

**“La calidad de la atención médica ambulatoria en el Hospital
Pediátrico del Niño Jesús, de la Ciudad de Córdoba”**

Alberto Mario Masuet

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**“La calidad de la atención médica ambulatoria en el Hospital
Pediátrico del Niño Jesús, de la Ciudad de Córdoba”**

Alberto Mario Masuet

Directora de Tesis: Prof. Mgter. Lic. María Borsotti

Córdoba 2010

Tribunal de Tesis

- **Prof. Dr. Juan Carlos Estario**
- **Prof. Mgter. Lic Maria Borsotti**
- **Dra. Marcela Miravet**

A mis hijos Lisandro y Lucas.

Agradecimientos

Mi más profundo agradecimiento al Prof. Dr. Daniel Roberto Pizzi, Director del Hospital Pediátrico del Niño Jesús de la ciudad de Córdoba, y a la Dra. Silvia Yolanda Ferreyra, Subdirectora de dicho Hospital, por el apoyo brindado a este trabajo:

- A la Dra. Ilide Selene De Lisa por toda su colaboración.
- A Lucas Masuet que colaboró en la realización de las encuestas.
- A Lisandro Masuet que transcribió el trabajo.
- Al Lic. Nicolas Loyola por su valiosa colaboración en el formato de este trabajo.

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

Índice

Resumen.....	8
Summary.....	9
Introducción.....	10
Marco Teórico.....	17
La Situación en Córdoba.....	25
La Situación Actual.....	27
Metodología.....	42
Resultados.....	51
Discusión.....	76
Conclusiones.....	79
Bibliografía.....	82
Anexos	88

Resumen

En el presente estudio se evalúa la atención médica en un hospital público pediátrico, desde la perspectiva de la satisfacción de los acompañantes adultos de los pacientes. Se estudiaron 381 casos; las características mejor evaluadas por los padres y que más influyeron en la satisfacción son la capacitación del médico, la confianza que éste inspira, y su trato. Las variables peor valoradas y que afectan negativamente la satisfacción fueron la limpieza de los sanitarios, la señalización dentro del hospital y su estado de aseo. Se destaca la importancia del estudio de la satisfacción del paciente como indicador válido de la calidad de atención del hospital. Desde la perspectiva de los acompañantes del paciente, las variables relacionadas con el médico son las que mayor incidencia tienen en su satisfacción.

PALABRAS CLAVES: hospital pediátrico, calidad de la atención, satisfacción del paciente, servicios médicos, indicadores.

Summary

In this present report, the medical assistance in a pediatric public hospital is evaluated from the perspective of satisfaction of patient's companions. Three hundred and eighty one cases have been studied; the best evaluated characteristics chosen by parents and the ones that fulfilled their expectations are the doctors qualifications; the trust he inspires and the way he deals with his patients.

The worst valed variables which affect their satisfaction in a negative way are the cleanliness of toilets, singing inside the hospital and the general clearing conditions. The importance of the study of patients satisfaction is highlighted as a valid indicator of the hospital quality assistance.

From the perspective of the patient's companions, the variables related to the doctor are the ones with highest incidence in their satisfaction.

Key words: pediatric hospital, quality in assistance, patient's satisfaction, medical services, indicators.

Introducción

Planteo del problema

La calidad en la atención médica

Desde hace varias décadas, la calidad de atención de la salud se ha convertido en una de las mayores preocupaciones de las instituciones de salud, que tratan de optimizar sus resultados para aproximarse a las necesidades de los pacientes y del personal que desarrolla su labor profesional en los servicios de salud.

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

Donabedian¹⁵ define la calidad en la atención de la salud como "el grado de utilización de los medios más adecuados, con el propósito de conseguir los mayores progresos en salud". Esta definición está relacionada con los objetivos de la asistencia sanitaria: mantener, restaurar y promover la salud dentro de las posibilidades que permiten las ciencias de la salud y la tecnología.

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

Asenjo Sebastián *et al.*⁴ definen la calidad asistencial como "la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los enfermos-

clientes, tanto reales como percibidas, dedicando a su asistencia un consumo de recursos socialmente aceptable”.

Racoveanu Johansen³⁹ afirma que “la atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un grado alto de competencia profesional, utilización eficiente de recursos, con mínimo riesgo para los pacientes, la satisfacción de los pacientes y un efecto favorable en la salud”.

Así la calidad es un concepto integral y polifacético donde se reconocen diferentes atributos o dimensiones necesarias para que la atención sea considerada óptima.

- ✓ Efectividad: Es el mayor nivel de salud que se puede lograr con un tratamiento concreto. Se relaciona con la actuación del médico y su equipo para conseguir el mejor resultado para el paciente.
- ✓ Eficiencia: Hace referencia a la capacidad de conseguir los objetivos al menor costo posible. Este concepto relaciona costos/beneficios/efectividad, midiendo el rendimiento de los recursos empleados. Se habla entonces de asistencia sanitaria eficiente cuando la atención procura mejorar y restablecer la salud al menor costo posible. Donabedian¹⁵ distingue dos componentes con relación a la eficiencia:
 - Eficiencia clínica: compara los costos relacionados con la atención y los resultados esperados, que dependen en gran medida de la habilidad del médico en seleccionar y ejecutar los procedimientos más adecuados, evitando la prescripción de prácticas innecesarias, y
 - Eficiencia en la producción: depende de la institución y especialmente de decisiones administrativas que producen bienes y servicios que ponen a disposición de los profesionales.

- ✓ Accesibilidad: Es la facilidad con que se obtienen los servicios sanitarios, en relación con las barreras de diversa índole; es decir que pueda obtener la asistencia que se necesita, en el lugar y momento que se la solicita. Esto implica eliminar las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de salud, lo que incluye barreras de tipo geográficas, económicas, sociales, organizacionales, culturales o lingüísticas.

Cuando se hace referencia a barreras de tipo geográficas debemos tener en cuenta las distancias, tiempos de traslado y medios de movilidad utilizados para acceder a los centros sanitarios donde, por lo general, los pacientes deben concurrir a horas muy tempranas para obtener turnos y así asegurarse el acceso a la consulta, debido a la gran demanda de asistencia por parte de la población. Respecto a estas barreras geográficas¹⁹, la población rural tiene menor acceso a centros de salud, y pertenece a grupos sin cobertura de salud, excluidos de la seguridad social, que viven en situación de pobreza.

Las barreras culturales⁶ se refieren a las condiciones socio-sanitarias de la población, que recurre a la medicina tradicional, el curanderismo y la automedicación, o los grupos pertenecientes a minorías étnicas, como la población indígena de América Latina.

La noción de accesibilidad económica¹⁵ surge del análisis de los costos, para que estos no constituyan una barrera que impida el acceso a la atención, y la valoración costos/beneficios, es decir la búsqueda de alternativas más económicas para la misma calidad de atención.

La aplicación de prácticas cada vez más complejas genera una mejoría de la salud a un costo proporcional a cada adición de la atención, hasta el punto en el que los beneficios agregados ya no

valen el costo adicional, llegando así al límite en dónde la relación costo/beneficios es óptima.

La satisfacción del paciente

La satisfacción del paciente³⁷ es el grado en que la atención prestada cumple con sus necesidades y expectativas; es la diferencia entre lo que el paciente espera recibir de la atención y la percepción del servicio que recibió.

La noción de necesidad es esencialmente subjetiva, es algo requerido por el individuo que lo motiva a conseguirlo. La necesidad de salud es innata, ligada a la naturaleza y al organismo; la necesidad se relaciona con la percepción que tiene cada persona respecto a su estado de salud, que puede no coincidir con la visión que otro individuo tenga de ella. Esta necesidad puede o no convertirse en demanda y dar lugar a la búsqueda de atención de la salud.

En el transcurso de esta búsqueda de atención, el paciente establece mejores o peores vínculos con el personal que lo atiende, genera esperanzas, frustraciones, soluciona o no el problema por el que vino.

Sin embargo puede no solucionar su problema y estar satisfecho con la atención que recibió o al contrario superar su problema y estar disconforme con la atención.

La expectativa que presenta cada paciente es también única y está sujeta a cambios durante el proceso de permanencia en las instituciones de salud.

Así el concepto de calidad del servicio desde la percepción del cliente³⁸ se define como la amplitud de la discrepancia o diferencia que existe entre las expectativas del cliente y sus percepciones, existiendo factores que influyen en las expectativas del cliente como lo que escuchan de otros usuarios, las experiencias que han tenido

con un servicio similar, las necesidades personales y las comunicaciones externas de los proveedores del servicio.

Uno de los errores más frecuentes en la práctica diaria es dirigir la atención médica a satisfacer las necesidades de salud, dejando de lado las demandas y preferencias del paciente.

La clave para garantizar una excelente calidad de servicio, se basa en igualar o sobrepasar las expectativas que tienen los clientes.

La calidad de la atención puede ser vista desde diferentes perspectivas, dependiendo de las distintas partes involucradas.⁴⁰

El profesional valora la calidad científico-técnica, aplicando los recursos adecuados de acuerdo a los últimos avances. El paciente, quiere una resolución eficaz de los problemas que lo afectan, al menor costo posible y una relación interpersonal especial. Los administradores solicitan atención y consumo eficiente de recursos.

La contribución del paciente

La medida de la satisfacción del paciente con los servicios sanitarios es un proceso complejo relacionado con múltiples factores basadas en experiencias previas, factores culturales, sociales, estilos de vida y su mediación se utiliza además de evaluar el modelo de atención y comunicación, como una oportunidad para introducir mejoras en el servicio y adaptarlas a las necesidades del paciente⁸.

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

En la actualidad, el paciente adquiere un rol activo, aumentando su papel en las decisiones sanitarias, actuando como co-productor del servicio, ya que se considera tanto al médico como al paciente participantes activos del servicio; es decir que la atención sanitaria requiere de la combinación de la contribución del paciente y del prestador del servicio¹⁵.

Los pacientes han tomado conciencia del protagonismo que tienen en la prestación del servicio, exigiendo información clara y comprensible, y respeto a sus decisiones en lo que concierne a su vida.

Los pacientes mejor informados, dejan su actitud pasiva y de obediencia para tener un rol más activo en la toma de decisiones. Reciben abundante información relacionada con la salud a través de distintos medios de comunicación; esto aumenta sus conocimientos y genera reclamos al sistema de salud exigiendo utilizar el mejor tratamiento disponible de acuerdo a sus necesidades.

Este mayor acceso y conocimiento por parte de los pacientes no está exento de riesgos: muchas veces se altera la relación médico/paciente al cuestionar en demasía los conocimientos o consejos de los médicos, o generar expectativas excesivas en tecnologías o tratamientos de escasa efectividad. Este exceso de información en ocasiones conduce a lo que se suele llamar “confusión informativa”.

La responsabilidad de la salud debe ser compartida entre el médico y el paciente, basados en el respeto mutuo y el trabajo en forma colaborativa; el médico debe ayudar al paciente a distinguir entre información correcta e información incorrecta, y éste debe decidir después que aquél le ha explicado las distintas opciones.

La información sobre salud se ha multiplicado tanto en los últimos años, que los pacientes, en muchos casos deslumbrados por la tecnología, privilegian la atención en grandes instituciones, numerosas consultas con especialistas y el pedido de gran cantidad de estudios sofisticados antes que el examen médico; no se siente conforme con la capacidad del médico si no receta algún medicamento o solicita algún estudio.

No todos los pacientes quieren participar activamente y tomar sus propias decisiones: se establece lo que se conoce como “relación de agencia”, en la que el paciente delega la autoridad en el médico para

que este con su conocimiento decida cual es la mejor alternativa de tratamiento.

La calidad asistencial surge de la combinación de dos componentes⁴:

- ✓ Calidad intrínseca: o científico-técnica, que hace referencia al conocimiento y tecnología aplicada por el médico.
- ✓ Calidad extrínseca: o percibida, tiene en cuenta todo lo concerniente al trato humano, información, apreciación sobre las instalaciones, pero fundamentalmente está basada en las relaciones interpersonales médico-paciente.

Esta perspectiva comienza a ser considerada en el ámbito profesional, convirtiéndose esta calidad percibida en un factor diferencial de la atención, desde la visión del paciente.

A los fines de este estudio

Dentro de los múltiples aspectos que se deben tener en cuenta a los fines de conocer el grado de satisfacción que los familiares a cargo de los pacientes atendidos en los servicios sanitarios públicos del Hospital Pediátrico del Niño Jesús de la ciudad de Córdoba entre junio y agosto de 2007, se ha decidido hacer hincapié en los siguientes:

- La forma en que se solicita el turno de atención y la facilidad para comunicarse con el hospital, en caso que se lo haga telefónicamente.
- La facilidad para conseguir turnos con un médico específico y la extensión de los tiempos de espera habituales.
- La calidad de la atención del personal hospitalario en general y del médico en particular.
- Ciertos aspectos que hacen al confort de los pacientes que acuden al hospital y sus familiares (limpieza, comodidad, señalización).

- El concepto global que experimenta del servicio que brinda el hospital en general y del médico en particular.
- Datos personales de la persona que responde la encuesta: edad, sexo, residencia actual, grado de instrucción y situación ocupacional.

Revisión de antecedentes

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, que se ubica en el área norte de la ciudad de Córdoba y brinda un segundo nivel de atención. Dispone de 50 unidades de internación, con consultorios externos hasta las 20 horas, y guardia permanente de Clínica Médica, Cirugía, Oftalmología y Salud Mental. En el año 2005 se realizaron 297.510 consultas en todos los servicios de este hospital, y se atendieron 87.979 pacientes en Guardia y Consultorio Externo.

Marco Teórico

El modelo sanitario

El hombre ha venido solucionando sus necesidades de salud a lo largo del tiempo de acuerdo a las distintas concepciones que tiene de ella y la manera de organizarse de los estados.

La base epistemológica de la práctica médica ha transitado de la magia a la ciencia. Esta concepción mágico–religiosa, nexo entre el hombre y el creador, han sido el origen de los primeros sistemas de salud. En el mundo occidental, las primeras instituciones dirigidas por religiosos brindaban atención con un sentido de “caridad” a los pobres, y no como un derecho a la salud¹⁸.

En el siglo XX, la Era Industrial³⁵, modifica drásticamente el modo de producción, desplazando el trabajo artesanal. El capitalismo reemplaza el feudalismo, considerando al individuo como eje de las nuevas ideas, se producen grandes migraciones de campesinos a centros poblados y nace el concepto de estado como garante de las

seguridades básicas. Comienza la especialización de la medicina, con la adquisición de nuevas tecnologías, la centralización de la atención en los hospitales como eje del sistema de salud.

En la época actual, denominada post-industrial, estamos viviendo una etapa de crisis y profunda transformación, en donde los cambios se suceden en distintos niveles: cambios demográficos, como el aumento de esperanza de vida de nuestra sociedad; cambios políticos en todo el mundo, con alianzas estratégicas entre los países, con fines económicos, como es el caso del MERCOSUR, o la Unión Europea.

Se empieza a producir un fenómeno inverso, predominando una tendencia al abandono de los grandes centros urbanos, el cuestionamiento de la especialización indiscriminada, y la necesidad de descentralizar la atención del hospital a centros de atención primaria.

La OMS29 en 1948 define la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

La Carta de Ottawa de la OMS, de 1986, determina como prerequisites para la salud, la adecuada obtención de recursos económicos, alimentarios, ecosistema estable y uso sostenible de recursos, y la interrelación que existe entre la salud y condiciones sociales, económicas, entorno físico y estilo de vida.

Un sistema de salud, es el resultado final de las condiciones históricas, sociales, económicas y culturales de un país.

Acorde con la evolución histórica, los servicios de salud, en el mundo, han experimentado profundos cambios.

Existen distintas formas de clasificar los sistemas sanitarios en el mundo; la de mayor consenso es la basada en conceptos económicos, en función de sus fuentes de financiación y tipo de gestión, que los clasifica en pública, privada o mixta.

