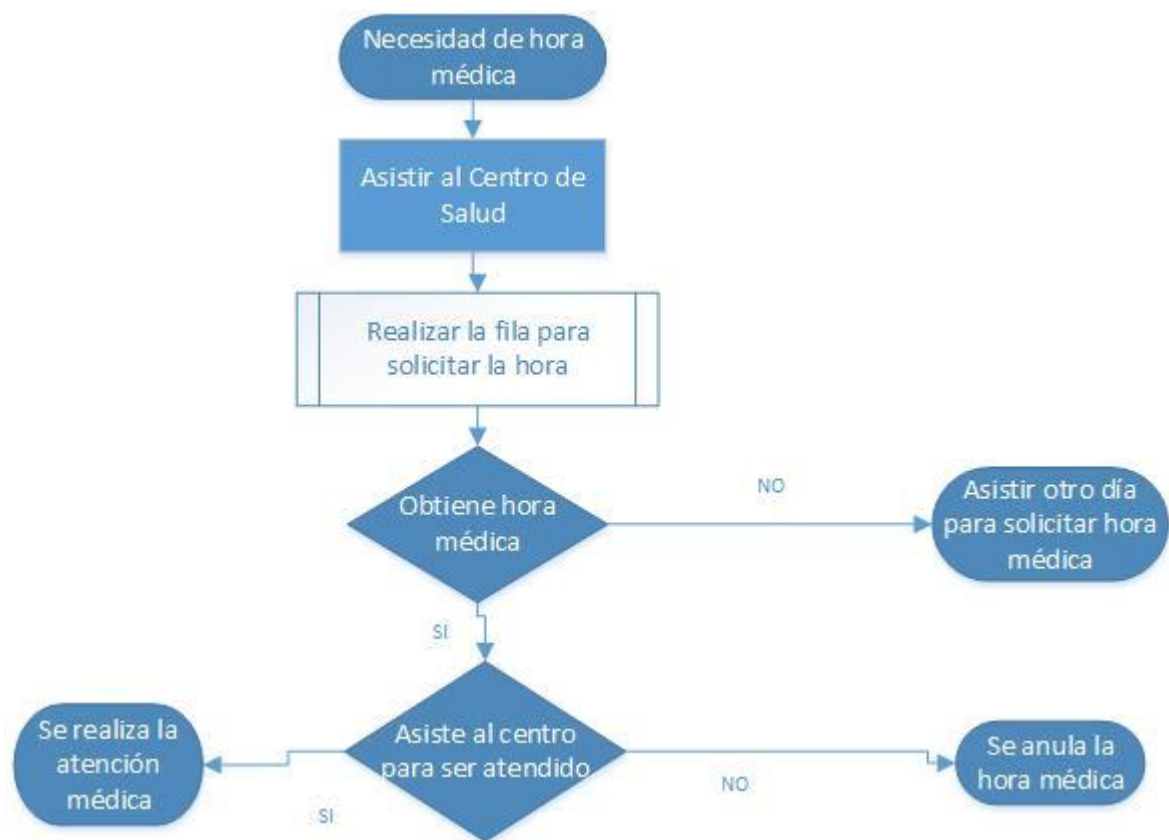
**A.- Sistema basado en el orden de llegada.**

Para conocer sobre este sistema se realizó la entrevista al Centro de Salud La Granja (Ver anexo n°3, entrevista Centro de Salud La Granja). Se destaca este sistema por asignar las horas médicas en base a orden de llegada de cada usuario a una fila única para cada sector del centro, en el cual hay un funcionario por sector encargado de entregar las horas. La entrega de horas comienza a las 8 AM y el primer usuario en llegar la fila lo hace aproximadamente a las 5:30 AM al centro. En el esquema n°3 se presenta como funciona el centro para que un usuario pueda recibir atención médica el mismo día en que asiste a pedir la hora.

Esta entrevista fue realizada al guardia de seguridad del centro, ya que él, tiene mayor conocimiento del sistema de asignación de horas médicas en general, porque el

funcionario esta desde temprano recibiendo a los usuarios que llegan a realizar la fila y presencia todo el proceso hasta el final.

**Esquema n°3:** Asignación de horas médicas en base al orden de llegada.



Fuente: Elaboración propia en base a entrevista.

### **Análisis fortalezas y debilidades del sistema por orden de llegada.**

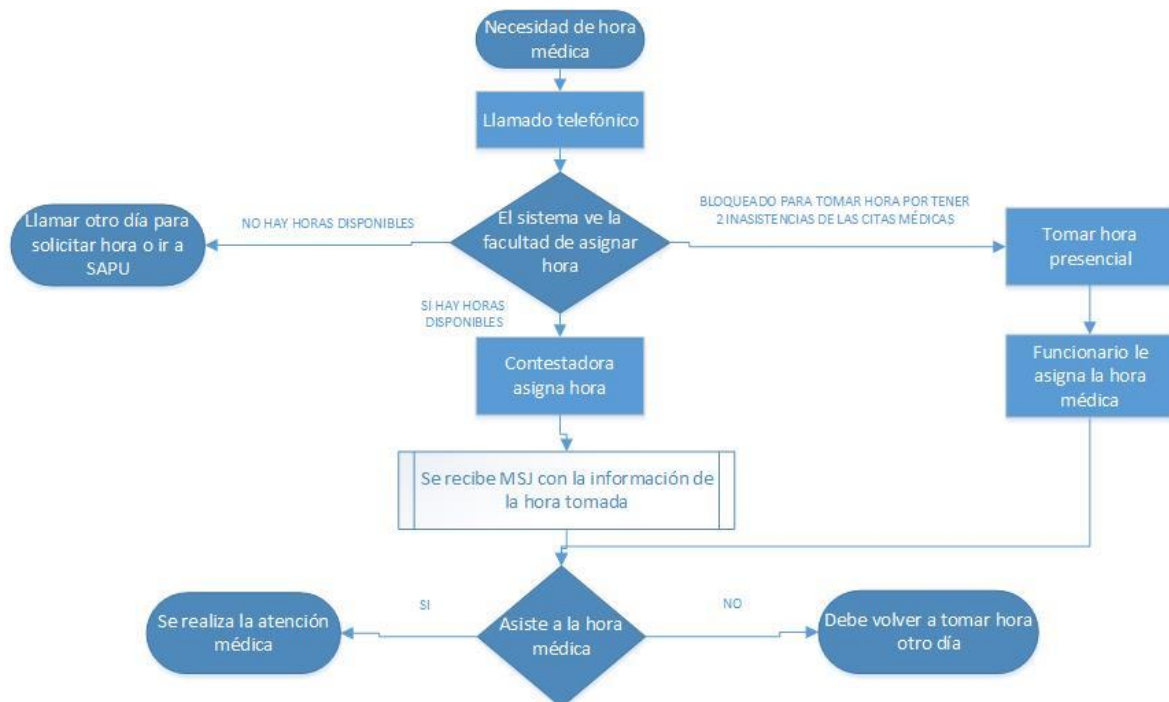
- ✓ **Fortalezas:** Para los usuarios es claro y conocido el sistema bajo el cual serán atendidos, mantiene el orden dentro del establecimiento, es un sistema simple de baja complejidad de entendimiento.
- ✓ **Debilidades:** Los usuarios deben asistir al centro muy temprano para obtener hora médica, no hay horas médicas especiales o reservadas para usuarios prioritarios como niños y tercera edad, crea rivalidad entre usuarios por quien llega antes, largas horas de espera para los usuarios.

## B. Sistema basado en llamado telefónico.

Sobre el sistema de asignación de horas médicas por llamado telefónico, la entrevista se desarrolló en el centro de salud Dr. Miguel Concha de Quillota, vía online debido a la ubicación del centro (ver anexo n° 4, entrevista Centro de Salud Dr. Miguel Concha de Quillota).

Se destaca de este sistema que funciona gracias un servicio externo llamado Gestión de Demanda Asistencial, el cual es gratuito para los usuarios y funciona desde celulares y teléfonos fijos, en el cual una grabadora recibe las llamadas, teniendo capacidad para contestar hasta 40 llamadas al mismo tiempo, esto ha significado que en aproximadamente 30 minutos pueden ser asignadas todas las horas médicas disponibles para el día. Este sistema ha logrado eliminar las filas en los centros que lo utilizan pero aumenta la cantidad de horas en que los usuarios no asisten, por lo que el centro impuso un castigo a los usuarios que no asistan por dos veces consecutivas a sus citas médicas. Al igual que se destaca que este sistema funciona para todos por igual tanto niños, tercera edad, adultos y embarazadas.

Esquema n°4: Asignación de horas médicas basado en llamado telefónico.



Fuente: Elaboración propia en base a entrevista.

### **Análisis fortalezas y debilidades del sistema basado en llamado telefónico.**

- ✓ **Fortalezas:** Elimina las filas a temprana hora, es sin costo y además ahorra dinero a usuarios en pasajes, funcionarios más dedicado a otras labores, mejora satisfacción usuaria, permite tener mayor contacto con los usuarios en caso de cancelar horas, requiere solo un funcionario encargado del sistema, disminuye quejas y agresión contra el personal, los usuarios no deben salir de sus casa con la incertidumbre de encontrar una hora médicas.
- ✓ **Debilidades:** No permite elegir médico de cabecera, aumentan las inasistencias por parte de usuarios, se agotan con mayor facilidad las horas médicas, no distingue el sistema entre usuarios prioritarios como lo son tercera edad, embarazadas y niños, es un sistema impersonal debido a la contestadora automática.

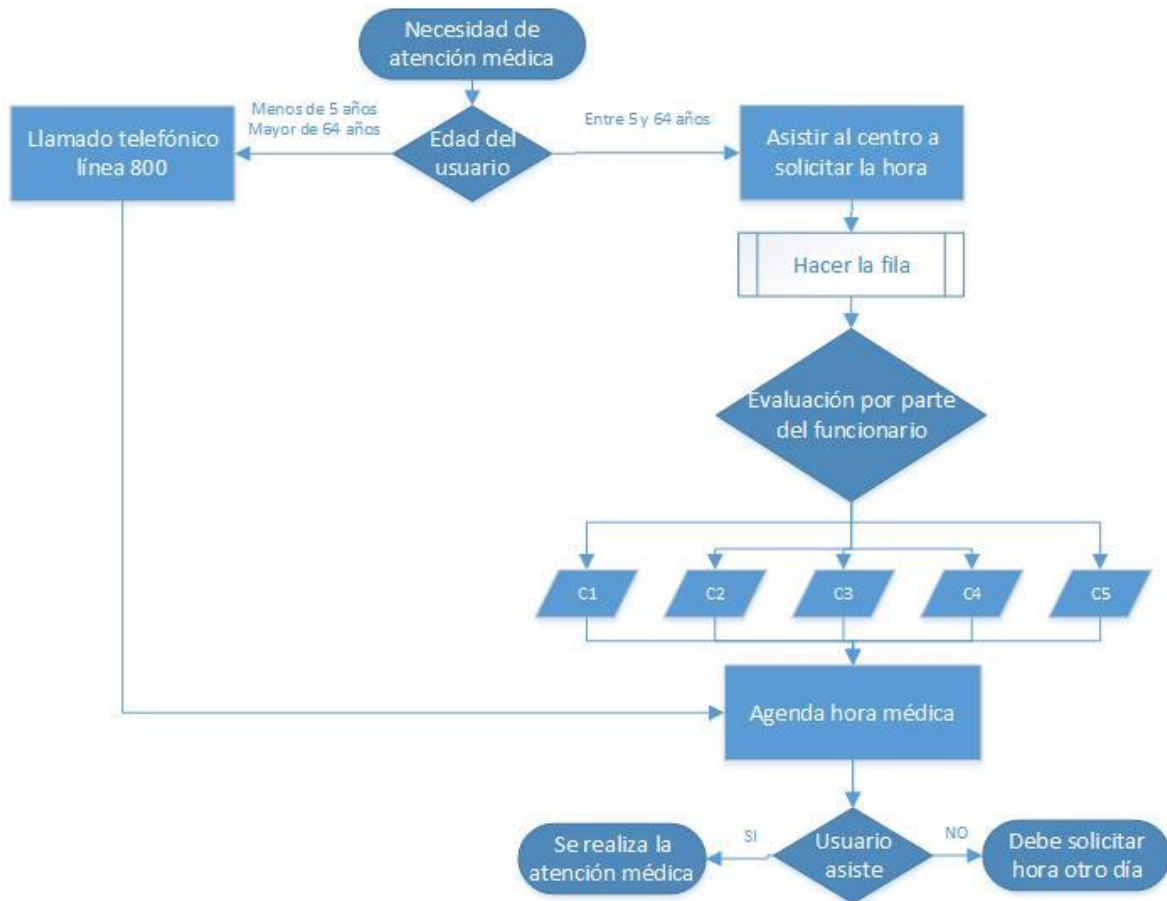
### **C.- Sistema basado en categorización de usuarios.**

La entrevista se hizo en el CESFAM Talcahuano Sur en Talcahuano, al director del centro, por vía de llamado telefónico y transcrito a un documento (ver anexo n°5), completando la entrevista con la información disponible en la web sobre el sistema utilizado por ellos y las respuestas del funcionario.

