



**UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO  
VICE RECTORADO ACADEMICO  
DIRECCION GENERAL DE ESTUDIOS DE POST GRADO  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN  
SALUD**

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**

**ESTRATEGIAS PARA ASEGURAR EL SERVICIO AL USUARIO COMO  
PARTE DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL TIPO I  
“DR. ANTONIO JOSÉ UZCATEGUI”**

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello

Por:

**ORLANDO DE JESÚS MALAVER GONZÁLEZ**

Como requisito parcial para optar al grado de:

**ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN  
SALUD**

Realizado con la asesoría de:

**Prof. Ramón Jáuregui**

Mérida, Enero 2006

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN	v
CAPÍTULO I (EL PROBLEMA)	7
1.1 Planteamiento del problema	7
1.2 Formulación del Problema	9
1.3Objetivos de la Investigación	10
1.3.1 Objetivo General	10
1.3.2 Objetivos Específicos	10
1.4 Justificación	11
CAPÍTULO II (MARCO TEÓRICO)	12
2.1 Generalidades	12
2.2 Antecedentes	12
2.3 Calidad	18
2.4 Calidad de la Atención en Salud	19
2.5 Evaluación de la Calidad en Salud	21
2.6 Metodología de la Aplicación del Sistema de Indicadores de Calidad	25
2.6.1 Los Indicadores	25
2.6.2 El Sistema de Monitoreo mediante la utilización de Indicadores de Calidad	25
2.6.3 Definición del Nivel de Desempeño	26
2.6.4 Identificación de funciones claves	27
2.6.5 Guías, Estándares, Bases de Datos, Análisis y Seguimiento de la Información	28
2.6.6 Análisis y Evaluación de la Información	29
2.6.6.1 Variabilidad Natural y Control Estadístico	29
2.6.6.2 Análisis de la Ruta Causal	30
2.6.7 Análisis de Acciones de Mejora	31
2.6.7.1 Priorización del Problema	32
2.6.8 Implantacion de Acciones de Mejora	33
2.6.9 Reevaluación	33
2.7 Marco Organizacional	33
2.7.1 Reseña Histórica	33
2.7.2 Misión	34
2.7.3 Visión	35
2.8 Bases Legales	
CAPÍTULO III (MARCO METODOLÓGICO)	49
3.1 Tipo de Investigación	36
3.2 Diseño de la Investigación	37
3.3 Población y Muestra	39
3.3.1 Población	39

3.3.2 Muestra	39
3.4 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	41
3.4.1 Recolección de datos	41
3.4.2 Cuestionarios	44
3.4.3 La entrevista	45
3.4.3.1 Guión de la entrevista	45
3.4.4 Instrumento de Recolección de Datos	46
3.5 Validación del Instrumento	46
3.6 Etapas de la Investigación	47
CAPÍTULO IV (ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS)	49
4.1 Análisis de la Consulta Documental	49
4.2 Resultados de la Observación Directa	50
4.3 Resultados del Cuestionario	52
CAPÍTULO V (PROPUESTA DE LAS ESTRATEGIAS)	63
5.1 Objetivos estratégicos para Asegurar el Servicio al Usuario	63
5.2 Formulación de Estrategias	63
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
Conclusiones	68
Recomendaciones	69
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS	76

**UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO  
DIRECCION DE POST GRADO  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES**

**ESTRATEGIAS PARA ASEGURAR EL SERVICIO AL USUARIO COMO  
PARTE DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL TIPO I  
“DR. ANTONIO JOSÉ UZCATEGUI”**

**Autor: Orlando de Jesús Malaver González  
Enero 2006.**

**RESUMEN**

La búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud, para este milenio, ante los cambios implementados en el sector salud se hace urgente plantear transformaciones radicales en la manera como se prestan los servicios de salud, estas transformaciones deben ir enfocados a garantizar servicios de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios de las instituciones de salud y así garantizar su bienestar, es por eso que esta investigación tiene como objetivo determinar las estrategias para asegurar el servicio al usuario como parte de la gestión de la calidad del Hospital Tipo I “Dr. Antonio José Uzcategui” (HAJU), para ello se hizo necesario realizar una indagación documental y analítica a través de un diagnóstico del aseguramiento de la calidad en la atención al usuario en el HAJU”, El marco de referencia conceptual dentro del cual se inscribió el estudio está conformado por la teoría sobre la calidad, la calidad en las instituciones de salud y sus indicadores. En el proceso metodológico se hizo énfasis en el estudio de un modelo documental apoyado por un tipo de investigación analítica, que se sustentó en una indagación bibliográfico - documental, y de campo. Se conoció lo más preciso posible los objetivos estratégicos empleados, como se implementaron y cuales fueron sus debilidades, oportunidades fortalezas y amenazas. Para conocer los ítems señalados se utilizó la entrevista como instrumento de recolección de información el cual está conformado por 10 preguntas y el mismo se le aplicó a una unidad de estudio comprendida por 100 usuarios del HAJU. Entre los hallazgos obtenidos se encontró una falla de grave para asegurar la calidad en la atención de los usuarios del HAJU.

Descriptores: Calidad, servicios de Salud, indicadores de calidad.

## INTRODUCCION

La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico. Encontramos su origen en *Papiros egipcios*, en el *Código de Hammurabi* o en el tratado *La Ley* del propio Hipócrates. En todos los casos, buscar lo mejor para el paciente es la esencia del ejercicio, apareciendo el inseparable binomio Ética y Calidad. La eficacia presidió el trabajo de Nightingale, cuando consiguió disminuir las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados durante la guerra de Crimea en 1860. La efectividad de las intervenciones quirúrgicas era el interés fundamental de Codman a principios de siglo, siendo ambos los precursores más cercanos de la calidad asistencial como característica intrínseca de la práctica clínica.

Al comienzo de los años cincuenta la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, al exigir unos estándares a los hospitales, explicita qué centros tienen capacidad para hacerlo bien. En la actualidad la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) considera en su proceso de acreditación, además de la estructura, la gestión de los recursos humanos, la orientación al paciente y la mejora de los procesos. Detrás del Audit (revisión de la práctica clínica) no hay una finalidad punitiva, sino que impera la aspiración de aprender para prevenir el error. Los trabajos de análisis de los resultados que comienzan en los años setenta, alcanzan su zenit en la década de los ochenta, los cuales buscan asegurar un buen resultado en la atención hospitalaria. Estos estudios se dirigen principalmente al ejercicio médico y la mejora continua combinada desde la perspectiva ética, técnica y arte, pero carecen del aspecto humano en la atención al usuario y el trato que este recibe.

Es por ello que el propósito de la presente investigación consiste en Determinar las estrategias para asegurar el servicio al usuario como parte de la gestión de la calidad hospitalaria, para lo cual en este caso se usará un

hospital rural del Estado Mérida que atiende a un gran número de población de la zona, las experiencias aquí recolectadas podrán servir de base a un futuro trabajo para extrapolarlas al resto de los hospitales del estado y del País.

Cabe destacar, que la presente investigación se insertará en la modalidad de Trabajo de Campo apoyado en un estudio Documental cuyo nivel corresponde al Descriptivo y el diseño al No Experimental, correspondiendo el tipo de diseño al transeccional, ubicándose la misma en el área de las Ciencias Sociales.

Los capítulos que conformarán este estudio estarán distribuidos de la siguiente forma:

En el Capítulo I: Planteamiento del Problema, Interrogante de la investigación, los Objetivos (General y Específicos), y la Justificación.

En el Capítulo II: Se realiza un arqueo de los antecedentes de la Investigación, las Bases organizacionales que sustentan el HAJU y Aporte Teóricos de otros investigadores que guardan estrecha relación con el presente estudio.

En el Capítulo III: Se plantea el Marco Metodológico en el cual se presentan el Tipo de Investigación, el Diseño de la Investigación, El Modelo de la Investigación, la Población y Muestra, Las Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, El Prototipo de Instrumento y las Técnicas de Análisis

En el Capítulo IV. Se realiza el Análisis y la discusión de resultados de la consulta documental, la observación directa y se muestran los resultados de la encuesta.

En el Capítulo V se proponen las estrategias para el aseguramiento de la calidad de servicio en el HAJU.

Por último se presentan las Conclusiones, Recomendaciones la Bibliografía y los Anexos.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del Problema

Durante mucho tiempo se ha hablado de la calidad, todos quieren productos y servicios de calidad; asimismo, se habla de certificación y acreditación como una forma de garantía de calidad.

Aunque en estos momentos está de moda el concepto de calidad no es nuevo y ha sido una preocupación permanente desde la antigüedad, y probablemente la idea de calidad es tan antigua como el hombre mismo, desde la elaboración de los utensilios para la caza, de la vestimenta y otros hay evidencias de evolución y mejora de la calidad. Sin embargo, esto es más notorio con el auge del comercio de productos entre las civilizaciones.

El concepto de calidad desde sus inicios y hasta hace muy poco tiempo, ha estado relacionado al producto mismo y ha sido utilizado para describir atributos tales como la belleza, la bondad, el alto precio, y sobre todo, el lujo (Munro y Faure 1994).

Pero, ¿Qué es calidad?. Etimológicamente, la palabra calidad proviene del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección (Corripio, 1979). El Pequeño Larousse ilustrado 1987, define calidad como el conjunto de cualidades de una persona o cosa. En estas definiciones se concibe a la calidad como un atributo o características que distingue a las personas, a bienes y a servicios. Deming (1990) dice que: *"la calidad es el orgullo de la mano de obra"*, entendiendo mano de obra en el más amplio sentido y agrega que *"la calidad se define en términos de quien la valora"*. Crosby (1994), dice: *"La calidad debe definirse como ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia"* y Juran, (1994) define calidad como *"aquellas*

*características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias".* Como se puede apreciar definir calidad no es fácil. En la práctica, la calidad es como el arte; todos la alaban, todos la reconocen cuando la ven, pero cada uno tiene su propia definición de lo que es.

El organismo internacional de normalización ISO, en su norma 8402, ha definido a la calidad como la totalidad de características de una entidad que le confiere capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas. La norma precisa que entidad es una organización, llámese empresa o institución, producto o proceso y los elementos que conforman las necesidades son básicamente: seguridad, disponibilidad, mantenibilidad, confiabilidad, facilidad de uso, la economía (precio) y el ambiente.

La definición de calidad ha ido cambiando, de ser el producto el aspecto central, luego el control de los procesos de producción para finalmente llegar al concepto de calidad total. En el mundo actual sólo existe un punto central clave para las instituciones: el cliente, por lo tanto la calidad la definen los clientes y sólo las instituciones que se centran en los requisitos de sus clientes sobrevivirán en el futuro (Faure, 1994).

Desde el punto de vista de la gestión, la calidad total implica la calidad en todos los procesos, la calidad del producto y la satisfacción del cliente o usuario. En este contexto la calidad comprende a todas las funciones y actividades de la organización e involucra y compromete la participación de todas las personas de la organización, la calidad es idea y esfuerzo de todos (Brito, Clasen y De Otero; 1994), en otras palabras la calidad está en la filosofía de toda la organización.

Con la introducción del concepto de la existencia de clientes externos y clientes internos en la gestión de calidad total, se entiende que todos en algún momento somos proveedores o clientes. Bajo esta óptica, en las instituciones de salud, no sólo el paciente o usuario del hospital es cliente; el médico al brindar atención médica será proveedor, pero al utilizar los

exámenes auxiliares con fines de diagnóstico será cliente; asimismo será cliente de las áreas administrativas de la institución (Munro y Faure 1994).

En los últimos años se ha hecho énfasis en la acreditación de los hospitales o instituciones de salud, así como la certificación especialmente de laboratorios. Sin embargo, la acreditación por sí sola no asegura calidad, pero garantiza que las instituciones de salud cumplan con estándares mínimos, en estructura, procesos internos y resultados de la atención médica.

En la satisfacción del usuario intervienen fundamentalmente dos factores: la expectativa y la experiencia, la diferencia entre ambas da como resultado el grado de satisfacción o de insatisfacción del usuario. Pero, en ambos factores influyen los valores que tenga el cliente. En este sentido, es diferente el grado de satisfacción de un cliente que acude al hospital por primera vez que el de un paciente que acude al hospital en forma continua.

Indudablemente, el factor más importante en la satisfacción del paciente o usuario de una institución de salud, es la relación médico-paciente y personal-paciente.

En un estudio realizado por el autor de esta monografía sobre satisfacción del usuario en el Hospital Tipo I “Dr. Antonio José Uzcategui”, se encontró que la principal causa de insatisfacción era el trato inadecuado del personal no médico (falta de trato amable, falta de rapidez en la atención, información inadecuada, entre otros) y una pobre relación médico-paciente (falta de información de su dolencia, poco tiempo de consulta, trato inadecuado, etc).

## **1.2 Formulación del problema**

El cambio de actitudes del personal es un elemento fundamental para lograr el éxito de cualquier tipo de organización. Los principios de la teoría

moderna de administración recomiendan tomar en cuenta el “comportamiento de los individuos” para alcanzar logros institucionales más importantes.

Basándose en ello, la aplicación sistemática de estrategias motivacionales de todo tipo se convierte en un elemento crítico para el éxito, que debiera convertirse en una política imprescindible en toda organización moderna

De acuerdo a todo lo señalado la interrogante que se presenta es si es posible la gestión de calidad en los servicios de salud en el Hospital Tipo I “Dr. Antonio José Uzcategui” y del resto de la región.

### **1.3 Objetivo General**

Determinar las estrategias para asegurar el servicio al usuario como parte de la gestión de la calidad del Hospital Tipo I “Dr. Antonio José Uzcategui”

#### **1.3.1 Objetivos Específicos**

- Realizar un diagnóstico de la gestión de la calidad de los servicios del Hospital Tipo I “Dr. Antonio José Uzcategui”
- Identificar cuáles son las necesidades y expectativas que presentan los usuarios de los servicios del Hospital Tipo I “Dr. Antonio José Uzcategui”.
- Analizar los procesos internos del Hospital Tipo I “Dr. Antonio José Uzcategui” y si sus resultados cumplen con los estándares de aseguramiento de la calidad donde el usuario sea el eje central
- Proponer los lineamientos estratégicos que permitan alcanzar la calidad del servicio que presta el Hospital Tipo I “Dr. Antonio José Uzcategui”

#### **1.4 Justificación e Importancia**

En el presente trabajo se pretende determinar las estrategias que permitan mejorar la calidad en el servicio que se presta a los usuarios del Hospital Tipo I “Dr. Antonio José Uzcategui” y que permitan que los servicios ofrecidos por el sector salud tengan un alto nivel técnico y científico además de principios éticos de modo que puedan satisfacer las exigencias de la sociedad y que garanticen confiabilidad, seguridad y eficacia.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Generalidades

*“...puede ser definido como el compendio o serie de elementos conceptuales que sirven de base a la indagación a realizar”* (Arias, 1999, p. 37).