En Europa¹⁶ el sistema sanitario se divide en:

- Sistemas de salud dependiente casi en su totalidad del estado (Sistema Beveridge), caracterizado por acceso libre y universal, financiado y gestionado por el estado, con mínima participación de pago por los pacientes. Este sistema fue adoptado por muchos países después de la Segunda Guerra Mundial, como es el caso del Reino Unido, Suecia, Dinamarca, Irlanda y Noruega.
- Sistema de seguridad social (Sistema Bismark), cuya cobertura es financiada por fondos de seguros, por contribuciones de empresarios y de empleados. Fue adoptado por Alemania, Austria, Bélgica y Países Bajos.

Estados Unidos³⁴ cuenta con un sistema de salud liberal, con libre elección y acceso a cualquier nivel de atención, en donde la contribución del estado es mínima, existiendo gran insatisfacción con el sistema público, que está muy lejos de proporcionar asistencia completa y gratuita a los sectores más carecientes.

En la actualidad no existen sistemas sanitarios puros, estáticos, sino combinaciones de los diferentes modelos, sujetos a modificaciones continuas, dependiendo de los cambios políticos, económicos, demográficos y tecnológicos.

Los sistemas de salud en América Latina

La crisis de los '80⁴ afectó a la mayoría de los países, los que debieron modificar sus modelos de desarrollo, provocado un importante deterioro del sector público, en especial en educación y salud, que dependían en gran medida del financiamiento estatal. Como excepción podemos destacar a países como Chile, Costa Rica, Barbados y Cuba, que, independientemente de la situación socioeconómica, han priorizado y mantenido un buen nivel de salud. Esta situación produce en los sistemas de salud un alto nivel de insatisfacción debido a las dificultades para acceder a servicios básicos de atención primaria, los escasos recursos y/o mala utilización de los mismos, la mala calidad de los servicios que no

alcanzan a cubrir la demanda de la población, afectando a los sectores más vulnerables y generando inequidades.

La reforma del sector de salud en América Latina y el Caribe²⁰ comienza a principios de la década del noventa, en donde todos los países están interesados en modificar sus sistemas de salud, basados en la reforma del Estado (Perú, 1995), modificación de la constitución y modernización del Estado (Argentina, Colombia, Chile, 1994), o adoptando nombres propios, como “Nuevo Federalismo” en México o “Proceso de Perfección del Estado” en Cuba.

En este proceso de reforma de muy lenta implementación, existen distintas etapas con profundas modificaciones o sustitución de la legislación sanitaria, como es el caso de Colombia, República Dominicana y Puerto Rico; en otros casos la reforma es muy limitada debido a la gran variedad de subsistemas y las estrategias de implementación, como sucede en Argentina y México.

En el centro del escenario de la reforma sanitaria²¹ se encuentra una renovada preocupación de todos los gobiernos por la magnitud y profundidad que alcanzan la pobreza, el analfabetismo y el desempleo en el campo social. La pobreza creció en las últimas décadas en forma alarmante, con altas tasas de desempleo y aumento de la proporción de trabajos informales y contratos temporales.

La OPS ha estimado que 130 millones de latinoamericanos no tienen acceso regular a servicios sanitarios, y carecen de agua potable, instalaciones sanitarias y energía eléctrica, lo que crea importantes factores de riesgo para la salud.

Al sector de la pobreza estructural se agregan los llamados “nuevos pobres”, provenientes del sector de clase media, cuyos alicaídos ingresos y la inestabilidad laboral los coloca por debajo del umbral de pobreza. En Argentina, los “nuevos pobres” pasaron del 4,2% en 1980 al 18,4% en 1990, continuando en ascenso; un fenómeno similar se observa en otros países de la región.

La OMS, en su “Informe sobre la salud en el mundo 2000”²⁹, señala la necesidad de mejorar el desempeño de los sistemas de salud, acción que incluye a todos los subsectores que la componen, y destaca la responsabilidad primaria de los gobiernos para mejorar la situación, mediante la reducción de las desigualdades, la mejora de la salud y la provisión de los recursos necesarios para la atención, para responder adecuadamente a las expectativas de la gente y respetar su dignidad, derechos y libertades.

El sistema de salud en Argentina

Nuestro país se caracteriza por presentar un complejo sistema en materia de salud, dado la variedad de subsistemas y coberturas.

El nacimiento de la seguridad social, a comienzos de la década del '60, revolucionó el concepto de sistemas de salud conocido hasta el momento, en donde existía una clara delimitación entre el hospital público, destinado a pacientes de escasos recursos, y la atención privada para el sector de mayores ingresos.

Así, el sistema de salud queda dividido en tres subsistemas¹⁸:

- a) Subsistema público: la atención se realiza en hospitales que dependen del estado nacional, y a través del Ministerio de Salud como máxima autoridad a nivel general en materia de salud, generando lineamientos de valor o indicativos. Sin embargo los gobiernos provinciales tienen total autonomía, y son responsables de la provisión de la mayor parte del servicio. Los municipios tienen a su cargo también la administración y prestación de servicios públicos.
- b) Subsistema de seguridad social: destinado a proteger al trabajador y su familia a través de las llamadas “obras sociales”, conducidas por sus trabajadores y empresas patronales. Difiere substancialmente del sistema de seguridad inglés que le sirvió de modelo, conducido por el Estado.

c) Subsistema privado: destinado al sector de mayores recursos económicos, lo que restringe su acceso a un grupo reducido de personas.

Paralelamente al desarrollo de la clase media, que no siente satisfecha su demanda de atención debido a la inadecuada calidad de los servicios públicos, el acceso restringido a las mutuales y el elevado costo de la medicina privada, comienza a generarse la financiación de la atención mediante el pago de una cuota mensual anticipada y accesible, lo que da origen a las llamadas "empresas de medicina prepagas", que surgen para satisfacer las demandas de este sector de la población, y se integran de esta manera al sistema privado².

Las obras sociales⁹ comienzan a crecer en importancia, imponiendo nuevas modalidades dentro del sector de salud, y es a partir de 1970 con la Ley 18.610¹ que se hace obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social de su actividad, lo que genera así afiliados "cautivos" del sistema. Esta modalidad se extiende al sector de jubilados y pensionados bajo la Ley 19.032².

El sector de las obras sociales orienta su demanda al sector privado, lo que favorece el crecimiento de dicho subsector.

En los años '80, el rasgo que prevalecía dentro del sistema de salud argentino era la desarticulación entre los subsectores público, privado y de seguridad social, además de la excesiva fragmentación interna de cada subsistema.

El sector de seguridad social tuvo un crecimiento muy importante a principios de los '90. Los aportes y contribuciones a cargo del

¹ A través de esta ley, el Estado delega la atención de sus afiliados a los sindicatos. Es derogada por la ley 23.660 de "Obras Sociales" y la Ley 23.661 de "Seguro Nacional de Salud", constituyendo la Superintendencia de Servicios de Salud.

² La ley 19.032, 1971 crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. A partir de la vigencia de esta ley, jubilados y pensionados de cualquier obra social de la ley 18.610, aportaran únicamente a dicho Instituto con carácter obligatorio.

trabajador eran del 3% de su salario, y el 6% estaba a cargo del empleador.

Los sectores excluidos de la seguridad social, pertenecientes a los autónomos de mayores ingresos, acceden a una cobertura de salud a través de la medicina prepaga o los gastos privados. El sector más pobre, tanto de zonas urbanas marginales como rurales, sin relación de dependencia y con acceso únicamente al hospital público, supera ampliamente el 40% del total de población.

El sector privado manejó en los últimos tiempos la mayor parte de los recursos económicos destinados a salud, favorecido por el desplazamiento de pacientes del subsistema público al privado debido a la insatisfacción de sus necesidades de salud, déficit de recursos, dificultad de acceso a los hospitales y por la transferencia de recursos del subsector de seguridad social por contratación de sus servicios⁵.

Así la situación de los servicios de salud, y en especial del hospital público ha sufrido un estancamiento, con un progresivo deterioro de su estructura, con tecnologías obsoletas, inadecuada gestión gerencial, al mismo tiempo que aumenta la demanda de sus servicios por parte de la población, debido a obras sociales deficitarias, a una mayor población sin cobertura, mejor información de los pacientes, asociados al aumento de esperanza de vida de la población.

El Ministro de Salud de la provincia de Córdoba²³, así lo asevera al afirmar que la crisis económica del país, la situación de déficit de las obras sociales y el mayor desempleo han generado un aumento de la demanda de los hospitales públicos en un 40% con respecto al mismo período del año anterior. Sólo un tercio de la población de Córdoba dependía de los hospitales públicos; cuatro años después esa cifra se ha duplicado.

Surge el tradicional debate entre público-privado: ¿hasta donde debe llegar el sector público en la prestación de servicios vinculados a una finalidad social?

El estado como responsable de la salud de la población, debe garantizar una adecuada atención de sus usuarios, priorizando los criterios de equidad, efectividad y accesibilidad de la atención, evaluando los resultados y el impacto de cada medida adoptada, cuya información es de utilidad para la planificación adecuada de los servicios y redefinir la oferta en función de las necesidades de la gente, creando un marco regulatorio que fije normas para el funcionamiento coordinado de los tres subsistemas.

Los primeros intentos de reforma del sistema de salud y la transferencia de los hospitales de la Nación al ámbito de las provincias y municipios comienzan a fines de la década del '50, pero se realizaron en forma incompleta e inadecuada y no llegaron a concretarse³¹.

En la década del '90 el Estado Nacional retoma con énfasis el proceso de "descentralización" del sector público, basado en dos pilares fundamentales: la transferencia de los hospitales públicos nacionales a la esfera provincial y municipal y la promoción del "Hospital Público de Autogestión", con el propósito de disminuir el gasto público nacional y otorgar mayor autonomía a los hospitales, reforzando el accionar de los ministerios provinciales, quedando el rol del Estado muy acotado.

El Hospital de Autogestión, con el fin de obtener recursos propios, amplía la atención a otros sectores de la población con capacidad de pago o terceros pagadores, como obras sociales prepagas, para proporcionar mejor atención a grupos de escasos recursos.

Este proceso de descentralización busca mejorar la calidad de los servicios, procurando cobertura universal, accesibilidad, equidad y un uso adecuado y eficiente de los recursos.

El retraso del sistema de salud que se observa en la Argentina en las últimas décadas, se debe a la falta de políticas sanitarias claras, administración ineficiente de recursos y recortes presupuestarios; a esto se agrega el déficit del sector de la seguridad social debido a las cifras crecientes de desempleo con un aumento del trabajo no declarado, que ha llevado a una progresiva disminución de la población cubierta en salud y disminución de los aportes patronales. Esto genera una mayor demanda al sector público que ve superada su capacidad de satisfacerla, debida a la ausencia de incremento del presupuesto destinado al sector.

La OPS24 define al actual sistema argentino, como “fragmentado y poco eficiente”, teniendo en cuenta que la inversión que hace en salud es muy alta, con relación al PBI que representa: Argentina emplea en salud el 11,4% del PBI, en comparación con el 7% de Chile y el 6.7% de Cuba, que son países con gran eficacia en salud. Estas fallas del sistema se deben no tanto a las fuentes de financiación como a la forma de utilización y organización de los recursos.

La grave crisis social, el creciente desempleo, la profundización del nivel de pobreza y la falta de cobertura en salud, generan barreras de tipo socioeconómicas que atentan contra el derecho de la población al acceso a la salud, dejando excluidos a los grupos más vulnerables de la sociedad.

Así a la crisis que sufre el sector sanitario, se agrega el colapso del sector público que se ve desbordado por un aumento progresivo de la demanda, a la cual no puede hacer frente debido a la falta de presupuestos destinados al sector de salud, al mal estado de las instalaciones sanitarias por falta de mantenimiento y reparación, con desabastecimiento de insumos básicos, y la reducción de prácticas complementarias y quirúrgicas que deja desprotegido a los sectores más carenciados de la población, generando situaciones de inequidad y desigualdad en la salud.

La situación en Córdoba

Una reciente investigación efectuada en Córdoba²⁵, alerta sobre las consecuencias nefastas de los efectos producidos por la desigualdad en las últimas décadas, afectando a los sectores más pobres y entre ellos los niños, lo que genera secuelas graves en el desarrollo infantil en talla, peso y déficit intelectual.

Los datos proporcionados abarcan el período comprendido entre 1993 y 2000 y revelan cifras alarmantes, como que el promedio de recién nacidos con bajo peso era del 7% en el año 1993, cifra que se duplicó en el año 2000.

Otros datos obtenidos muestran que el 76% de la población no alcanza a cubrir las necesidades básicas, el 81% no tiene cobertura médica, el 67% de las madres no supera el nivel primario de instrucción y el 90% tiene ocupaciones temporarias.

A esto se agregan dificultades que tienen su origen en un déficit de organización, que generan tiempos de espera prolongados en recepción y en trámites administrativos, demoras para ingresar al consultorio, para realizar estudios complementarios, lo que obliga a que el paciente haga un mal uso de los servicios de urgencia o lo inducen a la automedicación o al uso de prácticas alternativas, y en muchos casos lo llevan directamente a no consultar por su enfermedad.

El caso de México

Un trabajo realizado por Salud Pública de México⁶ en varios servicios públicos, hace referencia a las dificultades relacionadas con la organización de los servicios, donde las principales causas de quejas por los pacientes estaban relacionadas con los problemas para acceder a la consulta, las largas esperas y los turnos diferidos muy prolongados para acceder a los especialistas.

El estudio realizado por el Instituto Nacional de Pediatría de México⁴¹ reveló que una de las principales causas de insatisfacción fue el

tiempo prolongado de espera antes de ser atendido por el médico y después de ser registrado, que en promedio fue de 87,9 minutos; indagando sobre el origen de este retardo manifestaron que existían muchos pacientes citados al mismo horario, impuntualidad médica, problemas de asignación de consultorios para los médicos y pacientes sin turnos que también eran atendidos en el día. Los pacientes manifestaron estar dispuestos a esperar el tiempo necesario para la atención, al no poseer alternativas cuando se requieren tratamientos de alta especialización.

La Situación Actual

En los últimos años, tanto la sociedad como el sistema sanitario vienen sufriendo importantes cambios. El creciente interés por mejorar la calidad de los servicios de salud constituye una preocupación de todos los integrantes del sector de salud.

Medir la satisfacción del paciente en los servicios sanitarios, es en la actualidad uno de los métodos más utilizados para evaluar la calidad de la atención sanitaria impartida por las instituciones de salud. Conocer las necesidades y expectativas de los pacientes debería ser una prioridad en todo centro de salud, público o privado. Hoy los pacientes más informados y más conscientes de sus derechos, poseen una mayor conciencia crítica, por lo que demandan servicios rápidos, accesibles y efectivos, generando una demanda cada vez mayor y más difícil de satisfacer.

La satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto y que culmina en el mismo, siendo un fenómeno de naturaleza subjetiva: la satisfacción se refiere siempre a algo o alguien que se quiere o desea. Es una sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto de una forma particular, que está determinado por los hábitos culturales de cada grupo social, es decir que depende del contexto social al cual pertenece.

Las expectativas son las ideas que el paciente tiene sobre el servicio que va a recibir, basada en experiencias anteriores propias o de otros pacientes, o explicitadas por los medios de comunicación. Cuando la percepción del paciente sobre el servicio recibido, es igual o mejor a lo que esperaba, éste quedará satisfecho; de lo contrario se transformará en insatisfacción.

Cada vez se habla más del hospital como empresa de servicio, en donde el sector sanitario debe evolucionar hacia organizaciones centradas en el paciente, preocupadas por conocer sus necesidades y expectativas, donde es necesario inducir un cambio cultural, un

cambio en la mentalidad de los médicos, directivos, administradores y del mismo paciente.

Las organizaciones, y especialmente el sector sanitario, son hostiles a la innovación y a la introducción de la gestión como práctica organizacional, lo que genera sentimientos encontrados, en donde las personas desean y temen al mismo tiempo, y crea resistencia al cambio.