Este sistema categoriza a los usuarios según la prioridad de atención que requieren, realizándoles un examen previo a entregar la hora médica por un funcionario Tens (Técnico en enfermería nivel superior), el cual dividirá a los usuarios según la prioridad de atención que a su juicio tienen, para ser categorizados, los usuarios deben llegar antes de la ocho de la mañana para obtener una hora por lo que las filas se comienzan a generar desde las 6:30 AM promedio, en donde luego pasaran con la Tens y luego con el doctor de cabecera en caso de que la técnico lo considere necesario.

Este sistema permite atender a primera hora a los usuarios que más lo necesiten, produciendo así que el primer usuario en llegar a la fila puede que no sea atendido y que el último en llegar sea atendido de los primeros. El funcionamiento del sistema se refleja en el esquema n°5.

**Esquema n°5:** Asignación de horas médicas en base a selector de demanda.



Fuente: Elaboración propia en base a entrevista.

**Análisis fortalezas y debilidades del sistema en base a categorización de usuarios.**

- ✓ **Fortalezas:** Permite que los usuarios que necesiten con mayor urgencia la atención medica la reciban a temprana hora independiente de su puesto en la fila, te permite elegir el médico de cabecera.
- ✓ **Debilidades:** Crea sentimientos negativos por parte de los usuarios que quedan sin hora médica, no logra eliminar las filas a temprana hora, requiere que los usuarios estén de forma presencial por la mañana aun sabiendo que pueden tener que volver más tarde u otro día por su atención teniendo que realizar dos viajes al centro, requiere demasiados funcionarios para llevar a cabo los procesos.

**2.3. Objetivo n°3:** Conocer el funcionamiento del actual sistema de asignación de horas médicas utilizado por el centro en estudio y el nivel de satisfacción de los usuarios sobre este sistema, mediante una entrevista realizada un funcionario del centro y encuestas realizadas a una muestra aleatoria de los usuarios inscritos.

**Instrumento utilizado:** Entrevista sobre sistema de asignación de horas médicas y una encuesta de satisfacción a una muestra de usuarios aleatoria.

**Análisis de resultados:**

#### **A. ENTREVISTA SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE HORAS MÉDICAS.**

Esta entrevista es la misma que fue aplicada para el objetivo 2, al igual que ellas fue adaptada para obtener un mayor nivel de conocimiento sobre el sistema. Las respuestas de la misma se pueden ver en el Anexo n°6, entrevista CESFAM Granja Sur.

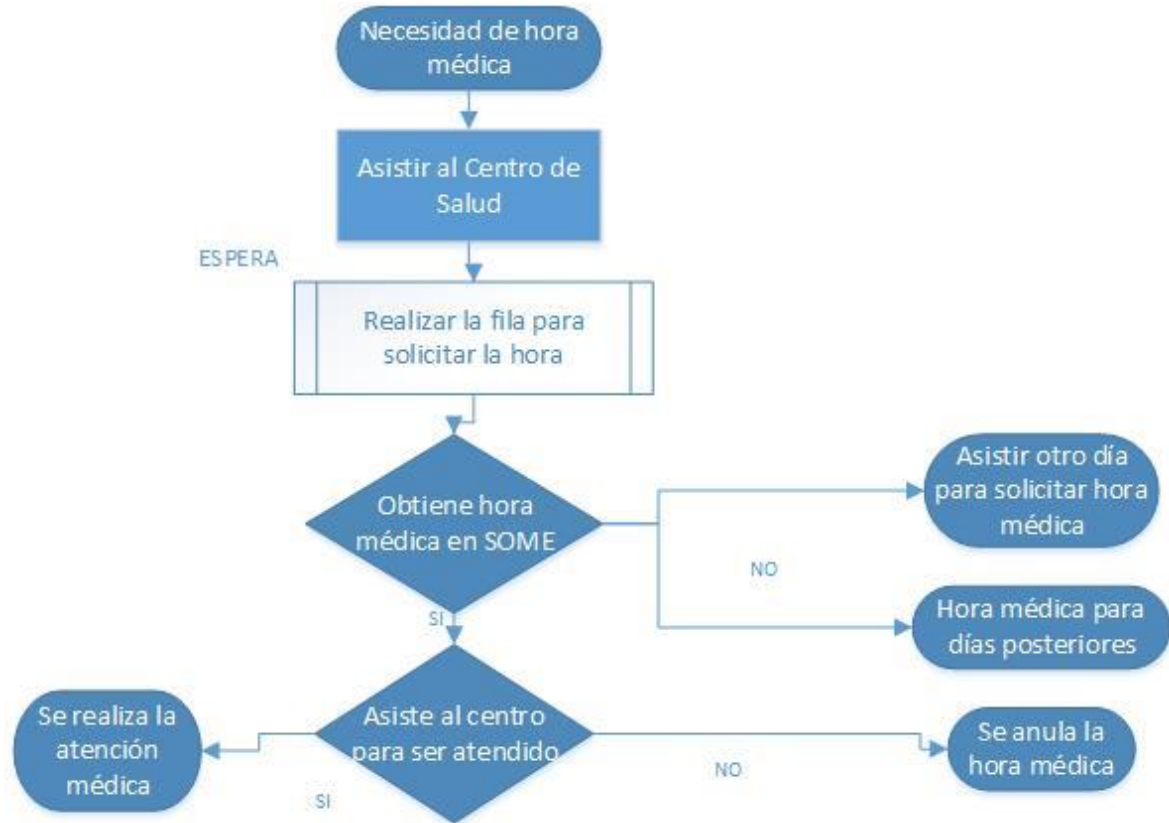
La entrevista fue respondida por la subdirectora del centro, vía online, ya que ella tiene un amplio conocimiento sobre el funcionamiento de todo el centro incluyendo del sistema de asignación de horas médicas.

Se destaca que este centro utiliza el sistema por orden de llegada, ya que mantiene un mayor orden, en el cuál los funcionarios del SOME entregan las horas médicas del día, y cuando estas se terminan es posible asignar hora con especialistas para días posteriores. Se destaca además que los usuarios comienzan a llegar a las 5:30 AM y que las horas son entregadas desde las 7:30 AM aun así, los usuarios que llegan a las 8 AM y 8:30 AM

Este centro tiene un SAPU dentro de las mismas instalaciones, que funciona desde temprano para atender curaciones, urgencias y realizar toma de exámenes.

El funcionamiento del sistema se refleja en el esquema n°6.

**Esquema n°6:** Sistema de asignación de horas del centro en estudio.



Fuente: Elaboración propia en base a entrevista.

#### **Análisis fortalezas y debilidades del sistema por orden de llegada.**

- ✓ **Fortalezas:** Da la posibilidad de elegir al médico tratante en caso de solicitarlo el usuario y la hora más cómoda para él usuario, en caso de no conseguir hora médica para el mismo día se da la posibilidad de conseguir una para días posteriores, las ventanillas del SOME logran mantener un mayor orden en los usuarios ya que estas están asignadas por sector.
- ✓ **Debilidades:** Los usuarios deben asistir al centro muy temprano para obtener hora médica, no hay horas médicas especiales o reservadas para usuarios prioritarios como niños y tercera edad, pero si para enfermos crónicos, crea rivalidad entre usuarios por quien llega antes, largas horas de espera para los usuarios.

## **B.- ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.**

Se realizó una encuesta de satisfacción a una muestra de la población usuaria, la cual se puede ver en el anexo n° 7, Encuesta usuarios. El cálculo de la muestra se realizó en base al teorema del límite central, para una población 47.856 usuarios inscritos a la fecha, según información entregada por el director del centro, se utilizó en el cálculo una heterogeneidad del 50%, un nivel de confianza del 90% y margen de error del 10%, lo que da un resultado de 68 encuestas a realizar.

Con el fin de fijar el nivel de satisfacción que tienen los usuarios respecto al funcionamiento del sistema de asignación de horas médicas, se crea esta encuesta con 22 ítem sobre el funcionamiento del Centro y del sistema de asignación de horas médicas, medido mediante escala Likert, del 1 al 5 con 1 muy malo y 5 muy bueno.

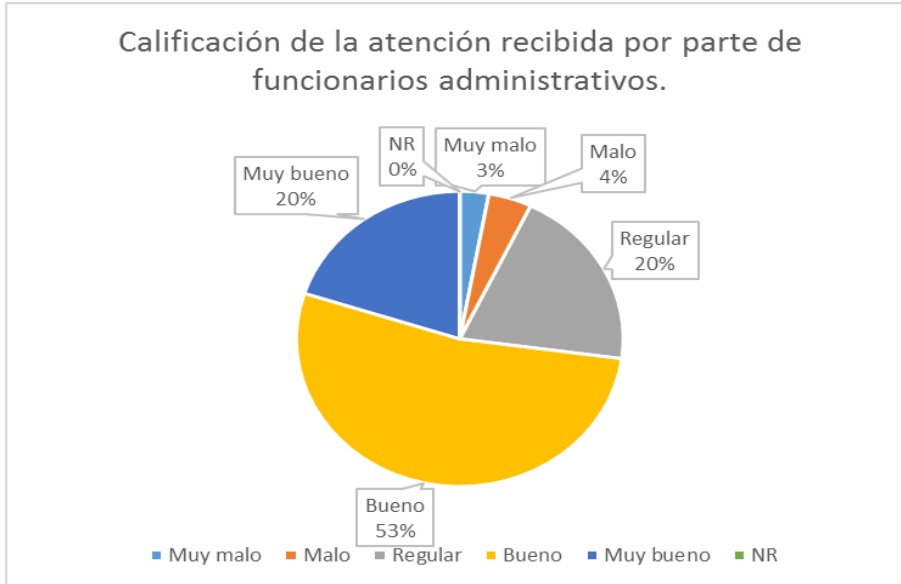
El momento más idóneo de aplicación elegido de la encuesta se definió como: Después de que los usuarios hayan pasado por la ventanilla en la que se asigna la hora médica y antes de ser atendidos por los doctores, en caso de ser usuarios que no alcanzaron su hora médica igualmente serán encuestados. Se comenzará el primer día de encuestas buscando encuestar al mayor número de usuarios posibles y en el segundo día los faltantes.

Según resultados de la encuesta los cuales se resumen en el anexo n°:8, resultados encuesta usuaria, se grafican algunos de los ítems más relevantes para entender el sesgo en la opinión de los usuarios encuestados.

En relación al ítems de calificación de la atención recibida por funcionarios administrativos, representado en el gráfico n° 1, se tiene que los usuarios en un 53% tiene una evaluación buena sobre la atención de recibida por parte de los usuarios, con solo un 7% de los usuarios que dan una opinión negativa.

A pesar de que la mayor cantidad de quejas recibidas según la administración es debido al mala trato por parte de los funcionarios administrativos contra los usuarios, los resultados de la encuesta reflejan lo contrario.

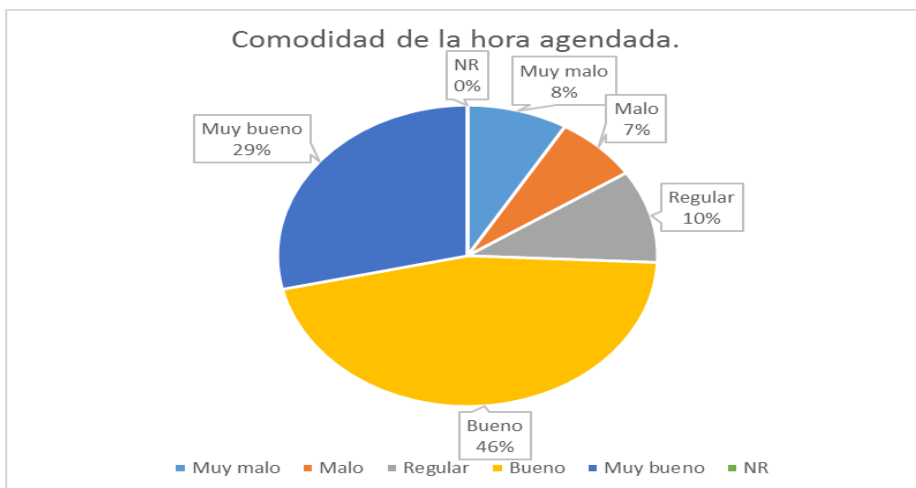
**Gráfico n°1:** Calificación de la atención recibida por funcionarios administrativos.