Una vez citado el planteamiento del problema y definidos los objetivos de la investigación, el general y los específicos, los cuales determinan los fines de la misma, es necesario señalar los aspectos filosóficos, doctrinarios, epistemológicos, legales y conceptuales que sustentan el trabajo. (Balestrini, 2002, p. 64).

Esta parte de la investigación se plantea en primer lugar: los antecedentes de la investigación, seguidamente se hace referencia a las bases conceptuales donde se explica todo lo referente a la calidad en los servicios e instituciones de salud.

#### 2.2 Antecedentes de la Investigación

*Se refiere a los estudios previos y tesis de grado relacionadas con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente y que guardan alguna investigación con el problema en estudio”* (Arias, 1999, p. 39).

A continuación se hace una relación de los Trabajos Especiales de Grados seleccionados para soportar algunos elementos teóricos y los principales hallazgos de los mismos.

**Tabla 1.**  
**Antecedentes de la Investigación**

Título – Autores – Institución – Fecha	Objetivo General	Aportes
<p><b>Planeación de la Calidad</b> Oscar Mauricio Mota Palacios México 2002</p>	<p>Analizar el mejoramiento de la calidad como proceso que permita alcanzar mejores niveles promedio de calidad.</p>	<p>La Planeación de la Calidad como herramienta y tecnología dan la oportunidad de ser competitivos en un mundo globalizado y extremadamente cambiante.</p>
<p><b>Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de Atención</b> Nelson Roberto Ardón Centeno Bogota 2003</p>	<p>Desarrollar un sistema de monitoreo de la calidad de la provisión de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud de I, II y III nivel, mediante un conjunto de indicadores factibles, sensibles, implantables y con capacidad de uso generalizado.</p>	<p>Se deben desarrollar los productos y procesos necesarios para satisfacer las necesidades de los clientes y comprende las siguientes actividades básicas: a)Identificar los clientes y sus necesidades, b)Desarrollar un producto que responda a sus necesidades, c)Desarrollar un proceso capaz de producir ese producto</p>
<p><b>Evaluación de Aspectos Generales de la Calidad de la Atención en Salud</b> Mariella Chávez Tuñón Perú, 2003.</p>	<p>Evaluar los aspectos generales de la calidad en la atención en salud</p>	<p>El mejoramiento de la calidad se encamina a cambiar el proceso para que nos permita alcanzar mejores niveles promedio de calidad, y para esto se deben de atacar las causas comunes más importantes.</p>

Fuente: Elaboración Propia, 2006.

Los trabajos anteriores permitieron conocer las distintas estrategias para la evaluación e implementación de sistemas de calidad en varias instituciones de salud de distintos países

### **2.3 Calidad.**

En un sentido etimológico el concepto de calidad proviene del latín **qualitís** que significa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, casta, nobleza, superioridad entre otras La calidad no es un concepto simple y su significado varía dependiendo de las condiciones históricas, culturales, etc.

## Según Juran

Hay muchas frases cortas entre las que elegir, pero la frase corta es una trampa. No se conoce ninguna definición breve que traiga como consecuencia un acuerdo real sobre lo que quiere decir calidad. Sin embargo, es vital el acuerdo real; no se puede planificar la calidad a menos que primero se convenga que quiere decir calidad.

Muchos conceptos diferentes han de ser incluidos de manera que la definición cubra todos los aspectos importantes de la calidad asistencial. La experiencia ha demostrado que no hay una simple medida de la calidad que abarque todos estos aspectos, diferentes apreciaciones pueden discrepar sobre la calidad de determinados procesos asistenciales, dependiendo desde el punto de vista del que se le mire, el interés del proveedor de los servicios (Institutos de salud, médicos), o del receptor (paciente), los desacuerdos pueden surgir al hacerse hincapié en diferentes valores o aspectos de la calidad. Frecuentemente, por lo tanto, un estudio concreto de garantía de calidad se debe centrar sobre un determinado aspecto para conseguir su mejora. Al revisar algunos de los principales abordajes que mejor se adapten a las necesidades específicas del entorno en el cual deba desarrollarse la actividad específica de calidad, lo más importante para tener en claro es que la definición del concepto de calidad que se adopte para el programa de calidad debe ser lo suficientemente concreta como para permitir que las evaluaciones que se hagan del desempeño puedan medir la calidad de éste en términos claramente cuantificables y que ofrezcan validez y reproducibilidad.

Desde el punto de vista del modelo industrial, la calidad tiende a definirse en función de la aceptación del producto por el cliente: Juran la define como “idoneidad o aptitud o para el uso” (Juran, J.M. 1990); en tanto que para Ishikawa es la “satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio”. (Ishikawa, K. 1985, p.45)

Desde el punto de vista de los diversos esfuerzos desarrollados en el campo asistencial, las definiciones han ido variando desde abordajes tan cualitativos como los expresados en los Criterios de Lee y Jones (1993) hasta definiciones como la del Institute of Medicine: calidad del cuidado de la salud es *“la medida en que los servicios de salud tanto los enfocados a los individuos como a las poblaciones mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional”*. (Suñol, R. 1998)

“Donabedian define la Calidad de la atención como "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención". (1984)

Para su análisis, Donabedian señala tres puntos de vista diferentes según los elementos que la integran (aspectos técnico-científicos, interpersonales y del entorno), los factores resultantes (grado de atención, costos y riesgos y beneficios) y quién la define. Desde una óptica exclusivamente científica, técnica o profesional, la calidad de la atención médica sería el grado en que se consiguiera restaurar la salud de un paciente teniendo en cuenta solamente la ciencia y la tecnología médicas. En este caso, la atención médica de calidad se definiría como el tratamiento que alcanzara el mejor equilibrio entre los beneficios y los riesgos.

Cuando, desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención médica, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y riesgos que comporte la asistencia. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario. Desde una óptica social, en la definición de la calidad de la asistencia médica se considerarían los mismos factores que al enunciarla desde la perspectiva individual. Pero habría que estimar nuevos criterios: el beneficio o la utilidad

netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad.” (Saturno, 1990)

*En el capítulo referente a desarrollo histórico internacional de R. Suñol Y J. Bañeres, se ha incluido la transcripción de tales criterios que en su momento constituyeron un importante hito en la conceptualización de la calidad Asimismo, a la luz del análisis de la teoría del Dr. Donabedian, se encuentra que la calidad de la atención trae consigo una interrelación entre dos componentes: la atención técnica y la relación interpersonal, de la cual se derivan componentes adicionales y subcomponentes, los cuales se terminan agrupando en tres diferentes aproximaciones para la evaluación: la estructura, el proceso y los resultados de dicha atención. Esta conclusión también podría tener diferentes aproximaciones desde el punto de vista de los entes reguladores del administrador, del prestador del servicio y por último del usuario. (Donabedian, A. 1990)*

Con base en las definiciones anteriores se deduce que la calidad implica dimensiones tales como la dimensión técnica. Al no tener un gran desarrollo en nuestro país, la dimensión técnica requiere de la mejor aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la tecnología, a nivel de los procedimientos y equipos disponibles en favor del paciente. Refiriéndose a la calidad técnica, Avedis Donabedian, reitera que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos. (Public Health Policy, 1998).

En la dimensión técnica adquiere gran relevancia el tema de la seguridad. Con ella se busca que al tratar un paciente se consiga el mayor beneficio y el menor riesgo posible, por lo que en las medidas de calidad se debe ponderar el grado en que se logró el equilibrio más favorable entre ellos

y se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.

En la tercera dimensión de la calidad, a nivel del servicio, es necesario considerar la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, siendo importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación de éste.

Hacer calidad es un imperativo ético de la vida. El reto para los profesionales de la salud es mantener una alta calidad en su desempeño, y el vehículo para ello es el establecimiento de procesos de control total de calidad como medida para evaluar y probar que se está entregando un cuidado óptimo, eficaz, efectivo, con la satisfacción absoluta del paciente. Otra razón a tener en cuenta es el mandato legal.

*...hacer calidad es un imperativo ético de la vida profesional sin lugar a dudas, en este sentido significa retomar el ideal del ser profesional para desarrollar esfuerzos en un proceso de alcanzarlo en la práctica profesional de la vida cotidiana; sin embargo, y a pesar de la altruista que esto pueda parecer, no es la única, tal vez ni siquiera la principal explicación de porqué están tan "a la moda" actual los programas de calidad, hay otra razón, que aunque no tan altruista, quizá tiene mayor peso práctico, sin que en ningún momento digamos que menos importancia que la anterior: hay una razón de necesidad económica: lo que la evolución de la humanidad de las últimas décadas ha evidenciado hasta la saciedad es que los diferentes métodos para el control de la calidad se han mostrado altamente ineficientes en el propósito de establecer barreras externas al prestador del servicio: hemos descubierto que finalmente es más rentable convencer al proveedor del servicio de que hay que hacerlo bien, y darle los medios y las técnicas para ello, que montarle 1000 inspectores policíacos a su alrededor; finalmente, y como consecuencia de lo anterior hay una tercera razón: el mandato legal para que se hagan esfuerzos en la mejora de la calidad de los servicios de salud; es importante tener en cuenta esto, puesto que las Leyes como tal simplemente son la expresión normativa de lo que una sociedad es, por lo tanto, son el punto final y no el comienzo de los desarrollos históricos, hay que tenerlo en cuenta, porque al*

*desarrollar programas de calidad en cumplimiento de la normatividad, nunca debemos perder de vista la racionalidad económica y de otro tipo que les ha dado origen. (Restrepo, F. R. Video “La Ruta de la Calidad”)*

A partir de esta conceptualización, un experto norteamericano, W. Edwards Deming (1992), describe la calidad como “un grado predecible de uniformidad y confiabilidad de un producto a bajo costo y acorde con el mercado.” Esto solo será posible si se establece un control estadístico de la calidad, si se logra el cambio en la cultura organizacional y se compromete a los trabajadores en los procesos de producción de la empresa. Una observación que acompaña esta definición establece que al determinar si un producto o servicio satisface su aplicación debe considerarse el efecto de tal producto o servicio a la sociedad.

De acuerdo con Rafael Ignacio Pérez Uribe (1992), la calidad es la satisfacción de las necesidades a diferentes niveles a partir de la producción de un bien o servicio para y por el hombre.

Para Gómez (1991) por ejemplo, la calidad puede definirse como “la satisfacción de un consumidor utilizando para ello adecuadamente los factores humanos, económicos, administrativos y técnicos de tal forma que se logre un desarrollo integral y armónico del hombre de la empresa y de la comunidad”

. Esto significa que la calidad no esta circunscrita exclusivamente al producto sino que se puede ampliar a aspectos tan variados como la calidad de vida, la calidad humana, calidad de la administración, calidad del sistema de la comercialización, calidad del servicio y calidad del cliente.

Finalmente en términos generales, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del cliente. (OPS. Programa de garantía y mejoramiento de la calidad en los servicios de salud en América Latina).

## **2.4 Calidad de la Atención en Salud.**

Teniendo en cuenta los anteriores puntos de vista, muchos expertos se han esforzado en establecer de manera clara y precisa la definición de la calidad en salud; sin embargo, quien más ha trabajado este concepto es el Dr. Avedis Donabedian, quien desde finales de los años 60's y hasta la fecha se ha convertido en la máxima autoridad mundial sobre la calidad de la atención médica. Él define la calidad en salud así:

“la calidad en salud es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes (1980)

Para una conceptualización más completa de calidad en salud se necesita considerar la relación entre el valor de la mejoría del estado de salud y los recursos necesarios para producir dicha mejoría. Donabedian al respecto especifica que:

la atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos, el primero, como la atención técnica que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud y el segundo como la relación interpersonal, que es la interacción social y económica entre el profesional de la salud y el paciente (1990)

En las definiciones anteriores se deduce que la calidad implica varias dimensiones, las cuales son la dimensión técnica, la seguridad, el servicio y el costo racional, donde la dimensión técnica es la más importante, ya que consiste en la mejor aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la tecnología a nivel de los procedimientos y equipos disponibles en favor del paciente. Refiriéndose a la calidad técnica, Avedis Donabedian reitera que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología

médica de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos. (Public Health Policy. 1998)

La calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y beneficios. El modelo entonces propuesto por Avedis Donabedian abarca tres aspectos de control de la calidad: estructura, proceso y resultados. (1985)

Otra de las dimensiones que se toman en cuenta para evaluar la calidad es la dimensión de la seguridad: se busca que al tratar un paciente se consiga mayor beneficio que riesgo para él mismo; por tanto, en las medidas de calidad respectivas se debe ponderar en que grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos y se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros. En la tercera dimensión de la calidad, a nivel del servicio, se considera importante la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, siendo muy importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación del servicio. La cuarta dimensión es el costo racional de la atención, entendiendo su relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello, ya que al mejorar la calidad puede implicar incrementar los costos, pero también, el hacer uso innecesario o inadecuado de servicios se generan aumentos que no aumentan la calidad. (SDS, Guía. 2000)

Por su parte Lee R. J., en forma de “ocho artículos de fe”, enuncia como atributos que serán bases científicas para la práctica médica la prevención, la colaboración de los consumidores, de proveedores, el tratamiento del individuo en su totalidad, la relación estrecha y continuidad entre paciente y médico y el acceso integral para toda la población como variables que influyen directamente en la calidad de la salud. (Ardón, N. y Jara, M.I. 1998)

En este sentido, entonces, la calidad en salud puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad. Sin embargo, es importante que la calidad de la atención que se brinda en salud sea regulada y evaluada constantemente bajo criterios estandarizados, para así garantizar un servicio sanitario óptimo.

## **2.5 Evaluación de la calidad en salud.**

En las instituciones que prestan servicios de salud se debe propender por que las acciones y programas de garantía de calidad se desarrollen en varios ámbitos del sistema de salud, desde el servicio clínico individual hasta la red nacional de establecimientos y servicios. Se hace entonces indispensable desarrollar mecanismos permanentes para medir y evaluar tanto cuantitativa como cualitativamente y desde el punto de vista de los financiadores, observadores, prestadores y usuarios del sistema. Para esto se deben establecer estándares que permitan comparar permanentemente el sistema y la percepción que de él tienen los usuarios, todo esto con el fin de establecer procesos de mejoramiento continuo que eleven la calidad dentro del sistema y hacia los usuarios del mismo.

Para poder evaluar la calidad de la atención se deben definir los criterios, indicadores y estándares, ya que estos deben adaptarse y formularse de acuerdo a la situación particular que se va a evaluar y los objetivos que se persiguen, porque el gran reto de los sistemas de salud para establecer una metodología de evaluación apropiada y adaptada a las necesidades y oportunidades de diversas áreas radica en establecer criterios unificados acerca de lo que consiste la atención en salud. (Ardón, N. y Jara, M.I. 1998)

Las metodologías documentadas en gran parte dirigen su enfoque ante todo al conocimiento de los aspectos que determinan la evaluación de la calidad y toman en cuenta tres elementos de aproximación fundamentales: la

estructura (atributos de los sitios en que se presta la atención), el proceso (incluye a todos los proveedores de la atención y sus habilidades para brindarla) y los resultados (los beneficios que obtiene el paciente). El método clínico, la revisión por pares y la auditoría médica (fundamentada en la revisión de la historia clínica) siguen siendo utilizados por algunos autores, a pesar de que reconocen que los registros médicos por sí solos no sirven de base para establecer criterios de evaluación de la atención que se brinde al paciente. (Ardón, N. y Jara, M. 1998)

Al realizar la evaluación de la calidad a nivel de la *estructura* se tiene como objeto el análisis sobre las características de las instalaciones, equipos, tecnología, recurso humano técnico y auxiliar, recursos financieros y sistema de información interna y externa. Las ventajas de esta evaluación residen en la posibilidad de alcanzar información objetiva, de gran validez y confiabilidad. Su mayor desventaja está en que no se puede deducir de la calidad de la estructura, la buena calidad de la atención. Al realizar la evaluación de la calidad a nivel del *Proceso* se reúne información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los profesionales de la institución, y sobre el grado de coordinación e integración entre las distintas dependencias encargadas del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y del soporte administrativo financiero, donde cobra gran importancia la existencia y aplicación de las guías o protocolos de manejo diagnóstico y terapéutico. Por tanto, para realizar una buena evaluación de procesos se debe tener mecanismos de seguimiento de la atención, tendientes a garantizar la calidad del servicio. Y por último, al realizar la evaluación de la calidad en los *Resultados*, se relaciona con la preocupación de si la prestación del servicio ha reportado beneficios para el usuario. El resultado se evalúa mediante indicadores que miden la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente, la presencia o ausencia de complicaciones, la muerte o invalidez en distinto grado. Se evalúa igualmente la satisfacción obtenida por el proveedor y el usuario de los servicios. Las ventajas de esta evaluación son la

efectividad del cuidado en salud, que los resultados en términos generales son más concretos y la cuantificación más exacta, y los estudios pueden ser más universales y comparables en razón de la validez y confiabilidad de sus resultados. Sin embargo, como desventajas se tiene que los resultados dependen más de la capacidad técnicocientífica del personal de salud que de la calidad integral de la atención; además, los resultados pueden ser no muy significantes en la valoración del proceso integral de la atención y finalmente los resultados de la satisfacción de usuarios y proveedores tienen un alto grado de subjetividad, resultando difícil su cuantificación. (Malagón, G. y otros. 1998)

En el ámbito internacional se observa un interés por evaluar el desempeño de los profesionales de la salud, especialmente los autores mexicanos que han sido los más preocupados no sólo por establecer y documentar por escrito metodologías con enfoques y elementos mejor definidos, sino también por establecer mecanismos y estrategias que consoliden el Sistema Nacional de Salud de su país y mejoren la calidad de la prestación de sus servicios. Pero Avedis Donabedian es el más descriptivo en su metodología, especialmente en lo referente a los criterios que deben tomarse en cuenta para la evaluación de la calidad. Los criterios enfocados hacia la estructura involucran los recursos con que cuentan los proveedores de la salud; los criterios del proceso incluyen el objeto primario de evaluación, ya que comprende las actividades que se llevarán a cabo por y entre profesionales y pacientes, y entre los criterios de resultado se incorpora el cambio del estado actual y futuro de la salud del paciente. (Ardón, N. y Jara, M.I. 1998)

La evaluación de la calidad y su implementación ha tenido una evolución en el tiempo. Inicialmente las actividades relacionadas con la Calidad de los servicios sanitarios se centraron, (década de los años 60's), en la evaluación de los servicios sanitarios. Las primeras experiencias

consistieron en la acreditación de los centros sanitarios e instituciones docentes, evaluando los aspectos estructurales en los que se desarrollaban estas actividades. En un momento posterior y en forma paralela al crecimiento del sistema de acreditación de centros sanitarios, se desarrolló la metodología necesaria para evaluar la práctica clínica, observando directamente el proceso mediante el empleo de criterios implícitos o bien aplicando métodos estructurados como el audit. Médico, en el que se utilizaron criterios explícitos que permitían, además de establecer estándares asistenciales, comparar la Calidad entre diversos centros. La evaluación del proceso asistencial cobró un fuerte impulso como consecuencia de que la acreditación, además del prestigio que suponía, fue una vía importante para acceder a fuentes de financiación pública que establecía, entre sus requisitos, la realización de auditorias médicas.

A partir de la década de los 70's la evaluación de la Calidad se complementa, haciendo un énfasis especial, con su mejora explícita. Comienza lo que se puede denominar "la etapa de la garantía o mejora de la Calidad". Durante esta fase, el incremento de los costes asistenciales justificó la implementación de programas externos en los que se evaluaba la adecuación de los ingresos y las estancias hospitalarias, así como la utilización de los recursos asistenciales. La necesidad de evaluar la eficiencia de la atención facilitó el desarrollo de métodos basados en la evaluación de los resultados de la asistencia. Dentro de estos resultados se incluyó, además de las modificaciones en el estado de salud, la satisfacción de los pacientes atendidos. Además, el interés por la contención de costos favoreció también las evaluaciones de tipo concurrente, ya que para que las actividades de mejora de la Calidad tuvieran impacto sobre los costos, éstas debían realizarse antes de que se concluyera el proceso asistencial. A partir de la década de los 80's, se van incorporando y adaptando los conceptos y métodos de la Gestión de Calidad de la industria. Las principales aportaciones han sido la estructuración de los programas de mejora de la

Calidad en un ciclo secuencial con tres actividades definidas: planificación, ejecución de la tarea y comprobación; la metodología del control estadístico de proceso y la incorporación de una cultura de la Calidad en la que tienen una gran relevancia el liderazgo de los gestores, la participación de los profesionales y las necesidades del usuario.

## **2.6 Metodología de Aplicación del Sistema de Indicadores de Calidad:**

### **2.6.1. Los Indicadores**

Los indicadores son medidas usadas en el tiempo, para determinar el desempeño de funciones o procesos, para evaluar la adherencia a un estándar o el logro de metas de calidad. Adicionalmente se definen como valores cuantificables que pueden usarse en la evaluación de elementos de estructura, de proceso y de resultado de la atención en salud y proporcionan una imagen del estado de la calidad en una organización. Pueden expresarse en tasas y porcentajes, por ejemplo de las infecciones intrahospitalarias, de mortalidad; como también basarse en el seguimiento de eventos centinelas o eventos adversos, tales como reacciones a medicamentos, caídas de pacientes y manejo de errores. Los indicadores deben cumplir con características como la validez, objetividad, poder ajustarse por riesgo o severidad y ser extraídos de bases de datos, no deben ser muchos y deben seleccionarse por consenso, sobre los procesos críticos identificados como críticos. (Rooney L. A., Vam Ostemberg, P.R. 1999)

### **2.6.2 El Sistema de Monitoreo mediante la utilización de Indicadores de Calidad**

El sistema de monitoreo mediante indicadores de calidad corresponde a un conjunto de herramientas de evaluación que permiten obtener información sobre los principales problemas a estudiar por las organizaciones de salud, dentro de los cuales están los indicadores entre sí, la utilización de un instrumento o cuestionario de evaluación del grado de desarrollo del sistema

de garantía de calidad en las instituciones, con el propósito de indagar sobre la capacidad de las instituciones para la implementación del sistema de monitoreo; el análisis de la variación en los procesos identificados para el seguimiento, el establecimiento de acciones de mejora de los procesos y resultados, en términos de efectividad, eficiencia y el cumplimiento de las normas mínimas de la calidad, así como los mecanismos implementados para la difusión de la información obtenida.

En la implementación de este sistema se requiere de algunos pasos previos orientados a determinar el alcance y nivel de aplicación del mismo. Estos pasos podrán identificarse como:

1. La definición del Nivel de Desempeño en que se encuentra la institución;
2. La identificación de las Funciones Claves;
3. El diseño de los indicadores;
4. El establecimiento de los estándares;
5. La utilización de Bases de Datos;
6. El Análisis y Seguimiento de la Información;
7. Las acciones de Mejoramiento y
8. La presentación y difusión de la información obtenida.

### **2.6.3. Definición del nivel de desempeño:**

Para la definición del nivel de desempeño, las instituciones deben autoevaluarse y determinar el grado de desarrollo de su Sistema de Calidad, identificar los procesos clave objeto de evaluación, los recursos disponibles, las metas a alcanzar de manera cuantificable, la capacidad para liderar el proceso de calidad en términos de compromiso con la filosofía de mejoramiento continuo, la identificación y desarrollo de las competencias y habilidades con que cuenta la institución. Para la implementación de un sistema de monitoreo por indicadores de resultados, éste debe tener en cuenta el tipo de resultados a ser medidos, la relación entre la medida de

resultado y el establecimiento de estándares, cómo serán colectados los datos, como serán agrupados, cómo serán utilizados los datos para los procesos de referenciación o identificación de mejores prácticas y acceso de los datos al público, entre otros. (Rooney L. A., Vam Ostemberg, P.R. 1999)

#### **2.6.4. Identificación de funciones claves**

Para la identificación de funciones claves es necesario tener en cuenta, aquellas que están directamente relacionadas con los efectos en el paciente y su familia, como son: los deberes y derechos, las necesidades iniciales y futuras, la asistencia personalizada, el impulso de comportamientos saludables y potenciación de la coordinación de la asistencia. Otras funciones claves a tener en cuenta corresponden a aquellas relacionadas con el Direccionamiento de la Organización, como son: el Liderazgo, la Gestión del Entorno, de los Recursos Humanos, de la Información, de la Vigilancia y Control de Infecciones, de aquellos procesos que involucren mayor posibilidad de riesgo para los usuarios, que presentan alto volumen y altos costos. En este punto es de importancia fundamental que la organización haya identificado los procesos claves, razón de ser de la misma.

Es necesario que las instituciones se centren en aquellas funciones verdaderamente importantes, que sean objeto de evaluación y seguimiento, cuya información sea utilizada para tomar decisiones y permita realizar ajustes y establecer acciones de mejoramiento. En este punto se recomienda tener en cuenta, en una primera etapa, los procesos mínimos establecidos en la reglamentación de habilitación como son el seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta, la mortalidad hospitalaria, las infecciones intrahospitalarias; complicaciones quirúrgicas inmediatas, anestésicas, terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales y aquellas complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana.

Posteriormente y a medida que la institución desarrolle y maneje su sistema de monitorización por indicadores podrá ajustarlos, de manera que su base se amplíe y su orientación hacia las funciones clínicas se fortalezca.

#### **2.6.5 Guías, estándares, base de datos, análisis y seguimiento de la información:**

Como se mencionó anteriormente los indicadores deben identificarse por consenso, con la participación de toda la organización, orientados a procesos y resultados, previa identificación de los procesos prioritarios, relacionados directamente con la Seguridad y Satisfacción de los clientes o usuarios. El Sistema de Monitorización debe ser liderado por la alta dirección de la institución, de manera que se garantice su implementación, funcionamiento, su confiabilidad y la utilización de sus resultados para la toma de decisiones. Para optimizar la utilización de los recursos del sistema y lograr un mayor impacto del mismo, es recomendable organizar una estructura en “cascada”, es decir que incluya la definición de niveles, el desarrollo de indicadores que atraviesen todos los niveles, así como indicadores propios de cada nivel y según las necesidades del servicio. Los indicadores deben ser más administrativos y globales en el nivel más alto y más específicos y clínicos en los niveles básicos.

Los estándares corresponden a documentos obtenidos por consenso para el cumplimiento de un objetivo, definición del desempeño, capacidad, método, procedimiento, responsabilidad, deber, autoridad, concepto, etc; con el objetivo de unificar y simplificar criterios, de manera que sean convenientes y benéficos para las personas involucradas. (Restrepo, F. R. Monitorización de Indicadores, mayo 2002, sin publicar). Estos se obtienen con la información obtenida periódicamente y después de consultar las necesidades y expectativas de los usuarios, mediante la utilización de herramientas como la Gerencia de Procesos. (Gerencia de Procesos, Vía Salud 2001)

## **2.6.6 Análisis y Evaluación de la información**

Para el análisis y evaluación de los resultados obtenidos durante el proceso de monitorización es necesario capacitar al personal en la filosofía del mejoramiento continuo, en la reglamentación de calidad en nuestro país, en la identificación de procesos prioritarios, la utilización de formatos de registro y obtención de la información, manejo de bases de datos para la consolidación, generación de los reportes, metodologías de consenso para la discusión de la información. Adicionalmente al procesamiento de la información, es de importancia fundamental tener claridad sobre conceptos de Variabilidad y Control Estadístico. En este sentido se presentan los siguientes conceptos:

### **2.6.6.1. Variabilidad natural y Control Estadístico**

El concepto de “variabilidad”, en el ámbito sanitario según J.C. Benneyan 1998 puede ser planteado así: “muchos procesos exhiben alguna variabilidad, cuyas causas pueden ser clasificadas en dos categorías: “natural” o “no natural”. La variación natural de un proceso es la variación sistémica inherente como parte regular del proceso. Algunos ejemplos de “causas comunes” de la variabilidad natural podrían incluir la duración del día, el censo del hospital y el “case-mix”, peso y condiciones físicas de los pacientes, otras diferencias entre pacientes y variaciones en los comportamientos y demografía. Dado que ellas son causadas por fuentes regulares dentro del proceso o su entorno, los datos que representan la variación natural, pueden ocurrir en frecuencias predecibles y relativamente comunes.

Por el contrario, los resultados u observaciones en el proceso que tienen muy pocas probabilidades de ocurrencia, usualmente representan desviaciones del proceso regular y sugieren que el proceso fundamental ha cambiado, para bien o para mal, debido a la variabilidad atípica, no natural que podría señalarse por la ruta de causas asignables en el manejo de la

intervención. Ejemplos de “causas especiales” de variabilidad no natural podrían incluir cambios en los procedimientos clínicos, falla en la habilidad, falla del equipo, nuevo staff y cambios en la demografía de la población, tasa de la enfermedad o la fisiología del paciente.

De otra parte, el término “control estadístico” se refiere a la estabilidad y predictibilidad de un proceso sobre el tiempo y el tipo de variabilidad que existe. Un proceso que es completamente estable en el tiempo exhibe solamente variabilidad natural, la cual es comportamiento aleatorio regular que permanece inalterado y al cual se refiere como estando en un estado de control estadístico. Inversamente, un proceso que cambia respecto a su norma exhibirá variación natural y será referido como estando fuera de control estadístico.