Manejar el cambio requiere de una perspectiva amplia para afrontar los problemas, una organización flexible, con comunicaciones amplias y fluidas en todos los niveles, los cuales participan activamente y están comprometidos en el proceso de transformación de la organización, con el objetivo de mejorar la calidad de atención hacia los usuarios.

En la actualidad es cada vez más frecuente encontrar descontento y desconfianza por parte de los pacientes hacia los médicos; la creciente tendencia a la utilización de tecnologías sofisticadas y la especialización de la medicina han contribuido a la deshumanización de la práctica médica.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “en los albores del nuevo siglo, los sistemas de salud tienen poder y el potencial necesarios para conseguir nuevas y extraordinarias mejoras. Desafortunadamente, los sistemas de salud pueden también hacer mal uso de ese poder y desperdiciar el potencial del que disponen. Sistemas de salud mal estructurados, mal gestionados, organizados ineficientemente y financiados de forma inadecuada pueden causar más perjuicio que beneficio”.

Las organizaciones de salud son un sistema abierto¹³, en relación con un entorno dinámico, inestable, hostil y de cambios tecnológicos permanentes, que requiere flexibilidad para adaptarse a las fuerzas que inducen los cambios: déficit de obras sociales, crisis financieras, descentralización hospitalaria y recesión económica, entre otros.

Por ello, las instituciones sanitarias deben adaptarse a las demandas cambiantes de los usuarios, que renuevan cotidianamente sus expectativas, convirtiendo la satisfacción en un blanco móvil que hay que mediar a lo largo del tiempo. Deben centrar sus actuaciones en el paciente y preguntarse en cada atención: “¿Qué quiere o le interesa de verdad al paciente y/o familiares cuando van al médico?”.

La relación médico-paciente⁷, considerada como la base fundamental de un buen acto médico, tiene implicancias humanas, éticas, filosóficas y legales, y es determinante de una interacción eficaz: establece una relación persona a persona, donde se involucran sentimientos y vivencias tanto del paciente como del profesional.

El acto médico surge de la relación entre dos personas: un sujeto “paciente”, que acude en busca de una solución a sus problemas y dolencias, y para ello brinda información útil; el otro sujeto, “médico”, está capacitado para resolver ciertos problemas e interpretar en forma adecuada dicha información. Esta dimensión humanística es la que distingue al acto médico; cobra especial importancia la conducta ética, la dedicación, el compromiso y el “sentido especial” para comprender y manejar los problemas humanos, elementos insustituibles de una buena relación entre el médico y el paciente.

A lo largo del tiempo el ejercicio de la práctica médica transitó por distintas etapas, desde la concepción mágico-mística basada en “poderes sobrenaturales” y “potencialidades espirituales” relacionada con la ayuda médica; quienes la practicaban eran vistos por los enfermos como seres cercanos a los dioses, y que inspiraban en ellos credibilidad y confianza ciega.

Con el correr del tiempo estos atributos son dispensados a los médicos. Surgió el médico de familia interesado por la salud de sus pacientes que además de dar apoyo profesional, brindaba

esperanza, consuelo, amistad y se convirtió en el consejero de la familia²⁷.

El médico utilizaba pocas herramientas para el examen del paciente y basaba su diagnóstico en el llamado “ojo clínico” que no era otra cosa que la aplicación, en su justa medida, de un sólido conocimiento del arte y del raciocinio, así como una capacidad de observación y conocimiento profundo de la naturaleza humana y una excelente comunicación con el paciente.

El desarrollo científico-técnico del siglo XIX determinó la transición del vínculo afectivo-cognitivo que el médico estableció con el paciente y su familia, por un médico maravillado por los avances tecnológicos, limitando progresivamente su papel por la utilización de técnicas más sofisticadas, reemplazando sus sentidos, sus mecanismos de pensamiento por el laboratorio especializado, técnicas invasivas y la medicina de alta complejidad.

Si bien estos avances científicos-tecnológicos¹⁰ han permitido en los últimos años adelantos notables y alcanzar resultados que eran inimaginables, con un conocimiento y dominio real de las enfermedades, también trajo aparejado situaciones perniciosas que derivan principalmente del cambio profundo en el ejercicio de la medicina: la invasión de las nuevas tecnologías, con una exagerada utilización de estos nuevos medios diagnósticos, que reemplazan en muchos casos el menor tiempo que el médico disponía en sus consultas, llevó a un alejamiento entre el médico y el paciente con un aumento importante de los costos de atención.

Con el progreso del conocimiento, los médicos se han inclinado progresivamente a la especialización masiva basados en la imposibilidad del conocimiento total acerca de todos y cada uno de los problemas de salud.

Sin embargo esta tendencia a la súper-especialización ha conducido a una fragmentación de la atención a través de médicos con competencia en determinadas áreas específicas. El paciente dejó de

ser una persona y se convirtió en un conjunto de órganos que deben ser atendidos por distintos especialistas, lo que lo obliga a un continuo deambular por hospitales y consultorios.

En estas condiciones, la relación médico-paciente se ve afectada, limitándose a una breve interacción, seguida de un buen número de exámenes diagnósticos o la prescripción de medicamentos sin mayores explicaciones sobre sus acciones. Esta creciente especialización ha llevado a una despersonalización profunda de la atención.

Es muy frecuente que el médico se vea obligado a atender un número elevado de pacientes, con la consiguiente sobresaturación de su tiempo, que lleva a una inevitable disminución del tiempo de atención al paciente. Uno de los recursos⁴² más importantes de los que dispone el médico es el tiempo dedicado a establecer ese vínculo indispensable con el paciente, destinado a resolver y orientar los problemas que éste consulta. Ese tiempo de atención por paciente, que es la mejor herramienta del trabajo, se ha reducido drásticamente, al tiempo que se ha prolongado la jornada asistencial.

Debido al exceso de pacientes se incrementan las posibilidades de errores médicos, ya sea debido al escaso tiempo empleado en realizar sus exámenes o factores inherentes al médico que como ser humano y trabajador tiene límites físicos y psíquicos, llegando a la saturación con una disminución de la capacidad resolutive, con poco tiempo para dar información a los pacientes, y dedicarse a la prevención.

La relación médico-paciente ha transitado por varias etapas a lo largo del tiempo; se trata de un vínculo dinámico y cambiante que ha sufrido múltiples modificaciones con el correr de los años.

Durante siglos²⁸, esta relación se caracterizó por el "paternalismo", en donde el médico, dotado de todo poder, ejercía un papel activo y autoritario y el enfermo un rol pasivo y obediente en donde la

obligación radicaba en "aceptar" sus indicaciones. Era una relación vertical y asimétrica, similar al vínculo que se establece entre padres e hijos, donde aquéllos suponen siempre conocer que es lo mejor para éstos, sin considerar su voluntad. Este carácter paternalista, que aun prevalece en muchos lugares, se ha basado en los principios de beneficencia.

Tras largo tiempo de una cultura arraigada en el paternalismo, los grandes cambios sociales producen un cambio en la concepción, y surge el principio de "autonomía"¹⁷, dónde el paciente es considerado un sujeto con capacidad para decidir sobre su propio cuerpo y conducir su vida de acuerdo a sus propios valores y prioridades.

Este concepto de autonomía se engloba en el "consentimiento informado", que hace énfasis en la educación del paciente y en el ejercicio de sus derechos; es la aceptación racional por parte del paciente de un conjunto de procedimientos terapéuticos, después que el médico le haya informado sobre los efectos benéficos y los posibles efectos adversos o no deseados, así como todas las alternativas disponibles.

El paciente debe disponer de información suficiente y comprensible, utilizando el médico un lenguaje claro evitando el uso de tecnicismos, explicando las ventajas e inconvenientes y sustentando sus opiniones; así el paciente podrá decidir con pleno conocimiento y sin tener influencias indebidas, evitando la manipulación y la coacción por parte del médico.

La relación¹⁴ que se establece entre los padres del paciente y el médico tiene características muy particulares, debido a que los padres acuden a la consulta con una actitud más demandante que si ellos fueran los pacientes: son intérpretes y decodificadores de las demandas del niño, y el rol del médico debe extenderse a orientar y confortar a los padres, además de atender al niño.

La comunicación con el paciente es uno de los pilares fundamentales en la relación médico-paciente y de ella depende una buena entrevista con el paciente, que está influenciada por múltiples factores dependiendo del tipo de personalidad, factores emocionales de los implicados y del entorno dónde tiene lugar el encuentro.

Así una buena comunicación aumenta el cumplimiento del tratamiento y asegura continuidad con el mismo, incrementando el grado de satisfacción del paciente.

Estas habilidades de comunicación del médico, son susceptibles de perfeccionarse. Muchas veces tenemos dificultades para comunicarnos con determinados pacientes y esto puede depender de factores inherentes tanto al paciente cómo al profesional o al lugar dónde se desarrolla esta relación.

Sin embargo, en múltiples ocasiones hablamos de pacientes "difíciles o problemáticos"¹, para ocultar en realidad la falta de capacidad del profesional para manejar este tipo de dificultad; sería más atinado hablar de "relaciones difíciles médico-paciente", que generan sensaciones desagradables que son causa de frustraciones y que son factibles de solucionar si se mejora el modo de afrontarlas. Balint³⁰ introdujo el término "medicina centrada en el paciente", no sólo en la enfermedad, que tiene en cuenta las vivencias del paciente, los sentimientos que le genera la enfermedad y como lo afectan en su vida diaria, que comparte el poder con el paciente en la toma de decisiones, a través de educación para la salud e información completa sobre su enfermedad.

Las actitudes en relación con el estilo propio de cada médico son difíciles de modificar. Pero es fundamental comprender que toda relación debe estar basada en el respeto por el paciente, la cordialidad en el trato y la capacidad de empatía lograda por el médico, que participa emocionalmente en la realidad del paciente y le transmite seguridad ante la incertidumbre que genera el diagnóstico médico.

La satisfacción de los profesionales es un elemento de mucha importancia debido a la influencia que tiene en la relación con el paciente; cada vez es más frecuente encontrar un ambiente laboral poco propicio, excesiva carga laboral, remuneración inadecuada que obliga a tener múltiples empleos para cubrir las necesidades, inestabilidad laboral, pérdida de la autonomía en la toma de decisiones, ausencia de incentivos por parte de las instituciones en temas relacionados a capacitación y falta de oportunidades de promoción y ascenso a lo largo de la carrera profesional.

Numerosos estudios hacen referencia al estrés crónico que sufre el médico, derivado de su práctica profesional, con deterioro suficiente para afectar seriamente su actividad laboral.

El estrés laboral²⁶ se produce por un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de que dispone cada profesional para afrontarlas, y provoca el desgaste profesional o depresión por agotamiento, conocido como "síndrome de burnout".

Esto trae aparejado consecuencias no sólo para el médico y el paciente, con notable deterioro de la relación entre ellos, sino también para la institución en la que el profesional se desempeña, por el aumento de las posibilidades de cometer errores y un marcado incremento del ausentismo y los accidentes laborales.

Esta relación médico-paciente se encuentra en crisis: los progresos científicos y tecnológicos, la creciente especialización, la tendencia a "medicalizar" a la sociedad, está conduciendo a una medicina anónima, mecánica, deshumanizada, que privilegia la interacción impersonal.

El hospital como empresa de servicio

En el proceso de transformación que sufren los hospitales, cada vez se utiliza más el concepto de empresa de servicio para definir al hospital, cuyo producto final, es la atención del paciente. La comprensión del hospital como una empresa de servicio, es uno de

los pilares fundamentales para entender el papel del "Hospital Moderno".

Se entiende por empresa al conjunto de bienes humanos, materiales y económicos que tienen un fin u objetivo común, mediante la utilización efectiva de sus recursos. Cómo en toda empresa el capital está formado por las instalaciones, equipamiento, edificio, materias primas y las personas que son el "activo" principal de toda organización.

El éxito de una empresa²² se logra mediante la producción de bienes o servicios útiles, que añadan valor a los ya existentes, destinados a satisfacer las necesidades del cliente a un precio justo para éste.

En el hospital, el proceso productivo consiste en combinar todos los factores de producción (recursos humanos, aparatología, tecnología) de manera adecuada para lograr el ingreso del paciente y aplicar todos los procedimientos y exploraciones correspondientes, cuyo producto final es la atención completa del paciente con el objetivo de mejorar o restablecer su salud.

El núcleo esencial de la empresa sanitaria, que la diferencia de otros sectores, es la relación especial que se establece entre médico-paciente. Hablar de hospital como empresa de servicios señala la importancia que tienen las aspiraciones del paciente, que exige algo más que la atención de su enfermedad, y apunta a colocar al usuario/cliente en el vértice de la gestión hospitalaria, que debe exhibir la capacidad y flexibilidad suficientes para adaptarse a los deseos de los consumidores. Existe un cambio en los paradigmas: las organizaciones tendrán una mayor orientación hacia la satisfacción del cliente final, y los profesionales deberán hacer hincapié no sólo en los criterios médicos-técnicos de su atención, mientras que el usuario deberá asumir su propia responsabilidad en su nivel de salud³⁴.

Las empresas de salud buscan gestiones eficientes, mediante cambios en todas las dimensiones de la organización, tanto en el factor humano como en la estructura, mejoras en los procesos adecuados a la demanda, con utilización eficiente de recursos económicos y tecnológicos; en resumen, apuntan a dar al usuario lo que necesita en el momento adecuado, a través de la formación de verdaderos equipos de trabajo, reducción y control de los gastos y mejora permanente de la calidad¹³.

Para lograr esto se necesita un compromiso profundo que involucre a todos los actores del sistema de salud, para crear una cultura organizativa con objetivos claros, un estilo de gestión flexible y participativo y comunicaciones fluidas, orientadas hacia la mejora continua; esto debe abarcar a todos los niveles de jerarquía en la organización.

El hospital, como toda empresa, necesita identificar claramente el producto o servicio, los clientes a los que está dirigido, los procesos que utiliza para brindar el servicio, el mercado en el que se desenvuelve, los objetivos a corto y largo plazo y la medida de los recursos adecuados⁴. En el caso del hospital debe destacarse que se trata de una empresa multi-servicios, por la variedad de servicios que brinda.

En toda organización es necesario establecer objetivos, definir estrategias y acciones operativas que conduzcan al logro de resultados, mediante un plan de acción que diseñe y establezca las metas a cumplir, y que defina las responsabilidades de cada miembro en la organización, con un adecuado sistema de información y control que asegure que la implementación de las estrategias se realicen de acuerdo a lo previsto¹¹.

Cuando se habla de gestión de la calidad, se hace referencia a la totalidad de los métodos empleados para lograr su optimización. Las empresas sanitarias¹² requieren un cambio en la cultura, en la estrategia de la organización, sus valores y el estilo de liderazgo,

donde son necesarios directivos "comprometidos" en el proyecto. Sin esto nunca se logrará una empresa que acepte los cambios necesarios para gestionar la calidad: para que todo funcione es indispensable el compromiso y la participación de todos dentro de la empresa.

Existe una serie de discrepancias³⁸ entre lo que quiere el cliente y lo que la dirección del establecimiento interpreta sobre sus expectativas, que pueden ser erróneas, o al contrario, entender lo que el cliente quiere pero no poder brindarlo o establecer planes que sean incapaces de satisfacer al cliente. Otra causa importante de discrepancias es cuando el cliente tiene expectativas superiores al servicio que recibió debido a la publicidad externa; todo esto lleva a que exista una diferencia entre el servicio esperado por el cliente y el servicio que recibió.

El liderazgo es el recurso fundamental para producir el cambio de actitud necesario para transformar la organización y que el compromiso y el entusiasmo se mantengan a lo largo del tiempo. Todo cambio genera siempre temor a lo desconocido, lo que a veces imposibilita o retrasa el cambio, y es necesaria gran energía para contrarrestar la inercia que se opone a él.

Existen dificultades para involucrar a los médicos en la gestión de la calidad, ya que parecen no tomar conciencia de la realidad tanto financiera como técnica que presentan los servicios de salud, que exigen cambios profundos que involucran la estandarización de procedimientos, el diseño de procesos efectivos y eficientes con una reducción en los costos.

Los médicos⁴³ tienen gran influencia en la utilización de los recursos. Están preparados sólo para atender las necesidades de los pacientes, sin tener en cuenta los costos y no tienen ningún tipo de preparación sobre gestión u organización. Consideran la atención del paciente como algo especial que no puede abordarse desde el punto de vista de la gestión o con mentalidad empresarial.

Los médicos temen una pérdida de poder y de autonomía en favor de los gestores y que se limiten sus decisiones; por otra parte, muchos gestores creen que se debe restringir el excesivo poder de los médicos para cumplir con los proyectos. Sin embargo es necesario eliminar las barreras y diferencias que existen entre médicos y gestores y motivarlos a trabajar en equipo, mediante su participación y compromiso.

En el caso de los hospitales los cambios presentan un aspecto externo, en dónde se visualizan los esfuerzos continuos del hospital para adaptarse a un entorno cambiante, sobre el cuál tiene un control limitado; y un aspecto interno, basado en la modificación del comportamiento y las relaciones internas del personal.

Para convertir las empresas en organizaciones inteligentes, en grandes equipos³² que ayuden a la gente a adaptarse a los cambios y reaccionar con mayor agilidad, se requiere de un ciclo profundo de aprendizaje dónde se adquieran nuevas aptitudes y capacidades para reflexionar sobre sus propias ideas.

La búsqueda de atención y utilización de los servicios de salud, es un proceso dinámico y complejo que relaciona al personal de salud con la población, para satisfacer sus necesidades, que se verán influenciadas por aspectos socioculturales, demográficos, económicos, etc.³

Surge así el concepto de “marketing hospitalario”, que se basa en la identificación de las preferencias y necesidades de los pacientes y el conocimiento del mercado en el que desarrolla sus actividades y brinda sus servicios.

El marketing ha cobrado mucha importancia en los últimos años, tanto en empresas públicas cómo privadas, con o sin fines de lucro, dado que se ha comprendido, que las únicas empresas que sobreviven y se desarrollan son las que saben relacionarse con el mercado.¹⁶

En el ámbito sanitario hay una resistencia al empleo del concepto de marketing por asociarlo a los fines de lucro o por identificarlo simplemente con tareas de publicidad²². Se piensa que el marketing se utiliza únicamente en el sector privado y que en la salud pública no es necesario debido a que la atención es gratuita y la demanda y la presión asistencial son excesivas.

Sin embargo todas las organizaciones, incluidas las públicas, utilizan técnicas de marketing bajo distintas denominaciones. Todo hospital cuenta con un “mercado externo”, formado por los clientes reales o potenciales a los cuales van dirigidos los productos sanitarios, y un “mercado interno”, constituido por todos los profesionales y trabajadores de la institución y la forma de organización que tiene el hospital para satisfacer su demanda en base a la macro y micro segmentación del mercado²².

Los servicios que el hospital ofrece a sus usuarios se clasifican desde dos ópticas diferentes, interrelacionadas en base a su oferta y demanda. Deben analizarse los servicios básicos, que son la razón principal por la cuál el cliente acude al hospital, y los servicios periféricos, formados por todas las actividades necesarias para que se cumplan los servicios básicos. Todo esto constituye la oferta global del servicio del hospital.

Es de vital importancia el marketing interno, que revela la situación actual de la empresa para poder adecuar el mercado interno y proyectarlo a las exigencias del mercado externo, y gestionar el recurso humano con el fin de implicar a todos los trabajadores con el propósito de alcanzar una cultura empresarial orientada al mercado.

Muchos profesionales se oponen a la introducción del marketing por considerar que está ligado a actividades comerciales con fines de lucro para conseguir una mejor venta; sin embargo muchos directivos han visto las ventajas de utilizar esta herramienta para hacer frente a los problemas que presentan las instituciones para dar respuesta a las necesidades de sus clientes.

Y al hablar de empresa de servicio: ¿cuál sería el término más apropiado para denominar al destinatario de la atención sanitaria: paciente/cliente/usuario?

El paciente se somete a una relación muy especial con el profesional, se pone en sus manos, delega, acepta la autoridad, confía en que el médico lo atenderá correctamente, porque su ética profesional se lo exige, más allá de los honorarios que percibe³⁷. Es decir que bajo ésta concepción la palabra cliente/usuario excluye el enfoque ético y humanístico que debería poseer todo acto médico.

Para sintetizar lo expuesto podemos resaltar, que el sector sanitario debe sufrir un proceso de transformación profundo y centrar sus organizaciones en el paciente, priorizando el conocimiento de sus necesidades y expectativas, privilegiando la relación médico-paciente, haciendo hincapié en la necesidad de "empatizar con el paciente", desterrando la práctica deshumanizada.

Éste cambio pendiente es cultural, y es uno de los desafíos más importantes que enfrenta hoy el sistema de salud. Todo esto contribuirá a mejorar la calidad de la atención, en beneficio de la población, aumentando su satisfacción.

Formulación de Objetivos

Objetivo General

Evaluar la calidad de la atención médica ambulatoria en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, de la ciudad de Córdoba, mediante la utilización de un estudio de caso, desde la perspectiva de la satisfacción de los familiares de los pacientes.

Objetivos Específicos

- ✓ Conocer las características de la población en estudio, usuaria del servicio.
- ✓ Identificar los distintos factores en la prestación del servicio que son señalados por los familiares de los pacientes como importantes para evaluar la calidad de atención en el servicio.
- ✓ Identificar los principales problemas en la prestación de los servicios percibidos por los familiares de los pacientes.

Metodología

Para obtener una visión integral del funcionamiento y estructura del Hospital Pediátrico del Niño Jesús, de la ciudad de Córdoba, se realizaron entrevistas al personal involucrado a fin de obtener una descripción del proceso al momento de solicitar turnos de atención en los servicios ambulatorios, y así poder analizar la oferta/demanda en relación con el nivel de complejidad de la institución y obtener un diagnóstico de la situación actual del sistema de atención que brinda el hospital. Se solicitó a las autoridades un organigrama funcional.

La investigación de campo se realizó en el hospital en base a un estudio descriptivo correlacional, atendiendo a las cualidades o cantidades independientes de cada una de las variables.

Se incluyeron en el estudio a todos los familiares que acompañaron a pacientes que asistieron a los consultorios externos, en el período comprendido entre junio y agosto de 2007, entre las 08:00 y las 16:00 horas el horario de mayor afluencia de pacientes al hospital.

Se excluyeron del estudio los familiares de pacientes atendidos por el servicio de guardia del hospital e internados. También se excluyeron a aquellos pacientes que no solicitaron turno o que no fueron atendidos por orden de llegada, que por lo general se trató de personas que utilizan canales informales para ser atendidos y cuyas opiniones acerca de la atención pueden no ser objetivas.

La selección se realizó mediante un muestreo aleatorio simple.

Para obtener la información se aplicó una encuesta de opinión anónima a la salida del consultorio, solicitando la participación de los familiares que acudieron a la consulta con el niño. La misma se adaptó de un estudio similar⁶⁰, y constó de preguntas cerradas, en donde se evaluaron aspectos organizativos, accesibilidad y disponibilidad del servicio, calidad de atención médica, trato personal, aspectos físicos de la institución y satisfacción general con

el servicio. Sólo se llenó una encuesta por cada paciente: no se solicitó que dos o más familiares del mismo niño la completaran.

Para describir el perfil socioeconómico de la muestra se tomaron datos de edad, sexo, residencia, grado de instrucción y actividad laboral del familiar entrevistado al momento de la encuesta (ver “Encuesta de opinión a los usuarios sobre la calidad de la atención médica ambulatoria” en Anexos).

En un estudio similar⁴⁴ se determinó que para un error de no más del 3% del puntaje medio y una confianza del 95%, el tamaño muestral adecuado debía ser de al menos 375 encuestas. En base a estos datos, el tamaño de la muestra para este estudio fue de 381 encuestas.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1. Modo en que se solicita turno

Se han definido cinco formas diferentes de solicitar atención médica por parte del usuario. Variable nominal. Puede tomar los siguientes valores:

- Turno anticipado por teléfono
- Turno anticipado acudiendo personalmente al hospital
- Turno en el día por teléfono
- Turno en el día acudiendo personalmente al hospital
- Por orden de llegada el mismo día que se pretende atender.

2. Facilidad para comunicarse por teléfono al hospital

Grado de dificultad para obtener un turno mediante vía telefónica. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, según la calificación del usuario, siendo 1 “muy difícil” y 10 “muy fácil”. Esta variable solamente es valorada por aquellos usuarios que solicitaron turno telefónicamente.

Accesibilidad al servicio

Depende de las cuatro variables siguientes. Se define como la media aritmética de la calificación obtenida por las mismas. Variable ordinal continua. Puede tomar valores entre 1 y 10.

3. Facilidad para conseguir turno médico

Grado de dificultad para obtener el turno médico. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy difícil” y 10 “muy fácil”.

4. Comodidad del horario de atención

Grado de conveniencia del horario de atención. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy incómodo” y 10 “muy cómodo”.

5. Tiempo de espera para atención en recepción

Grado de satisfacción con el tiempo de espera para ser atendido en la recepción del servicio del hospital. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy largo” y 10 “muy corto”.

6. Tiempo de espera para ser atendido por el médico

Grado de satisfacción con el tiempo de espera para ser atendido por el médico. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy largo” y 10 “muy corto”.

Valoración del personal administrativo

Depende de las dos variables siguientes. Se define como la media aritmética de la calificación obtenida por las mismas. Variable ordinal continua. Puede tomar valores entre 1 y 10.

7. Trato de las secretarias

Grado de satisfacción con el trato brindado por el personal administrativo del hospital. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy malo” y 10 “muy bueno”.

8. Información brindada por las secretarias

Grado de satisfacción con la información brindada por el personal administrativo del hospital. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy mala” y 10 “muy buena”.

Valoración del personal médico

Depende de las ocho variables siguientes. Se define como la media aritmética de la calificación obtenida por las mismas. Variable ordinal continua. Puede tomar valores entre 1 y 10.

9. Tiempo que dedicó el médico al paciente

Grado de satisfacción con el período de tiempo que el médico dedicó a la atención del paciente. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy poco” y 10 “adecuado”.

10. Interacción del médico con el acompañante del paciente

Grado de satisfacción del acompañante del paciente respecto de si el médico lo dejó expresarse de acuerdo a sus necesidades y si prestó la debida atención a lo que éste comentaba. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy inadecuada” y 10 “adecuada”.

11. Explicación por parte del médico

Grado de satisfacción con la explicación brindada por el profesional respecto del evento que afecta al paciente y su tratamiento. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy confusa” y 10 “muy clara”.

12. Privacidad durante la consulta

Grado de satisfacción con la privacidad experimentada por el paciente durante la consulta. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy escasa” y 10 “adecuada”.

13. Trato brindado por el médico

Grado de satisfacción con el trato brindado por el profesional, tanto al paciente como a sus acompañantes. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy malo” y 10 “muy bueno”.

14. Capacitación del médico

Grado de satisfacción con la capacitación demostrada por el médico para su desempeño profesional. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy mala” y 10 “muy buena”.

15. Confianza que inspira el médico

Grado de satisfacción con la confianza que el médico inspira, principalmente a los acompañantes del paciente. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy poco confiable” y 10 “muy confiable”.

16. Equipamiento y aparatología médica

Grado de satisfacción con el equipamiento y la aparatología médica disponible en el hospital para ser usada en el paciente. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy deficiente” y 10 “muy adecuada”.

Valoración de la infraestructura hospitalaria

Depende de las cuatro variables siguientes. Se define como la media aritmética de la calificación obtenida por las mismas. Variable ordinal continua. Puede tomar valores entre 1 y 10.

17. Señalización dentro del hospital

Grado de satisfacción con la señalización para ubicarse dentro del hospital. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy deficiente” y 10 “muy adecuada”.

18. Limpieza del hospital

Grado de satisfacción con la limpieza que exhibe el hospital en general. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy desaseado” y 10 “muy aseado”.

19. Limpieza de los sanitarios

Grado de satisfacción con la limpieza que exhiben los sanitarios del hospital disponibles para el paciente y sus acompañantes. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy desaseados” y 10 “muy aseados”.

20. Comodidad del lugar de espera

Grado de satisfacción con las instalaciones destinadas a la espera por parte de los pacientes y sus acompañantes, tanto en las áreas administrativas como en las salas de espera de los consultorios. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy incómodos” y 10 “muy cómodos”.

Valoración del servicio en general

21. Servicio que presta el hospital

Grado de satisfacción con el servicio que brinda el hospital en general, sin incluir la atención médica. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy malo” y 10 “muy bueno”.

22. Servicio y atención del médico

Grado de satisfacción con el servicio y la atención brindados por el médico, en forma general. Variable ordinal. Puede tomar valores entre 1 y 10, siendo 1 “muy malos” y 10 “muy buenos”.

Datos personales

23. Edad

Edad en años del acompañante del paciente que responde la encuesta. Variable cardinal.

24. Sexo

Sexo del acompañante del paciente que responde la encuesta. Variable nominal. Puede tomar los valores “masculino” y “femenino”.

25. Residencia actual

Lugar donde el paciente ha residido en los últimos seis meses. Variable nominal. Puede tomar los siguientes valores:

- Zona urbana de la provincia de Córdoba

- Zona rural de la provincia de Córdoba
- Zona urbana de otra provincia
- Zona rural de otra provincia

26. Nivel de instrucción

Mayor nivel de instrucción alcanzado por el acompañante del paciente que responde la encuesta. Variable nominal. Puede tomar los siguientes valores:

- No sabe leer ni escribir
- Primario incompleto
- Primario completo
- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Terciario/universitario incompleto
- Terciario/universitario completo
- Otros

27. Situación ocupacional

Actividad laboral desempeñada por el acompañante del paciente que responde la encuesta. Variable nominal. Puede tomar los siguientes valores:

- Trabajador en relación de dependencia
- Trabajador por cuenta propia
- Desocupado
- Jubilado/pensionado
- Estudiante
- Ama de casa
- Otra situación

Resultados

Descripción sociodemográfica de la muestra

Se manifiesta un notable predominio de adultos de sexo femenino acompañando al niño a la consulta, 86,1% contra un 13,9% de sexo masculino.

La edad promedio de los encuestados es de 30,6 años, con un rango de 18-58 años.

En cuanto al nivel de instrucción, el 41,7% sólo había cursado estudios primarios, y sólo el 5,5% del total no los había concluido. El 50,9% cursó estudios secundarios, pero sólo el 20,5% los había completado. El 7,1% tenía estudios terciarios y universitarios. No se registraron analfabetos en la muestra.

En relación al lugar de residencia, en el 98,7% de los casos el encuestado residía en áreas urbanas de la provincia de Córdoba, y apenas el 1,3% lo hacía en áreas rurales. No consultaron residentes de otras provincias.

Con respecto a la actividad laboral de los acompañantes a la consulta, en el 65,2% de los casos se trataba de amas de casa, el 14,0% trabajadores en relación de dependencia, 10,6% desocupados, 8,4% cuentapropistas y 1,8% estudiantes.

Descripción estadística de la muestra

Accesibilidad al servicio

1. Método empleado para solicitar un turno

Ante la pregunta “¿Cómo solicita atención en el hospital” (pregunta n° 1 de la encuesta de opinión, ver anexo), sólo 1 (0,3%) respondió que lo hacía en forma telefónica. El 63,5% solicitaba turno en el día y el 8,9% lo hacía en forma anticipada, mientras que el 27,3% era atendido por orden de llegada el mismo día que se pretendía atender (ver Gráfico N° 1).

2. Accesibilidad telefónica

Ante la consigna “Si solicita el turno por teléfono, indique el grado de facilidad para comunicarse con el hospital”, la única persona que lo hizo de esta manera calificó la misma con un 9.

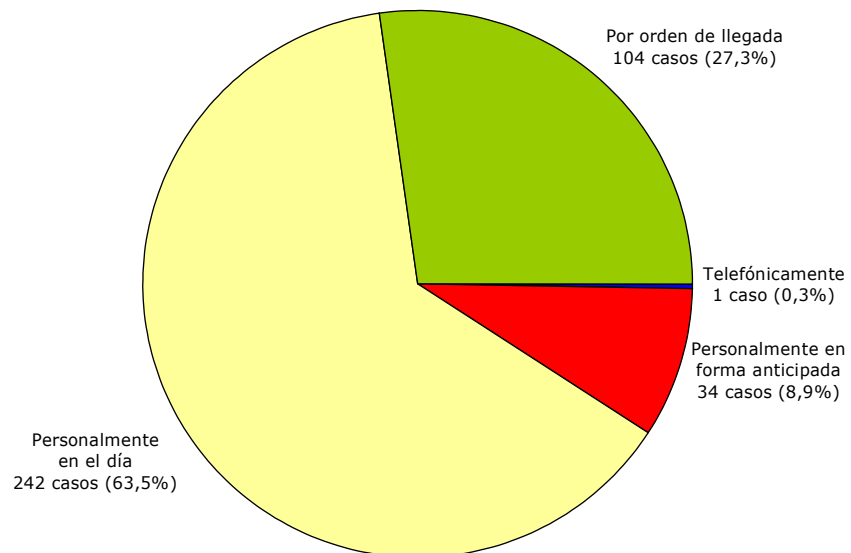
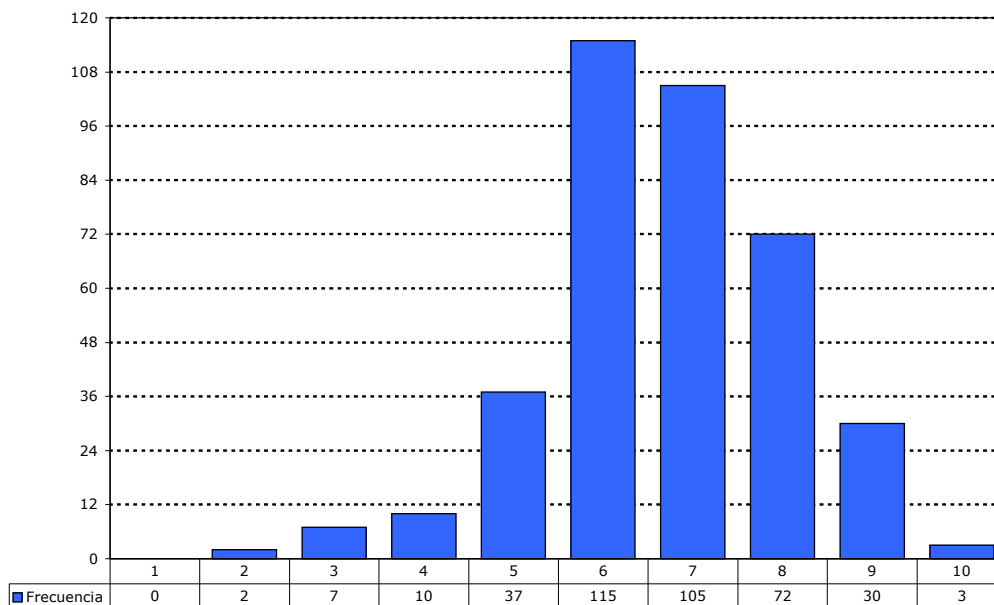


Gráfico N° 1. Método empleado para solicitar turno por las personas que acompañaron a los niños a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

Accesibilidad al servicio

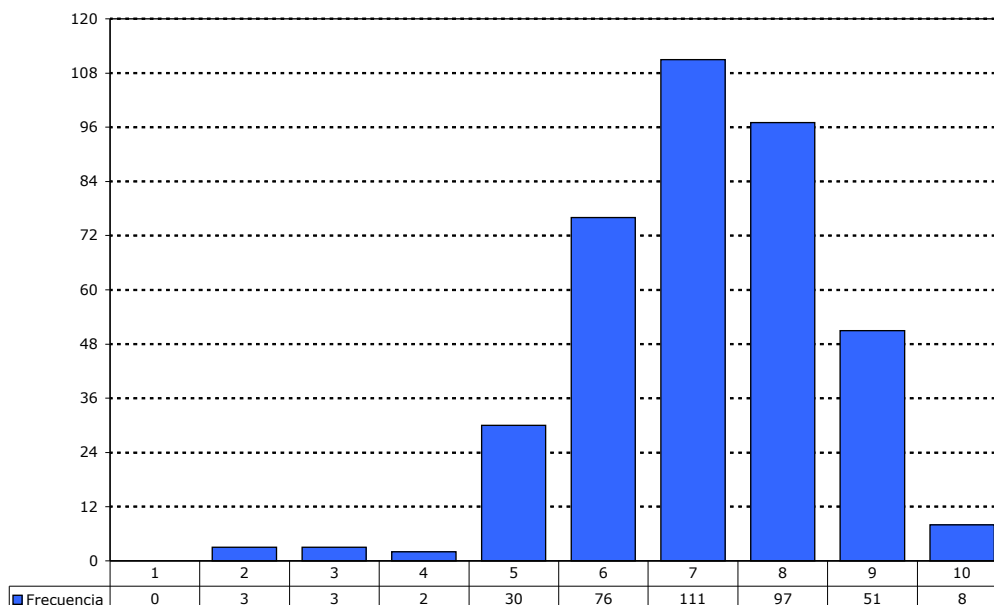
3. Facilidad para conseguir turno médico



Al momento de calificar la facilidad para conseguir turno médico, la media obtenida fue de 6,70 ($\pm 1,36$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 2.

Gráfico N° 2. Distribución de frecuencias de la facilidad para conseguir turno médico por parte de las personas que acompañaron a los niños a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

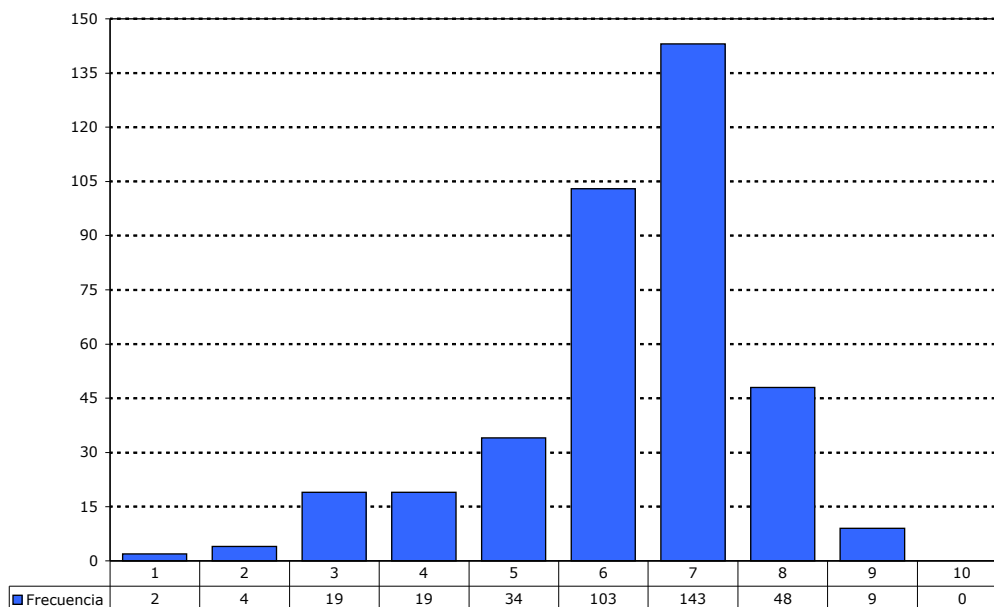
4. Comodidad del horario de atención



Respecto de la calificación de la comodidad del horario de atención, la media obtenida fue de 7,14 ($\pm 1,36$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 3.

Gráfico N° 3. Distribución de frecuencias de la comodidad del horario de atención percibida por parte de las personas que acompañaron a los niños a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

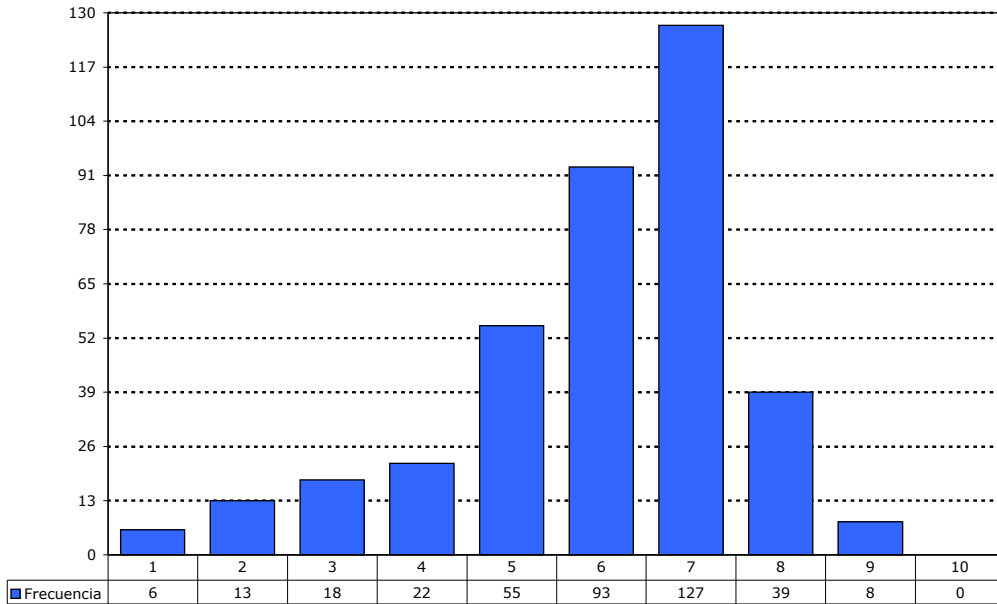
5. Tiempo de espera para atención en recepción



En cuanto a la calificación del tiempo de espera para atención en la recepción, la media obtenida fue de 6,29 ($\pm 1,43$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 4.

Gráfico N° 4. Distribución de frecuencias del tiempo de espera para atención en recepción por parte de las personas que acompañaron a los niños a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

6. Tiempo de espera para ser atendido por el médico

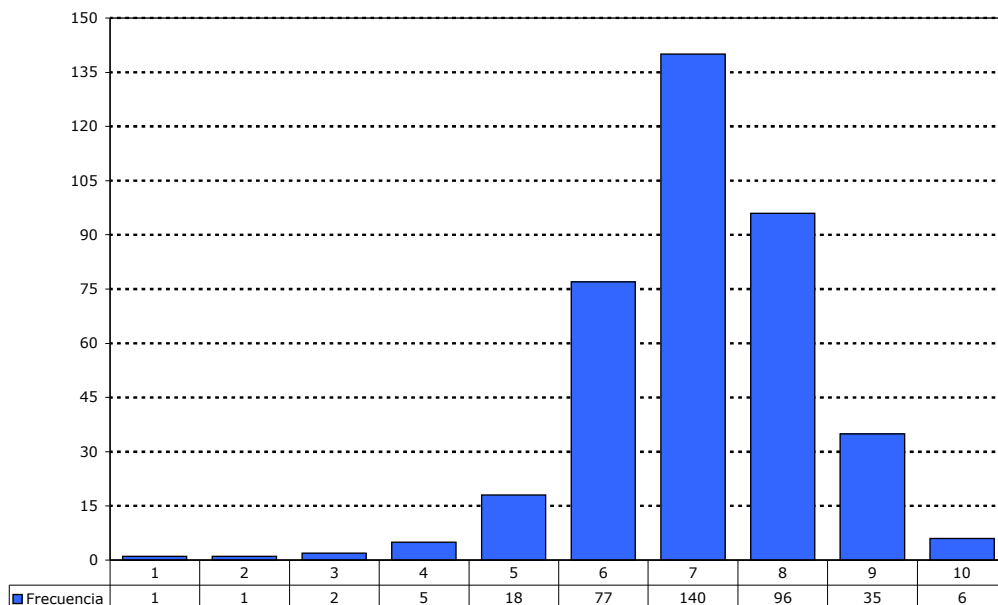


Al momento de calificar el tiempo de espera para ser atendido por el médico, la media obtenida fue de 5,98 (\pm 1,64). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 5.

Gráfico N° 5. Distribución de frecuencias del tiempo de espera para ser atendida por el médico por parte de las personas que acompañaron a los niños a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

Valoración del personal administrativo

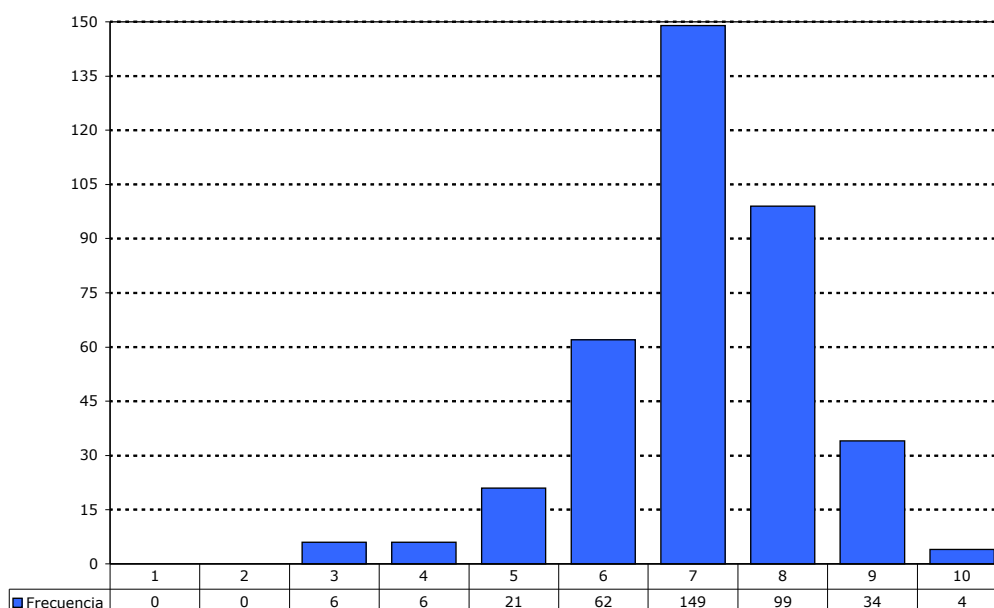
7. Trato de las secretarias



Respecto de la calificación del trato de las secretarias, la media obtenida fue de 7,10 ($\pm 1,23$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 6.

Gráfico N° 6. Distribución de frecuencias del trato de las secretarias percibido por parte de las personas que acompañaron a los niños a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

8. Información brindada por las secretarias

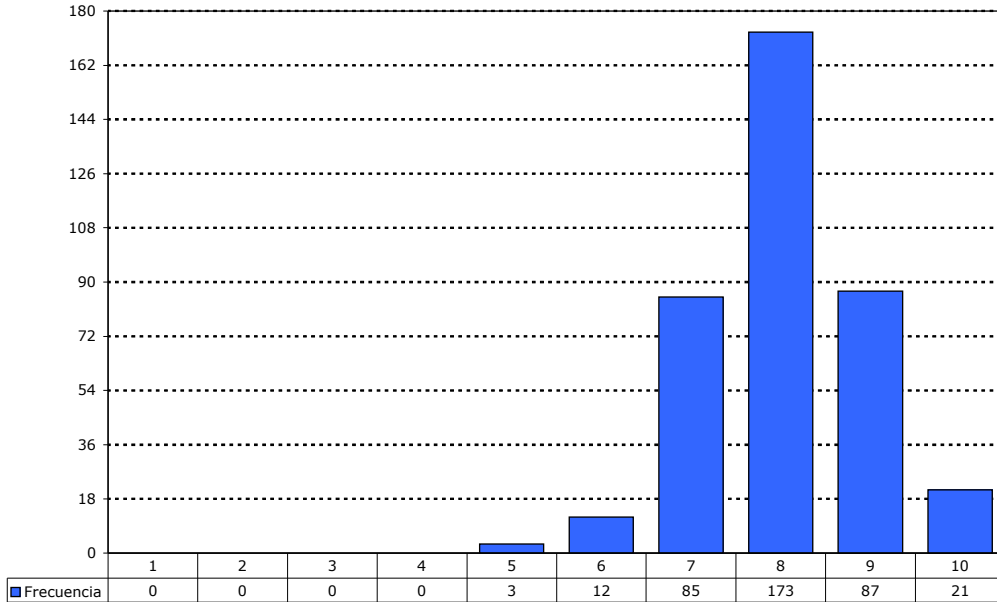


En cuanto a la calificación de la información brindada por las secretarias, la media obtenida fue de 7,09 ($\pm 1,22$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 7.