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de satisfacción.

Sobre la comodidad de la hora agendada, en total las evaluaciones positivas suman un 75% del total de encuestados, esto se debe a que en el centro los usuarios tiene la posibilidad de poder elegir la que más les acomode siempre y cuando haya disponibilidad de horas. Ver gráfico n° 2.

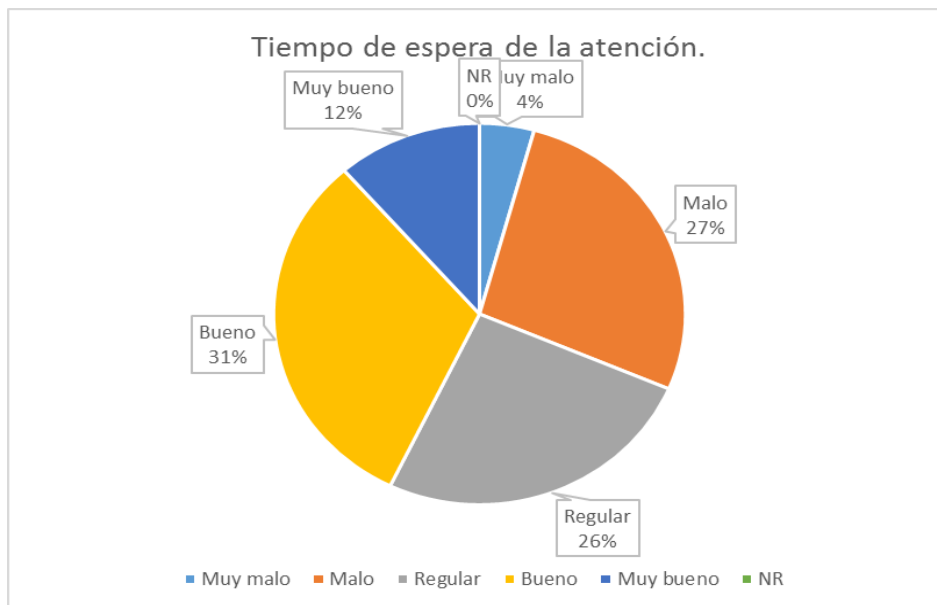
**Gráfico n°2:** Comodidad de la hora agendada.



Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de satisfacción.

En el gráfico n°3, se puede ver que las proporciones entre regular, bueno y malo están en general niveladas para el ítem de la percepción del tiempo de espera de la atención, a pesar de que en el apartado dos de la encuesta sobre sugerencias para mejoras se vio mucho la frase “cambiar sistema”, fué mayor la cantidad de opiniones de que ese sistema era el adecuado y el tiempo de espera era poco. Además el tiempo promedio de llegada de los usuarios fue el de las 7:25 AM, siendo que el centro comienza a entregar las horas médicas a las 7:30 AM, este factor discrepa con otro centros que utilizan este sistema, ya que aquí la gente no suele llegar tan temprano como esos centros y aun así encuentran horas médicas. Esto se debe a que igual cuenta con un SAPU, lo que hace que este sistema funciones muy bien en el centro.

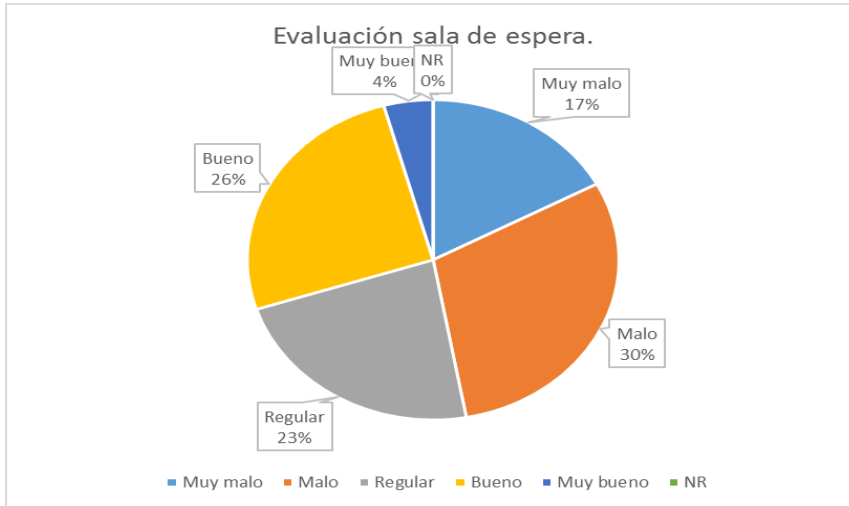
**Gráfico n°3:** Tiempo de espera en la atención.



Fuente: elaboración propia en base a encuestas de satisfacción.

Misma situación sucede sobre la evaluación de la sala de espera, a pesar de tener pocos asientos y pequeños afiches informativos sobre funcionamiento, esta tiene una evaluación pareja entre bueno, malo y regular, prevaleciendo malo con un 30%. Este resultado se debe al poco tiempo que los usuarios esperan en la sala para ser atendidos el cual en promedio es de 30 minutos, dependiendo de la hora a la que llegó a la fila.

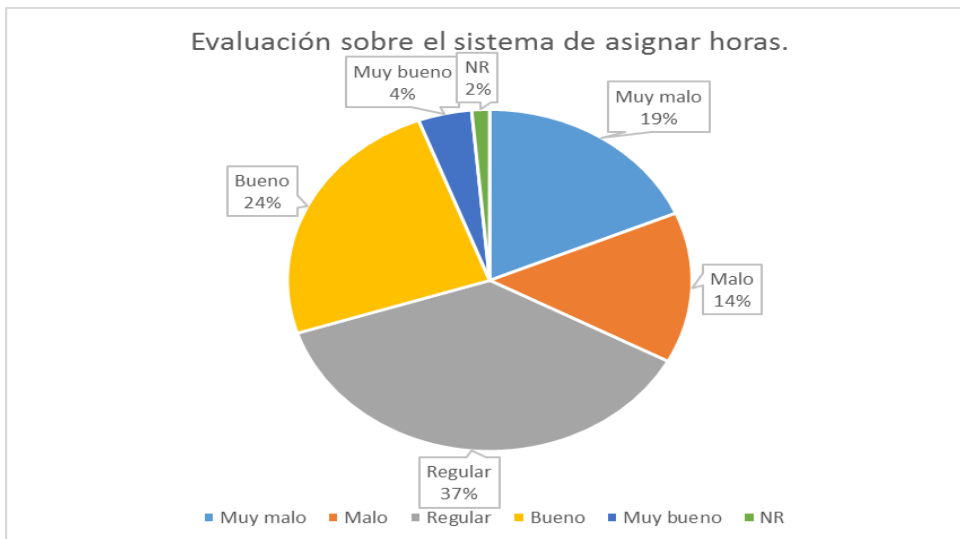
**Gráfico n°4:** Evaluación sala de espera.



Fuente: elaboración propia en base a encuestas de satisfacción.

Sobre el sistema de asignación de horas médicas usados por el centro (Orden de llegada), la evaluación prevalecientes son regular con un 37%, positivas de 28% y negativas de 33%, según gráfico n°5. En las sugerencias se repite el de cambiar a un sistema de llamado telefónico, pero de igual manera se quejan de que no contestan los teléfonos, por lo mismo la gente que opina que no contestan los teléfonos son las que opinan que este método es el adecuado.

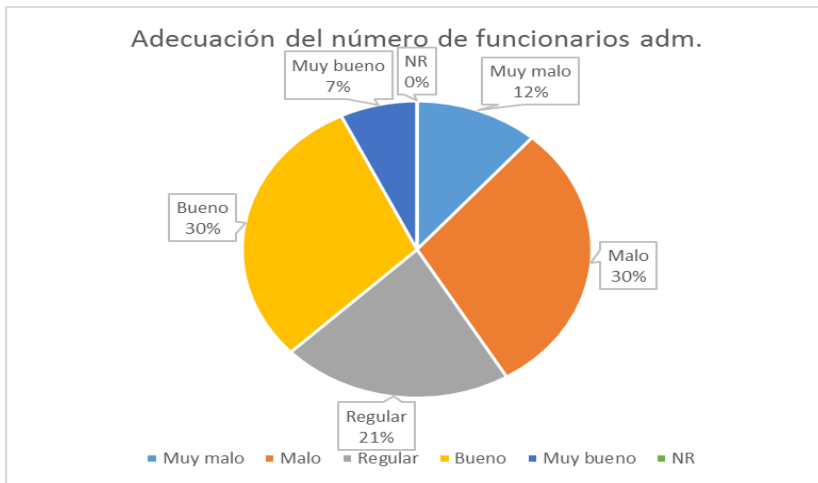
**Gráfico n° 5:** Evaluación sobre el sistema de asignar horas.



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de satisfacción.

En el ítem de evaluación sobre el adecuado número de funcionarios administrativos se mantiene en proporciones iguales con 30% las evaluaciones buena y mala, reflejado en el gráfico n°6. Se destaca que la gente que evaluó mala no se debe solo a que son pocos funcionarios, sino a que son muchos y a la poca productividad de los mismos.

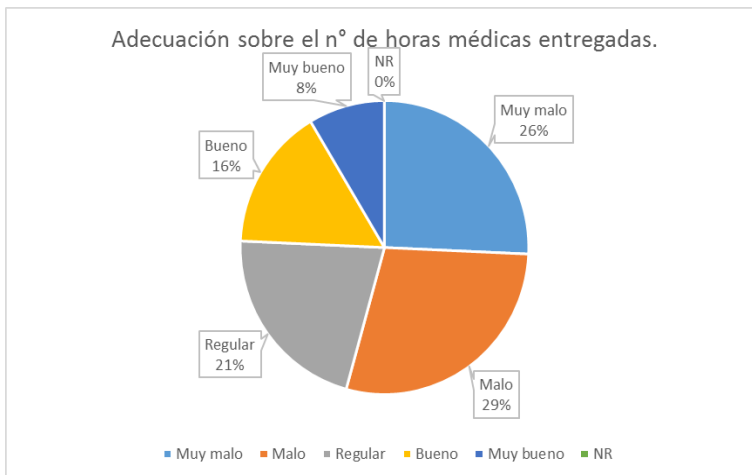
**Gráfico n°6:** Adecuación del número de funcionarios administrativos.



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de satisfacción.

Sobre el número de horas médicas, prevalecen las opiniones negativas con una suma del 55% seguido del 21% regular. Se destaca que el 8% considera que son muy buenas. En las opiniones anotadas, se encuentra repetidamente la solicitud de que se entreguen más horas médicas.

**Gráfico n°7:** Adecuación del número de horas médicas entregadas.



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de satisfacción.

**2.4. Objetivo n°4:** Desarrollar propuestas de mejoras del sistema de asignación de horas médicas aptas para ser implementadas en el Centro, considerando el análisis de los resultados de los objetivos anteriores.

**Instrumento utilizado:** Recopilación de la información obtenida de objetivos anteriores.

**Análisis de resultados:**

**A.- PROPUESTA DE MEJORAS.**

De los resultados obtenidos se dedujo que el sistema utilizado no necesita cambios drásticos como lo es el cambio de sistema de asignación de horas médicas para mejorar la percepción usuaria sobre el mismo, pero si pequeñas mejoras, las que se detallan a continuación.

**Tabla n°2:** Propuestas de mejora.

<b>Hecho.</b>	<b>Propuesta.</b>
El sistema utilizado por el centro tiene tanto cosas buenas como malas según la percepción de los encuestados, existiendo un gran nivel de conformidad sobre el mismo para los usuarios por sobre los que reclaman del mismo.	No realizar un cambio de sistema, esto quiere decir, mantener el sistema por orden de llegada.
Actualmente los usuarios tienen libre elección de la hora que se les asignará.	Se recomienda mantener esta característica ya que es muy valorado por los usuarios ya que se adecua a su disponibilidad.
Tiempos de espera variados dependiendo de la hora de llegada a la fila.	Con el fin de minimizar las filas a temprana hora se recomienda crear mayor cultura usuaria sobre el proceso de asignación de horas y mantener la hora de apertura del centro, promoviendo la llegada a la fila en ese horario.

<p>Mala evaluación de la sala de espera y espacios pequeños.</p>	<p>Se recomienda ambientar la sala de espera en donde se forma la fila, esto puede ser con televisores, afiches que promuevan el autocuidado o incluso información de los programas que se desarrolla en el centro.</p>
<p>En caso de no quedar hora médica para el mismo día, el centro entrega hora para días posteriores si es posible o se da una negativa a la demanda usuaria.</p>	<p>La percepción sobre este hecho es negativa, pero debido a que no se puede entregar un mayor número de horas médicas resulta este sistema como el más adecuado debido a las características del centro en estudio que cuenta con un SAPU en el mismo centro para atender urgencias.</p>
<p>Falta de información sobre el proceso de asignación de horas.</p>	<p>Se recomienda colocar un aviso informativo sobre el proceso en cuestión, detallando etapas, documentos, prohibiciones y la hora en que se comienzan con la atención en ventanillas.</p>
<p>La perspectiva sobre si la información de los derechos y obligaciones como usuarios que se entrega es la adecuada no tiene un sesgo definido.</p>	<p>Se recomienda colocar un afiche en el centro que informe sobre los derechos y obligaciones que ellos tienen como usuarios, para mantener la transparencia dentro de la relación usuario-centro.</p>
<p>Sobre los métodos para manifestar las quejas y sugerencias este está dado por la instalación de la oficina OIRS y siempre se responde dentro del plazo de los 20 días.</p>	<p>Se destaca la buena ubicación de la oficina y el cumplimiento de plazos para responder. Se recomienda promover la utilización de este medio para plantear la opinión de los usuarios que aún no usan este sistema.</p>
<p>En el ítem sobre si el centro se preocupa del bienestar de todos los usuarios, las opiniones fueron en su mayoría mala y regular.</p>	<p>Se recomienda que el centro de a conocer sus programas y operativos por vía distintos medios, telefónica, volantes con los informativos, entre otros. Para mejorar la percepción de los usuarios.</p>

<p>El centro cuenta con un número prudente de funcionarios administrativos para atender a todos los usuarios.</p>	<p>Los usuarios repiten mucho la frase “se chocan unos con otros”, en relación a que consideran que son muchos funcionarios para la atención entregada. Una recomendación sobre esto requiere otro tipo de análisis de reevaluación de cargos.</p>
<p>El centro entrega horas médicas para el día para un total de 60 pacientes diario en medicina familiar, entregadas en la mañana. La demanda de horas supera a diario la oferta, pero las cancelaciones pueden ser re-agenda.</p>	<p>Se destaca que los usuarios pueden conseguir hora médica a pesar de no llegar a las 5:30 de la mañana en casos de un día de funcionamiento regular del centro, aun así la percepción usuaria es que la horas médicas son pocas para la demanda.</p>
<p>Originalmente el centro fue construido para atender 20 mil usuarios pero atiende actualmente más de 47 mil.</p>	<p>Se recomienda realizar una ampliación del centro incorporando nuevos espacios para atención de medicina general ya que en la actualidad, hay sillas de espera incluso en pasillos.</p>

## CONCLUSIONES

En base a los análisis realizados, la operatividad del sistema de asignación de horas médicas funciona bien en este centro y no necesita cambios trascendentales sobre el mismo, esto se debe principalmente a que el centro no solo cuenta para satisfacer la demanda diaria de morbilidad las horas de medicina general calendarizadas, sino que también existe la posibilidad de ser atendidos en el SAPU ubicado dentro del mismo centro, el cual alivia la demanda de morbilidad.

Se propone realizar una variedad de pequeños cambios que en su conjunto logran mejorar la percepción usuaria en cuanto a varios aspectos mal evaluados que tiene el centro en estudio que no son poco relevantes. Se calcula que el centro tiene una aprobación del 64% y con estos cambios propuestos, se puede llegar a una aprobación del 81%.

La percepción usuaria en salud es fundamental para dimensionar la satisfacción usuaria de los sistemas de salud, a pesar de que la misma se ve afectada por múltiples dimensiones, para el usuario varía en cuanto al trato que reciben y no necesariamente del tratamiento recibido. Esto es a consecuencia que los pacientes no suelen poseer el conocimiento técnico necesario para poder evaluar el tratamiento recibido y por lo que asumen competitividad del proveedor de servicios.

Es importante tener presente factores como las experiencias pasadas en el servicio, tiempos de espera u opinión de otros usuarios, lo que las vuelve sensible a varios factores, los cuales deben ser considerados por parte del centro de salud para mantenerse en mejora constante. En consideración a esto es que las propuestas como la ampliación del recinto y su sala de espera son importantes ya que logran mejorar la experiencia que el usuario obtiene al estar dentro del centro.

Se propone al centro preocuparse por la información que entregan a sus usuarios, ya que este ámbito es el que se encuentra con mayor grado de desaprobación y es un factor importante que influye en la satisfacción usuaria.

Un centro de salud de atención primaria como lo es este CESFAM, es la primera puerta de acceso al sistema de salud público, de acá nace la importancia de que las personas tengan una buena percepción de este sistema, ya que hay personas que no tienen necesidad de asistir a la red asistencial y les basta con solo asistir a estos centros por lo que se quedarán con esta percepción del sistema de salud público.

Orientar la dirección de una empresa en los clientes sitúa en un marco estratégico que impone tener que precisar la misión y orientación de la empresa sanitaria, definir con claridad los objetivos y velar por una estructura equilibrada para llevar a cabo sus actividades y nunca dejar de realizar diagnósticos para comprobar el nivel de competitividad que poseen y la calidad entregada a los usuarios de sus servicios.

Cabe señalar, que la normativa por la que se guían los CESFAM, nada dice respecto a los estándares de calidad que deben cumplir, excepto de los definidos en el plan de salud comunal, los cuales son definidos por los mismos directores de los centros en conjunto con la dirección del departamento de salud de la comuna, lo que se considera insuficiente respecto a la importancia del tema en cuestión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### LEYES.

- Constitución Política (1980). CHILE. Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Santiago, Chile, 22 de Septiembre del 2005.
- Decreto con Fuerza de Ley N°1. (2005). CHILE. Ministerio de Salud, Subsecretaria de Salud Pública, Santiago, Chile, 24 de Abril del 2006.
- Decreto con Fuerza de Ley N°3.(1997) CHILE. Ministerio de Hacienda, Santiago, Chile, 19 de Diciembre de 1997.
- Ley N° 15076, Decreto 367 (1963) CHILE. Ministerio de Salud Pública, Santiago, Chile, 8 de enero de 1963
- Ley N° 18.883. (1989) CHILE. Ministerio del interior, Santiago, Chile, 22 de octubre de 2015.
- Ley N° 19.378. (1995) CHILE. Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 9 de Febrero de 2008.
- Ley N° 19.966. (2004) CHILE. Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 3 de Septiembre de 2004.

### FUENTES ELECTRONICAS.

- Céspedes, P., Sandoval, G. (2012) *Reclamos en hospitales y consultorios alcanzan 103 mil en el último año*. [DIARIO] La Tercera. Recuperado noviembre 5, 2015 en <http://diario.latercera.com/2012/06/18/01/contenido/pais/31-111735-9-reclamos-en-hospitales-y-consultorios-alcanzan-103-mil-en-el-ultimo-ano.shtml>
- Colegio Médico. (1998). *El Sistema de Salud Chileno*. [PDF]. Disponible en versión electrónica en <http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemasaludchileno.pdf>.

- Colmenares, O., Saavedra, J., (2007). *Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio*. Recuperado noviembre 6, 2015 en <http://www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm>.
- Crece Negocios. (2011). *La satisfacción del cliente*. Recuperado noviembre 5, 2015 de <http://www.crecenegocios.com/la-satisfaccion-del-cliente/>.
- Cueto, A. (2012) *Valor para el cliente*. Argentina. Recuperado noviembre 5, 2015 de <http://anibalcueto.blogspot.cl/2012/03/valor-para-el-cliente.html>.
- Donoso, N. (2011). *Calidad de la atención y satisfacción usuaria en salud*. [PPT]. Recuperado noviembre 5, 2015 de [http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2011/VI\\_CONGRESO\\_DE\\_SALUD\\_MUNICIPAL\\_SANTIAGO/PPT03.pdf](http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2011/VI_CONGRESO_DE_SALUD_MUNICIPAL_SANTIAGO/PPT03.pdf)
- EMOL. (2014). *Precios y mala atención lideran reclamos de pacientes en clínicas y hospitales*. Recuperado noviembre 5, 2015 de <http://www.emol.com/noticias/nacional/2014/05/27/662280/precios-y-mala-atencion-lideran-reclamos-de-pacientes-en-clinicas-y-hospitales.html>
- Gargantilla, P. (2014) *En 75 años, los avances médicos revolucionaron la salud y alargaron la vida*. Madrid. Recuperado junio 20, 2015 de <http://www.efesalud.com/noticias/los-avances-medicos-revolucionaron-la-salud-y-alargaron-la-vida-en-75-anos/>
- Kioskea. 2014. *Gestión de relaciones con el cliente (CRM)*. Recuperado noviembre 4, 2015 de <file:///C:/Users/valeria/Downloads/gestion-de-relaciones-con-el-cliente-crm-197-k8u3go.pdf>.
- Minsal. *Hitos de la Salud Chilena*. Chile. Recuperado junio 20, 2015 de [http://web.minsal.cl/hitos\\_salud\\_chilena](http://web.minsal.cl/hitos_salud_chilena)
- Minsal (1993) *De Consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual*. [PDF] Recuperado octubre 3, 2015 en [http://www.bibliotecaminsal.cl/lildbi/docsonline/1/7/171-DE\\_CONSULTORIO\\_A\\_CENTRO\\_DE\\_SALUD\\_-\\_MARCO\\_CONCEPTUAL.pdf](http://www.bibliotecaminsal.cl/lildbi/docsonline/1/7/171-DE_CONSULTORIO_A_CENTRO_DE_SALUD_-_MARCO_CONCEPTUAL.pdf)

- Minsal (2005) *Modelo de atención integral de salud*. [PDF] Recuperado octubre 4, 2015 de [http://www.terapia-ocupacional.cl/documentos/miscelaneo/2005\\_MINSAL\\_2005.pdf](http://www.terapia-ocupacional.cl/documentos/miscelaneo/2005_MINSAL_2005.pdf)
- Minsal, (2008). *En el camino a Centro de Salud Familiar*. [PDF]. Recuperado octubre 7, 2015 de [http://www.bibliotecaminsal.cl/lildbi/docsonline/6/8/186-Cuaderno\\_de\\_Redес\\_en\\_el\\_Camino\\_a\\_Centro\\_de\\_Salud\\_Familiar.pdf](http://www.bibliotecaminsal.cl/lildbi/docsonline/6/8/186-Cuaderno_de_Redес_en_el_Camino_a_Centro_de_Salud_Familiar.pdf)
- Minsal, (2013) [PDF]. *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Recuperado octubre 11, 2015 de [http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2013/11/Orientaciones-para-la-implementacion-del-Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Integral-de-Salud-Familiar-y-Comunitaria\\_DIVAP\\_2013.pdf](http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2013/11/Orientaciones-para-la-implementacion-del-Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Integral-de-Salud-Familiar-y-Comunitaria_DIVAP_2013.pdf)
- OMS 1, Organización Mundial de la Salud. *Atención Primaria de Salud*. Recuperado junio 20, 2015 de [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/).
- Plan de Salud Comunal, I. Municipalidad de La Granja (2015). *Anteproyecto plan de salud comunal 2015*. Recuperado noviembre 6, 2015 de [http://www.transparencialagranja.cl/wp-content/uploads/2015/10/Plan\\_de\\_Salud\\_2015.pdf](http://www.transparencialagranja.cl/wp-content/uploads/2015/10/Plan_de_Salud_2015.pdf)
- Rivas, F. (2015) *Paciente agredió a directora de cesfam en Valdivia en reclamo por falta de horas médicas*. Recuperado noviembre 5, 2015 en <http://www.biobiochile.cl/2015/10/09/paciente-agredio-a-directora-de-cesfam-en-valdivia-por-falta-de-horas-medicas.shtml>

## **TESIS Y ANUARIOS.**

- Cobo, F., González, L. (2007). *Las implicancias estratégicas del marketing relacional: fidelización y mercados ampliados*. Anuario Jurídico y Económico Escurialense, XL. Recuperado de [file:///C:/Users/valeria/Downloads/Dialnet-LasImplicacionesEstrategicasDelMarketingRelacional-2267957%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/valeria/Downloads/Dialnet-LasImplicacionesEstrategicasDelMarketingRelacional-2267957%20(1).pdf)
- Duarte, J. (2015). *Calidad de Servicio*. Revisión. Universidad autónoma de Barcelona. Recuperado de <http://keisen.com/es/wp-content/uploads/2015/05/Calidad-de-servicio-corrientes-y-propuestas.pdf>

- Lourdes, Y., Vera, Y. (2008). *Gestión orientada al valor del usuario del servicio salud Talcahuano caso aplicado al CESFAM Talcahuano Sur*. Memoria de título. Universidad del Bío- Bío.
- Poo, J. (2009). *Arquitectura para la Salud. Centro de Salud Familiar Comuna de San Bernardo*. Proyecto de título. Universidad de las Américas. Escuela de Arquitectura Diseño y Arte.

## **LIBROS Y REVISTAS.**

- Amaya, J. (2014). *Gerencia Planeación y estrategia*. Bucaramanga, Antartica.
- Carrasco, S. (2014). *Técnicas de venta UF0031*. España, Ediciones Paraninfo, S.A, 2014.
- Donabedian, A. (1990). *Garantía y monitoreo de la calidad de la Atención Médica*. Rev. Del Instituto de Salud Pública: Perspectivas. 1° Eds. México.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5° Eds. México, McGraw-Hill, 2010.
- Kotler, P, Keller, K. (2012). *Dirección de marketing*. 14° Eds. México, Pearson Educación, 2012.
- Vázquez, C., Trespacios, G. (1998). *Marketing: estrategias y aplicaciones sectoriales*. 2° Eds. Madrid, Editorial Civitas. Recuperado de file:///C:/Users/valeria/Downloads/Dialnet-LasImplicacionesEstrategicasDelMarketingRelacional-2267957%20(1).pdf
- Villalobos, S. (2002). *Chile y su historia*. 10° Eds. Chile, Editorial Universitaria, 2002.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., Berry, L. (1992). *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid, Editorial Díaz de Santo.

## **ANEXOS.**

### **Anexo n°1: Resumen publicaciones Minsal.**

Se hace una recopilación de antecedentes sobre las pronunciaciones del Minsal sobre la Atención Primaria de Salud, en donde se ubican los CESFAM, que son las instituciones analizadas, se espera encontrar dentro de este marco teórico las manifestaciones realizada por el Minsal sobre la forma de asignar las horas médicas más adecuado para la población según sus características.

Según investigación online, los principales textos sobre el modelo de atención utilizado actualmente por los CESFAM son Consultorio a Centro de Salud, Modelo de Atención Integral en Salud, En el camino a Centro de salud familiar y Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.

#### **A.- Consultorio a Centro de Salud (1993).**

El texto publicado por el Ministerio de Salud en el año 1993 es la primera edición de “Consultorio a Centro de Salud”, se divide en cinco capítulos, de los cuales se destaca:

##### **Capítulo I.- Marco Conceptual.**

Esta sección describe los grandes compromisos contraídos por el país al suscribir la carta de Alma Ata en 1978. Destaca los principios que orientan las políticas del Gobierno, la Política de Salud y los objetivos y tareas asumidos por el sector. Termina con el marco Jurídico- Administrativo que sustenta la Atención Primaria de Salud.

En la Conferencia Mundial sobre Atención Primara de Salud realizada en Alma- Ata en 1978, se pidió que se abordaran los problemas de la salud y de la asistencia sanitaria, dentro de esto el asegurar una distribución más equitativa de los recursos de salud y conseguir que los ciudadanos de todos los países alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

En la conferencia se define la Atención Primaria como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad,

mediante su plena participación y a un coste que las comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

Dentro de las recomendaciones de la Conferencia, se destacan para esta investigación:

- “Las políticas nacionales de desarrollo en materia de salud deben hacer accesible a todos, con carácter prioritario, la atención primaria de salud como parte integrante de un sistema completo de asistencia sanitaria, teniendo en cuenta las características geográficas, sociales, culturales, políticas, económicas y de otra índole del país de que se trate.”

El sistema de salud en Chile, basa toda su red de salud considerando esta accesibilidad para todos los habitantes junto con sus características, pero no considera la forma en que las personas acceden a estos servicios de salud.

- La Conferencia promueve que se pongan en práctica intervenciones culturalmente aceptables, técnicamente apropiadas, factibles y adecuadamente seleccionadas, en combinaciones que respondan a las necesidades locales.

En el marco de los principios y orientaciones señaladas, los objetivos generales planteados para la Atención Primaria de Salud son:

- Mejorar la calidad de vida de los chilenos asegurando el Estado el derecho al acceso a la salud a la población en general, otorgándole primera prioridad a los sectores de extrema pobreza.
- Hacer de la Atención Primaria una estrategia de desarrollo, para coayudar a elevar el nivel de vida de la población.
- Reestructurar el Sistema de Salud para alcanzar esta nueva visión de la salud.

**Capítulo II.- La situación de salud y los desafíos para el año 2000.** En esta parte se revisan los grandes cambios experimentados en la situación de salud de la población. Se define la concepción bio-psico-social como el marco de referencia para un nuevo modelo de atención.

El desafío de los próximos 40 años es elevar el nivel de salud de toda la población, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

**Capítulo III.-** Se define Centro de Salud como una unidad del sector de salud cuyo establecimiento está ubicado estratégicamente en un territorio determinado, dentro del cual realiza su tarea específica, con el propósito de resolver los problemas de salud de la población y mejorar así su nivel de salud.

Sobre la población a la cual sirve, menciona que el tamaño de esta debe ser tal que le permita al centro conocerla e intervenir en ella y con ella, adecuándose a sus necesidades y en condiciones de calidad controladas, considerando el criterio de accesibilidad.

Este capítulo, trata además la tarea del centro de salud la que debe contribuir a promover la salud de la población, lo que significa no sólo tratar o prevenir daños, si no también mejorar el nivel de salud y contribuir a elevar la calidad de vida, enfrentando aquellos factores que limiten o afecten esta condición. Para esto considera la programación local como el proceso mediante el cual el Centro de Salud organiza su quehacer en torno a programas, actividades y tareas, utilizando al máximo su potencialidad. Es la expresión del proyecto de trabajo o plan anual de salud donde se definen objetivos, metas y estrategias. Es en este proceso, donde el equipo debe asumir, aplicar y adaptar las normas programáticas provenientes del Ministerio y decidir las intervenciones originales destinadas a enfrentar los problemas locales de salud.

Para programar el Centro de Salud debe tener en cuenta:

- El diagnóstico actualizado de situación de salud de su localidad
- La evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente
- El escenario más probable en que deberá actuar en el período a programar
- Las orientaciones programáticas y normas ministeriales
- Los recursos existentes
- Los recursos potenciales

Dentro de las consideraciones operativas para el proceso de programación local, está contar con un diagnóstico lo más completo y actualizado posible, de los problemas de salud de la población, asignándoles prioridades a los diferentes problemas. Estas programaciones consideran a todos los funcionarios, la coordinación y

complementación con la red local y regional de salud, todas las actividades a realizar asignando los recursos correspondientes y realizando evaluaciones.

En el capítulo se refiere también al ámbito del que hacer del equipo de salud y lo subdivide en:

- **El ámbito de acción asistencial**, que con la nueva concepción de salud se modifica sensiblemente, considerando una atención integral de salud (considera a la persona en su globalidad o sea en su aspecto psíquico, físico y social).

Una segunda perspectiva desde donde entender la integralidad, apunta a la continuidad de la atención. Debe asegurarse atención a lo largo de todas las etapas vitales de la persona, desde la concepción hasta la ancianidad. Asimismo debe otorgarse atención a la persona cualquiera sea su estado de salud: sano, enfermo agudo, crónico, con secuelas, en fase terminal, etc. Por último, debe existir una oferta de atención permanente, a cargo de la red de servicios de salud, con el objeto de responder a los problemas en forma oportuna, sean éstos urgencias médicas o urgencias percibidas por la población.

Es necesario, que el Centro desarrolle al máximo una capacidad de atención resolutoria adecuada a su ubicación en la red de servicios locales de salud y que evalúe el impacto que su labor ha generado en la situación que se esperaba modificar.

Para lograr los objetivos asistenciales se puede recurrir a diferentes estrategias, las que en su conjunto deben contribuir al proceso de promoción de la salud. Entre estas estrategias se considera la prevención orientada a evitar la aparición de la enfermedad, su progreso o complicaciones y la recuperación y rehabilitación, estrategias que consideran el resolver integralmente los daños en salud.

- **El segundo ámbito de acción es el desarrollo de la participación en salud.** Se entiende por participación a la intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones privadas y solidarias y, otros sectores sociales, en la tarea de mantener, mejorar, recuperar y fomentar la salud. Se habla de participación social, cuando intervienen todos o gran parte de estos actores y, de participación comunitaria, cuando intervienen sólo los grupos y organizaciones representativas de la población de un territorio definido.

- **Como tercer ámbito de acción está el aporte al trabajo intersectorial.** El aporte al trabajo intersectorial es un rol específico e intransferible del sector salud. Se trata de que, en su calidad de representante del sector salud, el Centro concorra con sus conocimientos, recursos y destrezas, a un trabajo que por definición es compartido y que busca el desarrollo pleno de la sociedad. El trabajo Intersectorial será el resultado de la coordinación de esfuerzos entre órganos de gobierno y la articulación de los diversos sectores económicos y sociales.

#### **Capítulo IV.- Estructura, organización y funcionamiento del Centro de Salud.**

En la primera parte de este capítulo, teniendo presente la nueva propuesta para el Centro de Salud, se re-define su estructura y organización abordando tres áreas prioritarias: la división del trabajo en Unidades que agrupan tareas afines, una Organización Matricial que posibilita la articulación de las propuestas técnicas del sector de salud con la realidad local y un estilo de Conducción Integradora. En la segunda parte, dedicada al funcionamiento, se identifican dos tipos de procesos: procesos básicos como el de toma de decisiones y el de ejecución, monitoreo y evaluación de actividades y procesos de apoyo como el de información y el de comunicación y coordinación. El Equipo de Salud y el Clima Organizacional Interno se abordan en la tercera parte. Se enfatiza el concepto de "equipo" y se señalan como los factores que más influyen en el clima organizacional el estilo de liderazgo predominante, el grado de motivación y satisfacción laboral, el sentido de pertenencia y de retribución entre el centro y sus funcionarios y los canales de participación.

#### **Capítulo V.- Estrategias para el cambio.**

En este capítulo se señala la aparición de síntomas de resistencia al cambio como un hecho naturalmente esperado e inevitable frente a innovaciones como las que se proponen en este documento. Se mencionan algunas condiciones para que el proceso de cambio se produzca y se sugieren estrategias para iniciar y consolidar estos cambios.

Este capítulo aborda el problema de la demanda. Es necesario tener conciencia que la demanda por atención de salud es prácticamente Inagotable; los recursos son escasos y todo indica que lo seguirán siendo. Esto conduce a la necesidad de definir

una planta de personal mínima necesaria, para asumir la responsabilidad de atención de la población. Sin embargo, la estrategia no puede limitarse en forma exclusiva al aumento de los recursos asistenciales, pues será muy difícil que de ésta forma se solucione el problema.

A continuación se detallan algunas estrategias que pueden ser útiles para abordar el problema de la demanda, según el texto:

- Implementación del box de recepción-resolución-derivación rápida. Requiere de un médico que, ayudado por una enfermera y/o una auxiliar de enfermería, al inicio de la jornada, reciba a cada consultante, clasifique su problema o necesidad de salud y lo derive a la unidad operativa que le corresponda. Puede entregarse un distintivo que permita al SOME (Servicio de Orientación Médica-Estadística) reconocer el tipo de atención que se le otorgará y preparar la ficha en la forma que corresponda.
- Implementación de bases de atención de cuadros agudos de resolución rápida, bien equipados y con capacidad resolutoria (apoyo de personal auxiliar, farmacia adecuada, exámenes rápidos, etc.). Esta estrategia es especialmente válida para consultorios que no posean Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Para evitar confusiones, se deberá evitar nombrar o usar esta unidad asistencial como un servicio de urgencia.
- Ofrecer atenciones en horarios diferidos entregando la hora con anticipación, estas atenciones destinadas a resolver problemas menos agudos pero que requieren de mayor profundidad clínica, pueden realizarse con un rendimiento/hora menor que el habitual.
- Informar por diversos medios a los usuarios de las distintas modalidades de atención, sus objetivos y sus características, lo que permitirá que con el tiempo sean ellos mismos los que opten por uno u otro, y valoren sus ventajas comparativas.
- Citación programada para controles con tarjeteros, por el mismo personal que brinda la asistencia, la que se complementa con los cupos asignados a diario por la unidad recepción-resolución-derivación. Esto permite ajustar la frecuencia del control a la necesidad de cada caso de acuerdo al criterio técnico del profesional y a los rangos señalados por la norma nacional.

- Realizar sesiones grupales para el control de enfermos crónicos, niños sanos, niños desnutridos, embarazadas, puérperas, etc.
- Sectorizar el territorio del Centro obteniendo unidades pequeñas (sectores) lo que facilita una relación más personal entre el equipo de salud y la población que allí habita. Esta subdivisión del espacio para identificar mejor la población y sus problemas debe hacerse teniendo presente uno o más criterios los que se seleccionan de acuerdo al objetivo que se persiga con la sectorización

Otro análisis dentro de este capítulo, son los signos del cambio, en el cuál se encuentra el del eje organizacional y eje de la atención, en este último se menciona que los rechazos tienden a desaparecer, con la aplicación de diferentes medidas que permiten flexibilizar la oferta de servicios a la población, también está el eje de la participación, eje de la intersectorialidad.

### **B.- Modelo de Atención Integral en Salud (2005).**

El año 2005 en el marco de la Reforma de Salud se publica el documento, “Modelo de Atención Integral en Salud”, que establece consenso por académicos, directivos y profesionales del sector de los aspectos conceptuales del Modelo.

El documento sintetiza los fundamentos y características del modelo de atención integral del sector público, y cómo se hace operativo a través de sus modelos de gestión. Está dirigido a directivos y trabajadores del sector, quienes participan en la responsabilidad de constitución y fortalecimiento de las Redes Asistenciales y aportan a la gestión de los recursos de salud.

En este se aborda los distintos ámbitos que competen al quehacer territorial de las redes asistenciales, no incorporando aspectos de organización del sistema, tales como recursos humanos, financieros, de inversión entre otros.

Los valores y principios que sustentan el modelo de atención son los de la Reforma de salud;

- La salud es un derecho. Para resguardar el derecho a la salud de las personas, no basta con su declaración, es necesario establecer garantías explícitas de acceso,

oportunidad, calidad y protección financiera y generar los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.

- Una salud con equidad. Es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar. Es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables y a ello hay que dedicar los mayores esfuerzos.
- Una salud solidaria. Entendida como el esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos.
- Uso eficiente de los Recursos. Para poder materializar los valores de equidad y solidaridad en salud, de forma que los ciudadanos puedan hacer efectivo su derecho a la misma, es condición necesaria alcanzar un alto nivel de eficiencia en el uso de los recursos que crecientemente se invertirán en el sector.

Se define el Modelo Integral de Salud en el contexto de la Reforma se define como: El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. Mencionando sus objetivos y las características de éste modelo.

El texto trata también el Modelo de Gestión, que es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones. Menciona sus objetivos y las principales estrategias del modelo de gestión. Estos son:

- **Fortalecimiento de atención primaria de salud.**

Dentro de los enunciados que destacan para los fines de esta investigación tenemos:

1. En el Modelo de Salud Familiar: La unidad de atención es la familia, selección por parte del usuario de su equipo de cabecera en el proceso de inscripción en atención primaria y medir la satisfacción usuaria en forma sistemática.

2. En accesibilidad: Apertura de establecimientos de atención primaria en horarios acordes a las necesidades de la población.

- **Transformación hospitalaria.** En ambulatorización de la atención y en la organización de servicios de atención cerrada.

- **Rearticulación de la red asistencial.**

De los enunciados de destaca: Programación en Red que es una herramienta que permite contar con un registro de demanda en el origen que es actualizado en forma permanente, contrastando esta demanda con la oferta para cada uno de los puntos de la Red, conocer las brechas existentes y priorizarlas a nivel del Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), gestión permanente de las listas de espera en todos los puntos de la red, gestión de la demanda a través de la entrega de cupos de especialidad a atención primaria, sistemas de información a los usuarios dando garantías de respuesta a los reclamos y sugerencias de pacientes y familiares.

La relación entre ambos modelos va en que, con el fin de sustentar el Modelo de atención presentado, se instala un Modelo de Gestión en Red que incorpora a todos los actores como responsables de los resultados sanitarios de su población.

### **C.- En el camino a Centro de salud familiar (2008).**

El año 2008, se publica el documento “En el camino a Centro de salud familiar”, que basado en la publicación del documento “De Consultorio a Centro de Salud” de 1993, ya que éste es que presenta las bases para el cambio de consultorio a Centro de Salud ya que este texto desafía a los equipos de salud a profundizar este cambio, a trabajar con las familias, a ensayar nuevas formas relacionales, a poner al usuario y su salud al centro de su quehacer y a constituirse en eje de desarrollo social, al transformarse en Centro de Salud Familiar y Comunitario.

El libro se ha organizado en tres capítulos

**Capítulo I Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario:** En este capítulo se describen los elementos esenciales que caracterizan el Modelo, reflejando como el cambio ha repercutido en el bienestar de las personas, familias y comunidad.

**Capítulo II Introducción al Trabajo con Familias:** En este capítulo mediante preguntas y respuestas se hace un análisis de los principales desafíos que implica para el equipo de salud la incorporación de la familia como unidad de cuidados y describe las estrategias básicas utilizadas para dar respuesta a la familia como sistema. El trabajo con familias se basa en el enfoque biopsicosocial, desde el nivel práctico es una forma de comprender la experiencia subjetiva de la persona consultante como contribuyente esencial para lograr un diagnóstico acertado, resultados en la salud y en el cuidado humano.

**Capítulo III Desarrollando el Centro de Salud Familiar:** Capítulo esencial del libro. Reordena y organiza la experiencia acumulada a través de los años. Reconoce las dificultades y los riesgos a los que han debido enfrentarse los equipos de salud. Identifica las etapas por las cuales han ido transitando en su proceso de crecimiento y transformación y las sistematiza. Caracteriza para cada etapa los elementos fundamentales del cambio, así como los productos que dan cuenta de los logros alcanzados.

Estas etapas son:

- **Etapas Consultorio:** El equipo no ha comenzado cambios por propia iniciativa y continúa desarrollando su accionar de manera tradicional. Se cumple (o no) con las metas, por cumplimiento de orientaciones normativas. Se registra la información requerida. Responde de acuerdo a la oferta de que dispone.  
En esta etapa, aun no se han puesto en la posibilidad de cambiar, ya sea por no reconocer sus problemas y necesidad de cambio.
- **Etapas de Motivación y Compromiso:** El equipo cuestiona su accionar y sus resultados, analiza críticamente su relación con los usuarios y las evidencias de insatisfacción. Se perfilan liderazgos e intenciones de cambio buscados por el equipo. Empieza a analizar la relación entre oferta y demanda. Inicia capacitación en equipo, para comprender el Modelo y los fundamentos del cambio. Planifica el cambio.
- **Etapas de Desarrollo:** El equipo ha iniciado la implementación de estrategias de transformación. Analiza y cambia sus sistemas de registros. Sectoriza su población y conforma los equipos de cabecera de manera participativa. Ha iniciado

nuevas formas de trabajo con la comunidad y con el intersector. El trabajo en equipo se fortalece y comienza a mirar a la familia como unidad de atención.

En la Etapa de Desarrollo los principales ámbitos a considerar son: Dirección, Organización Interna, Capacitación, Sistemas de Información, Coordinación y Registros, Evaluación, Control y Monitoreo, Relación Equipo - Usuario /Familia, Centro de Costo, Trabajo con la comunidad y por último Trabajo en Red.

Se destaca para los fines de esta evaluación que dentro de los primeros cuatro ámbitos, ninguno de ellos habla sobre la forma que debe los Centros de Salud asignar la hora de los usuarios. En el punto cinco de Evaluación, Control y Monitoreo, se habla sobre hacer seguimientos del grado de implementación del modelo y evaluar la calidad de atención y mejora continuo, si bien no habrá sobre el sistema principal del que trata esta tesis, habla de la preocupación sobre la percepción, expectativas y grado de satisfacción usuaria en relación a la continuidad con su equipo de cabecera, al tiempo de espera, al trato, la acogida, la relación funcionario usuario, la accesibilidad a las prestaciones, la respuesta a los problemas en cuanto oportunidad, calidad y cantidad, la educación en autocuidado, la utilización de la red social y asistencial u otros.

Se espera que los equipos mejoren permanentemente su capacidad de respuesta y resolución a la demanda, especialmente en aquellos temas donde existe más necesidad en la población o más dificultad de acogida en la red asistencial.

Igual que en ámbito de Centro de Costos, se destaca la importancia dada a que el equipo se vea como un recurso en sí, un valioso recurso que puede autogestionar. Se destaca éste aspecto, ya que los cambios que busca producir esta tesis en el sistema pueden llegar a ocasionar un costo para los Centro, pero con una implementación eficiente por parte del equipo, se podrá ver beneficiados en recurso tanto los Centros como los usuarios.

- **Etapa de Fortalecimiento:** El equipo puede mostrar resultados de su proceso de cambio. Está o ha incorporado el concepto de riesgo familiar y trabaja en función de aquel: la familia se ha introducido como unidad de atención. El enfoque biopsicosocial se hace parte de un quehacer habitual en el análisis de los problemas de salud. Hay nuevas formas de gestión técnica. Se trabaja en conjunto con la red sectorial y el intersector.

- **Etapa de Consolidación:** El equipo da evidencias de mayor madurez y creatividad. Los resultados sanitarios son evidentes. Se cuenta con diagnóstico completo de las necesidades de la población, se buscan las soluciones en conjunto con la red de salud e intersectorial La Comunidad participa activamente. Los usuarios tienen un rol relevante en el mejoramiento de la atención. Hay una apropiación del enfoque sistémico por parte del equipo.

#### **D.- Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (2013).**

Publicado en el año 2013, este Manual actualiza los fundamentos y alcances del Modelo de Atención Integral de Salud, poniendo énfasis en la implementación, promoviendo un modelo de gestión con enfoque territorial, con una organización de los servicios en redes y la prestación de atenciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y anticipación al daño; teniendo como eje de intervención las personas, las familia y la comunidad. Para cumplir con estos propósitos, es pertinente articular los esfuerzos, recursos y capacidades en la red de salud, con la comunidad y la sociedad civil organizada.

Cuenta con una estructura de cinco capítulos, que se resumen a continuación:

**Capítulo I:** Ofrece un marco general, estableciendo consenso en relación a los elementos conceptuales básicos del Modelo de Atención Integral de Salud; definición, principios, población a cargo, cartera de servicios, financiamiento, aspectos éticos de la atención primaria renovada y el marco legal vigente entre otros.

Se destaca el punto que habla sobre la población a cargo, ésta se entiende como las personas beneficiadas con la cual el Centro de Salud asume la responsabilidad de brindar y coordinar los servicios sanitarios orientados a mantener a la población sana, mejorar su nivel de salud y ser la puerta de entrada a la Red de Salud.

**Capítulo II:** Releva aspectos claves en la gestión del establecimiento de salud en coherencia con el Modelo de Atención Integral de Salud: organización de un centro de salud familiar, planificación y programación sectorizada, gestión clínica y trabajo en red.

Respecto a la organización de los centros de salud en el Reglamento General de la Ley 1937844, se establece que “las entidades administradores definirán la estructura organizacional de sus establecimientos de atención primaria de salud y de la unidad encargada de salud en la entidad administradora, sobre la base del plan de salud comunal y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud” (Artículo N° 11).

**Capítulo III:** Enfatiza la promoción y prevención como eje esencial del trabajo en salud. Asimismo se aborda la educación de adultos como metodología a ser incorporada en el trabajo de los equipos de salud con su población a cargo.

**Capítulo IV:** Establece un marco conceptual de la participación social en salud revisando herramientas que apoyen la implementación del enfoque comunitario en la práctica de los equipos de salud.

**Capítulo V:** Establece un marco conceptual del trabajo con familias y revisa herramientas que apoyan la implementación del enfoque familiar en la práctica de los equipos de salud. Esta primera edición, probablemente no llegará a cubrir las inquietudes de todos y cada uno de quienes integran los equipos de salud de atención primaria. Sin embargo, se pone a disposición una ruta consensuada con los actores involucrados en la estrategia, que oriente la gestión de los centros de salud en coherencia con el Modelo de Atención Integral en Salud.

**Anexo n° 2:** Entrevista Selector de demanda.

### **ENTREVISTA SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE HORAS MÉDICAS.**

La presente entrevista forma parte principal de la tesis de titulación y grado “**Análisis de la operatividad del sistema de asignación de horas del CESFAM Granja Sur**”, para obtener el título de Contador Público Auditor y al grado de Licenciado en Sistemas de Información Financiera y Control de Gestión.

Se deja establecido que los antecedentes recopilados, serán utilizados solo para fines educacionales y serán tratados confidencialmente.

**Nombre entrevistado:**

**Cargo del entrevistado:**

**Fecha entrevista:**

**CESFAM en el que trabaja el entrevistado:**

- 1.- ¿En que se basan para asignar las horas médicas? //Selector de demanda, Orden de llegada, llamado telefónico, etc.
  
- 2.- ¿Funciona para todos los usuarios este sistema o para grupos como tercera edad y niños es distinto? ¿Cuál es el sistema que funcionan par ellos?
  
- 3.- ¿Qué es lo que debe hacer un usuario para obtener hora médica (por etapas)?
  
- 4.- ¿Qué documentos debe llevar el usuario para solicitar hora médica?
  
- 5.- ¿Cuántas horas puede solicitar un usuario?
  
- 6.- ¿Qué pasa en el caso de que el solicitante de la hora es distinto al paciente?
  
- 7.- ¿Cuántos funcionarios intervienen en este proceso?

- 8.-** ¿Cuánto tiempo los usuarios esperan desde que llegan a realizar la fila hasta que se les entrega una hora médica // Tanto para el primer usuario que consigue una hora médica y el último en conseguir una.
- 9.-** ¿En cuántos sectores se divide el centro y en que se basan para asignar cada usuario al sector?
- 10.-** En caso de sobredemanda, ¿Qué hacen con la gente que no alcanza hora de atención el mismo día?
- 11.-** En caso de que los doctores no asistan y ya se les asignó hora a los usuarios. ¿Qué pasa con ellos?
- 12.-** En caso de que los usuarios cancelen con anticipación sus horas médicas ¿Éstas son reasignadas a otro usuario?
- 13.-** ¿Qué pasa en el caso de que los usuarios no comuniquen a tiempo que no asistirán a su hora médica?
- 14.-** ¿Considera eficiente el sistema con el que se trabaja en el CESFAM?, ¿Le realizaría algún cambio?
- 15.-** ¿Qué proyectos a futuro tiene el centro con el fin de mejorar la atención entregada a los usuarios?

**Anexo n°3:** Entrevista Centro de Salud La Granja.

### **ENTREVISTA SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE HORAS MÉDICAS.**

- **Nombre entrevistado:** Pedro Gabriel
- **Cargo del entrevistado:** Guardia de seguridad
- **Fecha entrevista:** 5 octubre 2015
- **CESFAM en el que trabaja el entrevistado:** Centro de Salud La granja

1.- ¿En que se basan para asignar las horas médicas? Selector de demanda, orden de llegada u otro.

**Por orden de llegada.**

2.- ¿Funciona para todos los usuarios este sistema o para grupos como tercera edad y niños es distinto? ¿Cuál es el sistema que funcionan par ellos?

**Para todos es igual ya que es por sector.**

3.- ¿Cuántas horas puede solicitar un usuario?

**Uno por persona si es adulto y dos si es para niño o tercera edad.**

4.- ¿Qué debe traer el usuario para solicitar hora médica? Ej.: Algún documento.

**Llevar el carnet de control o identidad.**

5.- ¿Qué pasa en el caso de que el solicitante de la hora es distinto al paciente?

**Nada, mientras el paciente esté 20 minutos antes de su hora de atención.**

6.- ¿Cuántos son los funcionarios que intervienen en el proceso de entrega de horas?

**Son cuatro funcionarios, uno para cada sector.**

7.- ¿Cuáles son las etapas o procesos involucrados al entregar las horas?

**Primero en base a la fila realizada po la gente se van parando y se entregan las horas y es siempre lo mismo, respetando el orden de llegada.**

8.- Indique las distintas categorías en las que se puede clasificar a un usuario

**No son categorías, son sector. Sector avellana, los castaños, los aromos y los maitenes.**

9.- ¿En que se basa para categorizar a los usuarios?

**Según el sector donde viven.**

10.- ¿Cuánto tiempo demora en categorizar un usuario y en asignarle una hora médica?

**En promedio unos 5 minutos.**

11.- En caso de sobredemanda, ¿Qué hacen con la gente que no alcanza hora de atención el mismo día?

**Deben venir al otro día más temprano.**

12.- En caso de que los doctores no asistan y ya se les asignó hora a los usuarios. ¿Qué pasa con ellos?

**Se trasladan a otro doctor las horas.**

13.- En caso de que los usuarios cancelen con anticipación sus horas médicas ¿Éstas son reasignadas a otro usuario?

**Se anulan, no se dan a otros.**

14.- ¿Qué pasa en el caso de que los usuarios no comuniquen a tiempo que no asistirán a su hora médica?

**Se les solicita estar 20 minutos antes, si no llegan a la hora se anulan.**

15.- ¿Considera eficiente el sistema con el que se trabaja en el CESFAM?, ¿Le realizaría algún cambio?

**Es buen método, ya que no hay problemas. No realizaría cambios.**

### ENTREVISTA SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE HORAS MÉDICAS.

- **Nombre entrevistado:** Dr. Xavier Mendoza C.
- **Cargo del entrevistado:** Director
- **Fecha entrevista:** 15 Octubre del 2015
- **CESFAM o área en el que trabaja el entrevistado:** C:S: Dr. Miguel Concha Quillota

1.- El sistema telefónico que usan para asignar horas médicas ¿es el único medio para poder conseguir una hora médica?

**No es el único, también se entregan horas en forma presencial, por correo electrónico.**

2.- ¿Funciona para todos los usuarios este sistema o para grupos como tercera edad y niños es distinto? ¿Cuál es el sistema que funciona para ellos?

**Se entrega para todos los grupos de edad, el sistema permite que yo priorice a ciertos grupo y reserve más horas para un grupo determinado**

3.- ¿Cuántas horas médicas puede solicitar un usuario en cada llamada telefónica?

**No hay límite puede solicitar para el grupo familiar.**

4.- Luego de conseguir la hora médica ¿Qué debe hacer el usuario para ser atendido?

**Solo debe presentarse en el Centro de Salud, el mensaje de texto le indica la fecha, la hora , el box y el médico.**

5.- ¿Cuáles son las etapas o procesos que realiza la persona encargada de asignar las horas médicas?

**La persona encargada de GDA, debe realizar varios procesos previos, primero definir las agendas de oferta para el día siguiente, pasarla a una tabla especial y enviarla vía correo a la empresa encargada de asignar las horas, posteriormente llega un correo con los cupos u horas asignadas o tomadas, luego se realiza otro proceso de vaciar esos datos a la agenda digital nuestra.**

6.- ¿En general cuantas llamadas debe realizar un usuario para conseguir una respuesta sobre las horas médicas disponibles y cuánto tiempo dura cada llamada?

**Una llamada puede durar entre 1 a 3 minutos, los usuarios deben realizar una sola llamada esto depende de la oferta muchos pacientes que no**

alcanzaron hora intentan nuevamente y de acuerdo si hay devoluciones de horas consiguen un cupo, hay días donde ofertamos cerca de 200 cupos por día.

7.- Cada centro de salud sectoriza a sus usuarios de distintas formas, en este centro si es que existen, cuáles son los sectores y cuánto tiempo un usuario debe esperar para ser atendido.

**En este centro no sectorizamos a los usuarios y los pacientes esperan entre 10 a 20 minutos.**

8.- En caso de sobredemanda, ¿Qué hacen con la gente que no alcanza hora de atención el mismo día?

**Existe la alternativa de conseguir horas extras de médico, en casos de mayor urgencia se citan al SAPU y casos especiales se le ofrece una cita diferida para 24 a 48 horas después**

9.- En caso de que los doctores no asistan y ya se les asignó hora a los usuarios. ¿Qué pasa con ellos? Ej: Se les re agenda una hora para fechas posteriores o se les cancela y deben asistir otro día a solicitar hora u otro.

**Se procede de la misma forma que en la pregunta anterior existe la alternativa de conseguir horas extras de médico, que remplacen al profesional ausente, en casos de mayor urgencia se citan al SAPU y casos especiales se le ofrece una cita diferida para 24 a 48 horas después.**

**Pero la primera respuesta por protocolo nuestro es que la empresa les avisa vía mensaje de texto que el profesional está enfermo o ausente por alguna situación compleja.**

10.- En caso de que los usuarios cancelen con anticipación sus horas médicas ¿Éstas son reasignadas a otro usuario?

**Sí ese es el protocolo.**

11.- ¿Qué pasa en el caso de que los usuarios no comuniquen a tiempo que no asistirán a su hora médica?

**Tenemos una propuesta no concretada aún con la empresa, que con 2 inasistencias de este tipo, al usuario no se le entrega hora por GDA, debe solicitar hora presencial para justificar su situación y de esta forma se activa inmediatamente para solicitar hora por esta vía.**

**Esta situación nos genera muchas pérdidas de horas, sobre todo porque depende de las conductas de los usuarios en ser responsable e informar para anular una hora por la misma vía.**

12.- Para conseguir una hora médica el mismo día ¿Cuál es la probabilidad de conseguirla si llamo el mismo día? ¿La agenda para este día se abre con cuanta anticipación antes (horas, semanas, etc)?

**La agenda solo se abre por día y oferta para el mismo día, la oferta se envía el día anterior a la empresa.**

**13.- Las personas que trabajan en el sistema telefónico, ¿Son funcionarios del centro o son empleados de un servicio externo? ¿Cuántos funcionarios son los que realizan esta labor?,**

**Es una empresa externa (GDA) el sistema operativo es por medio de un Software, que es capaz de captar 40 llamadas en un minuto. En ocasiones en media hora se puede entregar toda la oferta de un día.**

**14.- En cuanto al sistema telefónico ¿Cuáles son los principales beneficios y problemas que les ha traído?**

**Los beneficios se relacionan con la eliminación de filas, tema resuelto en la primera semana, salas de espera descongestionadas, mayor satisfacción usuaria, permite mayor gestión de los funcionarios administrativos.**

**Los aspectos negativos, el sistema no permite elegir al profesional con el que desea atenderse.**

**El sistema es poco flexible con los horarios de oferta de horas y es más impersonal debido a que es un software, no permite mucha interacción**

**15.- ¿Considera eficiente el sistema con el que se trabaja?, ¿Le realizaría algún cambio?**

**Sí es un sistema eficiente permite gestionar de mejor forma la oferta, conocer las conductas y dinámicas de la demanda.**

**El sistema logra un grado de satisfacción usuaria importante, evitando traslados innecesarios de los usuarios, ahorrando tiempo al evitar doble traslado de los usuarios uno para asistir a conseguir una hora y otro cuando la hora asignada era en otro horario y por consiguiente evita gastos extras en locomoción.**

**Haría los cambios en los aspectos negativos mencionados en el párrafo anterior, en otras áreas se puede implementar para confirmación de citas, para programas y campañas especiales como por ejemplo, vacunación, citas a programas de exámenes preventivos entre otros**

**Anexo n° 5: Entrevista CESFAM Talcahuano Sur.**

**ENTREVISTA SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE HORAS MÉDICAS.**

- **Nombre entrevistado:** Mat. Marlene Valenzuela Contreras
- **Cargo del entrevistado:** Directora
- **Fecha entrevista:** 23 octubre 2015
- **CESFAM en el que trabaja el entrevistado:** CESFAM Talcahuano Sur.

1.- ¿En que se basan para asignar las horas médicas? Selector de demanda, orden de llegada u otro.

**Categorización de usuarios**

2.- ¿Funciona para todos los usuarios este sistema o para grupos como tercera edad y niños es distinto? ¿Cuál es el sistema que funcionan par ellos?

**Contempla pacientes entre 5 y 64 años de edad. Aquellos pacientes que no se encuentran dentro de este rango, vale decir, los menores de 5 años y mayores de 64 años, deben utilizar la línea 800 la cual es sin ningún costo para el usuario.**

3.- ¿Cuántas horas puede solicitar un usuario?

**Una por usuario.**

4.- ¿Qué debe traer el usuario para solicitar hora médica? Ej.: Algún documento.

**Carné de identidad o Carné de control del usuario.**

5.- ¿Qué pasa en el caso de que el solicitante de la hora es distinto al paciente?

**Debe estar el paciente en la sala para poder evaluarlo, por lo que se les solicita que a la hora de comenzar la evaluación se encuentre el paciente en la sala, sino perderá su número.**

6.- ¿Cuántos son los funcionarios que intervienen en el proceso de entrega de horas?

**Son varios, está el guardia de seguridad que entrega las horas médicas, las teens que evalúan a los usuarios y el funcionario que va agendando la hora médica.**

7.- ¿Cuáles son las etapas o procesos involucrados al entregar las horas?

**Recepción del paciente por el guardia de seguridad, quién les entrega el número para ser llamados a la evaluación del teens y posteriormente pasan a una sala de espera para comenzar a ser llamados uno por uno, clasificados por niños y adultos, para determinar si su motivo de consulta requiere de atención dentro del mismo día y se le entrega una hora, o si puede esperar se agenda una hora para los días siguientes, se envía al SAPU Hualpencillo, se envía a Urgencia del Hospital Higuera, o sencillamente no se les da ninguna solución.**

8.- Indique las distintas categorías en las que se puede clasificar a un usuario

**C1: Derivación a servicio de emergencia**

**C2: Atención de alta complejidad y resolución rápida. Atención de morbilidad inmediata**

**C3: Atención de moderada o mediana complejidad. Entrega de hora antes de las 12:00**

**C4: Atención de baja complejidad. Entrega de atención antes de las 16:00**

**C5: Atención no urgente. Entrega durante el día, días posteriores o no se les asigna hora.**

9.- ¿En que se basa para categorizar a los usuarios?

**Según los síntomas del usuario**

10.- ¿Cuánto tiempo demora en categorizar un usuario y en asignarle una hora médica?

**Demora 15 minuto promedio.**

11.- En caso de sobredemanda, ¿Qué hacen con la gente que no alcanza hora de atención el mismo día?

**Debe venir al día siguiente, ya que si se quedó sin hora, fue porque no su caso no es de urgencia ni requiere atención el mismo día.**

12.- En caso de que los doctores no asistan y ya se les asignó hora a los usuarios. ¿Qué pasa con ellos?

**Se trasladan a otro doctor.**

13.- En caso de que los usuarios cancelen con anticipación sus horas médicas ¿Éstas son reasignadas a otro usuario?

**No se reasignan, estas solo se anulan.**

14.- ¿Qué pasa en el caso de que los usuarios no comuniquen a tiempo que no asistirán a su hora médica?

**Se atiende al usuario siguiente si es que se encuentra en la sala de espera.**

15.- ¿Considera eficiente el sistema con el que se trabaja en el CESFAM?, ¿Le realizaría algún cambio?

**Considero que es un método muy efectivo al momento de filtrar la atención médica, a pesar de crear sentimientos negativos en algunos otros usuarios, ya que el primero en llegar a la fila no se le asegura ser atendido el mismo día. Aun así es un buen sistema.**

**Anexo n°6:** Entrevista CESFAM Granja Sur.

### **ENTREVISTA SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE HORAS MÉDICAS.**

- **Nombre entrevistado:** Carolina Venegas Silva.
- **Cargo del entrevistado:** Subdirectora
- **Fecha entrevista:** 9 noviembre 2015.
- **CESFAM en el que trabaja el entrevistado:** CESFAM Granja Sur.

1.- ¿En que se basan para asignar las horas médicas? //Selector de demanda, Orden de llegada, llamado telefónico, etc.

**Orden de llegada.**

2.- ¿Funciona para todos los usuarios este sistema o para grupos como tercera edad y niños es distinto? ¿Cuál es el sistema que funcionan par ellos?

**Para todos por igual, pero hay horas reservadas para personas crónicas.**

3.- ¿Qué es lo que debe hacer un usuario para obtener hora médica (por etapas)?

**Debe presentarse en la mañana y realizar la fila en base a la cual se harán pasar a ventanilla y se les entregara el número respectivo.**

4.- ¿Qué documentos debe llevar el usuario para solicitar hora médica?

**Debe asistir con el carnet de control y su carnet de identidad.**

5.- ¿Cuántas horas puede solicitar un usuario?

**Solo se puede solicitar una hora por usuario, independiente si es para él u otra persona.**

6.- ¿Qué pasa en el caso de que el solicitante de la hora es distinto al paciente?

**Cualquier persona con el carnet de otra puede pedir la hora, no es necesario que sea la misma persona o familiar.**

7.- ¿Cuántos funcionarios intervienen en este proceso?

**Solo uno, quien es el que entrega las horas en ventanilla.**

8.- ¿Cuánto tiempo los usuarios esperan desde que llegan a realizar la fila hasta que se les entrega una hora médica // Tanto para el primer usuario que consigue una hora médica y el último en conseguir una.

**Varia en relación a la hora en que llega a realizar la fila, ya que hay usuarios que pueden esperar 10 minutos y otras horas.**

9.- ¿En cuántos sectores se divide el centro y en que se basan para asignar cada usuario al sector?

**Se divide en do sectores, amarillo y azul, los cuales hacen referencia a las distintas villas de donde provienen.**

10.- En caso de sobredemanda, ¿Qué hacen con la gente que no alcanza hora de atención el mismo día?

**Dependiendo que especialista necesita, se le puede dar una hora para días posteriores o se quedan sin hora médica, por lo que ellos mismos se dirigen a SAPU del mismo lugar.**

11.- En caso de que los doctores no asistan y ya se les asignó hora a los usuarios. ¿Qué pasa con ellos?

**Se les llama para cancelar la hora y deben volver al otro día temprano por la mañana a solicitar una hora en caso de no encontrar reemplazo.**

12.- En caso de que los usuarios cancelen con anticipación sus horas médicas ¿Éstas son reasignadas a otro usuario?

**Si hay gente esperando se reasigna esa hora a otro usuario.**

13.- ¿Qué pasa en el caso de que los usuarios no comuniquen a tiempo que no asistirán a su hora médica?

**No pasa nada, esa hora solo se pierde para ellos, pero se trata de dar otro usuario presente.**

14.- ¿Considera eficiente el sistema con el que se trabaja en el CESFAM?, ¿Le realizaría algún cambio?

**Me parece que es un sistema el cual ha funcionado bastante bien a pesar de las quejas.**

**Anexo n° 7:** Encuesta usuarios.

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS SOBRE SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE HORAS MÉDICAS.**

Se deja establecido que los antecedentes recopilados, serán utilizados solo para fines educacionales y serán tratados **confidencialmente**.

**Esta encuesta es anónima**, por lo que se pide ser lo más franco posible, así ayudará para que el establecimiento mejore sus servicios de salud y la atención a sus usuarios.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora en que llegó a la fila:** \_\_\_\_\_ **Previsión:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** H M **Nivel de escolaridad:** \_\_\_\_\_

**Experiencia en la atención:** (número de veces en el año en curso) \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Considerando su experiencia en la asignación de horas médicas del CESFAM, por favor, dé su opinión sobre las afirmaciones que se le proponen de acuerdo a la escala indicada. Si no tiene información suficiente con respecto a algún aspecto en particular, por favor, no conteste. **Muchas Gracias.**

N°	Concepto	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1	Cómo calificaría la atención recibida por parte de los funcionarios administrativos.					
2	La hora que le agendaron, ¿Le acomoda?					
3	Considera prudente el tiempo que demora el administrativo en tomar la hora médica.					
4	Considera prudente el tiempo que debe esperar para ser atendido por el funcionario que entrega las horas médicas.					
5	Considera cómoda y entretenida la sala					

	de espera.					
6	Cómo considera el sistema que actualmente usa el centro para asignar las horas médicas.					
7	Si no consigue hora de atención, cómo califica el hecho de que la deriven al SAPU del mismo centro o de la comuna.					
8	Si no consigue hora de atención, cómo califica el hecho de que la envíen a sala de urgencias del hospital.					
9	Si no consigue hora de atención, cómo califica el hecho de que le asignen una hora para días posteriores.					
10	Cómo calificaría el Centro de Salud en general.					

11	Siente que ha sido informado correcta y oportunamente del proceso de asignación de horas.					
13	Cuándo solicita hora médica, cree que se la información sobre sus derechos y deberes como usuario es la adecuada.					
13	Cree usted que los medios para comunicar sus quejas y sugerencias son los apropiados.					
14	Siente preocupación por parte del centro por resolver las quejas y reclamos que ha planteado.					
15	Siente que los funcionarios que lo atienden están calificados para realizar su labor.					
16	Siente que el actual sistema con el que se entregan las horas atenta contra los					

	derechos de las personas.					
17	Cada vez que ha venido por una hora médica, ¿Cómo cree que son las respuestas entregadas por los funcionarios?					
18	En los casos que se han quedado sin hora médica, ¿Cómo cree que ha sido la respuesta entregada por el centro?					
19	Siente compromiso e interés por parte del centro en relación a su salud.					
20	Considera que el número de funcionarios es el adecuado para atender a los usuarios.					
21	Considera que el número de horas médicas son las adecuadas para atender a los usuarios solicitantes.					
22	Cómo calificaría en general la atención desde que entra al centro, hasta que se le asigna su hora médica.					

<p>¿Qué sugiere usted para mejorar el proceso desde que entra al centro hasta después de ser asignada su hora médica? (Breve, por favor).</p>

**Anexo n°8:** Resultado de encuesta usuaria.

	<b>M M</b>	<b>M</b>	<b>R</b>	<b>B</b>	<b>MB</b>	<b>NR</b>
<b>Preguntas</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
<b>1</b>	2	3	14	37	14	-
<b>2</b>	6	5	7	32	20	-
<b>3</b>	3	12	12	23	19	1
<b>4</b>	3	19	18	22	8	-
<b>5</b>	12	21	16	18	3	-
<b>6</b>	13	10	26	17	3	1
<b>7</b>	9	18	7	28	7	1
<b>8</b>	26	15	10	13	5	1
<b>9</b>	10	24	11	19	6	-
<b>10</b>	2	4	33	27	3	1
<b>11</b>	1	17	16	26	10	-
<b>12</b>	4	21	7	29	8	1
<b>13</b>	1	11	20	20	5	13
<b>14</b>	2	21	16	17	14	-
<b>15</b>	2	9	18	28	13	-
<b>16</b>	4	20	20	19	6	1
<b>17</b>	6	3	35	17	8	1
<b>18</b>	4	12	30	17	7	-
<b>19</b>	1	17	25	16	11	-
<b>20</b>	8	21	15	21	5	-
<b>21</b>	18	20	15	11	6	-
<b>22</b>	2	6	30	26	6	-

**Anexo n°9:** Cuadro resumen de figuras.

Tipo	Número	Título	Página
Tabla	1	Resumen Cronológico de los más relevantes aportes sobre la medición de la calidad del servicio.	15
	2	Propuestas de mejora	42
Esquema	1	Modelo Servqual	16
	2	Modelo jerárquico multidimensional	19
	3	Asignación de horas médicas en base al orden de llegada	31
	4	Asignación de horas médicas basado en llamado telefónico.	32
	5	Asignación de horas médicas en base a selector de demanda.	34
	6	Sistema de asignación de horas médicas del centro en estudio.	36
Gráfico	1	Calificación de la atención recibida por funcionarios adm.	38
	2	Comodidad de la hora agendada.	38
	3	Tiempo de espera en la atención.	39
	4	Evaluación sala de espera.	40
	5	Evaluación sobre el sistema de asignación de horas.	40
	6	Adecuación del número de funcionarios administrativos.	41
	7	Adecuación del número de horas médicas entregadas.	41