#### **2.6.6.2. Análisis de la Ruta Causal. (Root Cause Analysis).**

El análisis de la ruta causal es un proceso para identificar los factores básicos o causales que subyacen en la variación del desempeño, incluyendo la ocurrencia o posible ocurrencia de un evento centinela. Este análisis se enfoca primariamente a los sistemas y los procesos, al progreso de las causas especiales, las causas comunes, a través de la pregunta repetitiva porqué?, porqué y porqué?. Su meta es el rediseño para la reducción del riesgo, con la utilización de una serie de preguntas que pretenderán ir de lo general a lo específico y de lo superficial a las causas reales que originaron el problema.

Mediante una lluvia de ideas se puede identificar todas las causas posibles o potenciales, siguiendo las reglas tradicionales tales como “no hay idea mala” y no expresar comentarios de las ideas. Es necesario mantenerse enfocado en el proceso, no en la gente. Hacer preguntas de “porqué”, buscar las causas encubiertas hasta que su comprensión haya explorado exhaustivamente todas las posibles preguntas y causas. La importancia de esta etapa no debe ser subestimada. Ella proveerá la

sustancia inicial para su análisis sin la cual no se podrá proceder. Seguidamente ordene y analice su lista de causas, construya un diagrama de causa y efecto. Posteriormente se empezará determinando el proceso o sistema con cada causa, si es una causa especial o común en el sistema. Es posible encontrar que una misma causa sea especial en un proceso y una común en otro. El proceso de hacer un diagrama de flujo puede ser útil.

No se debe esperar hasta acabar el análisis causal para empezar a diseñar e implementar los cambios, éstos podrían ser no sólo apropiados, sino necesarios y podrían necesitarse para reducir un riesgo inmediato. Además, podrían ser parte de un ciclo de Planear-hacer-estudiar-actuar para probar el proceso de rediseño antes de implementarlo extensamente en la organización. Finalmente podrían existir causas adicionales encubiertas, que fueron previamente enmascaradas, pero que son críticas para su búsqueda de la ruta causal. Periódicamente debe evaluar el progreso para hacer ajustes.

Repita ciertas actividades como la lluvia de ideas, el diagrama de causa y efecto para mejor identificar partes de un proceso y definir el blanco de las mejoras, tantas veces como sea necesario. Además de hacer mejoras intermedias a lo largo del trabajo, no pare su análisis antes de identificar la ruta causal y tomar la acción correctiva. Enfoque los esfuerzos de mejora en el sistema global. Solo los sistemas globales pueden ser rediseñados para eliminar las causas comunes de variación. Rediseñe para eliminar la ruta causal. Esto puede involucrar cambios en el entrenamiento, las políticas, los procedimientos, las formas, el equipo, etc. (Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations: Root Cause Analysis)

### **2.6.7. Análisis de Acciones de Mejora**

Se deben buscar las estrategias y acciones que permitan corregir el problema determinado anteriormente y canalizar los que sean del manejo de otros grupos. En esta fase es muy importante tener en cuenta el grado de

cumplimiento de los criterios, puesto que así podrá determinar en cual de las causas es en la que irá a trabajar para generar mejora, así como el impacto esperado de las acciones que se desarrollen de manera que se alcance una relación costo efectividad que justifique tales acciones. Igualmente hay que tener cuidado de que las acciones que se determinen estén integradas y coordinadas con las que se desarrollarán para impactar los otros problemas que haya decidido enfrentar el programa de calidad. También en esta etapa se podrán utilizar técnicas sobre priorización de problemas.

#### **2.6.7.1 Priorización de Problemas.**

Con base en los problemas detectados, se debe proceder a agruparlos en orden descendente según la importancia. Los criterios con los cuales se haga tal priorización pueden ser establecidos por expertos, pero siempre utilizando alguna de las técnicas de consenso que eviten la inútil dispersión de los esfuerzos en elucubraciones interesantes desde el punto de vista teórico pero con poco efecto como orientadores de un plan de acción específico.

Por consenso y de acuerdo al análisis de los problemas según los criterios establecidos para la priorización de problemas, se analizan los problemas y da un orden de importancia, como se observa en el siguiente ejemplo:

1. Infecciones Postoperatorias
2. Mal Manejo De Desechos Cortopunzantes
3. Falta Colaboración De Los Pacientes En La Higiene
4. No Hay Dispensadores De Jabón De Pedal
5. No Hay Descripción Quirúrgica
6. No Hay Protocolo De Antibióticos
7. Cancelaciones Por Falta De Suministros En Ortopedia
8. Pacientes Sin Consulta Preanestésica
9. Relación Oferta Demanda

## 10. Falta Actualización Para Los Profesionales

### **2.6.8 Implantación de Acciones de Mejora**

La sistemática de la implantación estará estrechamente ligada a la planificación de diferentes estrategias para favorecer el cambio y tratar las resistencias que todo cambio provoca. Por lo tanto se deberá trabajar en buscar acciones para lograr el cambio y detectar las posibles resistencias, el motivo de las mismas y las acciones a tomar.

### **2.6.9. Reevaluación**

Una vez implantadas las acciones de mejora se evalúan el impacto frente a los criterios de evaluación definidos, se harán los correctivos o ajustes necesarios de acuerdo con los nuevos resultados y si se identifican nuevos problemas se repetirá nuevamente el ciclo. (Restrepo, F. R.. 2000)

## **2.7 Marco Organizacional**

### **2.7.1 Reseña Histórica.**

En el año 1990 por iniciativa de un grupo de personas del Municipio Caracciolo Parra y Olmedo y entes sociales que conforman en la actualidad la comunidad de Tucaní, con la finalidad de conformar un medio que preste atención en salud y que garantice la salud de su comunidad, con objetivos bien definidos y con características tales como; autonomía, sin fines de lucro y con recuperación de costo, nace la FUNDACIÓN HOSPITAL DR. ANTONIO JOSE UZCATEGUI, hoy conocida como HOSPITAL TIPO I “DR. ANTONIO JOSE UZCATEGUI”.

La Fundación no solo se dedicaría a la gerencia del Hospital, sino a todo el sistema de salud del municipio, idea que surge como lógica de un sentimiento nacional para lograr la descentralización activa y la participación de la colectividad en administrar sus propios recursos sin la participación de elementos perturbadores como los entes políticos y sindicatos.

A finales de 1991 se logra conformar el sistema de salud del municipio, integrado físicamente por el hospital de Tucaní y los ambulatorios Rurales; El Pinar, Monte Bello, Mesa Julia, Mata de Coco y la Esmeralda y finalmente programas organizados dirigidos a la prestación integral de los servicios de salud.

La inauguración de la planta física se hace el 12 de septiembre de 1992, con la apertura de los servicios de Emergencia, Laboratorio y Pediatría a los cuales parcialmente se fueron incorporando Obstetricia, Rayos X, lavandería, cocina y hospitalización.

En enero de 1997, la fundación es entregada para su gerencia a la Diócesis de El Vigía San Carlos del Zulia representada por Monseñor Domingo Roa Pérez, quien por motivos de salud la entrega a Monseñor William Delgado Silva y en el año 2001 pasa al Ejecutivo del Estado Mérida para ser manejada hasta el día de hoy por la Corporación de Salud del Estado Mérida con recursos del Ejecutivo Regional y Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

En la utilidad metodológica, la investigación llevó a revisar la misión y visión tanto de CorpoSalud como la del Hospital I “Dr. Antonio José Uzcátegui” y verificar si estas se encuentran alineadas con las estrategias de Gobierno Electrónico y Agendas de Salud que el Ejecutivo Nacional plantea desde el año 2000.

### **2.7.2 Misión**

Después de realizar un análisis histórico del perfil epidemiológico, el perfil del recurso humano del que se dispone, así como también realizando evaluaciones periódicas que permiten afinar los objetivos y hacerlos hasta cierto punto más ambiciosos, en beneficio de nuestro principal objetivo: el usuario, se ha desarrollado una Misión institucional que busca:

“Garantizar el derecho a la salud a través del diseño y la implantación del Sistema Integral de Salud, consolidando acciones de prevención de enfermedades, la atención de emergencia y un ambiente saludable, así como también atención de calidad en situaciones de contingencia tratando de mantener un trato humanitario y ético en toda situación, tanto curativa como preventiva, actuando bajo principios de universalidad, equidad, solidaridad, accesibilidad y calidad en los servicios asistenciales, así como también, buscar el mejoramiento integral de su personal y fomentar la participación comunitaria dando cumplimiento a los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social”.

### **2.7.3 Visión**

De igual manera se aspira debido al crecimiento acelerado desde el punto de vista económico y poblacional del municipio, tener una percepción clara del futuro de la organización, definiendo una posible visión como:

“Ser nuevamente Modelo de Gestión Hospitalaria y poseer un sistema de atención integral en salud, solidario y de calidad que satisfaga las necesidades y expectativas de los habitantes, tanto del municipio como de los municipios limítrofes, así como también ejercer efectivamente la función rectora en salud con el fin de contribuir a alcanzar una mejor calidad de vida para los habitantes de todo el DISTRITO SANITARIO TUCANI.”

## **2.8 Bases Legales**

Para la realización de la presente investigación, se tomó para la fundamentación legal entre otras, principalmente los siguientes documentos:

- ◆ **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**
- ◆ **Ley Orgánica de Salud**, G.O. N°36.579 del 11/11/1998
- ◆ **Ley sobre Normas Técnicas y Control de Calidad**, G.O. N°37.555 del 23/10/2002
- ◆ **Ley de Ejercicio de la Medicina**, G.O. N°3.002 extraordinario del 23/08/1982

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO.

A fin de justificar el marco metodológico que exige un estudio de esta magnitud, se procederá a exponer resumidamente en este capítulo, los elementos que permitieron dar respuestas a las variables que se generaron de los objetivos de la investigación.

#### 3.1 Tipo de Investigación.

De acuerdo a las características de la investigación objeto de este trabajo, la presente se insertará en un estudio *Bibliográfico Documental* cuyo nivel corresponde al tipo *Descriptivo* y apoyada por la modalidad de *Trabajo de Campo*.

Se consideró que la investigación será documental ya que estudia el problema con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en fuentes bibliográficas y documentales. La originalidad del estudio se refleja en el enfoque, criterios, conceptualizaciones, conclusiones, recomendaciones y en general, en el análisis de los estudios previos hechos a esta problemática.

En este sentido hay que destacar que el análisis de documentos y bibliografías especializadas permitieron sustanciar las bases teóricas que de manera certera sentaron las bases para desarrollar los aspectos cualitativos que la conforman desde su inicio de manera objetiva con lo que se buscará información para ampliar los conocimientos en el tema a ser investigado el cual será Analizar las Estrategias para asegurar el servicio al usuario como parte de la gestión de la calidad del hospital tipo i “Dr. Antonio José Uzcategui”

De igual manera con la modalidad de trabajo de campo, donde Arias (1999), expresa que la finalidad fundamental de estos "...consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna" (p. 49).

De esta forma el autor pretende entrelazar a lo planteado en documentos, llevándolo a lo existente en la realidad.

### **3.2 Diseño de la Investigación.**

Al contrastar a los autores que servirán de guía para esta investigación en el área metodológica se encuentra en común que el "diseño de la investigación" no es mas que el plan estratégico adoptada para abordar y tratar de dar respuesta al problema planteado, por lo tanto de acuerdo al trabajo que se tiene pensado realizar el diseño será "No Experimental" , transeccional y descriptivo por lo que no se plantean hipótesis y se proporcionará una interacción entre los objetivos y la realidad, de igual manera se considera que esto permitirá efectuar una revisión a fondo de los elementos presentes en la documentación legal que al respecto ha elaborado el gobierno nacional con la realidad, hecho que coadyuvará al aumento de los conocimientos del investigador y poder afrontar los resultados y el análisis de los mismos con mayor precisión y acierto.

Lo mencionado anteriormente está referido a un enfoque cuantitativo, ya que se pretende medir, con la mayor precisión posible, las variables que están siendo consideradas por el investigador para obtener los resultados más cercanos a lo que se pretende alcanzar con la investigación, que no es más que analizar las estrategias de mercadeo empleadas por Ford y Firestone en las crisis con los cauchos de las Explorer y que sirva de base para impulsar el estudios de las técnicas de mercadeo implementadas por las distintas empresas frente a situaciones o conflictos reales que se les presentan.

La investigación en ciencias sociales se ocupa de la descripción de las características que identifican los diferentes elementos y componentes, y su interrelación.

Este tipo de estudio identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes y descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación. De acuerdo con los objetivos planteados, el investigador señala el tipo de descripción que se propone realizar.

La importancia de la investigación descriptiva radica, entre otras cosas, en que ella, junto con la investigación exploratoria, constituye la base y el punto de partida para los tipos de investigación de mayor profundidad. En la medida que existan descripciones precisas de los eventos, será más sencillo avanzar a niveles mayores de complejidad.

Los estudios descriptivos acuden a técnicas específicas en la recolección de información, como la observación, las entrevistas y los cuestionarios. También pueden utilizarse informes y documentos elaborados por otros investigadores. La mayoría de las veces se utiliza el muestreo para la recolección de información, y la información obtenida es sometida a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadísticos.

Para Hernández. y otros, (2003): “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p. 117).

En esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se va a medir o sobre qué se habrán de recolectar los datos. Asimismo, es necesario especificar quiénes deben estar incluidos en la medición, o recolección o qué contexto, hecho, ambiente, comunidad o equivalente habrá de describirse. Por ejemplo, si se va a medir variables

en empresas es necesario indicar qué tipos de empresas (industriales, comerciales, de servicios o combinaciones de las tres clases). La descripción puede ser más o menos profunda, aunque en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito (si es cuantitativa), o en la recolección de datos sobre éste y su contexto (si es cualitativa), o en ambos aspectos (si es mixta o multimodal).

### **3.3 Población y Muestra.**

En virtud de que el tema de investigación tiene que ver con el análisis de la documentación para asegurar el servicio al usuario como parte de la gestión de la calidad del Hospital tipo I “Dr. Antonio José Uzcategui” y a fin de dar respuesta a los factores externos se consideraron las teorías estudiadas en el Marco Teórico y se determinó, que la población a ser considerada para la investigación comprenderá a 100 pacientes del Hospital “Dr. Antonio José Uzcategui.

#### **3.3.1 Población.**

De acuerdo a Hernández y otros (2003). La población es:

“el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones”. (p. 304)

Decidir si en el estudio se va a considerar la población o parte de ésta; en el segundo caso, selecciona una muestra para inferir a partir de ésta los datos (parámetros) de la población.

#### **3.3.2 Muestra.**

Según lo estipulado por Hernández y otros (2003)

“La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población, del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de dicha población” (p302)

Se utilizan una muestra cuando por razones de gran tamaño, limitaciones técnicas o económicas, no es posible tomar mediciones a todos los elementos de la población. El proceso del muestreo tiene como objetivo seleccionar algunos elementos de la población para calcular los estadísticos; y a partir de éstos, estimar con cierta probabilidad los datos poblacionales. Por tal razón, los elementos de la muestra deben cumplir los siguientes requisitos: ser representativa de la población, los elementos deben ser seleccionados aleatoriamente y ser probabilística.

### **3.3.2.1 Muestra Representativa.**

De una población de tamaño  $N$ , pueden seleccionarse muchas muestras de tamaño  $n$ , pero sólo serán representativas de la población aquella que estén constituidas por una diversidad de elementos que las conviertan en miniuniversos.

### **3.3.2.2 Muestra No Probabilísticas.**

Hernández y otros (2003) refiere que muestra no probabilística se define como:

“las muestras no probabilísticas, también llamadas muestras dirigidas, suponen un procedimientos de selección informal....en las muestras de este tipo, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores.” (p327).

### **3.3.2.3 Muestra Probabilística.**

Una muestra es probabilística cuando cada elemento de la población, tiene una probabilidad conocida de estar incluido en la muestra, (Ibíd.).

### **3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.**

#### **3.4.1 Recolección de Datos.**

La información es la materia prima por la cual puede llegarse a explorar, describir, explicar hechos o fenómenos que definen un problema de investigación.

A pesar de la importancia de este aspecto, en ocasiones no se le da el valor que tiene y se olvida su incidencia en la investigación. Para iniciar, se definirá qué se entiende por fuentes de información.

Toda investigación implica acudir a las fuentes secundarias, que suministran información básica, “instancias de donde surgen las ideas de investigación, como materiales escritos y audiovisuales, teorías, conversaciones, creencias etc”. Hernández y otros (2003) (p.31).

Es posible que el desarrollo de la investigación propuesta dependa de la información que el investigador debe recoger en forma directa. Cuando esto sucede, se habla de la fuente primaria e implica utilizar técnicas y procedimientos que suministren la información adecuada. Existen diferentes técnicas, algunas de ellas utilizadas con frecuencias en las ciencias económicas, administrativas y contables.(Ob.Cít).

“Al enunciarse el conjunto de técnicas e instrumentos de recolección de información, se deberá efectuar una descripción de cada una de ellas, en función del proceso de investigación propuesto.” Balestrini, M (2002) (p.147).

Respecto a esta etapa Hernández y otros, (2003) definen:

Una vez que se selecciona el diseño de investigación apropiado, de acuerdo con nuestro enfoque elegido (cuantitativo, cualitativo o mixto), la siguiente etapa consiste en recolectar los datos pertinentes sobre variables, sucesos, contextos, categorías comunidades u objetos involucrados en la investigación. (p.344)

Recolectar datos implica tres actividades estrechamente vinculadas:

- a.- Seleccionar un instrumento o método de recolección de datos entre los disponibles en el área de estudio en la cual se inserte nuestra investigación o desarrollar uno. Este instrumento debe ser válido y confiable, de lo contrario no podemos basarnos en los resultados.
- b.- Aplicar ese instrumento o método para recolectar datos. Es decir, obtener observaciones, registros o mediciones de variables, sucesos, contextos, categorías u objetos que son de interés para nuestro estudio
- c.- Preparar observaciones, registros y mediciones obtenidas para que se analicen correctamente.

Continúan Hernández y otros, (2003), estableciendo que:

...en el caso del enfoque cualitativo, por lo común los datos se recolectan en dos etapas: durante la inmersión inicial en el campo o contexto del estudio (aunque sea de manera incipiente) y en la recolección definitiva de los datos. Para recolectar datos disponemos de una gran variedad de instrumentos o técnicas, tanto cuantitativas como cualitativas, y en un mismo estudio podemos utilizar ambos tipos (p.344).

En un estudio cuantitativo casi siempre se utiliza un instrumento que mida las variables de interés (de corte cuantitativo), aunque también podría contener algún elemento cualitativo. En las modalidades del enfoque mixto, regularmente se aplica un instrumento que contenga elementos cuantitativos y cualitativos, o varios instrumentos tanto cuantitativos como cualitativos.

Bajo la perspectiva cuantitativa, recolectar datos es equivalente a “medir” y de acuerdo con la definición clásica del término medir significa asignar números a objetos y eventos de acuerdo con reglas. En este proceso, el instrumento de medición o de recolección de datos juega un papel central, sin él, no hay observaciones clasificadas.

Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que contribuyan al desarrollo de la investigación. En términos cuantitativos: captura verdaderamente la “realidad” que desea encontrar Hernández y otros, (2003) (p.345), Adicionalmente establecen: toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir dos requisitos esenciales: confiabilidad y validez.

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales. La validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

La observación se presenta como técnica de recolección de datos, las ciencias sociales la emplean con mucha frecuencia. Se puede afirmar que la observación científica conoce la realidad y permite definir previamente los datos más importantes que deben recogerse por tener relación directa con el problema de investigación. Supone un conocimiento profundo de un marco teórico que oriente al investigador.

La ventaja principal de esta técnica, en el campo de las ciencias del hombre, radica en que los hechos son percibidos directamente, sin ninguna clase de intermediación, colocándonos ante la situación estudiada, tal como ésta se da naturalmente.

La observación puede ser directa cuando el investigador pertenece al grupo, organización o realidad sobre la cual se investiga; indirecta cuando se hace presente con el único propósito de recoger la información del trabajo propuesto.

La recolección de la información se aplicará de acuerdo a lo que refiere Hernández y otros (2003) que dice, “...registrar datos observables que

representan verdaderamente los conceptos o variables que el investigador tiene en mente”. (p.345).

La recolección de los datos de información se efectuará a través de una guía de entrevista semi-estructurada, compuesta de preguntas abiertas y/o cerradas, las cuales permitirán obtener la información de las fuentes testimoniales, la cual será realizada previo conocimiento del nivel académico y de la información que podrían brindar los entrevistados.

En líneas generales la recolección de los datos se efectuará de la siguiente manera:

1. Revisión de la documentación disponible.
2. Entrevistas a expertos mediante la técnica del guión de entrevista.
3. Encuestas.

### **3.4.2 Cuestionarios.**

Supone su aplicación a una población bastante homogénea, con niveles similares o problemáticas semejantes. Se puede aplicar colectivamente, por correo o a través de llamadas telefónicas.

Tal vez es el instrumento más usado y consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. El contenido de las preguntas de un cuestionario es tan variado como los aspectos que mide. Básicamente se consideran dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas.

Las preguntas cerradas contienen categorías o alternativas de respuestas que han sido delimitadas. Para formular preguntas cerradas es necesario anticipar las posibles alternativas de respuesta. A diferencia, las preguntas abiertas son útiles cuando no se tiene información sobre las posibles respuestas o cuando la información es insuficiente.

### **3.4.3 La Entrevista.**

Las entrevistas o cuestionarios orales pueden adoptar varias formas, desde una sesión de preguntas y respuestas totalmente informal, hasta una interacción altamente estructurada y detallada. Aunque no hay que preocuparse por el formato físico de las preguntas de la entrevista (porque el entrevistado nunca las ve), sí hay que ocuparse de cuestiones como las transiciones entre secciones, ser sensibles al tipo de información que se está solicitando, ser objetivos y directos. Suelen ser muy útiles cuando se desea obtener información que de otra forma resultaría inaccesible, lo que incluye el conocimiento experto de primera mano de las personas calificadas. Los resultados de las entrevistas se combinan con otras técnicas de observación y de documentos importantes.

El propósito de las entrevistas es obtener respuestas sobre el tema, problema o tópico de interés en los términos, el lenguaje y la perspectiva del entrevistado (“en sus propias palabras”). “El “experto” es el entrevistado, por lo que el entrevistador debe escucharlo con atención y cuidado. Nos interesan el contenido y la narrativa de cada respuesta. Las entrevistas ofrecen gran flexibilidad porque las preguntas se pueden guiar en cualquier dirección (dentro del ámbito del proyecto). También se puede observar la conducta no verbal del entrevistado, aporta información valiosa.

#### **3.4.3.1 Guión de entrevista.**

Es importante al diseñar el guión de entrevista escoger las preguntas, que sean estructuradas o no estructuradas, que sean claras y directas, sin intenciones ocultas, dobles negativos, palabras rebuscadas o difíciles de entender. Una de las mejores formas de averiguar qué tan buena es una entrevista es someterla a “una prueba piloto”. Debe ser utilizada con personas que tengan las mismas características que el grupo al cual estará dirigido. Solicite retroalimentación y haga los cambios pertinentes.

### **3.4.4 Instrumento de Recolección de Datos**

Con la finalidad de recolectar los datos de campo, se aplicó un instrumento tipo lista de cotejo, comprobación o chequeo; la misma estuvo integrado por 10 preguntas con las cuales se pretendió alcanzar los objetivos específicos y tendrán el carácter de respuestas abiertas, cerradas o de selección múltiple. Antes de esta, según Kampbell (2001) consiste en una “Hoja de Triangulación” a tres columnas. En la primera se ubica cada paso del procedimiento administrativo que debe ser según lo legal y oficialmente establecido; en la segunda, se escribe el paso o la parte del procedimiento que en realidad se llevó a cabo. En la tercera el investigador identifica el desvío o la diferencia en el procedimiento, coloca algún comentario o juicio de valor o codifica la diferencia o el error cometido si acaso eso ocurre, con la finalidad de llevar un conteo y una estadística posterior.

Sabino (1980) indica que “se trata de requerir información de un grupo socialmente significativo de personas acerca del problema de estudio, para luego, mediante un análisis de tipo cuantitativo sacar las conclusiones que se corresponden con los datos recogidos” (p. 102).

Para recabar la información, el investigador diseñó, como instrumento de recolección de datos, un cuestionario estructurado de tipo lista de cotejo, con la finalidad de recibir orientación, recomendación e información general sobre el tema en estudio.

El cuestionario se les aplicó a 100 usuarios del Hospital I “Dr Antonio José Uzcategui” y mismo está conformado por ocho (10) preguntas o ítems de los cuales uno (1) es de selección múltiple y siete (9) son cerrados.

### **3.5 Validez del Instrumento.**

La validez del instrumento de acuerdo a lo señalado por Hernández, Fernández y Baptista (2003) “la validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir”. Para obtener

una opinión sobre la validez de las variables e instrumentos que están siendo considerados para esta investigación, se someterá a la consideración de expertos en las especialidades de Metodología de la Investigación.

### **3.6 Etapas de la Investigación:**

La investigación se fundamentará en las siguientes etapas:

#### Primera etapa:

Recopilación, revisión y análisis de la bibliografía disponible, tales como entrevistas ya realizadas, notas de prensa del caso y el análisis de la bibliografía relacionada con las estrategias de mercadeo.

#### Segunda etapa:

Aplicación de entrevistas y encuestas al personal de expertos y a la muestra seleccionada.

#### Tercera etapa:

Se realizará el análisis de la información obtenida y se procederá a elaborar el documento final de la investigación

El marco metodológico, está referido al momento que alude al conjunto de procedimientos lógicos, tecno-operacionales implícitos en todo proceso de investigación, con el objeto de ponerlos de manifiesto y sistematizarlos; a propósito de permitir descubrir y analizar los supuestos del estudio y de reconstruir los datos, a partir de los conceptos teóricos convencionalmente operacionalizados. No hay que olvidar, que las cuestiones metodológicas presentaran diferencias atendiendo a los niveles de significación de respectivo discurso teórico. Balestrini M., (2002) (p. 125).

El fin esencial del Marco Metodológico, es el de situar en el lenguaje de investigación, los métodos e instrumentos que se emplearán en la investigación planeada, desde la ubicación acerca del tipo de estudio y el

diseño de investigación; su universo o población; su muestra; los instrumentos y técnicas de recolección de datos; la medición; hasta la codificación; análisis y presentación de los datos. De esta manera, que se le proporciona al lector una información detallada acerca de cómo se realizó la investigación.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Como elemento fundamental para el diagnóstico realizado en el Hospital I “Dr. Antonio José Uzcategui” para asegurar el servicio al usuario como parte de la gestión de la calidad, en este capítulo se muestran los resultados de la investigación, es decir, se presenta la información, análisis e interpretación obtenida a través de las técnicas e instrumentos de la investigación empleadas en este trabajo:

#### **4.1 Análisis de la Consulta Documental**

Se aplicó la técnica de consulta documental, empleando las normativas para la lectura y resumen, en la selección y combinación de los diversos planteamientos encontrados, los cuales se analizaron mediante la técnica de análisis y contenido, dando como resultado el contexto del marco teórico referencial de la investigación. (Sabino, 1992)

Para su conformación, se consultaron diversos autores para constatar la opinión de cada uno de ellos en lo referente a: calidad, calidad de la atención en salud, evaluación y medición de la calidad en el área hospitalaria así como el Marco Organizacional que sustenta el hospital objeto de esta investigación.

De este análisis se desprende:

La calidad como la belleza o la bondad son conceptos primitivos, es decir, no pueden definirse a partir de otros. La calidad es también un término polisémico que supone acepciones diferentes, tanto en el tiempo como en función de quien lo utilice y además en modo alguno es absoluto, ya que implica el necesario juicio de valor individual y colectivo y, por tanto, es algo

relativo. La calidad asistencial estará presente en mayor o menor medida en la práctica médica.

La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. El estudio de la calidad en la asistencia sanitaria supone en la línea de la argumentación abordajes diversos dado que entraña, tradicionalmente, significados distintos para los pacientes, profesionales y gestores. La calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de la adecuada interacción entre ambos.

Los profesionales aportan habitualmente una perspectiva individual de la calidad a su práctica clínica, su pretensión legítima no es otra que hacer lo correcto de manera correcta. También los pacientes aportan una perspectiva individual, al plantear como atributos de la asistencia de calidad la adecuada comunicación interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica, a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios. Mientras, tanto la administración como las organizaciones sanitarias son más proclives a la perspectiva comunitaria, exigiendo en la prestación de los cuidados un adecuado rendimiento técnico, que sean satisfactorios para los pacientes y que su consecuencia sea la mejora del nivel de salud de la comunidad.

#### **4.2 Resultado de la Observación Directa:**

Esta técnica permitió recolectar la información de manera directa en el área estudiada. En el caso que es de interés en este trabajo, se aplicó la observación simple, la cual consiste en "... pasar de lo más desapercibido posible..." (Sabino, 1992 p.148).

Esta Observación incluyo visitas y recorridos a todas las áreas y servicios del Hospital I “Dr. Antonio José Uzcategui” para estar al tanto de de los procesos para asegurar el servicio al usuario como parte de la gestión de la calidad que presta este centro de salud.

De acuerdo con la observación realizada en las diferentes áreas de la dependencia objeto de esta investigación se produjo lo siguiente:

El Hospital Dr. Antonio José Uzcategui” (HAJU) que por su denominación de hospital tipo I cuenta con un total de 30 camas presupuestadas, Esta ubicado En el Municipio Caracciolo Parra y Olmedo donde habitan un total de 24.496 habitantes para el último censo de 1992, y los cuales están conformados por 02 parroquias Caracciolo Parra y Olmedo con 18.965 Habitantes y Florencio Ramírez con 5.531 habitantes, el HAJU no solo atiende ésta población, sino a una población superior a los 75 mil habitantes, debido al crecimiento poblacional y a que su área de influencia esta constituida no solo por los municipios antes mencionado sino también por los municipios Julio Cesar Salas, Justo Briceño y Tulio Febres Cordero. Convirtiéndose así en un hospital de referencia de 27 establecimientos de salud entre los cuales se encuentran Ambulatorios Rurales Tipos I y II y Ambulatorios Urbano Tipo I, por lo cual su capacidad arquitectónica se hace insuficiente.

El Hospital I Dr Antonio José Uzcategui” cuenta con una baja asignación de recursos presupuestados para un hospital de su tipo, con sólo 30 camas, tiene una deficiencia de 43 camas de acuerdo al área poblacional que atiende, superior para el propósito al cual fue diseñado, presta un servicio real de cuatro emergencias; Pediatría, Cirugía, Obstetricia y Medicina interna, lo cual hace que se tengan jornadas de trabajo maratónicas para el recurso humano disponible y aunado a situaciones de escasez criticas debido a los bajos recursos asignados hace que se tenga una insuficiencia capacidad

para gestionar la demanda y la calidad del servicio para los usuarios que logran ser atendidos.

Esta problemática, asociada a las diferentes patologías que maneja la institución, hace que la sociedad perciba en general una mala calidad de los servicios de salud durante la asistencia al hospital y consultas médicas, porque muchos de los problemas son producto de factores generadores al interior de cada una de las instituciones de salud; es decir, aquellos que no se ven, pero que dificultan el desarrollo de una gestión directiva eficaz.

Se observó también que existe una cultura de medición para informar y no para decidir, lo cual impide crear indicadores que permitan a los propios médicos autoevaluarse, además de ser mínimos los estímulos que perciben en caso de tener un alto desempeño, pues con frecuencia se incentivan conductas equívocas. Asimismo, se notaron que los procesos de acreditación y certificación de profesionales y establecimientos son inexistentes, y que en general existe un subdesarrollo de políticas y de recursos humanos.

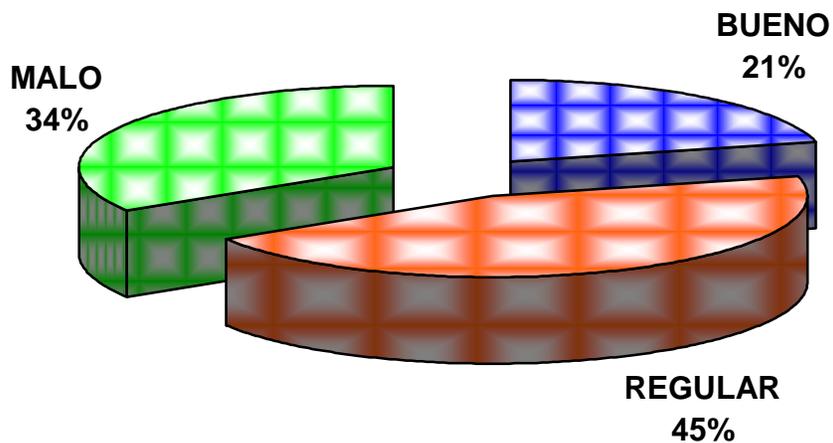
En resumen, la combinación de varios de los factores enunciados ha impedido el desarrollo de una inteligencia que facilite el aprendizaje en materia de calidad, con su consecuente sustentabilidad. En ese sentido, el mayor reto que se tiene es fomentar una cultura organizacional y de transformación en el sistema nacional de salud, proceso que requiere de acciones claras y coherentes.

### **Resultados del Cuestionario**

La Información recabada por medio del cuestionario tuvo como propósito alcanzar los objetivos específicos planteados, Seguidamente se muestran los resultados obtenidos en cada uno de los ítems del cuestionario aplicado:

1. ¿Cómo calificaría Ud. la relación que entabló con su médico?

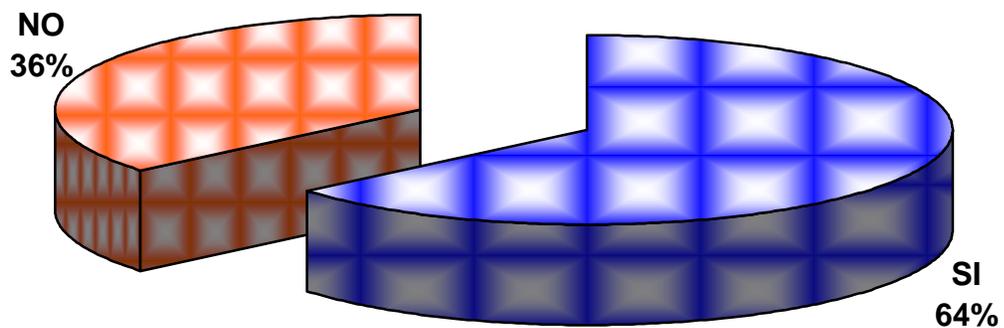
Opción	Valor relativo	Valor Absoluto
<b>BUENA</b>	50 %	50
<b>REGULAR</b>	30%	30
<b>MALA</b>	20 %	20
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>



De acuerdo a la opinión de la muestra consultada, el 21 % sugirió que la relación que entabló con su médico fue buena, el 45 % considera que fue regular, mientras que otro 34% indica que la relación que entabló con su médico fue mala.

2. ¿Las expectativas que tenía en cuanto a su atención, fueron satisfechas?

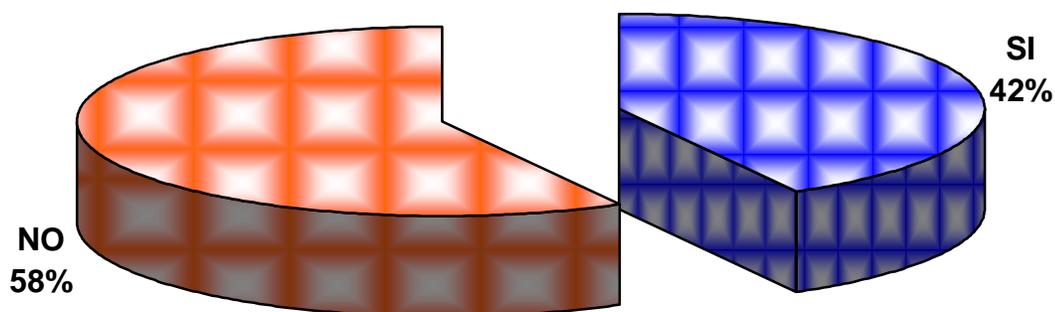
Opción	Valor relativo	Valor Absoluto
Si	64 %	64
No	36 %	36
Total	100 %	100



Se observa que el 64% de la muestra consultada expresó que las expectativas que tenía en cuanto a su atención, fueron satisfechas; y el 36% opinó lo contrario.

3. ¿La consulta recibida le permitió aprender algo más sobre su enfermedad?

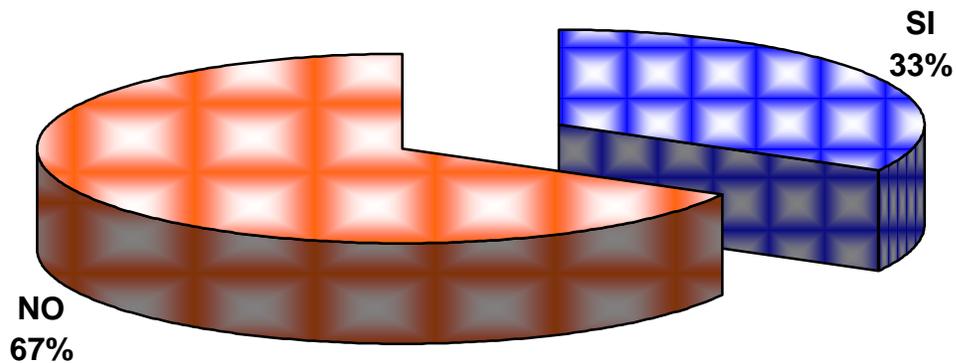
Opción	Valor relativo	Valor Absoluto
Si	42 %	42
No	58 %	58
Total	100 %	100



En opinión de la muestra consultada en un 42% coincidió en indicar que la consulta recibida le permitió aprender algo más sobre su enfermedad y el 58% opinó lo contrario.

**4. ¿Encontró adecuado el ambiente físico en donde fue atendido/a?**

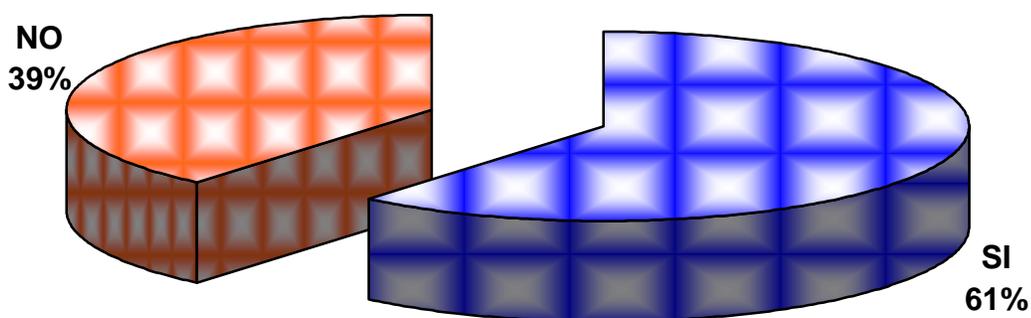
Opción	Valor relativo	Valor Absoluto
Si	33 %	33
No	67 %	67
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>



En opinión de la muestra consultada el 33% coincidió en decir que encontró adecuado el ambiente físico en donde fue atendido/a mientras que la mayoría restante en un 67% indico lo contrario

5. ¿Considera que la complejidad de su enfermedad, está de acuerdo con el nivel de atención del centro donde la atendieron?

Opción	Valor relativo	Valor Absoluto
Si	61 %	61
No	39 %	39
Total	100 %	100

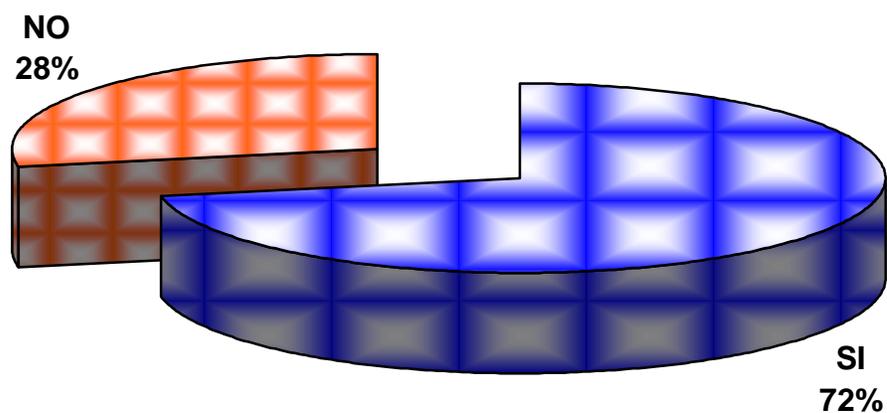


El 61% opinó que la complejidad de su enfermedad, está de acuerdo con el nivel de atención del centro donde la atendieron, mientras que 39% de los usuarios consultados indican no estar de acuerdo

La razón de esta respuesta es que muchos de los casos que llegan a las emergencias del HAJU requieren una atención más especializada y requiere de equipos no disponibles en el hospital por lo que son referidos a otros centros asistenciales con mayor capacidad de respuesta para sus problemas

**6. ¿Cree Ud. que el Personal Auxiliar fue eficiente en su atención?**

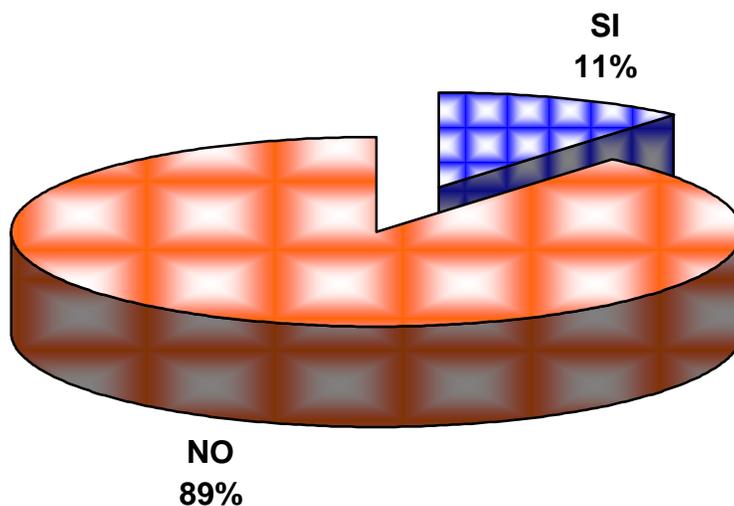
Opción	Valor relativo	Valor Absoluto
Si	72 %	72
No	28 %	28
Total	100 %	100



El 72% de la muestra consultada, afirmó Cree que el Personal Auxiliar fue eficiente en su atención; mientras que el 28% no está de acuerdo con la respuesta anterior.

### 7. ¿Se le proporcionó material educativo?

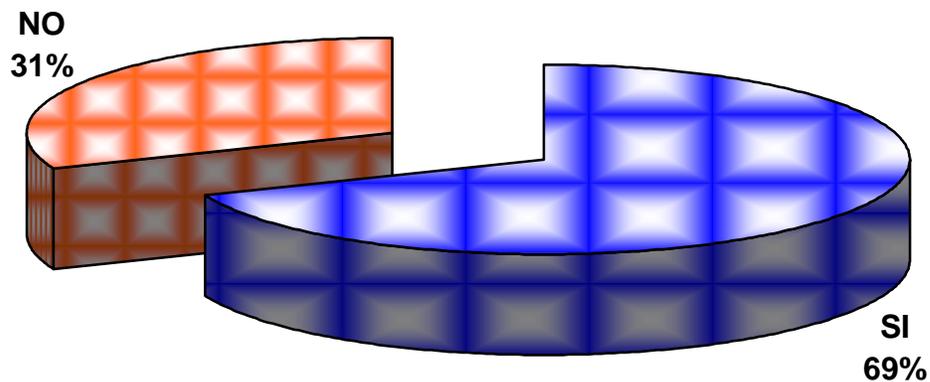
Opción	Valor relativo	Valor Absoluto
Si	11 %	11
No	89 %	89
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>



El 89% de la muestra consultada manifestó que no se les proporcionó material educativo mientras que el 11% no coincide con esta respuesta.

8. ¿Al terminar la consulta, salió motivado del consultorio para realizarse los exámenes auxiliares que le indicaron y para seguir las indicaciones que le dieron?

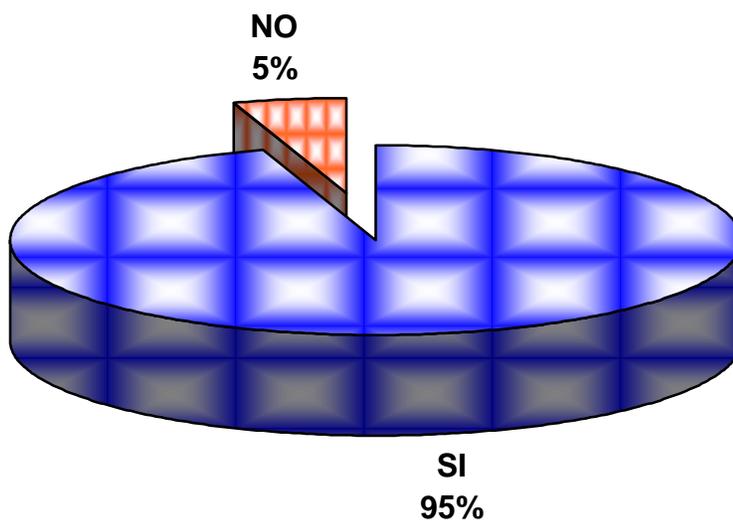
Opción	Valor relativo	Valor Absoluto
Si	69 %	69
No	31 %	31
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>100</b>



En opinión de la muestra consultada el 69 % de la muestra coincidió en opinar que al terminar la consulta, salió motivado del consultorio para realizarse los exámenes auxiliares que le indicaron y para seguir las indicaciones que le dieron mientras que el restante 31 opinó lo contrario

9. ¿Fue el médico lo suficientemente claro con Ud. para que le entendiera cómo tomar los remedios que le indicaron?

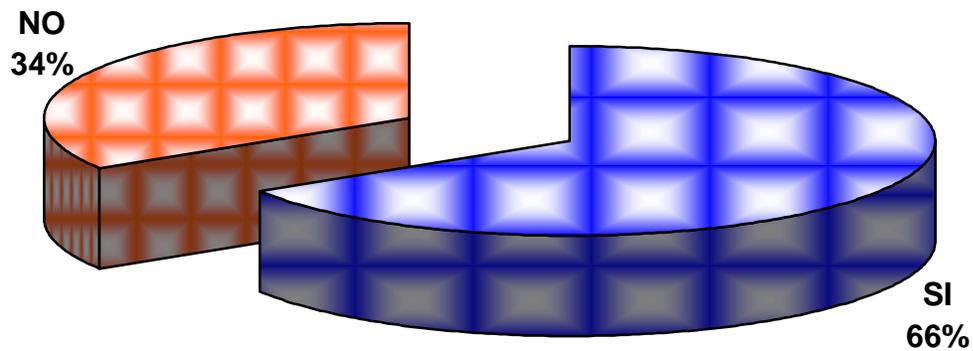
Opción	Valor relativo	Valor Absoluto
Si	95 %	95
No	5 %	5
Total	100 %	100



De acuerdo a la opinión de la muestra consultada, el 95 % sugirió que el médico fue lo suficientemente claro con para que le entendiera cómo tomar los remedios que le indicaron, mientras que el 5 % no entendió las indicaciones

10. ¿Si necesitara una nueva atención, regresaría donde el médico que le atendió o se lo recomendaría a algún amigo o familiar?

Opción	Valor relativo	Valor Absoluto
Si	66 %	66
No	34 %	34
Total	100 %	100



El 66% de la muestra consultada manifestó que si necesitara una nueva atención, regresaría donde el médico que le atendió o se lo recomendaría a algún amigo o familiar mientras que el 34% no coincide con esta respuesta.

## CAPÍTULO V

### PROPUESTAS DE LAS ESTRATEGIAS

El presente capítulo, tiene como finalidad proponer las estrategias necesarias para Asegurar el Servicio al Usuario como parte de la Gestión de la Calidad del Hospital Tipo I “Dr. Antonio José Uzcategui” derivadas de los hallazgos obtenidos de la consulta documental y del instrumento de recolección de datos. Esta fase de la investigación se corresponde con los objetivos que se plantearon al inicio de la investigación

#### **5.1 Objetivos Estratégicos para Asegurar el Servicio al Usuario como Parte de la Gestión de la Calidad del HAJU**

La calidad asistencial es definida por la comunidad científica, por el profesional, el paciente y la sociedad, y sus objetivos prioritarios son en el caso particular de la presente investigación los siguientes:

1. Preparar al personal del hospital para asegurar el servicio al usuario como parte de la gestión de la calidad.
2. Realizar las inversiones necesarias para adecuar la planta física del HAJU de modo que pueda ofrecer un trato digno y equitativo a sus usuarios.
3. Garantizar los recursos económicos que permitan darle a los usuarios un servicio más eficiente y de este modo mejorar la asistencia en sus instalaciones.

#### **5.2 Formulación de las premisas Estratégicas del Hospital I “Dr. Antonio José Uzcategui”**

Estrategias dirigidas a los usuarios del HAJU:

- ❖ Revisión y definición consensuada con la participación de la sociedad civil de los derechos de los pacientes y permitir su divulgación a todos los usuarios.

- ❖ Identificación de las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios que presta el HAJU.
- ❖ Establecimiento de guías para la orientación a los usuarios del HAJU
- ❖ Divulgación de los indicadores básicos de calidad
- ❖ Evaluación periódica de las expectativas y necesidades de los usuarios directos e indirectos a través de grupos locales, foros, encuestas, etc.

#### Estrategias dirigidas hacia los profesionales de la salud del HAJU

- ❖ Definición consensuada de un código de ética para los profesionales de la salud del HAJU.
- ❖ Establecimiento consensuado y actualización periódica de guías clínicas, con base en evidencias científicas para todos los profesionales del HAJU.
- ❖ Divulgación permanente de los derechos del paciente y del código de ética y constatación de su conocimiento por parte de los profesionales del HAJU.
- ❖ Extensión de la certificación y recertificación a todos los profesionales de la salud del HAJU y establecimiento de estas como requisito laboral.
- ❖ Establecimiento de programas de educación para el aseguramiento de la calidad para los profesionales del HAJU en los que se enfatizan valores, métodos y actitudes.
- ❖ Desarrollo de programas de actualización enfocados en competencias claves para el mejoramiento de la calidad en el HAJU.

## Estrategias dirigidas al HAJU

- ❖ Definición consensuada de un código de ética organizacional, divulgación del mismo y constatación de su conocimiento por parte del personal del HAJU.
- ❖ Establecimiento y promoción de proyectos de mejora continua de corto plazo con resultados fehacientes en cuanto a:
  - ◆ Disminución del tiempo de espera de los pacientes en consultas y emergencias
  - ◆ Aumento de la calidad de la información que proporcionan los médicos a sus pacientes.
  - ◆ Aumento en el surtimiento de medicamentos.
- ❖ Promoción y establecimiento de proyectos de mejoras continuas y de sistemas de retroalimentación que permitan asegurar la calidad del servicio en la institución.
- ❖ Establecimiento de unidades de apoyo a los procesos de calidad que se implementen en el HAJU.
- ❖ Formación de sistemas de información confiables de indicadores de calidad con base en un sistema estandarizado de clasificación de pacientes y establecimiento de un “Acuerdo de Resultados” accesible a las autoridades e interesados.
- ❖ Creación de un sistema de incentivos vinculados al desempeño y al logro de objetivos del personal y equipos de trabajo del HAJU.
- ❖ Establecimiento de un comité de calidad con representación plural y formación de sistemas de seguimiento de quejas y sugerencias.
- ❖ Organización del trabajo en torno a los procesos claves para el aseguramiento de calidad del servicio y la racionalización de recursos en el hospital.

- ❖ Evaluación periódica de la calidad de la atención al los usuarios del HAJU para garantizar la evolución mejoras implementadas.

#### Estrategias dirigidas al sistema de salud Regional y Nacional

- ❖ Implantación de procesos de mejora continua y establecimiento de un sistema de selección objetiva y racional de directivos de los centros de salud.
- ❖ Selección y divulgación de instituciones de salud modelo a manera de ejemplo de lo que es posible lograr
- ❖ Creación y divulgación de la visión y de los objetivos de los programas para el mejoramiento de la calidad en la atención en las instituciones sanitarias.
- ❖ Recopilación de evidencias de oportunidades de mejora y de logros obtenidos y divulgación entre el personal de salud.
- ❖ Involucramiento temprano de diferentes grupos interesados en los esfuerzos para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, como sindicatos asociaciones profesionales, academias y organizaciones sociales de modo de coadyuvar al mejoramiento del sistema de salud.
- ❖ Establecimiento de un sistema nacional único de información básica sobre calidad con base a sistema estandarizado para garantizar la uniformidad de las acciones implementadas.
- ❖ Establecimiento de comités Estatales y un comité nacional de calidad de los servicios de salud y aprovechamiento de las estructuras locales que puedan apoyar los programas de mejora de la calidad en los centros de salud.

- ❖ Revisión y actualización periódica de los resultados obtenidos de acuerdo con las políticas definidas para tal fin y establecer los mecanismos para la verificación de su cumplimiento.
- ❖ Revisión y expansión de los procesos de certificación para el aseguramiento de la calidad en los centros de salud.
- ❖ Establecimiento de requisitos cruzados de certificación entre instituciones formadoras de recursos humanos y las prestadoras de servicios de modo de conformar un sistema de acreditación básico y común a todas las organizaciones prestadoras de servicios de salud.
- ❖ Establecimiento de agendas desconcentradas del sistema nacional de salud para la evaluación y el control de la calidad de los servicios, tecnologías y medicamentos.
- ❖ Establecimiento de incentivos para directivos y definición de consecuencias por un desempeño deficiente.
- ❖ Vinculación del desempeño y la certificación al presupuesto de las organizaciones.
- ❖ Creación de estímulos a la innovación y a la calidad.
- ❖ Reclutamiento de líderes de calidad en cada unidad operativa.
- ❖ Utilización de tecnologías informáticas y telecomunicaciones de modo de impulsar, monitorear y racionalizar los recursos financieros físicos y materiales.
- ❖ Garantizar los recursos financieros en pro del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

En el presente capítulo se exponen las conclusiones obtenidas, producto del análisis de los datos obtenidos, en la investigación realizada. De igual forma y tomando como base estas conclusiones, se presentan también las recomendaciones consideradas.

### **5.1 Conclusiones**

A pesar de los múltiples esfuerzos por parte de la directiva del Hospital Tipo I “Dr. Antonio José Uzcategui” la gestión de la calidad de sus servicios se ha visto seriamente comprometida debido a numerosos factores externos entre los que se encuentran la insuficiencia de recursos en el presupuesto asignado, lo inadecuado del espacio físico que presentan sus instalaciones y la falta de los recursos humanos necesarios para atender a la gran cantidad de usuarios que allí asisten, además de la obsolescencia de los equipos necesarios para la administración de sus servicios de salud.

Los usuarios de los servicios del Hospital Tipo I “Dr. Antonio José Uzcategui” indicaron que sus principales necesidades y expectativas en cuanto a la calidad de la atención que les puede ofrecer el hospital están tener un trato digno, donde se les respete sus derechos humanos y las características individuales, que se les ofrezca una información completa, veraz, oportuna y entendida por ellos mismos o sus acompañantes, que se les trate con amabilidad, y por último no tener que esperar tanto para obtener una cita o para recibir una consulta

El objetivo principal de los procesos internos del HAJU es tratar de elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en toda su área de influencia y que sean claramente percibidos por la población que atiende sin embargo la precariedad de sus instalaciones, la falta de personal calificado y que cada vez más sus equipos se encuentran dañados y sin posibilidad de repararlos u obtener otros nuevos debido a la carencia de

recursos económicos, el asegurar la calidad en la atención de los usuarios se ha hecho muy cuesta arriba por no decir imposible de realizar.

Las estrategias propuestas sirven como punto de partida para asegurar el mejoramiento de la calidad en la atención al usuario de los servicios no solo del HAJU sino de cualquier otra institución de salud de la región o del país siempre y cuando cuente con el apoyo y colaboración de los entes regionales y nacionales de la administración de salud asignados a los distintos centros de salud los recursos financieros, de materias y humanos necesarios para desarrollar este tipo de programa.

La calidad en los Servicios de Salud supone simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes. Un derecho de los usuarios es que se les brinde la atención que se merecen. También un derecho de los trabajadores del Sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio. Por otra parte un deber del Estado es ser garante de la salud y de su recuperación para toda la ciudadanía. Además el deber de los usuarios es exigir y valorar la atención que se les brinda. Un deber de los Servicios de Salud es dar las respuestas que se les requieren. Un deber de los trabajadores es optimizar todo su accionar

Para poder hacer viable esto, es necesario que cada instancia de este proceso asuma el rol que le corresponde, teniendo en cuenta el involucramiento de todos los actores.

La gestión de la calidad es algo que compete a todos y es necesario que a partir de marcos conceptuales y normativos generales, cada organización construya su propio programa de garantía de calidad. Nadie va hacer por nosotros lo que corresponde que nosotros hagamos.

## **5.2 Recomendaciones**

A pesar de los múltiples problemas que puede presentar el HAJU y otros centros de salud que afecten su capacidad para asegurar la calidad en

la atención de sus usuarios se pueden aplicar una serie de directrices en cuanto al trato que los profesionales del hospital den a sus pacientes pudiendo de esta forma coadyuvar a mejorar la mala percepción que tienen estos acerca de su atención entre las cuales se pueden mencionar las siguientes:

- ◆ **Procure llamar a los pacientes por su nombre.** No a todos les gusta que lo llamen: “madrecita”, “Doñita”, “abuelito”, “pacientito”, etc.
- ◆ **Elabore el cuadro clínico de acuerdo a lo que su paciente le dice.** Escuche atentamente lo que sus pacientes le mencionan al crear para ellos un cuadro clínico. Hágales preguntas concisas y claras sobre sus afecciones, dirija un interrogatorio de forma tal que recabe la mayor información sobre los problemas de salud de sus pacientes; hay que tener presente que en el planteamiento del problema y en su correcta interpretación se encontrará el 50% de la solución del mismo.
- ◆ **Procure mirar a los ojos a los pacientes mientras ellos le hablan.** Es muy molesto hablarle de algo que no solo es importante sino vital (ante la vista del usuario), a un ente en ocasiones malencarado, de bata blanca que mueve incesante una pluma mientras se le platican los problemas y afecciones. Los servicios requieren una gran cantidad de papeleo y por tanto se tienen que llenar muchísimas formas, recetas médicas, archivo, etc. Se podría pensar que es imposible poder ver además a los ojos a los pacientes. Hágalo y verá que sus pacientes se lo agradecerán.
- ◆ **Hábleles siempre con la verdad.** No importa lo crudo que ésta sea. La mayoría de los usuarios se sentirían agradecidos si se les habla claramente de sus problemas. Es un hecho que se siente un alivio importante al saber que algo no es grave o que no necesita mayor

actuación médica de la normal, pero dar falsas esperanzas o hablar con mentiras no mitigará la enfermedad.

- ◆ **Explique claramente qué se les va a hacer.** Una vez que el paciente se enfrente cara a cara con alguna curación o con algún procedimiento, procure explicarle al enfermo qué es lo que se le va a hacer y si es posible qué es lo que va a sentir; cuándo es posible que vaya a experimentar algún dolor, etc. y una vez que termina dicho trabajo, expóngale las posibles reacciones naturales que el cuerpo vaya a experimentar tales como: hinchazón, comezón, dolor agudo, dolor leve, adormecimiento, etc.
- ◆ **Cree un ambiente de armonía y tranquilidad.** Para muchos usuarios es atemorizante la simple idea de tener que visitar un doctor por muchas razones de tipo psicológicas. Rompa con los paradigmas y en lugar de infundirles temor a sus pacientes, prepáralos un ambiente de tranquilidad y la certeza de asegurarles su salud. Hay que sensibilizarse desde el lado humano. Sería recomendable que cada uno de los médicos y miembros de un equipo de salud, se hiciera revisar por un colega ajeno a ellos para recordar qué es lo que se siente en una visita de este tipo.
- ◆ **Ponga especial atención a las quejas.** No se está hablando de las quejas provocadas por dolencias físicas, si no a las quejas de un mal servicio. Recuerde que éstas son el grito callado que clama por atención.
- ◆ **Déle seguimiento a cada caso.** El expediente médico es una fuente de posibles soluciones a problemas de los pacientes. Haga nacer un sistema de seguimiento de enfermedades en la cual se les contacte a los pacientes para preguntarles asuntos tales como la calidad de la atención médica recibida, si su salud se vio mejorada, si hay algo más en los que se les pueda servir, etc.

Para ello se debe pensar también en los prestadores de los servicios dándoles oportunidades de avance profesional y mejorando su calidad de vida hoy tan deteriorado, permitiendo de esta forma sentirse bien gratificados por el buen servicio ofrecido.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Affelt, J. y Shanahan, F.(1987) *La Acreditación Voluntaria en los Estados Unidos: una perspectiva de control de calidad. Control de Calidad Asistencial.* 2, 2, 41 –45.
- Angaran D. (1991), Selecting, developing and evaluating indicators. *AJHP*, 48: 1931-1937.
- ANSI/ASQC. (1998), Generic for Auditing of Quality Systems (directrices generales para la auditoria de los sistemas de calidad).
- Antoñanzas A, Magallón R. (1997), Medición de la calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores. En Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P. *Calidad asistencial en atención primaria.* Du Pont Pharma. Madrid,.
- Aranaz J. (1994) La calidad asistencial: una necesidad en la práctica clínica. En Matías-Guiu J, Lainez JM. *Gestión sanitaria y asistencia neurológica.* J R Prous Editores. Barcelona.
- Aranaz, J. y Buil, J. (1995) Gestión Sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clín (Barc)*;106: 182-184.
- Ardon, N. y Jara, M. (1998) Interpretación de la conceptualización de la calidad y calidad en salud y de las metodologías existentes a nivel internacional para evaluar la calidad en los Servicios de salud. Análisis Preliminar. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Benneyan, J. (1998) Use and Intrepretattion of Statistical Quality Control Charts. *International Journal for Quality in Health Care.* Vol 10, Nº 1. February.
- Brook R, Chassin M, Fink A, Solomon D, Kosecoff J, Park R. (1986) A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *International Journal of Technology assessment in Health Care*; 2: 53-63.
- Canadian Council on Health Services Accreditation. *Quality Improvement and the Client-centred Accreditation Program.* 1995.
- Comité permanente de los hospitales de la Unión Europea. *La calidad de la atención hospitalaria. Seminario europeo del programa HOPE.* Limerick (Irlanda). Junio de 1997.
- Donabedian A. (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quaterly*,; 44: 166-206.
- Donabedian, A. (1985) *Explorations in quality assessment and monitoring*
- Donabedian, A. (1984) *La calidad de la Atención Médica.* La Prensa Médica Mexicana. México.

- Donabedian, A. (1990) La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. .Salud Pública, España. Páginas 3-6, 78
- Donabedian, A. (1990) Specialization in Clinical Performance Monitoring. What it is and How to achieve it. America College of Utilization Review Physicians, 5:4, 114 –120,
- Gilmore, C. Novaes, H. (1996) Manual de Gerencia de la Calidad “. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellog,
- Giraldo, P. (1997), Modulo Epidemiología. Postgrado Gerencia Hospitalaria. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Páginas 1-5
- Gomez. E. (1991) El Control Total de la Calidad como una estrategia de Comercialización. Editorial Legis. Bogotá. Página 92
- Granados, R. (1997) Seminarios de Sistemas de Información General y Sistemas de Indicadores de Gestión. Universidad del Rosario. Bogotá. Páginas 22-26
- Guerra L, Del Río A. (1995), Guías de práctica clínica: ¿merece la pena su desarrollo? *Med Clin (Barc)*, 105: 257-260.
- Ishikawa K. (1985), What is Total Quality Control ? The Japanese Way. Englewood Cliffs, Prentice Hall,
- JCAHO. (1991), Características de los indicadores clínicos. *Control de Calidad Asistencial*, 6: 65-74.
- JCAHO. (1997) *Estándares de acreditación de hospitales*. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona.
- Joint Comisión, (1996), Estándares de Acreditación de Hospitales.
- Journal of Public Health Policy. (1998), The quality of care in the era of manager care. U.S.A.
- Juran, J. Grima, F. Birgham, J. (1990) Manual de Control de Calidad. Ediciones Reventé. Barcelona,
- Lázaro P. (1994) Evaluación de tecnología médica. *Papeles de Gestión Sanitaria*. Monografía nº II -94, M/C/Q Ediciones. Valencia,.
- Lee, R. J. (1993), The fundamentals of good medical care. Chicago, Ill: University of Chicago Press, USA,.
- Lehtinen U, Lehtinen J. (1982), Service Quality: A study of quality dimensions. Informe de Investigación. Helsinki, Finlandia: Service Management Institute,
- Malagon, G y otros. (1998), Auditoría en Salud. Una Gestión Eficiente. Editorial Medica Panamericana. Bogotá, Colombia.

- Malagon, G. y Otros. (1996) Administración hospitalaria. Editorial medica Panamericana. Bogotá. Colombia. Página 9
- Mariño, H. (1992), Gerencia de la Calidad Total. Tercer Mundo Editores. Colombia..
- Marión J, Peiró S, Marquez S, Meneu de Guillerna R, (1998),.Variaciones en la práctica clínica, causas e implicaciones. *Med Clin (barc)*, 110: 382-390.
- Marqués J, Peiró S, Medrano J, Pérez M, Aranaz J, Ordiñana R. (1998), Variabilidad en las tasas de intervenciones de cirugía general por áreas de salud. *Cir Esp*, 63: 445-453.
- Mira J. (1998), La gestión de la calidad orientada hacia el cliente. Curso UIMP. Alicante, (en prensa).
- Mira, J, Aranaz J, Lorenzo S, Herrero J, Buil J, Vitaller J.(1997), *¡Mira atrás para seguir adelante!*. XV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Reus,.
- Mira, J. Buil, J. Rodriguez, J. y Aranaz, J. (1997), ¿Es posible mejorar la coordinación entre niveles asistenciales?. *Med Clín (Barc)*, 109: 439.
- Mira, J. Buil, J. Rodriguez, J. y Aranaz, J. (1997). Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 11: 176-189.
- Mira, J. Lorenzo, S.; Rodrigue, J.; Aranaz, J. y Sitges, E. (1.998), La gestión de la mejora continúa de la calidad: aplicaciones al sector sanitario. *Calidad Asistencial*, 13: (en prensa).
- Mira, J. Vitaller, J., Buil, J.; Aranaz, J.; Rodriguez, J.; Gosalbez, C., Herrero, J. y Martinez, J. (1996), Calidad corporativa hospitalaria. ¿Qué transmite la prensa escrita?. *Todo Hospital*, 131: 25-32.
- Nazdam D. (1991), Development of medication-use indicators by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *AJHP*, 48: 1925-1930.
- Nightingale F. (1860.), *Notes on nursing: what it is and what is not*. New York,
- Oteo L, Hernández J. (1998), Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica. En Llano del J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Masson. Barcelona,
- Otero M. Otero I. (2,002), Gerencia en odontología. Tomo 2 Etica y Marketing“ Lima, Perú.
- Peiró S. (1997), Comparación de resultados en atención de salud. En Pablo Lázaro e Ignacio Martín. *Evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria*. Curso UIMP. Santander,.

- Rooney, I. Vam Ostemberg, P (1999), Licensure, Accreditation and Certification: Approaches to Health Services Quality. Quality Assurance Methodology Refinement Series. USAID. pp 28 – 32
- Rubio C. (1995), Glosario de Economía de la Salud. Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. España,
- Ruiz, L (1998), Indicadores en Salud. Ponencia llevada a cabo en la Superintendencia Nacional de Salud. Colombia. Página 24
- Salgado. F. (2002), La Reforma de la Seguridad Social. En: Revista Salud Colombia No 68 Julio. Colombia. Página 15
- Sanazaro P. (1987), Autoevaluación profesional y calidad de la atención médica. *Control de Calidad asistencial*, 2: 99-104
- Saturno, P. (1998), Qué es la Calidad? Publicado en: Calidad Asistencial en Atención Primaria, Tomo I.
- Saura J, Saturno P. (1996), Grupo de evaluación y mejora de los protocolos. Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su deiseño y elaboración. *Atención Primaria*, 18: 91-96.
- Suñol R, Delgado, R. (1986), El Audit Médico: un método para la evaluación de la asistencia. *Control de Calidad asistencial*, 1: 27-30
- Suñol, R. Bañares, J. (1998), Origen, evolución y características de los programas de la gestión de la calidad en los servicios de salud. En: Evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud. Texto Académico. Documento Diplomado Garantía de Calidad. Universidad de Antioquia).
- Swartz J, Brown S. (1989), Consumer and provider expectations and experiences in evaluating professional service quality. *Journal of the Academy Marketing Science*; 17:189-195.
- Vuori H. (1988), *El control de calidad en los servicios sanitarios. Concepto y metodología*. Masson. Barcelona,.
- Wennberg J, Gittelsohn A. (1973), Small area variations in health care delivery. A population based health information system can guide planning and regulatory decision making. *Science*, 182: 1102-1108.

# **ANEXO A**

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO  
DIRECCION DE POST GRADO  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN  
SALUD

**CUESTIONARIO DIRIGIDO A USUARIOS DEL HOSPITAL I  
“DR. ANTONIO JOSÉ UZCATEGUI”**

Autor:

Dr. Orlando Malaver González

Tutor:

Mérida, Diciembre de 2005

*Este cuestionario, tiene como propósito conocer los distintos elementos presentes o no en el Hospital Dr. Antonio José Uzcategui para proponer las estrategias para asegurar el servicio al usuario como parte de la gestión de la calidad en este centro de salud*

## **INSTRUCCIONES**

Este cuestionario consta de 10 preguntas

- ◆ Lea cuidadosa y detenidamente cada pregunta antes de responder
- ◆ Tome su tiempo antes de contestar, razone su respuesta
- ◆ Trate de responder en la forma más objetiva y sincera.

La información suministrada por usted es de carácter confidencial y será utilizada únicamente con fines académicos

Atentamente,

---

Dr. Orlando Malaver González

## GUIÓN DE ENTREVISTAS

1. Cómo calificaría Ud. la relación que entabló con su médico?  
BUENA                       REGULAR                       MALA
2. Las expectativas que tenía en cuanto a su atención, fueron satisfechas?  
SI                                       NO
3. La consulta recibida le permitió aprender algo más sobre su enfermedad?  
SI                                       NO
4. Encontró adecuado el ambiente físico en donde fue atendido/a?  
SI                                       NO
5. Considera que la complejidad de su enfermedad, está de acuerdo con el nivel de atención del centro donde la atendieron?  
SI                                       NO
6. Cree Ud. que el Personal Auxiliar fue eficiente en su atención?  
SI                                       NO
7. Se le proporcionó material educativo?  
SI                                       NO
8. Al terminar la consulta, salió motivado del consultorio para realizarse los exámenes auxiliares que le indicaron y para seguir las indicaciones que le dieron?  
SI                                       NO
9. Fue el médico lo suficientemente claro con Ud. para que le entendiera cómo tomar los remedios que le indicaron?  
SI                                       NO
10. Si necesitara una nueva atención, regresaría donde el médico que le atendió o se lo recomendaría a algún amigo o familiar?  
SI                                       NO

# ANEXO B

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESDE EL 17-10-2005 HASTA 02-12-2005

Nro.	ACTIVIDADES	SEMANAS 1					SEMANAS 2					SEMANAS 3					SEMANAS 4				
		L	M	Mier	J	V	L	M	Mier	J	V	L	M	Mier	J	V	L	M	Mier	J	V
1	Reconocimientos de áreas de servicios de atención directa al usuario																				
2	Aplicación de encuestas a través de 10 preguntas																				
3	Análisis de la información recolectada																				
4	Revisión preliminar del tutor.																				

# ANEXO C

## PRESUPUESTO ESTIMADO DE GASTOS

<b>Materiales y útiles de oficina</b>		
4	resmas de Papel carta	16.750,00 67.000,00
6	Bolígrafos	650,00 7.800,00
2	cartuchos de tinta HP	96.789,00 193.578,00
1	cartuchos de tinta a color Hp 840	126.548,00 126.548,00
4	Encuadernados de resorte	5.000,00 20.000,00
2	Empastados (descartados falta de logo)	16.000,00 32.000,00
	sub total Bs.	446.926,00
<b>Honorarios -transcripciones</b>		
81	Escritura	1.500,00 121.500,00
10	Gráficos	2.500,00 25.000,00
	sub total Bs.	146.500,00
<b>Otros</b>		
	CANTV-INTERNET	125.000,00
	Impresiones eventuales para revisiones	80.000,00
	sub total Bs.	205.000,00
	<b>Total General Bs.</b>	<b>798.426,00</b>