Gráfico N° 7. Distribución de frecuencias de la calidad de la información brindada por las secretarias percibida por parte de las personas que acompañaron a los niños a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

Valoración del personal médico

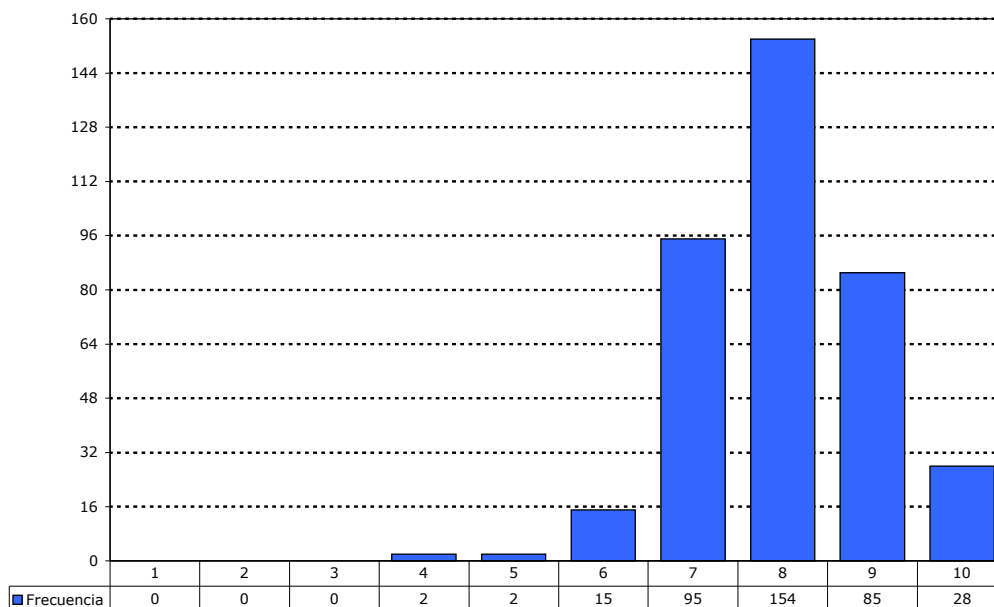
9. Tiempo que dedicó el médico



Al momento de calificar el tiempo que le dedicó el médico a su paciente, la media obtenida fue de 8,03 ($\pm 0,93$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 8.

Gráfico N° 8. Distribución de frecuencias de la calificación del tiempo dedicado por parte del médico al paciente, parte de las personas que acompañaron a los niños a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

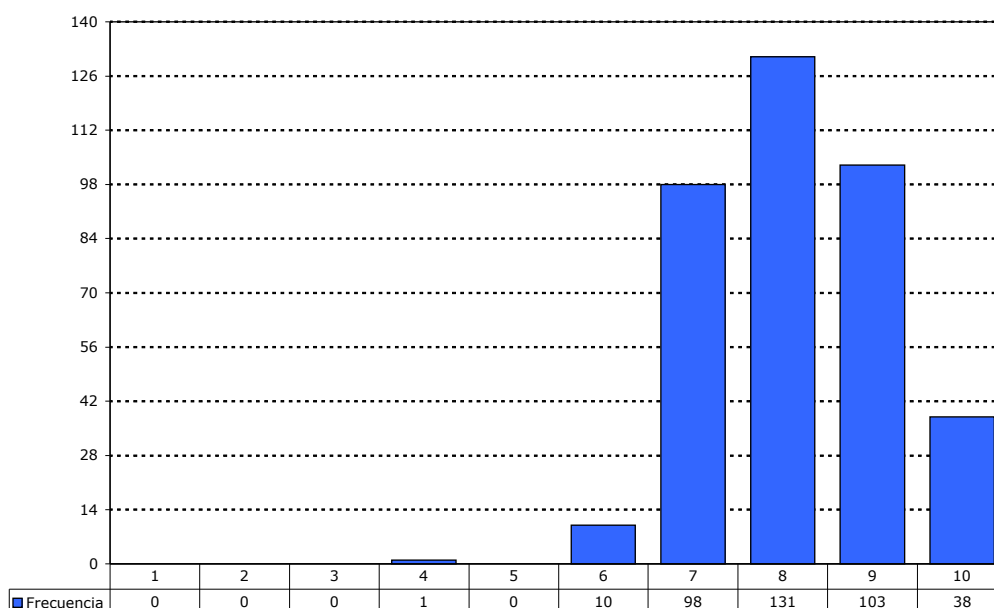
10. Interacción del médico con el acompañante del paciente



Respecto de la calificación de cómo interactuó el médico con el acompañante del paciente, la media obtenida fue de 8,01 ($\pm 1,03$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 9.

Gráfico N° 9. Distribución de frecuencias de la calificación de la manera que interactuó el médico con los acompañantes del paciente, por parte de éste. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

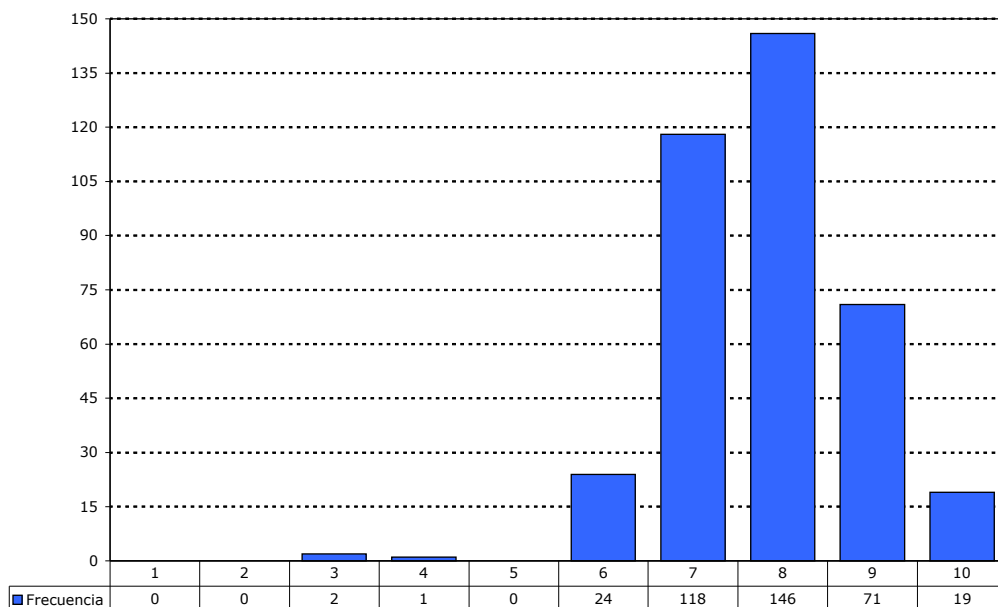
11. Explicación por parte del médico



En cuanto a la calificación de la explicación brindada por el médico al acompañante del paciente, la media obtenida fue de 8,15 ($\pm 1,03$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 10.

Gráfico N° 10. Distribución de frecuencias de la calificación a la explicación brindada por el médico al acompañante del paciente, por parte de éste. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

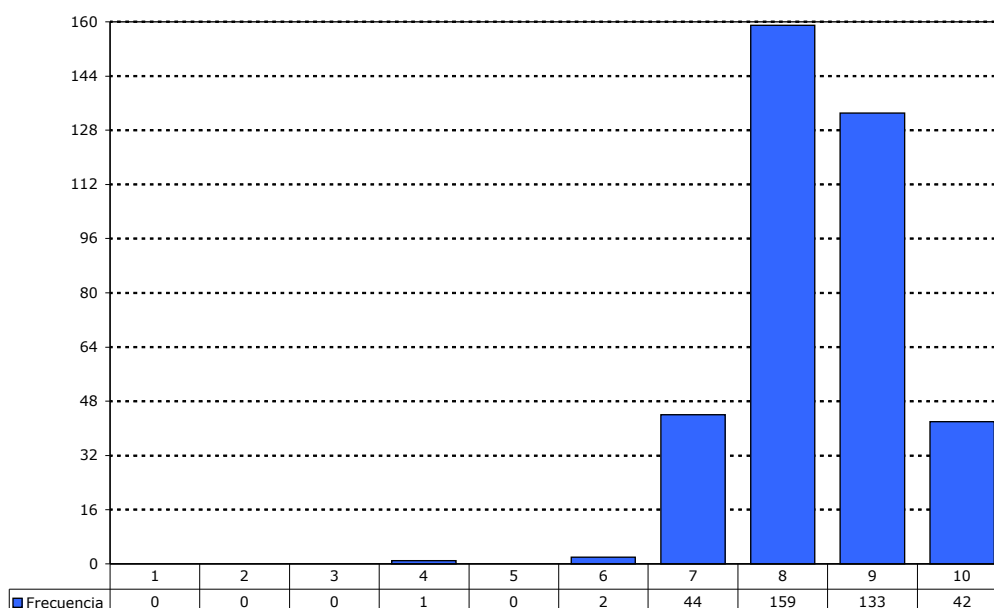
12. Privacidad durante la consulta



Respecto de la calificación de la privacidad durante la consulta, la media obtenida fue de 7,81 ($\pm 1,04$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 11.

Gráfico N° 11. Distribución de frecuencias de la calificación a la privacidad experimentada durante la consulta por parte del acompañante del paciente. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

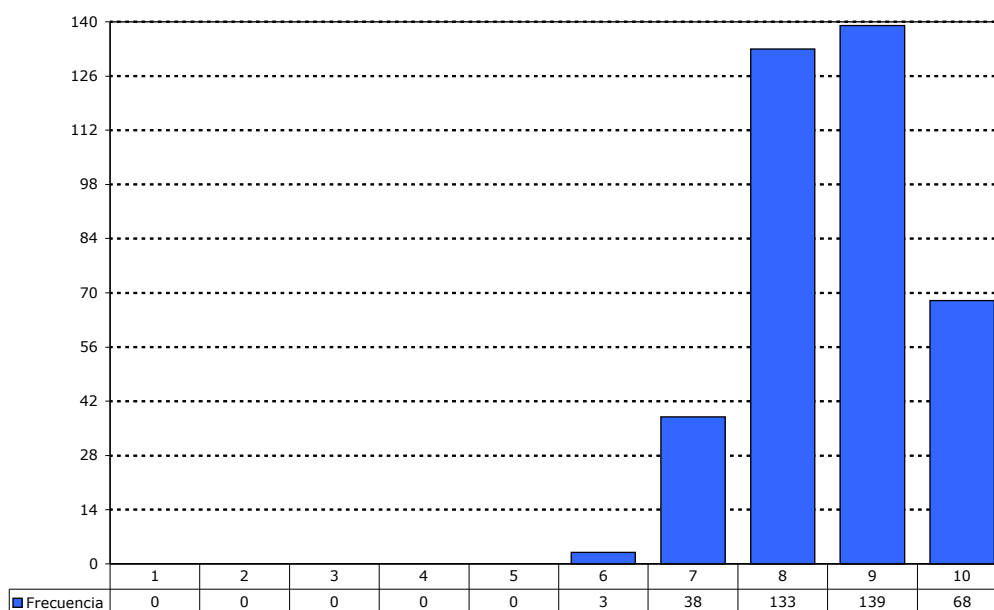
13. Trato del médico



Al momento de calificar el trato brindado por el médico, la media obtenida fue de 8,43 ($\pm 0,88$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 12.

Gráfico N° 12. Distribución de frecuencias de la calificación al trato del médico durante la consulta por parte del acompañante del paciente. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

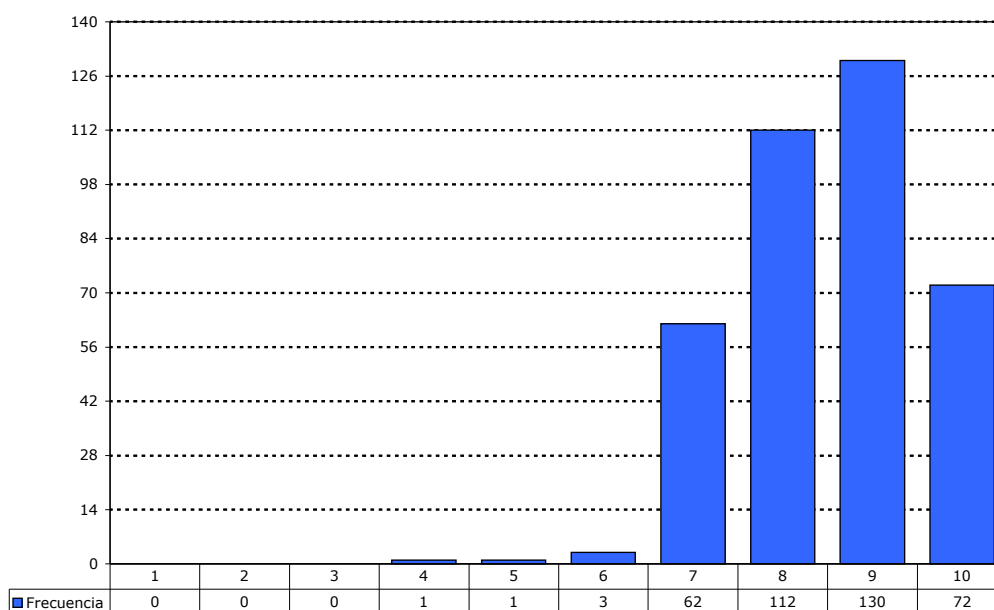
14. Capacitación del médico



En cuanto a la calificación de la capacitación del médico, la media obtenida fue de 8,61 ($\pm 0,92$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 13.

Gráfico N° 13. Distribución de frecuencias de la calificación a la capacitación del médico por parte del acompañante del paciente. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

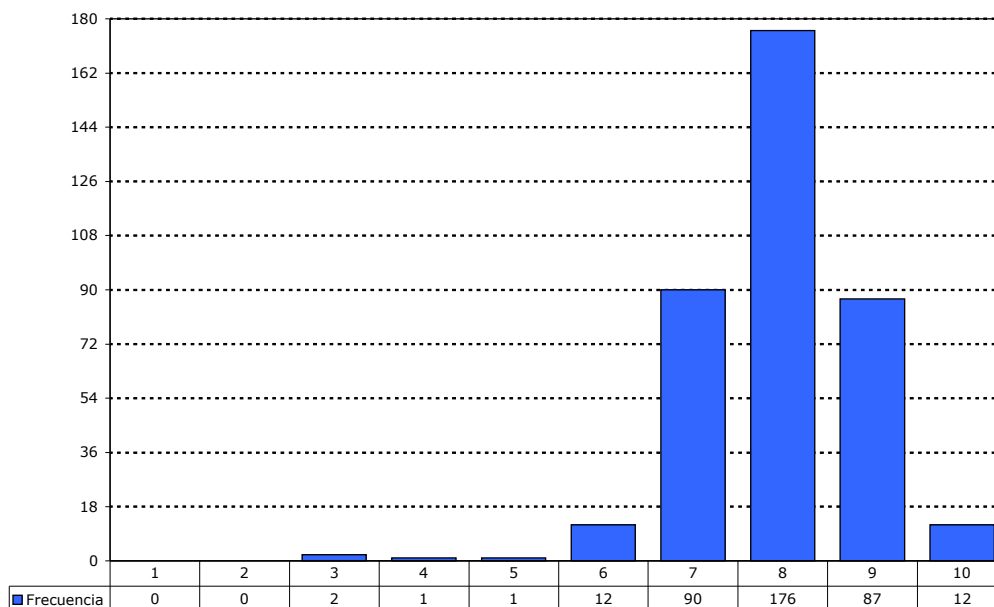
15. Confianza que inspira el médico



Al momento de calificar al confianza que inspira el médico en la consulta, la media obtenida fue de 8,52 (\pm 1,04). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 14.

Gráfico N° 14. Distribución de frecuencias de la calificación a la confianza que inspira el médico por parte del acompañante del paciente a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

16. Equipamiento y aparatología médica

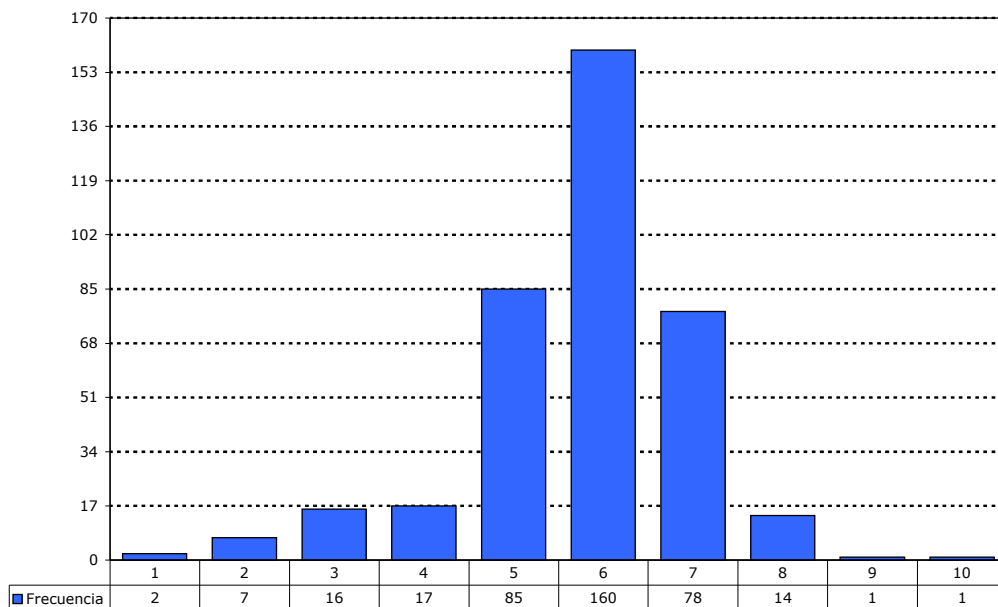


Respecto de la calificación del equipamiento y la aparatología disponible, la media obtenida fue de 7,95 ($\pm 0,96$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 15.

Gráfico N° 15. Distribución de frecuencias de la calificación al equipamiento y la aparatología médicas disponibles, por parte del acompañante del paciente a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

Valoración de la infraestructura hospitalaria

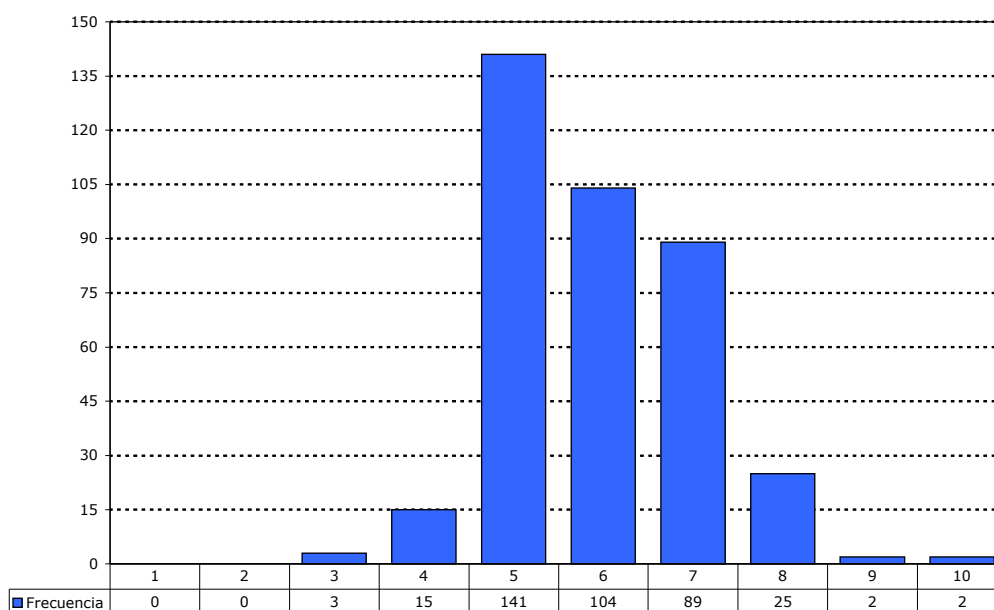
17. Señalización dentro del hospital



En cuanto a la calificación de la señalización para ubicarse dentro del hospital, la media obtenida fue de 5,76 ($\pm 1,25$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 16.

Gráfico N° 16. Distribución de frecuencias de la calificación a la señalización dentro del hospital, por parte del acompañante del paciente a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

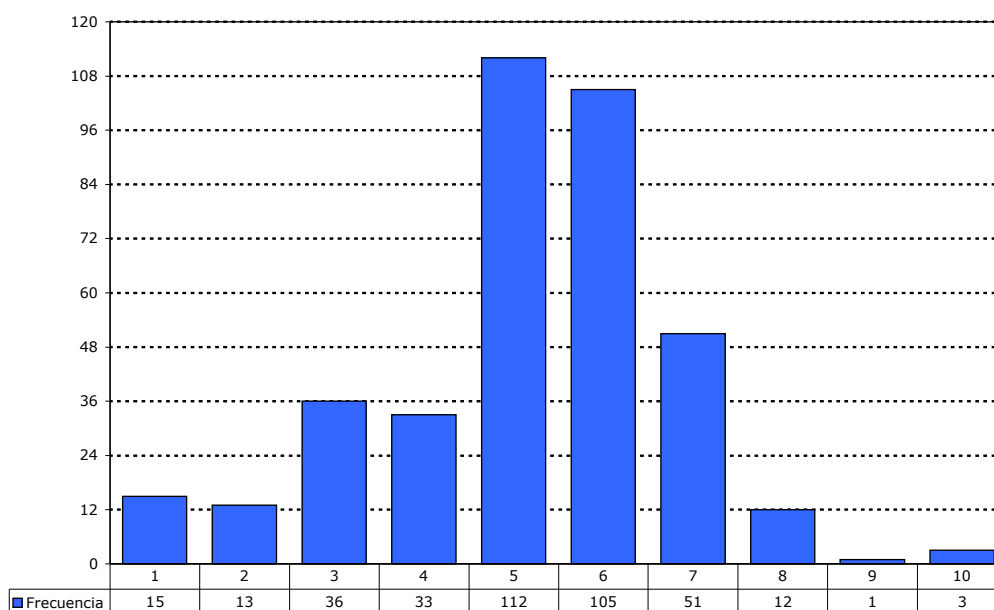
18. Limpieza del hospital



Al momento de calificar la limpieza del hospital, la media obtenida fue de 5,93 (\pm 1,11). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 17.

Gráfico N° 17. Distribución de frecuencias de la calificación a la limpieza del hospital, por parte del acompañante del paciente a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

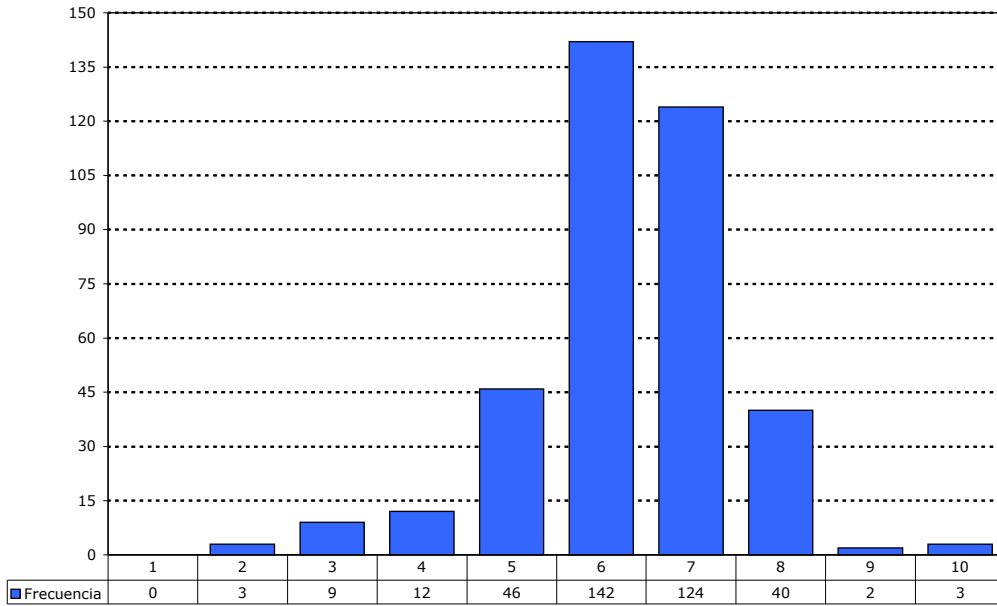
19. Limpieza de los sanitarios



Respecto de la calificación de la limpieza de los sanitarios del hospital, la media obtenida fue de 5,15 ($\pm 1,65$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 18.

Gráfico N° 18. Distribución de frecuencias de la calificación a la limpieza de los sanitarios del hospital, por parte del acompañante del paciente a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

20. Comodidad del lugar de espera

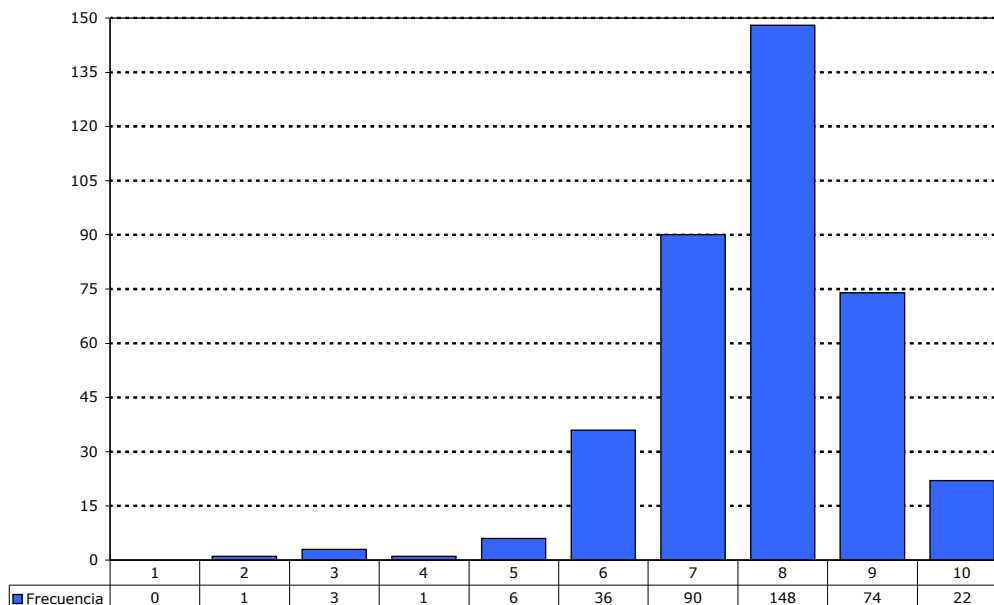


En cuanto a la comodidad de los lugares de espera dentro del hospital, la media obtenida de las calificaciones fue de 6,30 ($\pm 1,19$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 19.

Gráfico N° 19. Distribución de frecuencias de la calificación a la comodidad de los lugares de espera dentro del hospital, por parte del acompañante del paciente a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

Valoración del servicio en general

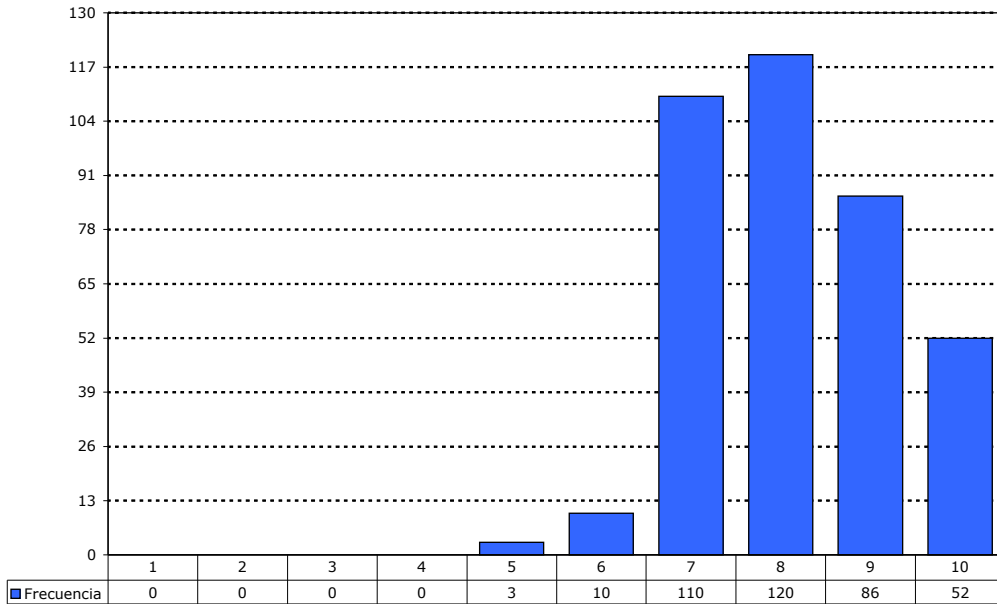
21. Servicio que presta el hospital



Al momento de calificar el servicio que presta el hospital, la media obtenida fue de 7,77 ($\pm 1,21$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 20.

Gráfico N° 20. Distribución de frecuencias de la calificación al servicio que presta el hospital, por parte del acompañante del paciente a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

22. Servicio y atención del médico



Respecto del servicio y la atención brindada por el médico, la media obtenida de las calificaciones fue de 8,13 ($\pm 1,11$). La distribución de frecuencias puede observarse en el Gráfico N° 21.

Gráfico N° 21. Distribución de frecuencias de la calificación al servicio y la atención que presta el médico, por parte del acompañante del paciente a la consulta. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

En la Tabla N° 1 se resumen los valores de las medias de cada una de las variables previamente analizadas.

Tabla N° 1. Medias obtenidas para las distintas variables consideradas en la encuesta de opinión. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

Variable	Media
Facilidad para conseguir turno médico	6,70 (\pm 1,36)
Comodidad del horario de atención	7,14 (\pm 1,36)
Tiempo de espera para atención en recepción	6,29 (\pm 1,43)
Tiempo de espera para ser atendido por el médico	5,98 (\pm 1,64)
Trato de las secretarias	7,10 (\pm 1,23)
Información brindada por las secretarias a los pacientes	7,09 (\pm 1,22)
Tiempo que dedicó el médico	8,03 (\pm 0,93)
Interacción del médico con el acompañante del paciente	8,01 (\pm 1,03)
Explicación por parte del médico	8,15 (\pm 1,03)
Privacidad durante la consulta	7,81 (\pm 1,04)
Trato del médico	8,43 (\pm 0,88)
Capacitación del médico	8,61 (\pm 0,92)
Confianza que inspira el médico	8,52 (\pm 1,04)
Equipamiento y aparatología médica	7,95 (\pm 0,96)
Señalización dentro del hospital	5,76 (\pm 1,25)
Limpieza del hospital	5,93 (\pm 1,11)
Limpieza de los sanitarios	5,15 (\pm 1,65)
Comodidad del lugar de espera	6,30 (\pm 1,19)
Servicio que presta el hospital	7,77 (\pm 1,21)
Servicio y atención del médico	8,13 (\pm 1,11)

Descripción estadística de la muestra por ítems agrupados

Si se agrupan los ítems antes analizados en función de su relación ya definida, se encuentran las siguientes medias:

Accesibilidad al servicio (que agrupa Facilidad para conseguir turno médico, Comodidad del horario de atención, Tiempo de espera para atención en recepción y Tiempo de espera para ser atendido por el médico): 6,53 (\pm 1,51).

Valoración del personal administrativo (que agrupa Trato de las secretarias e Información brindada por las secretarias a los pacientes): 7,09 (\pm 1,22).

Valoración del personal médico (que agrupa Tiempo que dedicó el médico, Interacción del médico con el acompañante del paciente, Explicación por parte del médico, Privacidad durante la consulta, Trato del médico, Capacitación del médico, Confianza que inspira el médico y Equipamiento y aparatología médica): 8,19 (\pm 1,02).

Valoración de la infraestructura hospitalaria (que agrupa Señalización dentro del hospital, Limpieza del hospital, Limpieza de los sanitarios y Comodidad del lugar de espera): 5,78 (\pm 1,38).

En la Tabla N° 2 se resumen los valores de las medias de cada uno de estos ítems agrupados.

Tabla N° 2. Medias obtenidas para los distintos ítems agrupados de las variables consideradas en la encuesta de opinión. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

Ítem	Media
Accesibilidad al servicio	6,53 (± 1,51)
Valoración del personal administrativo	7,09 (± 1,22)
Valoración del personal médico	8,19 (± 1,02)
Valoración de la infraestructura hospitalaria	5,78 (± 1,38)
Todos los ítems excepto "Valoración del personal médico"	6,34 (±1,49)

Se calculó el coeficiente de correlación entre cada uno de estos ítems agrupados (excepto el último) y la valoración del servicio del hospital y la del servicio y la atención del médico, para determinar la relación entre cada uno de los primeros respecto de cada una de éstas. En la Tabla N° 3 se exponen los resultados.

Tabla N° 3. Coeficiente de correlación entre los ítems agrupados respecto de la valoración del servicio del hospital y la del servicio y atención del médico. Hospital Pediátrico del Niño Jesús. Junio-Agosto de 2007. N = 381.

Ítem agrupado respecto de	Servicio del hospital	Serv. y atención del médico
Accesibilidad al servicio	0,33301	0,09272
Valorac. personal administrativo	0,14030	0,39624
Valorac. personal médico	0,00864	0,62793
Valorac. infraestruct. hospitalaria	0,37775	0,15426

Discusión

Se han utilizado diversos métodos para medir el grado de satisfacción de los usuarios respecto de la asistencia recibida⁴⁵ y, en particular las encuestas, que son utilizadas habitualmente en Atención Primaria de la Salud como soporte de diversos estudios de investigación⁴⁶. Es indudable que la interpretación y análisis de una encuesta para medir opiniones conllevan necesariamente un cierto grado de subjetividad. A fin de minimizar este aspecto se han desarrollado y aplicado al campo sanitario herramientas propias de las ciencias sociales.

Donabedián¹⁵ afirma que es imposible describir correctamente la calidad sin contar con el punto de vista del usuario. También refiere que al evaluar la calidad de la atención médica existe una parte técnica y una interpersonal, que es la que los usuarios juzgan.

Este estudio refiere que la satisfacción de los acompañantes del paciente con la atención del hospital en general es positiva, y coinciden en una alta valoración en una buena proporción de las variables analizadas. Estos hallazgos son similares a los de otros estudios de satisfacción realizados por diversos autores^{47,48}

Entre las variables que fueron mejor valoradas y que más influyen en la satisfacción de los acompañantes del paciente están la capacitación del médico, su trato y la confianza que éste inspira. El médico en general, con una formación adecuada y con el conocimiento de los problemas médicos, y muchas veces sociales, del paciente, logra establecer una muy buena relación con éste; desde este punto de vista se cumple con uno de los aspectos interpersonales de la calidad de atención. Estos resultados coinciden con otras descripciones que marcan una tendencia positiva de buenas opiniones⁴⁹. Sin embargo, algunos autores⁵⁰ obtuvieron resultados diferentes en los pacientes afiliados a un sistema de seguridad social donde el mayor porcentaje de insatisfacción se

relacionó con la información médica y la relación médico-paciente. Estos hallazgos fueron también corroborados cuando se estudió comparativamente el grado de satisfacción en centros médicos de la seguridad social y en centros públicos de pacientes sin cobertura asistencial⁵¹. Probablemente el nivel cultural de los pacientes con cobertura, en términos generales, es más alto y expresan su descontento con mayor facilidad.

La variable relacionada con la atención del médico peor valorada por los acompañantes del paciente y que influye negativamente en la satisfacción es el tiempo de espera para ser atendido por el profesional; sólo recibieron una valoración más baja tres variables relacionadas con la infraestructura edilicia del hospital: la señalización, la limpieza del hospital y la limpieza de los sanitarios. El estudio sugiere que los usuarios solicitan servicios que den una respuesta cada vez más rápida, incluso inmediata, a sus necesidades de salud, lo que contrasta con la excesiva burocracia de algunos circuitos del sistema de atención del hospital. Por otra parte, algunos elementos que influyen negativamente podrían ser la descoordinación del personal, el mal sistema de priorización de los enfermos, la falta de ordenamiento de turnos y una sobredemanda de pacientes.

Estos resultados son similares a los de otros estudios⁵² que muestran como principal motivo de reclamación la demora en la asistencia. El tiempo de espera percibido por los usuarios puede estar sobrestimado por la ansiedad y la incertidumbre, y por ser un tiempo de espera no ocupado ni explicado⁵³.

Con respecto a la satisfacción en general que brinda el hospital (excluidas las relacionadas con la atención médica), las características que se destacan y que son mejor valoradas por los acompañantes de los pacientes son la comodidad del horario de atención y el trato y la información brindados por el personal administrativo. Como ya se dijo arriba, las variables que más

negativamente influyen en la satisfacción de los usuarios son la señalización, la limpieza del hospital y la limpieza de los sanitarios. El uso de las instalaciones durante muchos años las ha deteriorado, la cual se ve agravada por la permanencia prolongada de los usuarios, lo que causa una sobreutilización de las instalaciones.

Conclusiones

En la actualidad, en las instituciones sanitarias públicas y privadas, existe un creciente interés por evaluar los distintos aspectos relacionados con la calidad de la atención.

La calidad de los diferentes servicios ofrecidos por el hospital incide en la calidad percibida en forma global, siendo esta última una combinación de las evaluaciones de los aspectos parciales que intervienen en el servicio. Puede notarse que la media de las calificaciones de las distintas variables directamente relacionadas con la actividad de los médicos es muy similar a la media de las calificaciones del ítem general "Servicio y atención del médico": 8,19 ($\pm 1,02$) contra 8,13 ($\pm 1,11$). Cuando se hace un análisis similar de las medias de las variables no directamente relacionadas con la actividad médica y el ítem general "Servicio que presta el hospital", se observa una diferencia sustancial: 6,34 ($\pm 1,49$) contra 7,77 (1,21). Puede ocurrir que el apropiado desempeño médico influye muy positivamente en el concepto general de los servicios brindados por la institución.

En general existe un gran acuerdo entre los pacientes y los profesionales acerca de lo que significa una buena actuación médica.

Aunque los pacientes dan mayor importancia a la habilidad del médico para relacionarse con ellos, y los médicos a su habilidad para trabajar en armonía con sus colegas, ambos grupos concuerdan en que lo más importante es un alto nivel de competencia clínica ejercida de una manera responsable.

La satisfacción del paciente no es necesariamente un indicador de la calidad técnica del cuidado médico, pero la atención a las necesidades del paciente es un aspecto importante del cuidado, y su satisfacción es un objeto muy tenido en cuenta, además de la actuación técnica.

La satisfacción del paciente tiene también algunas limitaciones como medida de calidad. El público en general posee poca información y una comprensión incompleta de la ciencia y la tecnología de la atención, de manera que sus juicios en relación con estos aspectos pueden ser deficientes.

La satisfacción del paciente tiene además otro papel dentro de la valoración de la calidad de la atención. Puede verse cómo el juicio que se hace sobre la calidad o bondad de la atención expresa su evaluación en “satisfacción” o “insatisfacción”. Éstas se relacionan con los escenarios y las amenidades de la atención, con aspectos del tratamiento técnico, con características de la atención interpersonal y con las consecuencias físicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de dicho cuidado. Un balance subjetivo de estos juicios detallados representaría la satisfacción total del paciente.

La satisfacción del paciente es además una buena medida de la calidad de atención, porque informa sobre el éxito del médico y/o de la institución para alcanzar los valores y expectativas del paciente. Es, por lo tanto, un instrumento valioso para la investigación, administración y planeamiento, tanto en los sistemas de salud como en las instituciones prestadoras de salud que la integran.

En cuanto al sector analizado en este estudio, se destaca la importancia que tiene la calidad del servicio del médico para los acompañantes del paciente y su influencia en la satisfacción, existiendo en general una alta valoración de todas las variables relacionadas con este aspecto.

En base a las perspectivas de los acompañantes del enfermo, la relación médico-paciente es la dimensión que más influencia tiene en el logro de la satisfacción por parte de aquellos.

En función de los resultados obtenidos, se destaca que es factible utilizar el estudio de la satisfacción del paciente como un indicador de la calidad de la atención del hospital.

Las organizaciones de salud que apuesten a la subsistencia y al crecimiento necesitan apoyarse cada vez más en herramientas y técnicas de gestión de la calidad y deben desarrollar nuevos climas organizativos y valores corporativos que comprometan, muy especialmente, a los médicos en la gestión del cambio. Las mejoras en la gestión que exige el entorno actual llevan tiempo y deben prever un cambio cultural organizado que las sustente.

Bibliografía

- 1- Agreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *An Sist San Navarra* 2001; 24(supl. 2):65-72.
- 2- Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre utilización de Servicios de Salud: Revisión y Análisis. *Salud Pública de México* 1992 ene/feb; 34 (1):25-35.
- 3- Asenjo Sebastián MA, Bohigas L, Trilla A, Prat A. *Gestión Diaria del Hospital*. 2º ed. Barcelona: Masson, 2001. p. 285.
- 4- Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J, et al. Del " cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 1997 sep-oct.; 39(5):442-450.
- 5- Burbinski B, Naser MA. Reflexiones acerca de la relación médico-paciente. *Rev Arch Argent Pediatric* 1999:p43.
- 6- Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Artículo de Opinión. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-279.
- 7- Cetrángolo O, Devoto F. Organización de la Salud en la Argentina y Equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual, paper presentado en el taller "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health" , Toronto: 2003.
- 8- Ceriani Cernadas JM. Los cambios en el ejercicio de la medicina, la dignidad de la profesión médica y el cuidado de la salud de la población. *Arch Arg Pediatr* 1998; 96:210-213.
- 9- Corella JM. *La Gestión de Servicios de Salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1996. p. 338.

- 10-Del Ilano Señarís J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Núñez-Cortés JM, Gene Badía J. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998.
- 11-Díaz CA. La Empresa Sanitaria Moderna. Cómo crear nuestra propia bestia sistémica. Buenos Aires: Fundación Isalud Argentina, 2001. (Serie Ediciones Isalud N° 4). p. 25.
- 12-Dresch SY et al. Criterio Médico. Definición, proceso y evaluación. Arch Arg Pediatr 1998; 96:108 Artículo especial 2da parte.
- 13-Donabedian A. Garantía y Monitoria de Calidad de la Atención Médica: Un texto Introductorio. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1990.
- 14-Errasti F. Principios de Gestión Sanitaria. Madrid; Díaz de Santos. Madrid, 1997. p. 279.
- 15-Gallego Riostra S. La relación médico-enfermo ante los avances científicos. Perspectivas de futuro. Revista de Administración Sanitaria 2002 Jul/Sept; VI(23):109.
- 16- Hamilton, Gabriela. Exclusión de la protección social en salud en Argentina: tres enfoques metodológicos. En: Jornadas Gino Germani.IIFCS. Buenos Aires; Instituto de Investigaciones Gino Germani, 2001 p.37. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/hamilton.rtf>
- 17-Infante A, De La Mata I, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el caribe: situación y tendencias. Rev Panam Salud Pública 2000 Julio/Agos; 8 (1/2):13-20.
- 18-Kliksberg B. Los escenarios sociales en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública 2000 Julio/Agos; (1/2)105-111.

- 19-Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. Marketing Sanitario. Madrid: Díaz de Santos, 1994. p. 03
- 20-La Voz del Interior (on line). Dos millones de cordobeses acuden a la salud pública. 6 de Julio 2002.
- 21-La Voz del Interior (on line). Ineficiencia del gasto sanitario. 16 de abril 2002.
- 22-La Voz del Interior (on line). Inequidad y Desarrollo Infantil. 23 de febrero 2003.
- 23-La Voz del Interior (on line). Médicos vencidos por el estrés. 16 de Marzo 2003.
- 24-Malagón-Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. Garantía de Calidad en Salud 2001. Madrid: Médica Panamericana, 1999. p. 139
- 25-Ocampo-Martínez J. La bioética y la relación médico-paciente. Rev Cirugía y Cirujanos 2002 enero/marzo;
- 26-Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000.
- 27-Prados Castillejo JA, CebriA Andreu J, Bosch Fontcuberta JM. Comunicación Centrada en el paciente: una aplicación clínica. FMC 2000; 7(2):83-95.
- 28-Ansolabehere K, Dufour G, Lupica C, Potenza F. Descentralización de la Salud Pública en los noventa: Una reforma a mitad de camino 2001. Buenos Aires: Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia, 2001 Serie: Documento n° 55. p.101 Disponible en: <http://faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt55.PDF>

- 29-Senge, P. La quinta disciplina. Barcelona: Granica, 1992. p. 179.
- 30-Sabulsky J. Investigación científica en salud-enfermedad. 4º ed. Córdoba: SIMA, 2002. 388 p.
- 31-Temes Montes JL, Aldeguer Vivente P, Díaz Fernández JL. Manual de Gestión Hospitalaria. 2º ed. Madrid; McGraw-Hill-Interamericana, 1997. p. 33-35.
- 32-Torres R. et al. Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires; Fundación Isalud Argentina, 2001. (Serie: Ediciones Isalud N° 3).
- 33-Grupo de consenso de Atención Primaria. Un modelo de atención en crisis. Documento Definitivo. Aprobado en Guijón el 10 de noviembre del 2000. España: Sociedad Española de medicina de familia y comunitaria. Semergen. Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, 2000. p.14
- 34-Varo J. Gestión estratégica de la calidad de los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid; Díaz de Santos, 1994. p. 160-2.
- 35-Zeithaml Valarie A, Parasuraman A, Berry Leonard L. Calidad total en la Gestión de Servicios. Madrid; Díaz de Santos, 1993. p. 41.
- 36-Crocco P, Schroeder P, Villen MT, Yen E. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica 2000 July/Aug; 8(1):135-139.
- 37-Ureña V. La calidad de la atención sanitaria: definición, historia y conceptos básicos. Calidad y Riesgo. 2001; 1: 46-66.
- 38- Rodríguez-Weber M, López-Candiani C. Satisfacción de usuarios de consulta externa de especialidad en el Instituto

Nacional de Pediatría. Acta Pediátr Méx 2002 ene-feb; 23(1):12-17.

- 39-Grupo de Consenso de Atención Primaria. Un modelo de atención en crisis. Documento Definitivo. Aprobado en Guijón el 10 de noviembre del 2000. España: Sociedad Española de medicina de familia y comunitaria. Semergen. Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, 2000. p.14
- 40- White T. Gestión Clínica. Manual para médicos, enfermeras y personal sanitario. Barcelona: Masson, 1997. p. 4.
- 41- Riveros CB. La calidad de la atención médica ambulatoria en un servicio de gestión pública pediátrica en Córdoba: el caso del Hospital Pediátrico del Niño Jesús. " (Tesis Doctoral). Córdoba: Universidad Tecnológica Nacional, Facultad Regional Córdoba. