

**UNIVERSIDAD AMERICANA
ADMINISTRACION DE EMPRESAS Y
MERCADERO**



**CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS
DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
BERTHA CALDERON**

**Karla Valeria Gutiérrez Rivas
Claudio Antonio Rappaccioli Solís**

**Monografía para optar al grado de
Licenciado en Administración de Empresas**

**Profesor Tutor:
Licenciado David Lemuz**

Managua, Nicaragua, Julio de 2001

A Dios, nuestros padres, hermanos y amigos,
por su incondicional apoyo.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. María Luisa Castellón y personal de Consulta Externa del Hospital Berta Calderón , por todo el apoyo incondicional que nos brindó durante la realización de este estudio.

Agradecemos también al Lic. David Lemuz, nuestro profesor y tutor monográfico por su valiosas aportaciones en el desarrollo de la investigación, asimismo no omitimos darle el crédito por la misma acción al Lic. Francisco Gutiérrez.

A todos nuestros catedráticos que de una u otra manera contribuyeron con nuestra formación profesional para la finalización de nuestro primer estudio superior.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	9
HIPOTESIS.....	10
MARCO TEORICO.....	11
MATERIAL Y MÉTODOS.....	32
RESULTADOS.....	34
DISCUSION.....	43
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	49
ANEXOS.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	60

I --INTRODUCCION

Nicaragua se encuentra en un momento crucial, en el que los cambios políticos y económicos le dan un giro de gran importancia a las diferentes entidades estatales. Una de éstas es el Sector de la Salud Pública el cual se ha venido promoviendo con la extensión de la cobertura de servicios de salud, reconociendo a la salud como un derecho y como una obligación del estado.

En la actualidad, el análisis sobre el peso de las enfermedades demuestra la existencia de un doble reto que deriva en gran medida del modelo de desarrollo económico y social, las patologías del subdesarrollo (enfermedades infecciosas y transmisibles, nutricionales y originadas en el período perinatal), determinadas por los bajos niveles educativos, la desnutrición y la falta de acceso a servicios básicos en áreas rurales y urbano marginales, así como los altos niveles de pobreza.

De esta realidad emergen nuevos fenómenos de deterioro ambiental y estilo de vida dañino para la salud, la violencia, la inseguridad vial y los padecimientos mentales aparecen también como problemas sociales que ocasionan grandes pérdidas de salud. Además el mejoramiento de la esperanza de vida al nacer nos lleva a enfrentar un incremento en las enfermedades crónicas en los adultos.

El Ministerio de Salud¹, es el principal proveedor de los servicios de salud. Se estima que el Sector privado atiende al 4% de población. Actualmente el Ministerio de Salud dispone de 883 unidades en el primer nivel de atención con una cobertura potencial a un poco mas de tres millones de habitaciones.

Cuenta además con 31 unidades hospitalarias (27 agudos y 4 crónicos) con 3.9030 camas de agudo y 407 de crónicos, lo que proporciona un indicador de una cama por cada 968 habitantes, esto representa un nivel satisfactorio de dotación general de camas.

¹ MINSA, Análisis del Sector Salud, Primera Edición MINSA/OPS. Marzo 2000.

Por otra parte Nicaragua se encuentra en una situación epidemiológica que se ha calificado como de etapa pretransicional, con elevada tasa de mortalidad general y una mortalidad infantil de 53 por mil nacidos vivos y una elevada mortalidad materna de 160 por cien mil nacidos vivos y una prevalencia de enfermedades transmisibles y parasitarias, las cuales están presentes en la mayoría de los SILAIS como problemas de salud de prioridad.

Al cuadro general de sanos de salud se le agrega la tendencia creciente de las enfermedades crónicas, los accidentes y la violencia, así como problemas de discapacidad, desnutrición e insuficiencia de servicios de salud. Existe un bajo ingreso económico de la población, estimado en 1993 en apenas \$496.00 dólares per capita anual.

La población estimada en 4.4 millones de habitantes para 1997 se encuentra desigualmente distribuida, con mayor concentración en el área del pacífico.

La población rural representa en 48.3 %. La demanda de servicios de salud se ve presionada por un crecimiento poblacional elevado de 2.9% anual, con una tasa de fecundidad de más de cinco hijos por mujer, una de las mas altas del continente. A esto hay que agregarle que la esperanza de vida al ser estimada es de 66.2 años.

En cuanto a la oferta de los servicios del Sector Salud, éste brinda a través de un subsistema público conformado por una red de Puestos, Centros de Salud y Hospitales, tanto civiles como militares; y un subsistema privado compuesto por consultorios individuales, hospitales y clínicas. Recientemente, se han creado empresas médicas previsionales para la venta de servicios a la seguridad social, estas están clasificadas como privadas.

En 1995, el máximo nivel per capita del Sector salud en gasto de salud, fue de C\$515.40 córdobas en 1980 (equivalentes a \$51.5 dólares). A partir de este año, el gasto per capita muestra una caída sostenida hasta alcanzar en 1998 un nivel de 450.7 córdobas de 1980 (equivalentes a \$45.1 dólares).

Tal disminución es ilustrativo de la incapacidad de la estructura productiva del país, para generar ingresos fiscales que permitan soportar las exigencias de los servicios sanitarios que demanda la población. La presión tributaria alcanza en 1991 su mayor influencia, con una presión del 49.7%, en relación con los ingresos tributarios y, a partir de 1995, empieza a descender hasta 1998, con un 32.0%.

Los hogares gastan en salud, aproximadamente, entre un 2.5% y un 2.8% con respecto al PIB. En la estructura del gasto familiar, el gasto en salud representa entre un 3.4% y un 4.2%. (VER ANEXO 1 INDICADORES ECONOMICOS DE SALUD)

Dentro del Sector Salud a pesar de los avances realizados en la organización de la red pública aun persisten una serie de problemas entre los cuales cabe destacar; 1) Desabastecimiento de insumos médicos y no médicos, 2) Infraestructura deficiente y falta de equipamiento, 3) Ausencia de mantenimiento de la infraestructura física y equipamiento, 4) Crecimiento inorgánico de unidades, 5) falta de normativa técnico administrativa, 6) Demanda insatisfecha de algunos servicios, **7) Saturación de la capacidad de atención de los hospitales**, 8) Baja productividad y distribución inadecuada de los recursos humanos.

En este trabajo monográfico enfocaremos uno de los ocho problemas de mayor incidencia en el Sector Salud: Saturación de la capacidad de atención. Este problema esta presente en cada una de las instancias de salud pública del país, originando un servicio con poca calidad que en consecuencia genera inconformidad e insatisfacción en los usuarios. Especialmente en áreas de mucha circulación como son las salas de consulta externa y o emergencias en los hospitales.

Basados en el 7mo problema : Saturación de la capacidad de atención de los hospitales creemos que esta estrechamente vinculado a la **calidad de los servicios**, definiendo así la insatisfacción de los usuarios del sector de atención a la Salud Pública. Esta visión esta basada en que consulta externa representa un 80% de la cantidad total de pacientes que ingresan a un hospital, y de los cuales un porcentaje alrededor del 20% puede quedar hospitalizado. Tomando en cuenta esto concluimos que esta área es de suma importancia

para la recepción de usuarios que en el caso de los hospitales públicos representan cierto grado de ingresos monetarios.

En las últimas décadas los servicios sanitarios de nuestro país han sufrido fuertes transformaciones administrativas, ya que el personal laboral anteriormente no contaba con suficientes recursos y conocimientos técnicos actualizados de calidad de servicio sanitarios, lo que la fecha se ha mejorado pero no ha sido superado en su totalidad por factores presupuestarios y circunstancias sociopolíticas y culturales. Por otra parte el tipo de usuario que solicita los servicios sanitarios en los hospitales públicos es de escasos recursos, y en muchos casos en condiciones de pobreza extrema, lo cual limita sus derechos y conlleva el riesgo de recibir un mal servicio por el simple hecho de que en su mayoría no hacen ningún pago de éstos.

En el Sector Público la presencia de enfermedades infecciosas comunes a lo largo de la última década, señala la necesidad de fortalecer programas y servicios de salud, ampliar su cobertura y mejorar su eficacia.

Se han realizado estudios de Demanda de Servicios de Salud, el último revela que utilizando el método de línea de pobreza, el 26% de la población no son pobres, el 23% son pobres y el 50.3% son pobres extremos. El mismo estudio señala según el método combinado que 60.7 de la población son pobres crónicos, 12.6% pobres recientes, 12.6% pobres inerciales y solamente el 14.1% no son pobres.

El personal profesional y técnico con formación en salud de todo el sector, fue en 1995 de alrededor de 16,642 trabajadores siendo el número de médicos 4,551 a finales de 1995, lo que da un indicador de un médico por cada mil habitantes.

A partir de 1994, se trató de diseñar y aplicar un nuevo modelo de atención en salud, con el interés de lograr integridad en el abordaje de las personas, eficiencia en el uso de recursos y equidad en el acceso, entre otros principios. La integridad no se logra, ya que solo se realizó el abordaje de la atención de la mujer y la niñez, con intentos de extensión a la

adolescencia sin desarrollar el concepto de integridad hacia otros grupos poblaciones; hubo falta de coordinaciones interprogramática, ya que no se contempla la integración de los diferentes programas de atención a daños y al medio ambiente, por lo que la atención siguió ofreciéndose en forma paralela.

De hecho, la atención hospitalaria no tuvo articulación con el primer nivel de atención (Centros y Puestos de Salud), que era donde se desarrollaba el llamado “modelo de atención integral”.

Fue así que la atención hospitalaria comenzó a resolver sus problemas de financiamiento, por un lado, estableciendo ventas de servicios de atención diferenciada para pacientes privados y de la seguridad social, y por el otro lado, imponiendo cobros generalizados por atenciones en los servicios hospitalarios dedicados a población sin recursos. Esta situación provoca barreras en el acceso e incrementa los problemas de equidad.

Por último, la atención previsional para asegurados no está inserta en el modelo de atención integral diseñado por el MINSA, y tampoco fue contemplado en el desarrollo del mismo, el papel de los servicios privados.

Nuestro escenario de estudio para el análisis de este problema es el área de Consulta Externa del Hospital Bertha Calderón del cual damos información a continuación.

El Hospital de la mujer Bertha Calderón definido como un Hospital Gineco-Obstétrico dedicado a brindar atención especializada a la mujer y al recién nacido (neonato interno). Está ubicado en la zona occidental de la ciudad de Managua frente al Centro Cívico. Se caracteriza por ser un hospital de referencia nacional y hospital universitario de pre y post grado. La población de referencia nacional atiende potencialmente a las mujeres que por su condición de gravedad no pueden ser atendidas en el resto de unidades hospitalarias del país.

Cuenta además con un centro especializado de atención al adolescente, ubicado en el costado oeste del hospital, donde se atiende principalmente a la población adolescente del

distrito III. Sin embargo el centro actúa como un sitio de atención especializada dentro de la atención primaria, recibiendo referencias de las distintas unidades de salud de la capital.

El centro de adolescentes de este hospital da atención a su mayoría a la población adolescente del distrito III, manteniendo siempre abierta su atención a la demanda espontánea.

La estructura de la población de Managua, se caracteriza por ser en su mayoría urbana, alcanzando casi el 80% (según censo del INEC), en lo referente a la distribución por sexo las mujeres alcanzan el 52.6%. La tasa de crecimiento anual es alrededor del 3.5 %.

Las características educacionales de la población de 10 y mas años es del 18.5% en Managua. Este indicador aunado al económico, que resume que el 50% de la población vive en situación de pobreza y el 19% en extrema pobreza orienta a pensar que los nicaragüenses tienen un bajo nivel de vida que afecta en gran medida su situación de salud.

La morbilidad que se atiende con mayor demanda es la siguiente: el parto normal y distócico, el aborto en sus diferentes modalidades, la cesárea por cesárea anterior en trabajo de parto, el síndrome hipertensivo gestacional, con menor frecuencia pero de gran importancia la endometritis post parto y por cesárea, el shock séptico por aborto y la inflamación pélvica, también se atiende el politraumatismo en la embarazada y mujeres víctimas de la violencia sexual.

La cartera de servicios que ofrece el hospital está dirigida a las especialidades de:

-Hospitalización: Obstetricia, Oncología, Ginecología, Neonatología (servicio cerrado), Servicios de Atención Diferenciada, Unidad de Cuidados Intensivos par adulto y Unidad de Cuidados Intensivos para Neonato.

-Consulta Externa: Alto riesgo obstétrico (ARO), Ginecología, Oncología, Planificación Familiar, Puerperio, Fertilidad, Neonatología, Salud Sexual y Reproductiva del y de la adolescente, Medicina Interna, Exámenes especiales, Radiología, Ultrasonografía, Mamografía, Laboratorio Patológico, Laboratorio Clínico.

Por otra parte la Salud Pública, es uno de los sectores fuertemente vinculados a la amplia gama de la Administración de Empresas , la cual no podría funcionar solo con los conceptos médicos y científicos que las distintas disciplinas le brindan, sino también con la base que esta área utiliza y presenta de las aplicaciones Administrativas y económicas que involucran a toda una nación y que forman parte de presupuestos nacionales e internacionales.

Además de esto cuenta con instituciones a nivel mundial y nacional que implican grandes cantidades de inversión en proyectos de mejora y autosostenibilidad. Pues brindan tanto servicios como productos a las poblaciones o como técnicamente diríamos al consumidor.

Una de las causas esenciales por las que consideramos de gran utilidad nuestro estudio es porque pretendemos involucrar a los administradores de empresas con el Sector Salud Pública y volverlo un campo competitivo no sólo para los Médicos sino también para los Administradores. Asimismo consideramos oportuno el poder aplicar nuestros conocimientos recientes de calidad en servicio al cliente y satisfacción del usuario a un área de un hospital tan concurrido a nivel nacional como es el Hospital Bertha Calderón, y de esta forma poder sugerir nuevas alternativas viables en el aspecto administrativo para la mejora del servicio que brindan.

Con esto perseguimos obtener un análisis de satisfacción del usuario del área de Consulta externa del hospital Bertha Calderón que refleje la realidad de los pacientes, de manera tal que nos dé pautas para poder sugerir más cambios positivos a la gerencia, los cuales posteriormente podrían ser base para nuevos proyectos de financiamientos ante agencias de desarrollo como USAID u otras organizaciones como BID.

Debido a la gran demanda y poca oferta de un buen servicio en la mayoría de las consultas externas de los hospitales, nos encontramos con una deficiencia del sector salud, no solo ante la incapacidad de dar atención a todos los pacientes, sino con la falta de recursos que

éstos cuentan y en muchos casos esto es la causa principal de la alta tasa de consumidores insatisfechos del servicio.

Definitivamente consideramos necesario no sólo dar a conocer los resultados estadísticos de este análisis, sino proporcionar una pequeña propuesta financiera que incluya la calidad del servicio como un elemento principal, que ofrezca un plan de mejora en el área de consulta externa del hospital .

IV-OBJETIVO GENERAL

Analizar de satisfacción del cliente a través del estudio de la calidad de los servicios de salud en el área de consulta externa en el Hospital Bertha Calderón durante el período comprendido de Abril a Junio del 2001, con el fin de destacar la importancia de la calidad en los servicios sanitarios.

V-OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer los conceptos básicos referente a demanda, servicio al cliente, satisfacción del cliente, consulta externa, terminología relacionada y calidad de los servicios aplicados al sector salud.
2. Identificar las variables o factores que conllevan al grado de satisfacción del usuario por la calidad del servicio brindado en el área de Consulta Externa.
3. Elaborar un programa de calidad del servicio en el área de consulta externa del Hospital Bertha Calderón basados en los resultados del estudio.

VII---HIPÓTESIS

Las políticas y normas de servicio de calidad y atención en el área de Consulta externa del Hospital Bertha Calderón, provocan un grado de satisfacción relacionado con la capacidad de atención.

VI-MARCO TEORICO

La **demanda**² consiste en desear determinados servicios o productos específicos que estén respaldados por la capacidad y voluntad de adquirirlos. Los deseos se tornan en exigencias cuando están respaldados por el poder adquisitivo.

A la administración de mercadotecnia le corresponde la función de influir en el nivel de oportunidad y la composición de la demanda, de tal forma contribuya a que determinada organización, en este caso institución, logre sus objetivos.

La demanda de mercado para un servicio es el volumen total que adquiriría un grupo de clientes definido, bajo un programa de mercadotecnia definido.

En el caso de las organizaciones, estas enfrentan una demanda total de sus servicios cuando están satisfechas con el volumen de sus negocios. Lo que debe de hacerse es buscar como mantener el nivel de preferencias del consumidor y el aumento de la competencia.

Existen varios tipos o clases de demanda entre las cuales es importante señalar algunas que estén relacionadas con este tipo de trabajo.

La demanda decadente, es la cual enfrentan tarde o temprano las organizaciones o instituciones. Se debe de analizar cuales son las principales causas de la declinación de determinado mercado y si la demanda puede reestimularse encontrando nuevas opciones, cambiando las características del servicio o desarrollando una atención más capaz y accesible, que pueda dar respuesta a las necesidades de la población.

La Demanda negativa, se define como aquella demanda en la cual la mayor parte del mercado le desagrada el servicio y podría, en caso de tener las posibilidades, de pagar

² De Santos, Díaz. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. 2da Edición. Cap.5, Pag 135.

para evitarlo. La gente tiene una demanda negativa ante las vacunas, los trabajos dentales, la vasectomía y ciertas operaciones.

Se debe de analizar las diferentes causas del porque la insatisfacción con el servicio, buscando como cambiar la concepción que se tenga de determinado servicio.

En el sector salud, podemos decir que la demanda es inducida. Según Varela³, en primer lugar, el consumidor-paciente en necesidad de tratamiento- esta fuertemente condicionado en sus decisiones de demanda por el proveedor-médico u organización asistencial. De hecho la mayor parte de las decisiones significativas en servicio, calidad, gasto- que afectan a la restauración de la salud individual son tomadas por los proveedores en beneficio, y por cuenta, del paciente y de sus recursos de financiación.

El dicho popular de que la “salud no tiene precio” constituye una buena ilustración de esta situación peculiar, cuyo otro rostro en términos del mecanismo del mercado- significa la conjunción excepcional de la oferta y la capacidad de generar demanda de los mismos servicios ofrecidos, en manos del médico. O lo que es lo mismo, la posibilidad de creación, por parte de los proveedores, de su propia demanda y, por tanto, la erosión de uno de los principios angulares del mercado: la separación entre oferta y demanda.

-Concepto de Servicio

Los servicios, asegura De Santos⁴, surgen en el sistema económico porque satisfacen las necesidades de los clientes mejor que lo harían ellos solos, ya sea individuos o empresas.

La primera interpretación del servicio fue entenderlo como un valor añadido al producto, enfoque complementario que se sigue utilizando en la actividad industrial. Posteriormente fue considerado como una utilidad en si misma que, en ocasiones

³ Varela, Jordi, Gestión de Hospitales, Vincens Vives, 2da edición. Cop. Pag 9.

⁴ De Santos, Díaz. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. 2da Edición. Cap.6, Pag 150

necesita presentarse a través de bienes tangibles y, en otras, a través de la comunicación entre el proveedor y el cliente.

Hoy se estima que el servicio es inherente a todos los procesos de intercambio; es el elemento central de la transferencia que se concreta en dos formas: el servicio en sí mismo y el servicio añadido a un producto.

Los servicios de la salud son el elemento central de la transferencia que se produce en la interrelación proveedor-usuario. Como la mayor parte de aquellos no se destina a la venta y su precio no se forma en el mercado, su consideración como valor añadido disminuye; de hecho, el valor añadido en el sector de la salud está compuesto fundamentalmente por los salarios.

Un servicio es el resultado de un acto o hecho aislado o de una secuencia de actos trabados, de duración y localización definidas, realizados gracias a medios humanos y materiales puestos a disposición de un cliente individual o colectivo, según procesos, procedimientos y comportamientos codificados que tienen un valor económico.

Los servicios públicos son la prestación organizada y realizada por la Administración. Son actividades de interés general para cubrir las necesidades colectivas, desarrolladas por un poder público o por un concesionario al que se le adjudica su administración, es decir tienen un carácter público incluso cuando el medio empleado es una sociedad privada o un particular.

Esta concepción del servicio público es importante por cuanto rompe la dialéctica sanidad pública-sanidad privada. Lo esencial es la prestación de los servicios que el ciudadano necesita, teniendo menor importancia quien los presta, siempre que la financiación y el control sean públicos.

El objetivo principal de la asistencia sanitaria debe ser la prestación de servicios de calidad mediante la utilización óptima de todos los recursos existentes: públicos y privados.

-Características de los Servicios

Los servicios tienen características específicas, diferentes a los bienes de consumo: La propiedad, no es adquirida por los clientes sino el uso o disponibilidad del servicio. El contacto directo, al usar esta clasificación de los hospitales son empresas con una estrecha relación con los usuarios.

Algunos autores señalan, algunas empresas se obstinan en reducir al mínimo el papel de los clientes y colocarlos en situación de dependencia. Esta actitud provoca reacciones negativas en la clientela, pues acepta los servicios no por satisfacción, sino por la dificultad o imposibilidad de elegir otros, hecho especialmente relevante en la asistencia sanitaria.

La participación del cliente en la producción se realiza a través de diversas funciones como son: a) Especificación del servicio, el cual aporta la información necesaria para el diagnóstico y tratamiento, b) Coproducción, el cliente contribuye a la producción del servicio cuando realiza algún trabajo que correspondería hacer al hospital o bien sanitario, c) Mantenimiento del Ethos, la empresa decidirá la participación del usuario con el objetivo de proporcionar experiencia y estímulo a los trabajadores, para que el contacto con los clientes influya en el comportamiento, motivación y productividad, d) Control de Calidad, la participación de los clientes en este aspecto esta prácticamente reducida a las reclamaciones, e) Desarrollo y perfeccionamiento y f) Comercialización del servicio.

Una característica de los servicios es que son productos intangibles, es decir su existencia esta basada en el momento en que son producidos y consumidos; el usuario potencial no tiene la posibilidad de inspeccionar el servicio antes de adquirirlo, lo que conlleva un mayor nivel de riesgo percibido por el usuario.

En los servicios de la salud, la clasificación es compleja, los productos hospitalarios en su mayoría son intangibles. La atención médica constituye un servicio diferenciado que cambia según determinadas variables como la edad, el sexo, la patología o los medios disponibles.

La inseparabilidad del proceso producción-consumo, es otra característica, donde el servicio se elabora, comercializa y consume en el mismo momento. En la producción del servicio, se necesita integrar el factor humano y el técnico (equipo, métodos y procedimientos). Empresa y Cliente pueden vincularse a largo plazo e incluso, como ocurre en el ámbito sanitario puede transcurrir mucho tiempo entre el pago del servicio y la prestación del mismo.

La heterogeneidad, implica que en el mercado todos somos diferentes y no hay no dos consumidores iguales ni dos proveedores iguales; esto dificulta la generalización de los servicios. Esta característica determina la imposibilidad de gestionar una empresa de servicio para todo el mercado, la obliga a establecerla y organizarla pensando en el segmento de mercado, en un colectivo de usuarios concreto.

La caducidad, otra de las características de los servicios, como consecuencia de la intangibilidad de la producción-consumo los servicios son perecederos, no pueden almacenarse y pueden repetirse pero sin recobrase.

Además de los atributos descritos, los servicios poseen otras características que influyen en su gestión y condicionan su control de calidad a) Son difíciles de medir, b) La calidad no puede predeterminarse, d) Tienen una dimensión temporal, e) Se prestan tras una solicitud, f) Son mas críticos en unas industrias que otras, g) Implican la fiabilidad humana.

-Servicios Hospitalarios

Los servicios del hospital ofertados a sus usuarios pueden clasificarse desde dos perspectivas interrelacionadas: Oferta y Demanda.

Desde la perspectiva de la oferta, explican la evaluación que realizan los usuarios desde las prestaciones recibidas. Desde la óptica de la demanda, explica la forma de organizarse de un hospital para responder a las exigencias y necesidades de aquel.

-Problemas comunes en los Sistemas Sanitarios⁵

Las reformas sanitarias más recientes convergen en la atribución al mercado de funciones de descentralización en la provisión y distribución de los servicios sanitarios, así como de generación de incentivos para el comportamiento eficiente de proveedores, intermediarios financieros-compañías de seguros y agencias públicas de financiación y usuarios.

A pesar de la diversidad en la concepción y funcionamiento de los distintos sistemas sanitarios de los países industrializados, es posible reconocer algunos problemas comunes cuya magnitud está movilizando la mayoría de acciones correctoras y la modernización de los mismos.

En un estudio comparativo reciente, se apuntaron los siguientes problemas comunes:

- El rápido crecimiento del gasto sanitario, alimentado por fuertes presiones sociales en el mismo sentido.
- La preocupación por la utilización innecesaria de los servicios sanitarios y la medicalización creciente de problemas sociales.
- Las tensiones y la insatisfacción generalizados por la falta de servicios personalizados al usuario.
- El mantenimiento, cuando no el incremento de la magnitud de las listas de espera y la dilación en el acceso a los servicios de salud.

-Satisfacción del consumidor. ⁶

En el comienzo del ciclo de decisión de compra está la imagen. Al final del ciclo está la satisfacción. La satisfacción debería ser un acuerdo entre los requerimientos del consumidor con relación al producto y su percepción del rendimiento obtenido (la calidad).

Las organizaciones orientadas al cliente deberían ser capaces de alinear su capacidad de servicio con los factores clave requeridos por el consumidor, actuando sobre el diseño de

⁵ Artells Herrero J.J. Gestión de Hospitales. 1ra edición 1994. Editorial Vincens Vives. Cap. 1 pp15.

⁶ Rodríguez, José Ramón, Marketing Hospitalario y Comunicación, Primera Edición 1994, Vincens Vives, Cap. V, pp.172.

sus procesos, conduciendo las expectativas del consumidor (gestionando la demanda), estableciendo garantías formales de cumplimiento y reconociendo y compensando los incumplimientos. No puede hablarse de calidad, sino se definen las condiciones y niveles de servicio (en términos que sean transparentes para los operadores y para los usuarios) y sino se comprometen a actuaciones y compensaciones en caso de fallos. La filosofía " Si no queda satisfecho, le devolvemos su dinero" a de llegar a los hospitales.

Las organizaciones sanitarias, miden la satisfacción de sus clientes mediante los libros de reclamaciones, encuestas al alta, paneles de consumidores e investigaciones comparativas (ratings).

La satisfacción verdadera lo es a medio y largo plazo. La mayor parte de las encuestas efectuadas después del consumo de servicio proporcionan resultados positivos para el hospital. Los mejores indicadores de satisfacción deberían ser la conducta posterior a la compra, la influencia personal sobre otros consumidores y la repetición de compra (cuando puede ejercitarse esta opción).

Hay también un concepto ingenuo de la satisfacción que suele expresarse elevando las expectativas del cliente (lo que aumente las insatisfacciones), incentivando las reclamaciones (hay personas que están deseando quejarse) y presionando a la organización con demandas que son muchas veces ridículas y costosas y que no tienen un rendimiento sensible sobre los consumidores.

Definición del Paciente: de usuario a cliente.

Es admitido por la cultura médica, que el paciente, término bajo la cual se reconoce a la persona bajo cuidados médicos, es el eje de toda la actuación del equipo sanitario y que la recuperación o mejora de su salud es el objetivo de toda acción profesional. A pesar de ello, el reconocimiento médico se ha centrado fundamentalmente en la clasificación de las enfermedades, en la erudición diagnóstica y en la potencialidad terapéutica, olvidando a menudo la dimensión psicológica y social del paciente.

La masificación y burocratización de hospitales y ambulatorios han empeorado las cosas y de esta forma los usuarios son a menudo enviados de una parte a otra, perdiéndose el hilo conductor de su proceso, obteniendo un grueso considerable de papeles que esconden más que aclaran, un conjunto de resultados de pruebas y visitas variopintas. Aun admitiendo que cada uno de los actos médicos (visitas, análisis o intervenciones quirúrgicas) haya sido altamente eficaz y de gran calidad, y que al final el resultado clínico sea satisfactorio, desde la perspectiva del usuario, el proceso suele ser rocambolesco, molesto y burocrático y no exento de deseconomías de todo tipo.

Para mejorar esta situación todos los sistemas nacionales de salud han puesto en marcha políticas de protección de los pacientes, que han pasado de ésta forma a llamarse usuarios. Estos planes, a menudo denominados de humanización han tenido cierto eco, en general más ideológico que práctico, como el caso de las listas de derechos y obligaciones de los usuarios.

Los programas de defensa de los usuarios se han concretado con la aparición de oficinas de reclamaciones en muchos centros asistenciales, pero han fracasado en general en la orientación personalizada de los procesos asistenciales.

Los usuarios, término preferido por los directivos de los sistemas de salud, quedan muy lejos del concepto tradicional de cliente que existe en otros sectores de actividad, ya que la posición de un cliente, se basa en dos hechos : libertad de elección y pago directo por el servicio o el bien adquirido. El usuario tiene la libertad de elección solo en teoría, ya que la complejidad de las decisiones (pruebas complementarias, ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas o procesos terapéuticos) siempre quedan mediatizadas por los profesionales y la capacidad de influencia de los médicos es decisiva en el consumo final. Por otro lado, la fórmulas de financiación de los sistemas de salud a través de los presupuestos generales del estado y a través de las cotizaciones de la seguridad social, queda tan lejos de las actividades sanitarias que desaparecen en la práctica el sentimiento de coste y pago. En este entorno los usuarios carecen de libertad y sufren colas y tratos despersonalizados.

Esta situación está en abierta contradicción con el entorno cultural del trato que reciben los clientes en otros sectores, y a medida que aumenta el nivel socioeconómico de un país, los usuarios del sistema de salud se vuelven más exigentes en general y en concreto con las cuestiones de trato personalizado y confort. De esta forma, los hospitales deben reforzar sus mecanismos de contacto con los usuarios, agilizar sus procesos administrativos, rehacer sus circuitos en función de las necesidades de los usuarios, entre otras acciones destinadas a ofrecer una imagen mas abierta del hospital.

Los sistemas de salud no favorecen en nada el paso del usuario a cliente, ya que los planes de ordenación de las áreas territoriales, se limitan a la asignación de cada ciudadano a unos centros de salud y a unos hospitales en función de criterios de acceso que no siempre serán compartidos por los usuarios; los flujos de pacientes están, pues, determinados con anterioridad. A pesar de ello los hospitales tienen una imagen corporativa y una historia propia que ocasiona una clientela a fin que se las arregla para saltarse las cortapisas legales a libre flujo de pacientes, con lo que se crea , sobretodo en las grandes ciudades, cierta libertad de movimiento que rompe en parte el corset del sistema.

Se analizamos los flujos de pacientes en los hospitales, rápidamente nos daremos cuenta de la gran variedad de motivos que les empujan a preferir un centro en lugar de otros. Veremos como, por encima de la propia imagen del hospital, emerge con fuerza la atracción de lo que entendemos como servicio, con sus médicos, sus enfermeras y su personal auxiliar, y , si bien los pacientes aprecian los resultados clínicos en la valoración global que hacen de un determinado servicio , tiene especial relevancia el trato personalizado y el sentimiento global de confort y acceso. Desde la perspectiva del flujo de pacientes, un hospital es un paraguas que acoge un conjunto de servicios con poderes de atracción muy distintos tanto cuantitativa como cualitativamente. Mientras que los servicios de tipo general y básico como urgencias, medicina interna o cirugía general suelen tener una atracción de pacientes, limitada al área de influencia natural del hospital, otros productos mas específicos pueden tener áreas de influencias propias y muy distintas al área de atracción global, tal sería el caso de las consultas de esterilidad e infertilidad, los

servicios de toxicomanías o los servicios de cirugía plástica y estéticas. Mención aparte merecen los servicios de alta tecnología, que a menudo tienen área de atracción previamente diseñadas, como en los casos de los servicios de neurocirugía y cirugía cardíaca.

Además entre los profesionales de la salud ⁷ existe una inquietante tendencia a rechazar y a veces negarse a considerar a la persona que están tratando como un cliente. Ellos se refieren a estas personas de muchas maneras: el paciente, el huésped, "el paciente de la cama 310", todos son especies de rótulos excepto el que mas debe valer: cliente. Esto ocurre porque al parecer los profesionales de la salud y especialmente los médicos se resisten al concepto de cliente por dos razones:

Primer: el profesional, sea un médico, una enfermera o un técnico consideran a la persona como alguien que se debe tratar y curar, no como alguien que este pagando una cantidad de dinero por servicios médicos.

Segundo: ellos se resisten a considerar los usuarios como clientes, porque algunos creen que el hecho de hacerlo así denigra la práctica de la medicina y la rebaja a un nivel que no es digno ni profesional.

Si bien estas razones son comprensibles también son parte problema de la calidad de servicios ofrecidos por los hospitales, clínicas, y establecimientos para cuidados de la salud. En virtud de que ellos no han llegado a conocer a sus usuarios mas allá de los síntomas que expresa la persona, muchos profesionales médicos, sin quererlo, deshumanizan a sus usuarios.

Tipos de clientes ⁸

Existen dos tipos de clientes de acuerdo a Henderson García , el cliente sumiso: este tipo de persona es tímida, reticente y opuesto a quejarse en virtud de que puede sentirse

⁷ Henderson García, Alan, Programa de Capacitación en Calidad y Servicio al Cliente, para las instituciones públicas de la República de Nicaragua, San José, Costa Rica, Junio 2001, pag 118.

intimidado por pensar en quejarse, generalmente sufre en silencio. Ellos constituyen aquel grupo que no nos da una oportunidad para hacer las cosas bien, sino que tranquilamente se va con el negocio donde la competencia. Con el cliente sumiso no es suficiente que el empleado de servicio llegue alegremente con una expresión de que todo está bien. Para animar a este cliente para que exprese la existencia de un problema con el servicio se le tiene que pedir insistentemente información específica. Es fundamental el observar el comportamiento no verbal de los clientes sumisos, el cual puede reflejar su descontento aunque no mencione problema alguno.

El cliente agresivo: es el opuesto al cliente sumiso. Este tipo se queja fácilmente, con frecuencia en voz alta y por largo tiempo. Si bien es difícil de tratar con él, por lo menos no se tiene que adivinar que fue lo que salió mal desde su punto de vista.

El peligro de tratar con el cliente agresivo consiste en que puede servir de gancho para la propia agresión del empleado de servicio y la queja puede llegar a un combate abierto.

-Definición de Servicio al Cliente.

La condición de productor y consumidor del cliente de las empresas de servicio, resalta la importancia del servicio al cliente en estas organizaciones, frente a la misma función en las compañías manufactureras.

La expresión de servicio o atención al cliente tiene diferente significado:

- ◆ Las actividades que aseguran la entrega del producto al usuario en tiempo y forma correctos.
- ◆ Las relaciones interpersonales entre proveedores y clientes.
- ◆ La provisión de servicios de mantenimiento y reparación.
- ◆ El Servicio prestado por el departamento de reclamaciones.
- ◆ El departamento de recepción de pedidos.

⁸ Henderson García, Alan, Programa de Capacitación en Calidad y Servicio al Cliente, para las instituciones públicas de la República de Nicaragua, San José, Costa Rica, Junio 2001, pag 118.

Sin embargo hay otras definiciones globales de servicio al cliente:

- ◆ Actividades que vinculan una organización a sus clientes
- ◆ Actividades secundarias llevadas a cabo por una empresa con objeto de optimizar la satisfacción que recibe el cliente de las actividades primarias o principales.
- ◆ Conjunto de prestaciones esperadas por el cliente además del producto o el servicio básico.

Por otra parte, el servicio de atención al cliente puede ser definido como la unidad administrativa responsable de atender a los usuarios de los servicios sanitarios públicos y a sus familiares, de velar por el cumplimiento de los derechos y obligaciones y orientarles en todo aquello que necesiten.

El papel que desempeñan los servicios de atención al cliente determina los requisitos de selección de su personal, especialmente los del jefe de la unidad.

Se le debe de exigir condiciones tales como experiencia en comunicación tanto verbal como escrita, capacidad administrativa y un amplio conocimiento del hospital, sus procedimientos y prestaciones y del entorno donde funciona la institución.

-Consulta Externa: Puertas de entrada al Hospital.

Ahora definiremos cuales son las puertas de entrada del hospital, mejor conocidas como Consultas Externas. Estas son las puertas de entrada principal al centro hospitalario y pueden representar el 80% de los pacientes que acuden al centro y ser la puerta del 60% de los pacientes que ingresan.

Las consultas externas son, además de una de las puertas del hospital, un centro de actividad notable que desde la perspectiva de la gestión de paciente, plantea las siguientes dificultades (VER ANEXO 2):

- a) El registro de pacientes nuevos: En este concepto destacan las dificultades en obtener con suficiente garantías el conjunto mínimo básico de datos para alimentar la base de datos del centro hospitalario; también es de subrayar la complejidad en codificar el

motivo de consulta que es la base que permitirá diferenciar listas de espera según niveles de permisibilidad médico social.

- b) La programación de primeras visitas: Es el conjunto donde se plantea las listas de espera externa y por ello habrá que identificar diagnósticos para diferenciar listas de espera específicas.

Los servicios de urgencia son la segunda puerta de entrada de pacientes al hospital, atienden a un 20 % de los pacientes que acuden al centro y generan un 40% de los ingresos hospitalarios. (VER ANEXO 3)

Existe una tercera puerta, que se podría considerar menor, que es la originada por aquellos pacientes que acuden al hospital sólo para realizarse una prueba: una resonancia magnética nuclear, o una tomografía axial computarizada, por ejemplo. Estos pacientes únicamente tienen un contacto tangencial con el hospital y no deberían entrar en la base general de datos, ya que probablemente no regresarán nunca al centro.

Circulaciones originadas en Consultas Externas.

Una primera visita es, en la mayoría de las ocasiones, una fuente de consumo de servicios posteriores con lo que genera un número elevado de circulaciones de pacientes dentro del hospital. A continuación las situaciones mas comunes generadas en consultas externas: programación de nuevas visitas, ingresos al hospital y programación de intervenciones ambulatorias.

Las programaciones de visitas sucesivas a partir de una primera visita, es el hecho mas común en las consultas externas. Este acto conlleva a una complejidad que, si se resuelve con éxito, facilitará considerablemente las cosas tanto para el paciente como para el hospital. Lo mas probable es que al paciente se le haya solicitado análisis de todo tipo y complejidad, radiografías simples y con contrastes, ecografías, electroencefalogramas o cualquier exploración de la larga lista de pruebas complementarias que es capaz de realizar un hospital.

Tal vez se haya solicitado también visita a otro especialista, pero al final lo más importante es que hay que retrogradar la visita con el mismo médico que lo ha solicitado todo, cuando las pruebas y consultas estén finalizadas y dictaminadas.

Si se quiere evitar un largo peregrinar del paciente por el centro hospitalario, es necesario programar todas estas pruebas y resolver los problemas de la forma que le sea más cómoda al paciente.

En los ingresos de pacientes al hospital desde consultas externas, siempre habrá que distinguir entre los ingresos a los servicios quirúrgicos y los ingresos a los servicios médicos, ya que, en general, con los primeros tendremos unas dificultades de listas de espera internas que no nos ofrecerán los segundos.

La programación de intervenciones o procedimientos terapéuticos programables desde consulta externa, como quimioterapia o hemodiálisis, genera otra programación que se caracteriza por ser independiente de las camas hospitalarias y depender sólo del recurso principal utilizado, que, en el caso de las intervenciones ambulatorias, será el quirófano preparado para ello. (VER ANEXO 4)

Listas de Espera en Consulta Externa.

El primer problema que se plantea en la unidad de consultas externas cuando programa una primera visita de una especialidad con listas de espera es la evaluación de la gravedad médica del caso. El marcaje de "urgente" o "prioritario" sobre una solicitud no parece una técnica adecuada de clasificación, y está generalmente admitido que, a pesar de que no se conozcan los pacientes, hay que organizar dos listas distintas con dos velocidades distintas.

El problema es cómo se organizan las dos listas y quien es el responsable de dar las prioridades. Una vez desechado el sello de "urgente", hay que establecer criterios de cada servicio sobre la adscripción de un paciente a la lista rápida. Estos criterios deben ser conocidos por los administradores y, sobre todo, por el responsable de consultas externas.

La tabla propone unos criterios de clasificación de pacientes.

Pacientes que nunca deben de estar en una lista de espera
<ul style="list-style-type: none">*Pacientes que acuden para diagnósticos.*Pacientes que acuden para tratamiento de cáncer.*Pacientes que necesitan tratamiento de enfermedad muy incapacitante o muy dolorosa.*Paciente con situación psicosocial grave o agravada por la enfermedad que motiva la consulta.

En servicios con importantes listas de espera para primeras visitas, hay que recomendar a los médicos solicitantes de la visita que telefonen a los médicos del servicio o bien que hagan un informe, y de esta forma de podrán valorar mejor los criterios de prioridad.

Para mejorar la gestión de estas listas, es aconsejable codificar el motivo de la consulta. Hay que informatizar, por tanto, la lista no prioritaria y tener muy a mano la edad y el motivo de la consulta que en este caso es muy sencillo de codificar: varices en extremidades inferiores, cataratas, amigdalectomía, rinoplastia, ganglión, dupuytren, hernia inguinal, etc. Tener esta lista codificada ayuda a su gestión ya que pueden existir situaciones en que se puede incrementar la actividad de las intervenciones con anestesia local o con anestesia regional, según disponibilidad de recursos y equipo.

Mantener listas de espera para primeras visitas en consultas externas tiene una sola ventaja, y es que, si el paciente decide cambiar de centro no habrá duplicidad de visitas y pruebas. En cambio, existe el peligro, de que, a pesar de los sistemas de alerta puestos por el hospital, el paciente, al ser un desconocido pueda ocultar situaciones médicas que exijan prioridad . Por todo ello, solo está justificado generar listas externas cuando las internas superan los tres meses, punto a partir del cual adquieren un volumen de difícil gestión.

El tiempo promedio estándar de espera de un paciente en consulta externa según Joan Berenger⁹ es de 30 a 40 minutos como un máximo dependiendo de la clínica a la que asista, en el caso de la primera visita. En el caso de segunda visita es de 20 a 30 minutos como un máximo. (VER ANEXO 5)

-Calidad y Servicios

◆ Definición de Calidad:

La Calidad, según Juran y Gryna,¹⁰ es la satisfacción del cliente, “adecuado para el uso”.

Un servicio es de calidad cuando satisface las necesidades del cliente en cuanto a seguridad, fiabilidad y prestaciones. Como en los bienes, los servicios son de calidad cuando son conformes con su diseño. Se pueden distinguir dos tipos de conformidad:

-Conformidad Interna: Se refiere al cumplimiento de las especificaciones establecidas en los procesos, algunos de los cuales tendrán una repercusión directa sobre los clientes, mientras que otros afectaran a las relaciones internas.

-Conformidad Externa: Es la concordancia del servicio con los aspectos de calidad percibidos por los clientes. La medición para el grado de conformidad externa es difícil.

Un servicio no debe ajustarse solo a las especificaciones técnicas: debe adaptarse también a las especificaciones del usuario. Las organizaciones equivocadas con sus clientes, al margen de lo diestramente que realicen el trabajo, no dan un servicio de calidad.

Esto mismo lo confirma desde otra perspectiva Donabedian¹¹ quien asegura que en los servicios de salud hay dos tipos de calidad: Técnica Y Sentida.

La Calidad técnica la describe como la atención mediante la cual se espera poder proporcionar al paciente el máximo y mas completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes.

⁹ Buerenger, Joan, Gestión de Hospitales, Vincens Vivens, Primera Edición 1994. Cap 7, pag 268.

¹⁰ Juran, Gryna, JM, Frank. Análisis y Planeación de la calidad, McGraw, 3ra Edición. Cop.Pag 3.

Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (Médicos, enfermeras, administradores, etc.) con su cosmovisión y formación académica.

La Calidad Sentida, esta en la subjetividad de los usuarios y debe de ser explicada y expresada por ellos, corresponde a la satisfacción razonable de su necesidad, luego de la utilización de los servicios.

Relaciona la entrega cortés respetuosa de los servicios con un contenido técnico óptimo. Entonces, la calidad es el cumplimiento de las normas técnicas, pero también de las necesidades sentidas del usuario. Por tanto, el impacto sobre la salud es el resultado de la calidad técnica de la atención y de la calidad en la entrega del servicio:

$CALIDAD\ TOTAL = Calidad\ de\ atención + Calidad\ de\ Servicio.$

Mejorar la calidad implica implantar un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica de la atención y aumenten la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios.

Por otra parte lo anteriormente descrito se conoce también como las dos escalas primordiales¹² que constituyen la calidad en el servicio al cliente: la de procedimientos y la de personal. Ambas son importantísimas para dar calidad en el servicio.

La escala de procedimiento de la calidad del servicio consiste en los sistemas y métodos establecidos para ofrecer productos y/o servicios. La escala personal de la calidad en el servicio es la manera en que el personal de servicio (haciendo uso de sus actitudes, conductas y aptitudes) se relaciona con los clientes.

¹¹ Donabedian, Avedis "La Calidad de la Atención Médica" Ediciones Científicas. La Prensa Mexicana, 1984. Cap 1. pp 7.

¹² Henderson García, Alan, Programa de Capacitación en Calidad y Servicio al Cliente, para las instituciones públicas de la República de Nicaragua, San José, Costa Rica, Junio 2001, pag 118.

Principios de la Calidad Total.

La calidad ¹³ total tiene que aplicar los siguientes principios: 1-Servicio orientado al usuario, 2- La calidad es lo primero, 3- Necesidad de compromiso de la alta gerencia, 4- Satisfacción del usuario interno y externo, 5- Actuar en base a datos, 6- Respuestas rápidas, 7-Acción orientada a lo poco vital y no a lo mucho trivial, 8-Cada trabajador es su propio supervisor, 9-Establecer estándares y controlarlos, 10- Respeto a los empleados como seres humanos.

Existe un modelo de calidad total en la que el usuario juega un papel primordial. La gerencia, el equipo de trabajo y la tecnología de la Calidad Total están dirigidas a satisfacer las necesidades del usuario. Si éste no existiera, no se justificaría la existencia de los otros 3 componentes. El usuario es la razón de ser del servicio de salud y todo su contingente debe estar orientado a satisfacer sus necesidades.

Los tres componentes, el compromiso gerencial, el equipo, y la tecnología de calidad deben concentrarse en el usuario:

- La gerencia tiene que cumplir con el compromiso de orientar a toda la institución hacia la resolución de los problemas y la satisfacción de las necesidades del usuario.
- El equipo, en contacto directo con el usuario, entrega el servicio, es quien lo conoce mejor, pero también es la cara, imagen y se convierte en la ventana de la institución.
- Ambos, el gerente y el equipo, utilizan las herramientas de calidad total para mejorar el servicio.

Servicios: Gerencia de Servicios.

La gerencia del servicio, como modelo de gerencia y una filosofía, está llamando la atención de los ejecutivos en muchos negocios de servicio. Ofrece un marco de referencia unificador para pensar acerca del mercado, el cliente y el producto y la organización.

¹³ K. Vanormelingen, H Pineda. Salazar, Martínez, La Gerencia de Calidad Total en Salud, 1ra Edición Ministerio de Salud Pública del Ecuador, octubre 1994, pag17.

La gerencia del servicio sugiere una nueva urgencia con respecto al punto de vista del cliente. En un negocio de Servicio, los clientes satisfechos son un activo.

Existen momentos de verdad o momentos decisivos en los cuales se demuestra cuando un servicio es bueno o malo. Un momento de verdad, es un episodio en el cual, el cliente entra en contacto con cualquier aspecto de la organización y tiene una impresión sobre la calidad de su servicio.

La idea de la Gerencia del Servicio, sugiere que estos numerosos momentos decisivos son los componentes fundamentales del producto del servicio. El momento de verdad es el átomo básico de servicio, la unidad indivisible mas pequeña del valor entregado al cliente. Si tomamos literal y completamente el concepto de verdad hay que olvidarnos de las tareas y de los cargos y de las estructuras organizacionales y procedimientos para empezar a pensar en términos de resultados. Podemos empezar inmediatamente a hacer un inventario de los momentos de verdad que experimentan los clientes cuando la línea del contacto con el publico les entrega éstos el servicio. Una vez que se separa los que momentos de verdad, se pueden analizar uno por uno desde el punto de vista de la calidad.

A continuación enumeramos algunos de los momentos de la verdad:

- 1.- El cliente llama al hospital para pedir información.
- 2.- El cliente saca cita.
- 3.- El cliente llega la ventanilla del hospital.
- 4.- El cliente espera en fila.
- 5.- El guarda lo hace retirarse de la fila.
- 6.- La secretaria le realiza el papeleo.
- 7.- El cliente va en busca de la puerta de salida.
- 8.- El cliente se sienta en la sala de espera hasta que sea llamado.
- 9.- El cliente busca la farmacia para su receta.
- 10.- El cliente tiene que esperar porque el doctor llega tarde.

El cliente ve la situación, no como una serie de instantáneas, sino como una película, donde cada escena se conecta con cada una de las otras escenas. Al hacer el mapa con el encuentro

de servicios, se puede destacar este punto para aquellos que manejan los momentos de verdad en el ciclo del servicio.

Una segunda razón para explicar los encuentros de servicios en una forma cíclica, consiste en separar los momentos importantes de verdad de los momentos críticos de verdad. Si bien, todos los momentos de verdad en un encuentro de servicios son importantes, generalmente hay un número menor que es de tal importancia para el éxito del negocio, los cuales se denominan Los Momentos Críticos de la verdad.

Momentos Críticos de la verdad

No todos los momentos de verdad se crean de igual manera. Un negocio de servicio de gran contacto puede tener más de 100 clases diferentes de momentos de verdad, pero generalmente solo unos cuantos tienen un impacto crítico o decisivo sobre las percepciones de los clientes.

Si la persona que presta el servicio realmente está pensando en él, va a concentrar su atención en los elementos importantes de este momento de verdad y lo manejará de tal manera que maximice el impacto sobre el cliente, o al menos minimice el impacto negativo. De esta manera la enfermera en el hospital podría:

- 1- Saludar al paciente cordialmente y tranquilizadamente.
- 2- Presentarse.
- 3- Prestarle atención completa a la situación actual.
- 4- Tranquilizar al paciente con alguna conversación.
- 5- Explicar el propósito y beneficio del medicamento.
- 6- Administrar la inyección en forma suave y cuidadosa.
- 7- Asegurarse de que el paciente se sienta razonablemente cómodo.
- 8- Preguntar acerca de alguna necesidad o preocupación especial.

Por el contrario, si la persona encargada del servicio está deprimida, preocupada, cansada, aburrida, o simplemente insensible, puede manejar toda la situación mecánicamente e impersonalmente, que es lo que ocurre con demasiada frecuencia, en las instituciones

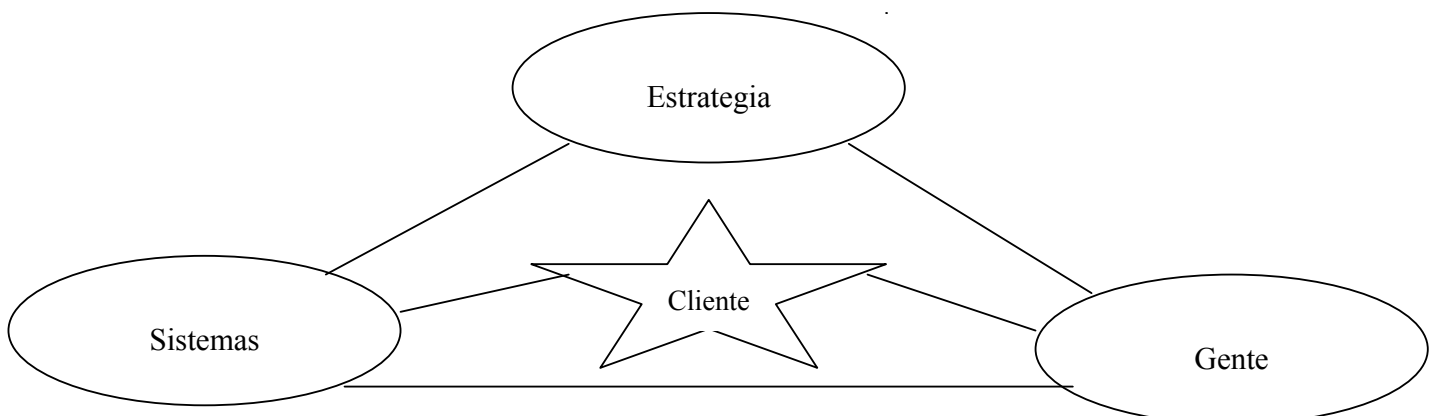
hospitalarias. La combinación de un momento crítico de verdad- es decir, con impacto significativo sobre el paciente- con una persona del servicio insensible, descuidada o incompetente, es una prescripción del desastre. La brecha entre la clase de tratamiento que el paciente estaba esperando y la que realmente recibe, crea un sentimiento especialmente negativo.

Estos momentos críticos de verdad exigen especial cuidado y tratamiento. Los gerentes no pueden estar en todas partes a la vez y por eso necesitan elegir cuidadosamente aquellos aspectos de la operación que tienen el impacto potencial mas alto (positivo o negativo) sobre la satisfacción del paciente. Necesitan mantener bajo vigilancia estos aspectos especiales del servicio y ayudar a manejarlos efectivamente.

El Triángulo del Servicio

Uno de los elementos fundamentales del modelo de Gerencia del servicios es el triángulo del servicio. Prácticamente, todos los negocios de servicio excelentes que se conocen tienen en gran medida tres características. E inversamente, no se encuentran negocios de servicios que carezcan de alguna de estas características y que formen parte de los ganadores. Estos tres factores claves son los ángulos del triángulo del servicio:

- 1- Una visión o estrategia para el producto del servicio.
- 2- El personal de contacto con el público orientado hacia el cliente.
- 3- Los sistemas amables para el cliente.



VIII-MATERIAL Y METODO

Tipo de investigación:

Nuestro estudio es de tipo explicativo ya que pretendemos explicar las variables o factores que conllevan a la satisfacción o insatisfacción de los usuarios de la Consulta Externa del Hospital Bertha Calderón. Asimismo, pretendemos explicar la relación existente entre las distintas variables que juegan un papel determinante en la satisfacción de los mismos.

Población y Muestra:

Nuestra población comprende a todas las personas que ingresan al área de consulta externa del hospital en el período comprendido de Abril a Junio del corriente año.

El tipo de muestra a utilizado fue Aleatorio o de probabilidad. La muestra se determinó mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = p \times q (Z/E)^2$$

n= muestra

p= Cantidad de usuarios satisfechos

q= Cantidad de usuarios insatisfechos

Z= el margen de error

Tomamos como referencia una muestra piloto de 20 encuestas en las cuales los resultados se dieron favorables en una relación de 15 a 5. Con este dato decidimos tomar un margen de error de 0.1% obteniendo como resultado una muestra de 72 personas. Sin embargo, consideramos conveniente aumentar la cantidad de las encuestas a 100 personas de manera tal que pudimos verificar la información con una mayor número en la muestra de la que en realidad era necesaria, considerando que contábamos con el tiempo para hacerlo.

$$P= 15/20$$

$$Q=5/20$$

95% de certeza

0.1 % de error

$$n = 0.75 \times 0.25 (1.96 / 0.1)^2$$

$$n = 72.03 \text{ personas}$$

$$n = 73 \text{ personas.}$$

Técnicas de Recolección:

Para la realización de este estudio, utilizamos tres tipos de técnicas de recolección:

1.-Encuestas :

Estas fueron dirigidas a los usuarios del área de consulta externa del Hospital Bertha Calderón que asistieron en horario de 8:00 AM a 12:00 PM de Lunes a Viernes. (VER ANEXO 6)

2.-Guías de Observación:

Realizamos una guía de observación la cual adjuntamos en anexos, la que nos permitió poder determinar algunas de las variables de mayor incidencia a tomar en cuenta en el estudio. Como fueron: tiempo, ambiente y el trato en el servicio. (VER ANEXO 7)

3.-Entrevistas con enfermeras y un funcionario administrativo del hospital :

Adjuntamos en anexos guía de preguntas realizadas al funcionario del hospital (Directora de planificación Hospitalaria) y a tres enfermeras. (VER ANEXO 8 Y 9)

Técnicas de Análisis de Datos:

Para el análisis de toda la información recolectada durante este período, utilizamos dos tipos de análisis:

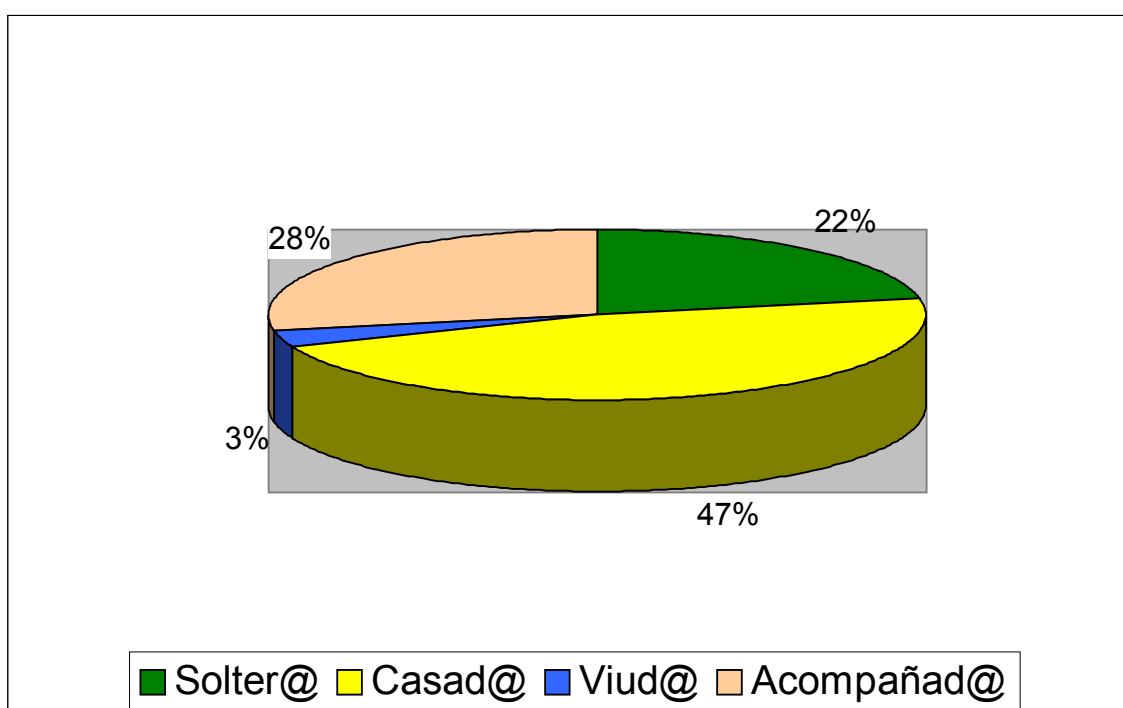
1.-Análisis Técnico: Trabajamos la información con diferentes instrumentos como Diagrama de flujo detallado, Diagrama de Espina de Pescado, tablas y Gráficos.

2.-Análisis Estadístico: Para la realización de este análisis, utilizamos el programa computarizado SPSS para analizar los resultados de las encuestas utilizando tablas para tabulaciones y procesamientos.

IX--RESULTADOS

Cuadro No. 1

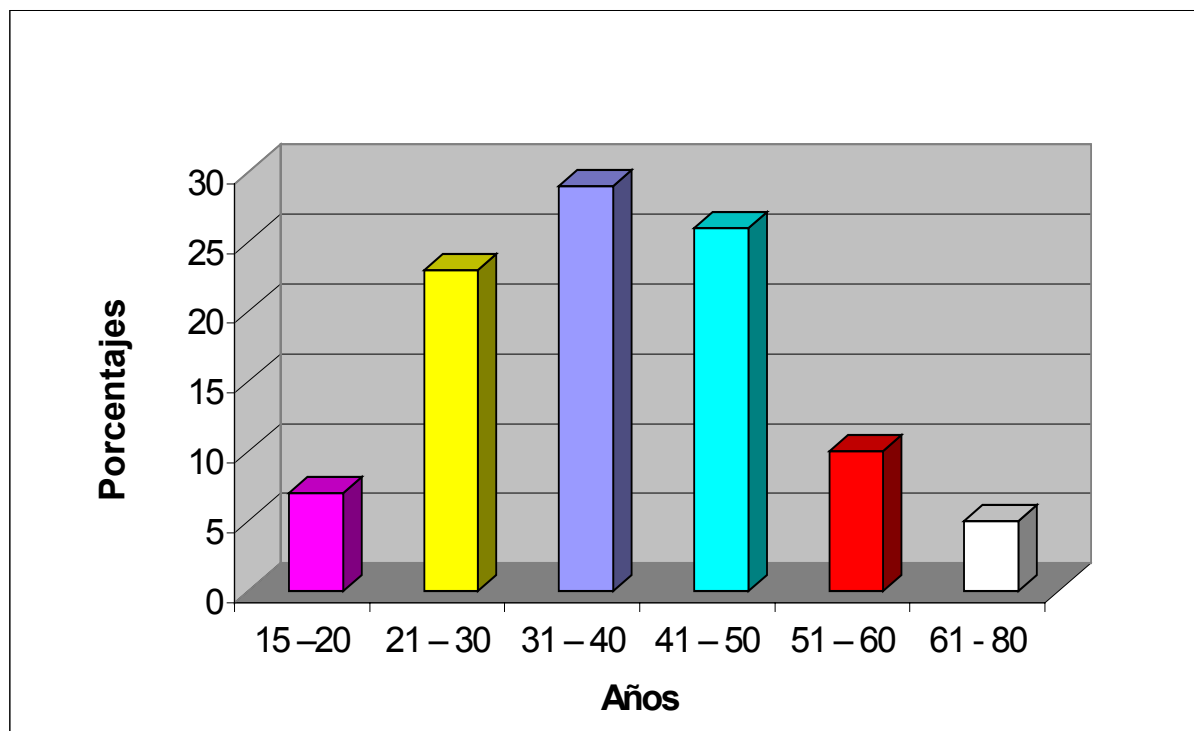
Estado Civil de las Usuarias de Consulta Externa del Hospital Bertha Calderón



En este cuadro podemos observar el estado civil de todas las mujeres que fueron atendidas en Consulta Externa del Hospital Bertha Calderón durante el período de estudio. Los resultados fueron los siguientes: Un 47% de ellas eran casadas, un 28% acompañadas, un 22% solteras y un 3% viudas.

Cuadro No. 2

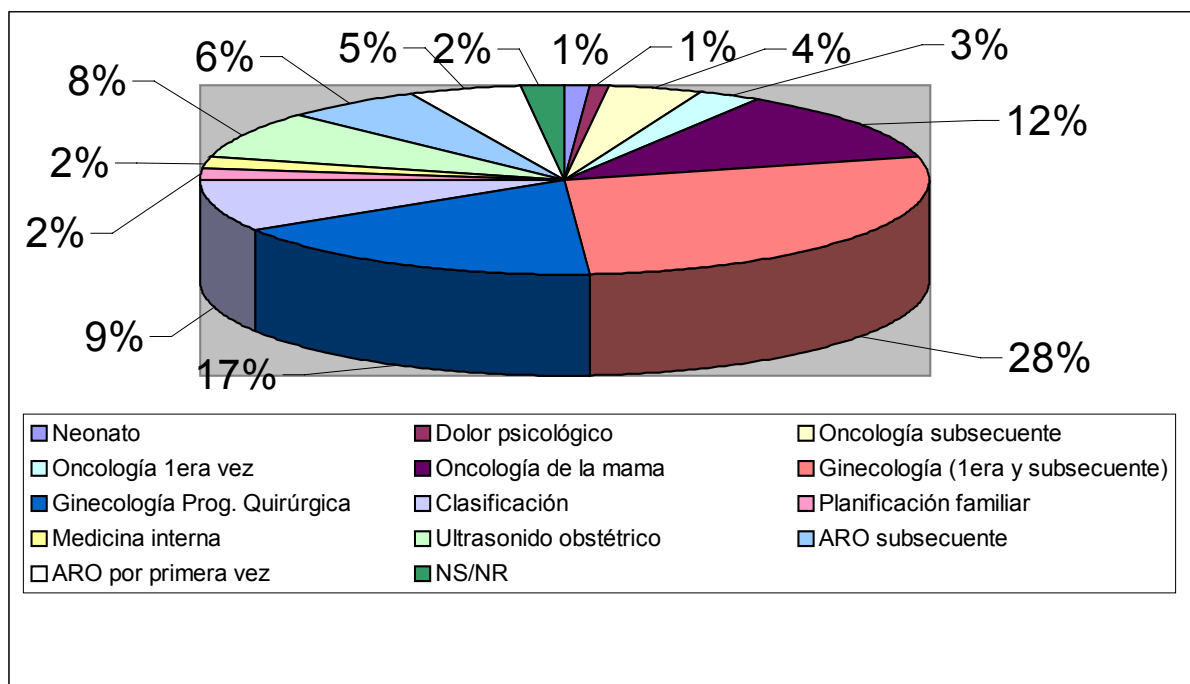
Edad de las Usuarias de Consulta Externa del Hospital Bertha Calderón



En este cuadro podemos apreciar el porcentaje de mujeres que asistieron a consulta de acuerdo a su edad. Un 29% de las mujeres que pasaron a consulta tenían entre 31 y 40 años, un 26% tenían entre 41 y 50 años, un 23% tenían entre 21 y 30 años, un 10% entre 51 y 60 años, un 7% entre 15 y 20 años y sólo un 5% entre 61 y 80 años.

Cuadro No. 3

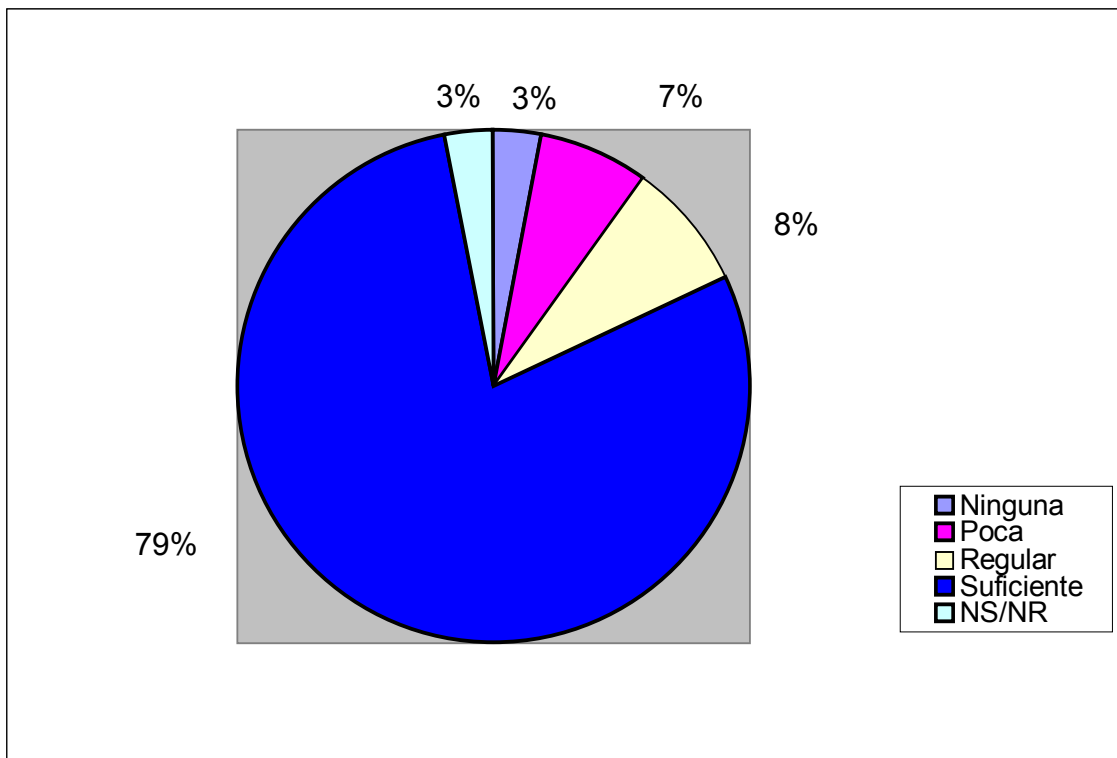
Tipos de Clínicas visitadas por las Usuarias



En esta tabla podemos observar que la clínica con mayor índice de visitas es la clínica de Ginecología con un 28%, seguidamente la clínica de Ginecología Quirúrgica con un 17 % y la clínica de clasificación con un 9%. El resto de las clínicas seguirían el siguiente orden de mayor a menor de la siguiente manera : Ultrasonido, ARO subsecuente y por primera vez, Planificación Familiar, Medicina Interna, Oncología de mamas y Neonato.

Cuadro No. 4

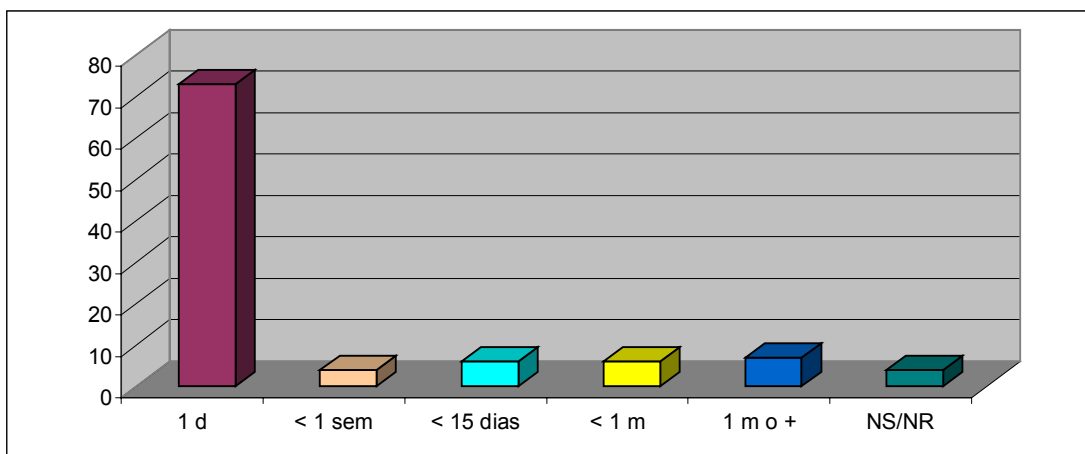
Cantidad de Información Brindada a la Usuaría sobre la Consulta



En este gráfico podemos apreciar el porcentaje de información recibida por la usuaria al ingresar al área de Consulta Externa. del hospital. En general un 79% de los encuestados manifestaron que la información fue suficiente, un 8% que era regular y un 7 % que fue muy poca. Tan solo un 3% manifestó que no se le informó nada.

Cuadro No. 5

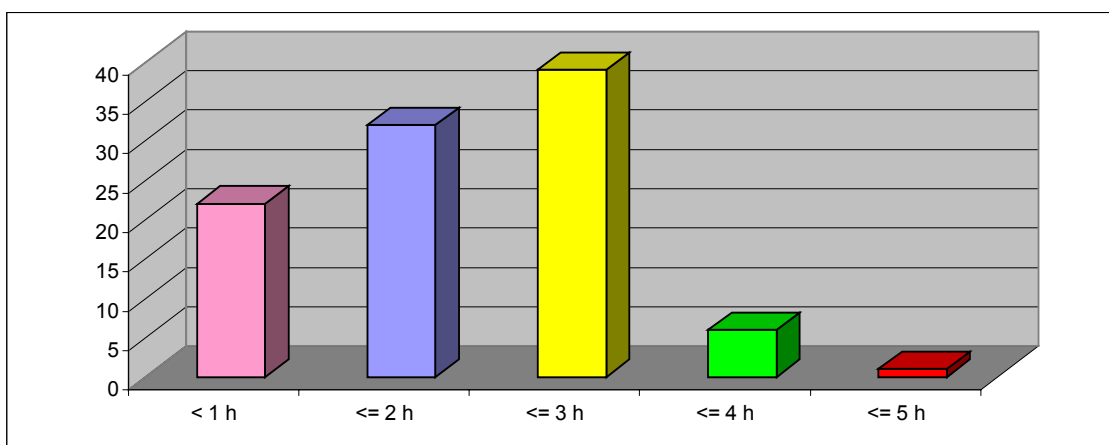
Tiempo en Días para ser atendido por Primera vez



Esta tabla muestra la cantidad de días que las usuarias han tenido que esperar para ser atendidas en las clínicas de atención solicitadas. Un total de un 73% fue atendido el mismo día que solicitaron el servicio, un 7% ha esperado mas de un día y un 6% ha esperado hasta un máximo de 15 días.

Cuadro No. 6

Tiempo en Horas para ser atendido por Primera vez

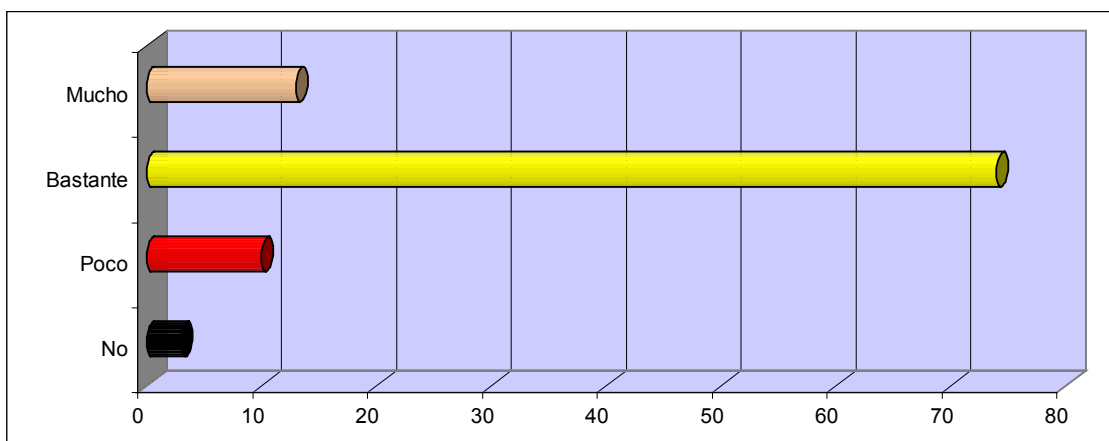


En esta tabla podemos apreciar la cantidad de horas que las usuarias tienen que esperar para ser atendidas en las clínicas. Mostrando así un 39% ha tenido que esperar 3 horas

para ser atendidas, un 32% ha esperado 2 horas, un 22% ha esperado sólo una hora y solamente 1% espero 5 horas.

Cuadro No. 7

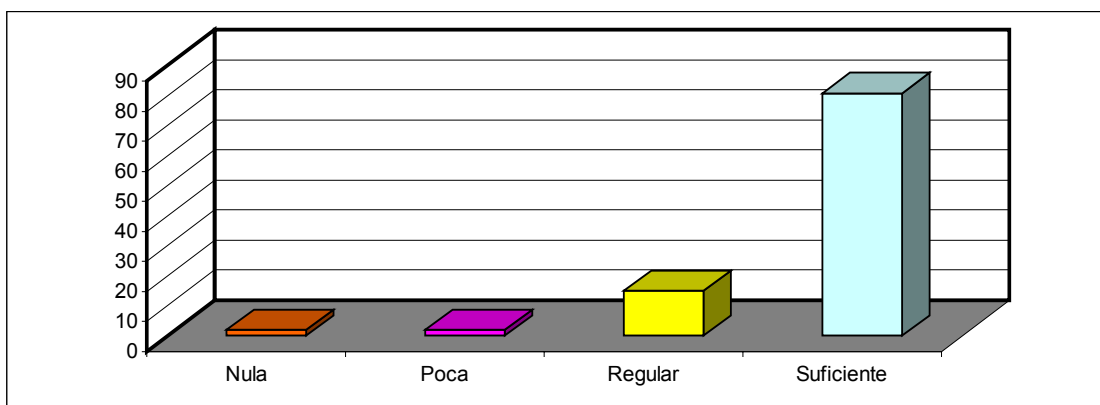
Comodidad percibida por la usuaria en la Sala de Espera de Consulta Externa



Este gráfico muestra la opinión de los clientes referente al factor comodidad en la sala de espera. Los resultados se mostraron muy positivos de la siguiente manera: un 74% se sintió bastante cómodo, un 13% se sintió muy cómodo, un 10% se sintió poco cómodo y sólo un 3% de los encuestados se sintió incómodo.

Cuadro No. 8

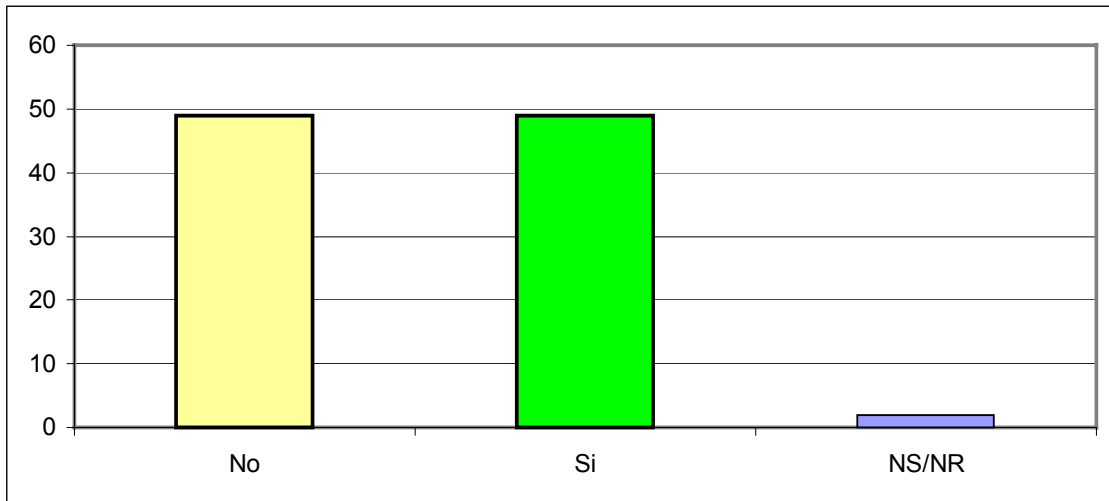
Grado de Higiene percibido por la Usuaría en Consulta Externa



En esta gráfica podemos observar la opinión de la usuaria en relación a la higiene de la sala de consulta Externa. Un 81% de los encuestados manifestó que la higiene del local era suficiente, un 15% opinó que era regular y tan sólo un 2% pensó que era nula o poca.

Cuadro No. 9

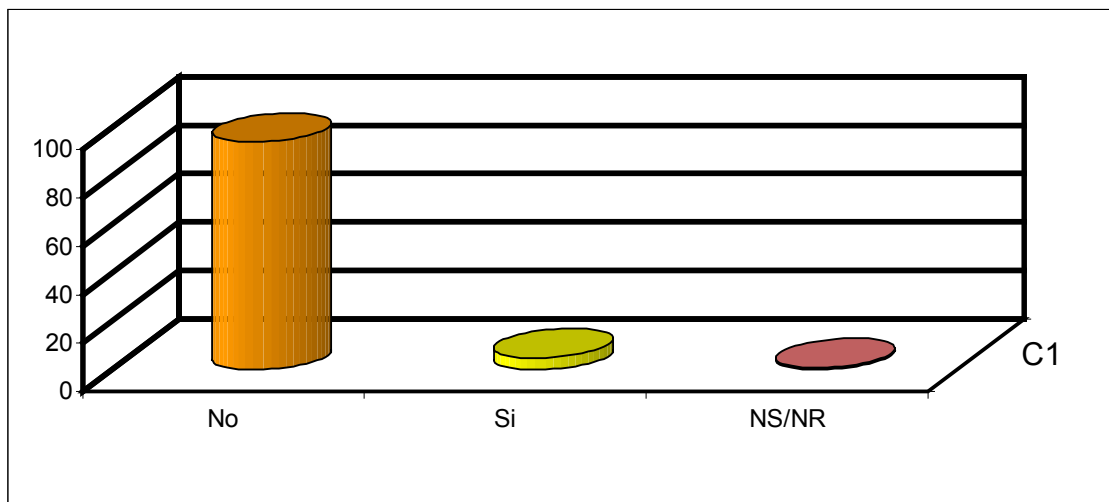
Conocimiento de la Usuaría del nombre del personal médico que le atendió



En este gráfico se refleja el conocimiento de la usuaria en cuanto al nombre del doctor o médico que la atendió en la clínica que solicitó. Curiosamente un 49% dijo que si lo había conocido y el mismo porcentaje mencionó que el médico no lo había dicho. Sólo un 2% no opinó al respecto.

Cuadro No. 10

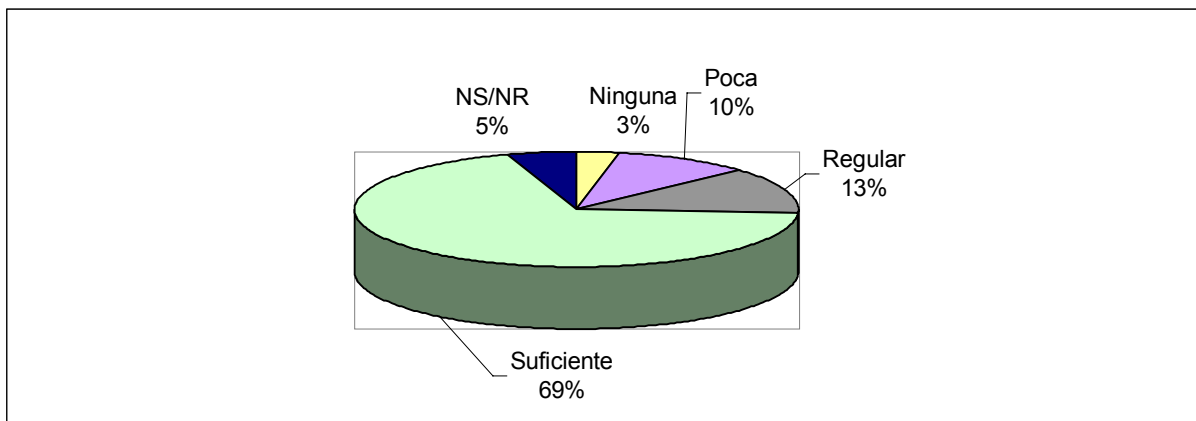
Conocimiento de la Usuaría del nombre del personal de enfermería que le atendió



Este gráfico refleja el conocimiento de la usuaria del nombre de la enfermera que le atendió antes de que ingresará a la clínica. En este caso un 94% de las usuarias desconocían por completo el nombre de la enfermera y solo un 5% lo conocía.

Cuadro No. 11

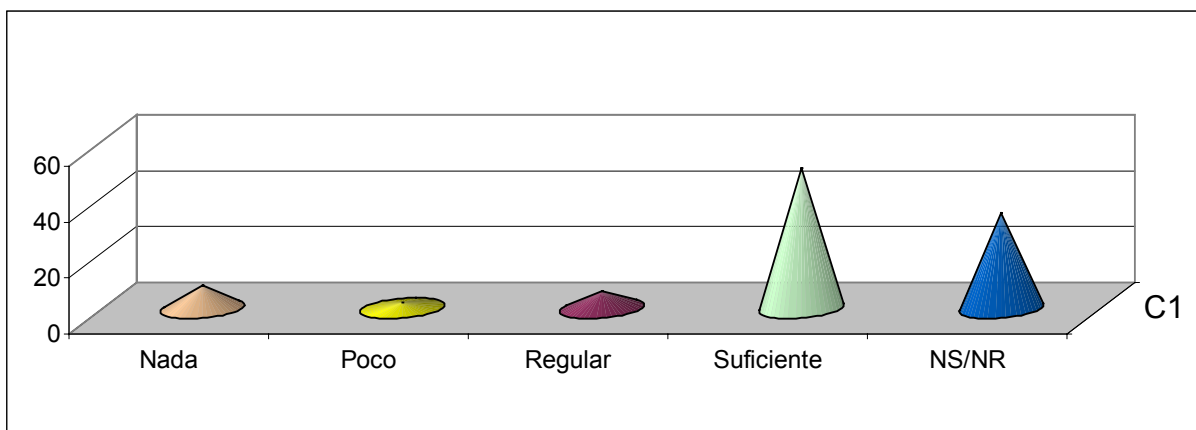
Explicación dada por el médico a la usuaria sobre su padecimiento o enfermedad



En este pastel podemos observar la apreciación de la usuaria en relación a la explicación que el médico le da referente a su padecimiento o enfermedad. Los resultados fueron los siguientes: un 69% considera que el médico le da suficiente información, un 13% cree que es regular, un 10% cree que es poca y 3% considera que no se le da ninguna.

Cuadro No. 12

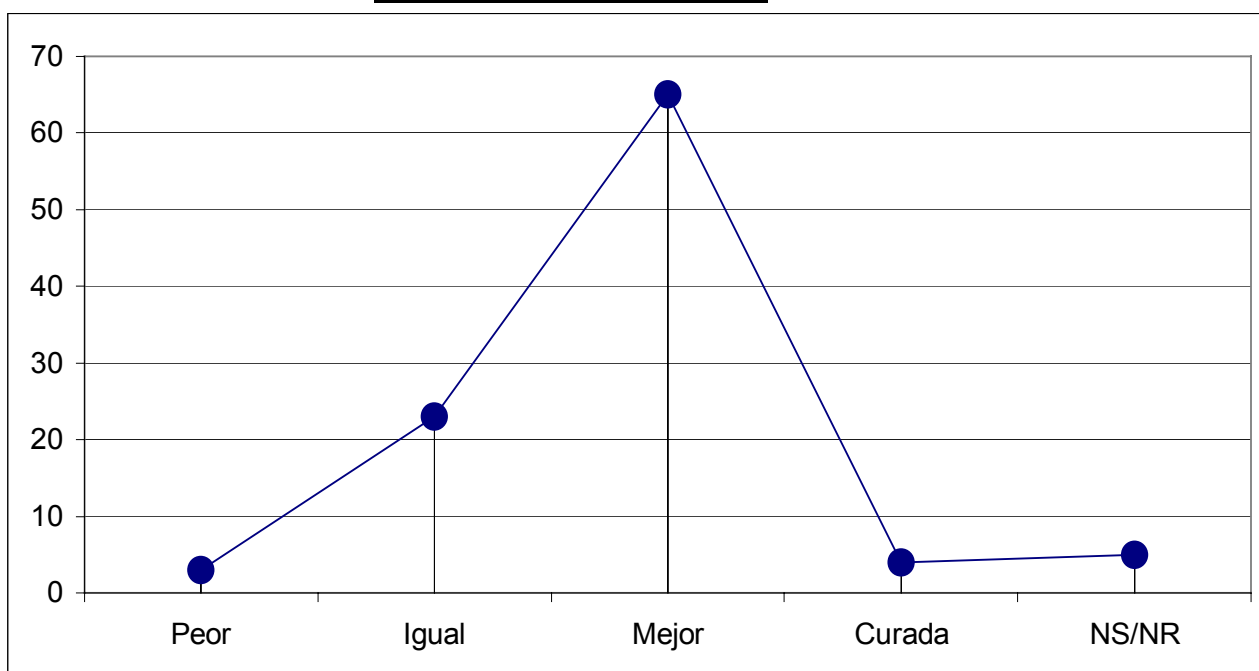
Explicación dada por el médico a la Usuaría sobre su tratamiento.



En este gráfico podemos observar la apreciación de la usuaria en cuanto a la explicación que el médico le da referente a su tratamiento. Los resultados son los siguientes: un 50% opina que las explicaciones son suficientes, un 34% no quiso opinar, un 8% opinó que no se le explica nada, un 6% piensa que es regular y un 2% cree que es muy poco lo que se le explica.

Cuadro No. 13

Opinión de la Usuaría referente al estado en que se encuentra después de haber sido diagnosticada su Enfermedad



En este gráfico podemos observar el estado en el que la usuaria se considera después de haber sido diagnosticada su enfermedad por el médico de consulta externa. Los resultados son los siguientes: Un 65% se siente mejor, un 23% se siente igual, un 5% no opinó, un 4% se sienten curados y un 3% se siente peor.

X --DISCUSION

Al hacer un análisis detallado de la relación entre las distintas variables del estudio, encontramos que de primera instancia era importante relacionar la variable tiempo de espera en días con el tipo de clínica solicitada por el usuario con el fin de apreciar cual de estas 13 clínicas en el área de consulta externa es la de mayor afluencia. Como resultado obtuvimos que la clínica de Ginecología por primera vez es la de mayor demanda, y para la cual el tiempo promedio para ser atendido es de menos de 2hrs de espera.

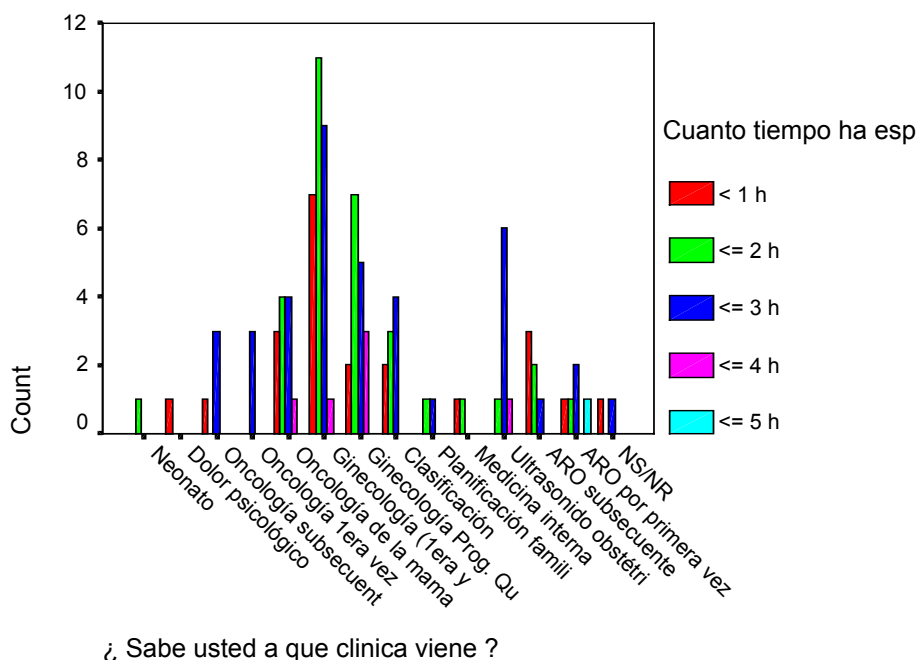
En gran parte, este resultado es esperado debido a que el 90% de los pacientes que ingresan a este Hospital lo hacen solicitando asistencia ginecológica remitidos de los distintos centros de salud e inclusive hospitales del país. Esto se debe a que es una consulta de segundo nivel de atención o sea especializada.

Sin embargo, el tiempo máximo estándar de espera para una consulta médica según nos indica Berenger deberían de ser 30 minutos para esta especialidad, lo cual nos indica que existe un problema de tiempo.

Para autores como Varela, quien afirma que las largas listas de espera en una Consulta Externa representan deficiencia en el servicio por falta de prioridades en la cita o consulta, es necesario darle la importancia debida a este tipo de anomalías.

Un caso claro de esto se puede apreciar en la clínica de ARO por primera vez (Alto Riesgo Obstétrico) donde los pacientes tienen que esperar hasta 5 horas para ser atendidos. Esto muestra una vez mas que las prioridades en la evaluación de la gravedad médica del caso a la hora de asignar número en la lista de espera no se toma en cuenta de la manera correcta. A continuación el gráfico del cruce entre estas dos variables (tiempo en horas-Tipo de clínica) nos ilustra un mas claramente lo anteriormente explicado. Ver Tabla No. 14.

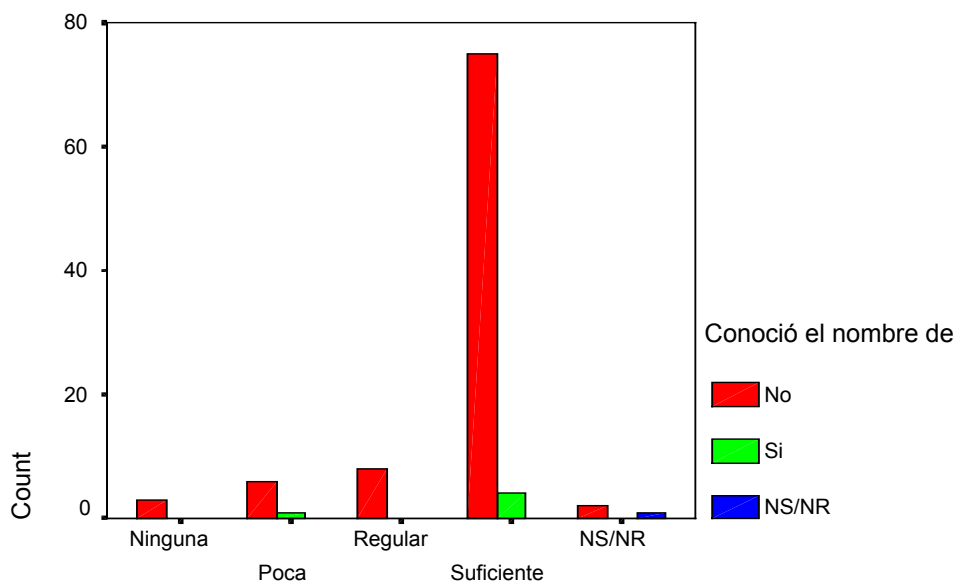
Gráfico: Relación de variable tiempo en horas- Tipo de clínica.



En segunda instancia haciendo la relación entre la cantidad de información brindada al paciente por la enfermera y la información personalizada que da la enfermera al paciente como es su nombre, encontramos que se da una alusión directa a los momentos de verdad, descritos en nuestra teoría según Henderson, en donde la enfermera debería de estar pensando en el servicio, concentrándose en el mismo y agregando a la información que da referente a la consulta (información técnica) una información personalizada (arte de la atención). Podemos entonces clasificar este resultado como una falla la cual se debe de mejorar. Sin embargo el usuario expresa que la información técnica a su criterio es suficiente para poder adquirir el servicio de consulta.

A nuestro criterio consideramos que este fenómeno es esperado ya que el tipo de usuario que solicita este servicio no está acostumbrado a ser exigente, por dos razones: la primera porque el servicio recibido en este hospital es gratuito, la segunda porque no tienen suficiente poder adquisitivo para poder demandar calidad en el servicio que solicitan de manera tal que una actitud de conformismo impera en estos usuarios. A continuación el gráfico explica de manera más clara lo anteriormente descrito. Ver tabla No. 15.

Gráfico : Relación de variable servicio- cantidad de información- atención personalizada.



En el lugar donde le dieron la cita, cuanta información le brindaron sob

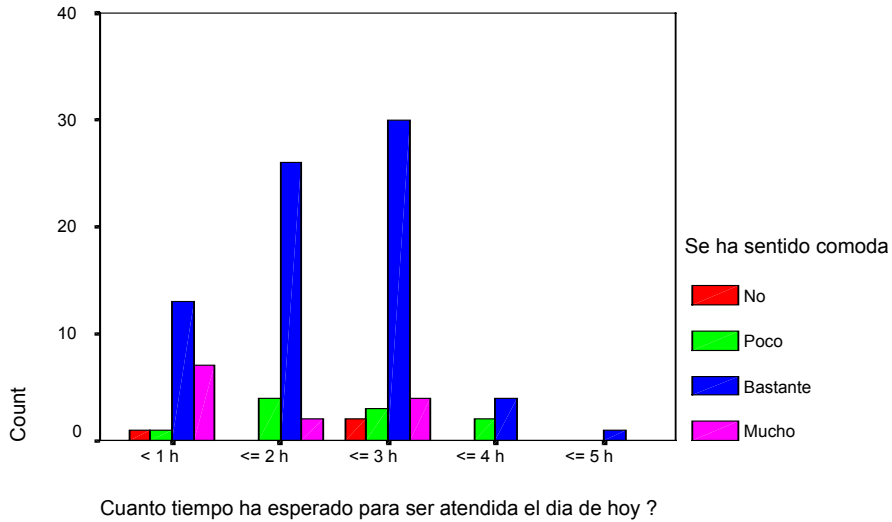
En tercera instancia relacionamos dos factores importantes: el tiempo y el ambiente, tomando como subvariable la comodidad.

Al hacer la relación entre estas dos variables encontramos que un 30% de las personas que han esperado menos de 3 horas para ser atendidos, consideran que la sala de espera es lo suficientemente cómoda. Y lo mismo ocurre con los otros porcentajes de horas de espera. En general, para todos los casos la comodidad ha sido satisfactoria en la Sala de consulta externa.

La variable ambiente, como bien lo mencionamos en nuestro marco teórico juega un papel determinante para la satisfacción de la usuario ya que este influye en el estado anímico del paciente. Una sala de espera con poca luz o mucho ruido perturbaría a los pacientes y provocaría un estado de ansiedad e irritabilidad antes de ser atendidos por el médico.

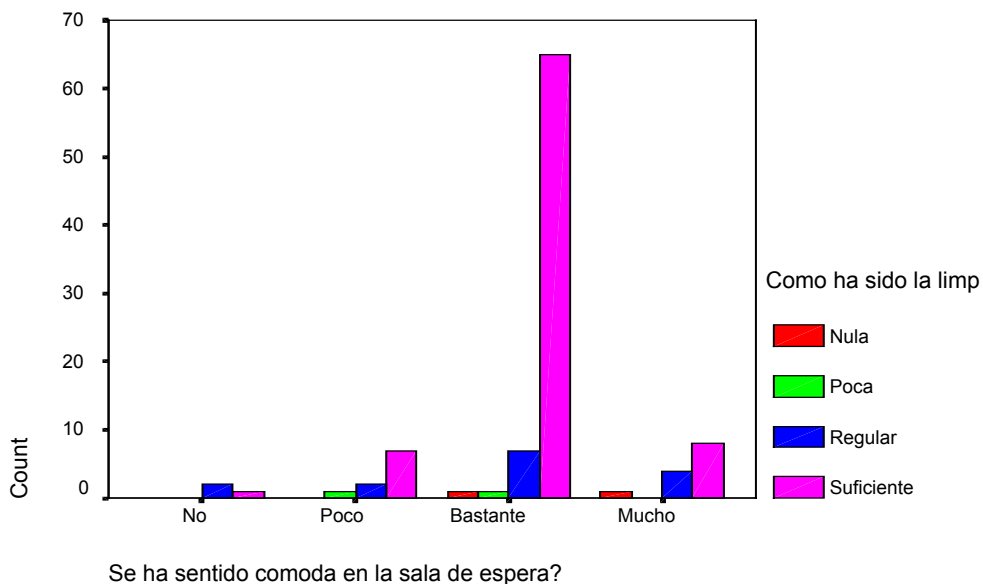
A continuación el gráfico explica de manera más clara lo anteriormente descrito.

Gráfico : Relación de variable tiempo de espera- comodidad en la sala .



Asimismo haciendo una relación entre la comodidad e higiene en la sala de espera encontramos que los usuarios se sienten muy satisfechos en este particular. Por otro lado nuestra guía de observación utilizada para analizar el ambiente nos permitió verificar que la limpieza en el área de consulta externa era adecuada y cumplía con los requisitos estándares de un hospital. A continuación mostramos el gráfico con la relación.

Gráfico : Relación de variable comodidad -limpieza en la sala .



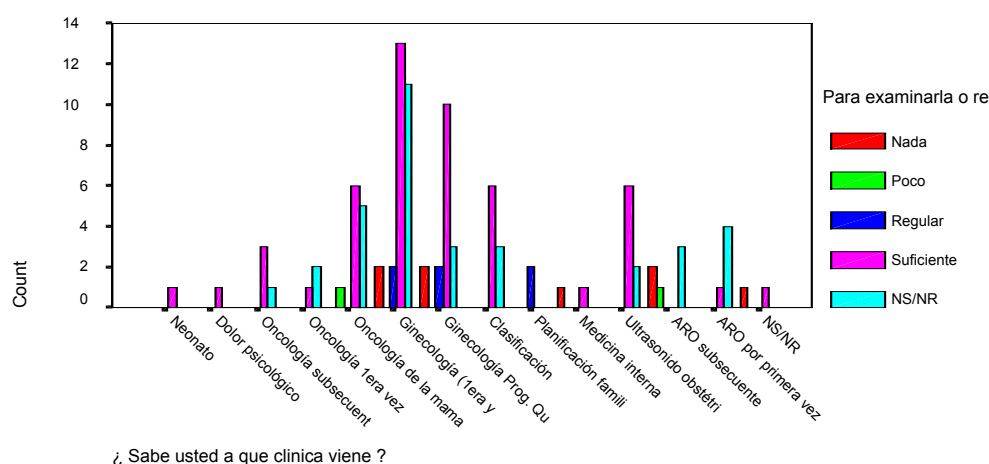
En cuarta instancia al analizar la cantidad de información brindada a la usuaria referente al tratamiento en dependencia de la clínica a la que asiste, nos permite evaluar la calidad del servicio personalizado por parte del médico que atiende en la clínica de especialidad.

Según los resultados obtenidos podemos apreciar que en la clínica de ginecología por primera vez, la cual tiene mayor afluencia por el alto índice de visitas; la información brindada por el médico es considerada suficiente por parte de la usuaria.

A nuestro criterio este resultado era esperado ya que la especialidad del hospital es ésta (ginecobstetricia), sin embargo pudimos observar también que hay un índice considerable, casi igual al de suficiente, que no opinó nada, posiblemente por temor. Esto se puede apreciar en la siguiente gráfica. Este índice nos hace tomar como respuesta negativa en cuanto a las explicaciones brindada por el médico al usuario con respecto a su tratamiento.

En clínicas como en ARO por primera vez (Alto Riesgo Obstétrico) la abstinencia a una respuesta nos induce a pensar que no se les proporciona suficiente información, de manera tal que se agudiza el problema de comunicación entre el paciente y el médico, lo cual conlleva a que en la siguiente visita el usuario proporcione muy poca información referente a su enfermedad o tratamiento, sin tomar consecuencias de la gravedad del caso como lo habíamos mencionado en un análisis anterior, provocando así nuevamente largas horas de espera para ser atendido sin tomar en consideración la prioridad clínica del paciente.

Gráfico : Relación de variable comodidad -limpieza en la sala



XI--CONCLUSIONES

1. El tiempo de espera de las usuarias en el área de consulta externa es demasiado prolongado, pues duplica y hasta triplica en algunos casos el tiempo estándar establecido para ser atendido en una consulta. A pesar de que la usuaria no se queja directamente sí le insatisface tener que esperar extensos períodos de tiempo.
2. El servicio brindado por la enfermera no es personalizado, sin embargo esto no insatisface a la usuaria según lo expresado en los resultados. El hecho de que no sea relevante para el usuario el servicio personalizado no implica que no se deban tomar medidas correctivas con el personal de enfermería.
3. Las usuarias se sienten satisfechas en cuanto a la comodidad e higiene de la sala de espera de Consulta Externa. Resultados verificados por dos métodos: opinión de la usuaria a través de la encuesta y guía de observación elaboradas.
4. La usuaria se siente satisfecha referente a la información brindada por el médico en cuanto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad en la mayoría de las clínicas. Sin embargo la abstinencia de algunas de ellas a opinar puede ser un indicativo de que no todas están claras de ciertas explicaciones.
5. La clínica de mayor afluencia en consulta externa es la clínica de ginecología por primera vez. Lo cual es fundamentado en el hecho de que solo existe una clínica para toda la consulta externa del hospital.
6. Mayoría de las usuarias se sienten satisfechas referente al mejoramiento de su patología una vez diagnosticada.
7. La mayoría de las usuarias que asisten a consulta externa son mujeres de 31 a 40 años, en su mayoría casadas.

XII--RECOMENDACIONES

1. Elaborar listas de espera de acuerdo a la prioridad del caso clínico. Esto le permitirá a la enfermera llevar un mejor control del tiempo de espera de los usuarios de manera tal, que si se pudiese exceder se le pueda reprogramar una cita al siguiente día.
2. Agregar una clínica mas de Ginecología en el área de consulta externa por ser la clínica de mayor afluencia con el fin de agilizar el tiempo de consultas y reducir el tiempo de espera.
3. Impartir a las enfermeras programas de formación permanente y brindarle herramientas de calidad de atención al usuario. Este curso podría ser impartido por una autoridad del hospital con el fin de no incurrir en gastos extras.
4. Elaborar un plan de incentivo a las enfermeras que tengan mejor rendimiento.
5. Asignar a una persona del área de consulta externa para que de seguimiento a las sugerencias y quejas del buzón.
6. Impartir talleres de mejoramiento de calidad a médicos y enfermeras por lo menos dos veces al año.

Todas estas recomendaciones se amplían en el plan de mejora adjunto en anexos.

**PLAN DE MEJORA DE CALIDAD DEL SERVICIO DE ATENCION EN
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BERTHA CALDERON**

Aspecto a mejorar	Muestra de Acciones para Mejorar
Tiempo de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un sistema de citas en grupo o individuales • Mejorar el calendario del doctor. • Proveer personal médico y salas de consulta adicionales (ginecología).
Servicio Personalizado (enfermería)	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer cursos de entrenamiento y capacitación trimestrales de la calidad en el servicio de atención personalizado al cliente para enfermeras y auxiliares. • Incentivar a las enfermeras a través de cuadros de honor en mural, como la mejor enfermera del mes, tomando en cuenta una lista de cualidades relacionadas al alto rendimiento y calidad del servicio.
Sala de consulta Externa- Instalaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar un mural informativo al usuario, con procedimientos de admisión y orientación básica en Consulta Externa. • Equipar el área con bebederos de agua públicos.
Administración	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar Comisiones de Calidad interna, conformada por directores y jefes de área que se encarguen de la elaboración de

	<p>un manual de normas de calidad en el área de Consulta Externa a nivel de enfermeras y doctores, con el fin de darle seguimiento al cumplimiento de las mismas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Elaborar turnos de planeación y evaluación de calidad por dirección, con el fin de retro alimentar las ideas en los grupos de calidad, lo que permitirá darle respuesta a las sugerencias y quejas del buzón.• Comprar computadoras para la clínica de clasificación de manera que se puedan digitar los datos a un sistema y se agilicen los trámites y la información tanto al personal de enfermería como a los médicos.• Entrenar al personal de enfermería al uso de computadoras con el fin de utilizarlas para el ingreso de datos de los usuarios de consulta externa.
--	--

XII-ANEXOS

Anexo A: Gráficos y tablas

- 1- Tabla de Indicadores Económicos de Salud.
- 2- Gráfico: Circulación de Pacientes en el hospital.
- 3- Gráfico: Puertas de entrada al hospital.
- 4- Gráfico: Circulaciones originadas en Consulta Externa.
- 5- Tabla de estándares de tiempo por especialidad médica.

Anexo B: Tablas de frecuencia de variables y cruces.

- 1- Estado Civil de las Usuaris de Consulta Externa del Hospital Bertha Calderón.
- 2- Edad de los usuarios de Consulta Externa.
- 3- Tipo de Clínica Visitada en Consulta Externa.
- 4- Información brindada al usuario sobre su consulta médica.
- 5- Tiempo en días para ser atendido.
- 6- Tiempo en horas para ser atendido.
- 7- Comodidad en la sala de espera de Consulta Externa.
- 8- Limpieza en la sala de espera de Consulta Externa.
- 9- Conocimiento del nombre del personal médico que atendió al usuario.
- 10- Conocimiento del nombre del personal de enfermería que atendió al usuario.
- 11- Explicación brindada por el médico al usuario sobre su enfermedad.
- 12- Explicación dada por el médico al paciente sobre el tratamiento de su enfermedad.
- 13- Estado del usuario después de haber sido diagnosticada su enfermedad por el médico.
- 14- Cruce de variable tiempo en horas - tipo de clínica.
- 15- Relación de variable servicio- cantidad de información- atención personalizada.

Anexo C: Instrumentos de Recolección de Información.

- 1- Encuesta a usuarios del área de Consulta Externa.
- 2- Guía de Observación.
- 3- Entrevista a Jefe de Enfermería.
- 4- Entrevista a Directora de Planificación Hospitalaria.
- 5- Diagrama de Flujo.
- 6- Diagrama de Espina de pescado.

Anexo D: Fotografías.

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1

Estado Civil de las Usuaris de Consulta Externa del Hospital Bertha Calderón

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	22	22%
Casada	47	47%
Viuda	3	3%
Acompañada	28	28%
Total	100	100%

Tabla No. 2

Edad de los usuarios de Consulta Externa.

Rangos de edades	Frecuencia	Porcentaje
15 –20	7	7%
21 – 30	23	23%
31 – 40	29	29%
41 – 50	26	26%
51 – 60	10	10%
61 - 80	5	5%
Total	100	100%

Tabla No. 3

Tipo de Clínica Visitada en Consulta Externa.

	Frecuencia	Porcentaje
Neonato	1	1%
Dolor psicológico	1	1%
Oncología subsecuente	4	4%
Oncología 1era vez	3	3%
Oncología de la mama	12	12%
Ginecología (1era y subsecuente)	28	28%
Ginecología Prog. Quirúrgica	17	17%
Clasificación	9	9%
Planificación familiar	2	2%
Medicina interna	2	2%
Ultrasonido obstétrico	8	8%
ARO subsecuente	6	6%
ARO por primera vez	5	5%
NS/NR	2	2%
Total	100	100%

Tabla No. 4

Información brindada al usuario sobre su consulta médica.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	3	3%
Poca	7	7%
Regular	8	8%
Suficiente	79	79%
NS/NR	3	3%
Total	100	100%

Tabla No. 5

Tiempo en días para ser atendido.

	Frecuencia	Porcentaje
1 d	73	73%
< 1 sem	4	4%
< 15 días	6	6%
< 1 m	6	6%
1 m o +	7	7%
NS/NR	4	4%
Total	100	100%

Tabla No. 6

Tiempo en horas para ser atendido.

	Frecuencia	Porcentaje
< 1 h	22	22%
<= 2 h	32	32%
<= 3 h	39	39%
<= 4 h	6	6%
<= 5 h	1	1%
Total	100	100%

Tabla No. 7

Comodidad en la sala de espera de Consulta Externa.

	Frecuencia	Porcentaje
No	3	3%
Poco	10	10%
Bastante	74	74%
Mucho	13	13%
Total	100	100%

Tabla No. 8

Limpieza en la sala de espera de Consulta Externa.

	Frecuencia	Porcentaje
Nula	2	2%
Poca	2	2%
Regular	15	15%
Suficiente	81	81%
Total	100	100%

Tabla No. 9

Conocimiento del nombre del personal médico que atendió al usuario.

	Frecuencia	Porcentaje
No	49	49%
Si	49	49%
NS/NR	2	2%
Total	100	100%

Tabla No. 10

Conocimiento del nombre del personal de enfermería que atendió al usuario.

	Frecuencia	Porcentaje
No	94	94%
Si	5	5%
NS/NR	1	1%
Total	100	100%

Tabla No. 11

Explicación brindada por el médico al usuario sobre su enfermedad.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	3	3%
Poca	10	10%
Regular	13	13%
Suficiente	69	69%
NS/NR	5	5%
Total	100	100%

Tabla No. 12

Explicación dada por el médico al paciente sobre el tratamiento de su enfermedad.

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	8	8%
Poco	2	2%
Regular	6	6%
Suficiente	50	50%
NS/NR	34	34%
Total	100	100%

Tabla No. 13

Estado del usuario despues de haber sido diagnosticada su enfermedad por el médico.

	Frecuencia	Porcentaje
Peor	3	3
Igual	23	23
Mejor	65	65
Curada	4	4
NS/NR	5	5
Total	100	100

Tabla No. 14

Cruce de variable tiempo en horas - tipo de clínica.

		Cuanto tiempo ha esperado para ser atendida el día de hoy?					TOTAL
		< 1 h	<= 2 h	<= 3 h	<= 4 h	<= 5 h	
¿ Sabe usted a que Clínica viene ?	Neonato		1				1
	Dolor psicológico	1					1
	Oncología subsecuente	1		3			4
	Oncología 1era vez			3			3
	Oncología de la mama	3	4	4	1		12
	Ginecología (1era y subsecuente)	7	11	9	1		28
	Ginecología Prog. Quirúrgica	2	7	5	3		17
	Clasificación	2	3	4			9
	Planificación familiar		1	1			2
	Medicina interna	1	1				2
	Ultrasonido obstétrico		1	6	1		8
	ARO subsecuente	3	2	1			6
	ARO por primera vez	1	1	2		1	5
	NS/NR	1		1			2
		TOTAL	22	32	39	6	1

Tabla No. 15

Relación de variable servicio- cantidad de información- atención personalizada.

		Conoció el nombre del personal de enfermería que le atendió en la clínica mientras fue atendida ?			TOTAL
		No	Si	NS/NR	
En el lugar donde le dieron la cita, cuanta información le brindaron sobre su consulta (hora de venir, hora de atención, que debía traer, donde acudiría al llegar al hospital, otros).	Ninguna	3			3
	Poca	6	1		7
	Regular	8			8
	Suficiente	75	4		79
	NS/NR	2		1	3
		94	5	1	100

ENCUESTA A USUARIOS

HOSPITAL DE LA MUJER BERTHA CALDERON

Encuesta de satisfacción del Paciente.

AREA DE CONSULTA EXTERNA

Estimada usuaria:

La presente encuesta ha sido elaborada por estudiantes de Administración de Empresa de la Universidad Americana con el objetivo de realizar un estudio de calidad en el área de Consulta Externa de este hospital.

Su opinión será vista con discrecionalidad y es de gran importancia para mejorar los servicios que se ofrecen en ésta unidad.

Agradecemos de antemano por el tiempo y sinceridad brindado al completar la presente encuesta .

I.- DATOS GENERALES

Estado Civil:

Soltera _____ Casada _____ Acompañada _____ Viuda _____ Otros _____

Edad:

10-20 _____ 21-30 _____ 31-40 _____ 41-50 _____ 51-60 _____ 61 ó más _____

II.- EVALUACION DEL SERVICIO

2.1 Sabe usted a que clínica viene?

GINE _____ ARO _____ ONCO _____ US _____ NEONATO _____ NS-NR _____

2.2 Al ingresar a esta unidad, cuanta información le brindaron sobre su consulta (hora de venir, hora de atención, , que debía traer, donde acudiría al llegar al hospital, otros).

Ninguna _____ Poca _____ Regular _____ Suficiente _____ NS/NR _____

III.- TIEMPO

3.1 El tiempo que ha esperado para ser atendida por primera vez, ha sido:

1d _____ <1sem _____ <15dias _____ <1m _____ 1m o + _____ NS/NR _____

3.2 El tiempo que ha esperado para ser atendida el día de hoy?

<1h _____ <=2h _____ <=3h _____ <=4h _____ <=5h _____

IV. AMBIENTE

4.1 Se ha sentido cómodo en la sala de espera?

No _____ Poco _____ Bastante _____ Mucho _____ NS/NR _____

4.2 Cómo considera usted que es la higiene en la clínica donde fue atendida?

Nula _____ Poca _____ Regular _____ Suficiente _____ NS/NR _____

V. SERVICIO

5.1 Al ser atendida en la clínica, usted podría decir que conoció el nombre del personal medico que le atendió ?

NO _____ SI _____ NS/NR _____

5.2 Conoció el nombre del personal de enfermería que le atendió en la clínica mientras fue atendida?

NO _____ SI _____ NS/NR _____

5.3 Considera usted que la explicación que le dio el médico sobre su padecimiento y/o resultado de exámenes fue:

Ninguna _____ Poca _____ Regular _____ Suficiente _____ NS/NR _____

5.4 En cuanto a la información al momento de examinarle o realizarle exámenes dolorosos o incómodos, usted considera que la explicación por parte del médico fue:

Ninguna _____ Poca _____ Regular _____ Suficiente _____ NS/NR _____

5.5 Si su consulta es subsecuente, como se siente acerca de su padecimiento?

Peor _____ Igual _____ Mejor _____ Curada _____ NS/NR _____

Muchas Gracias!!

**GUIA DE OBSERVACION
RECEPCION / SALA DE ESPERA
CONSULTA EXTERNA HOSPITAL BERTHA CALDERON**

1- Entrada Principal.

- a) Existencia de un portero
- b) Letreros indicativos con procedimientos
- c) Rótulaciones en las puertas
- d) Limpieza en la entrada principal
- e) Depósitos de basura
- f) Recepción
- g) Facilidades de acceso a incapacitados (silla de ruedas)

2- Sala de espera

- a) Suficientes sillas
- b) Limpieza en la sala
- c) Depósitos de basura.
- d) Letreros en las puertas de las clínicas
- e) Mural con indicaciones
- f) Caja
- g) Farmacia
- h) Ventilación (ventanas, jardines internos)
- i) Luminosidad
- j) Armonía de colores
- k) Existe buzón de sugerencias

3- Servicios sanitarios (Baños)

- a) Limpieza
- b) Papel higiénico
- c) Depósitos de basura
- d) Lavamanos
- e) Jabón
- f) Toallas descartables

4- Clínicas.

- a) Limpieza
- b) Utencilios y Equipos
- c) Decoración apropiada al tipo de clínica (afiches, posters, cuadros ilustrativos, etc)
- d) Médico con gabacha
- e) Utencilios esterilizadores en clínicas
- f) Depósitos de Basura
- g) Camilla
- h) Vestidores

Otras Observaciones:? _____

**GUIA DE ENTREVISTA PARA ENFERMERA DE CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL BERTHA CALDERON**

I- DATOS GENERALES.

Nombre: _____

Cargo: _____ Turno: _____

Tiempo de Labor en esta área del Hospital: _____

II- PREGUNTAS.

2.1 Cuantas enfermeras laboran en consulta externa?

2.2 Existe una enfermera por cada clínica?

2.3 Cuales son las funciones de una enfermera de consulta externa?

2.4Cuál es el horario de atención en CE?

2.5 Cual es el proceso de admisión a seguir para visitas primaria y subsecuente?

2.6 Cuanto cuesta la consulta?

2.7 Que tipo de exámenes de laboratorio son los mas comunes?

2.8 Cuaeles de estos exámenes son gratuiros y cuales no?

2.9 Enfermería proporciona todos los recursos necesarios para brindar servicios?
(ejemplo: en caso de inyecciones, proporcionan la jeringa?)

2.10 Se elaboran listas de espera en CE?

2.11 Existen códigos o parámetros para priorizar la consultas en las clínicas? En caso afirmativo ejemplificar.

**GUIA DE ENTREVISTA PARA FUNCIONARIA DEL HOSPITAL
DEL HOSPITAL BERTHA CALDERON**

I- DATOS GENERALES.

Nombre: _____

Cargo: _____ Horario: _____

Tiempo de Laborar en el Hospital: _____

II- PREGUNTAS.

2.1 Cuales son sus funciones?

2.2 Existen normativas de calidad en el área de CE?

2.3 Si existen, quien es la persona o instancia a cargo de supervisar el cumplimiento de las mismas?

2.4 Existe algún control en el horario de las enfermeras o médicos del área de CE?

2.5 Se proporcionan capacitaciones de calidad al personal de CE?

2.6 Si los hay , con que frecuencia se imparten? y en relación a que temática?

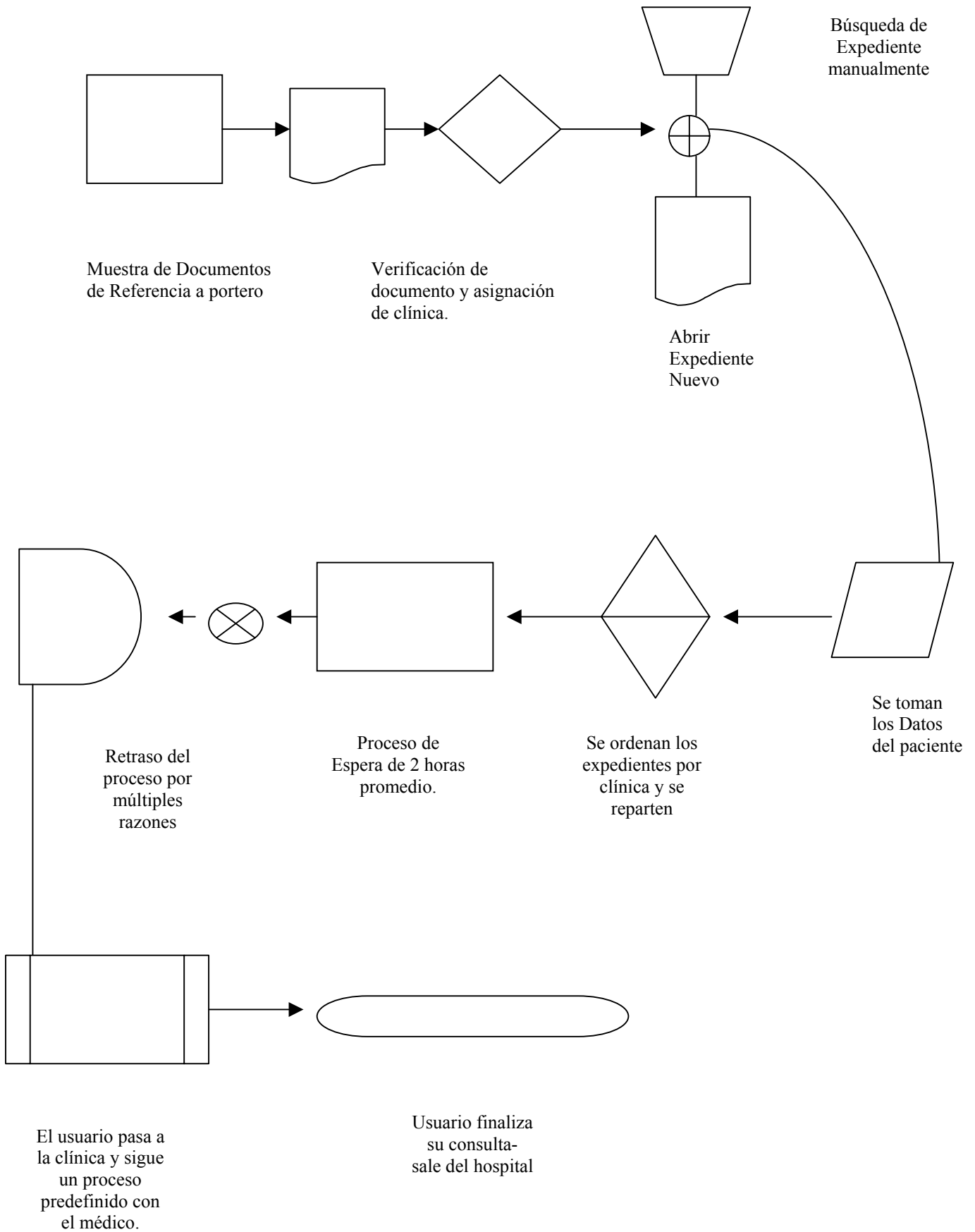
2.7 Existe algun plan de incentivo especial para los trabajadores de CE?

2.8 Existe alguna instancia que lleve los controles estadísticos de visita al área de CE?

2.9 Existen buzones de quejas y sugerencias?

2.10 Cual es el departamento o persona a cargo de su revisión, aplicación o seguimiento de las quejas o sugerencias?

FLUJOGRAMA DE ATENCION CONSULTA EXTERNA



XIII--BIBLIOGRAFÍA

- Juran, Gryna, JM, Frank, Análisis y Planeación de la Calidad, Mc-Hill, Tercera Edición, 1998.

- MINSa, Programas de calidad Total en los Servicios de Salud, MINSa, Junio 1995

- MIFIN/MINSa, OPS/OMS, Resultados Preliminares sobre el estado actual de los Hospitales en Managua, Marzo 1992.

- MINSa, Diagnóstico Integral Departamento de Emergencia Hospitales Agudos de Managua, SIEM, Agosto 1997

- MINSa, Análisis del Sector Salud, Primera Edición, MINSa/OPS, Marzo del 2000.

- Varo, Jaime, Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios, Edición Segunda, Dias de Santos, 1998.

- Varela, Jordi, Gestión de Hospitales, Edición Segunda, Vincens Vives, 1998.

- Entrevista, Directora de Planificación Hospitalaria, Dra. María Luisa Castellón, Hospital Bertha Calderón.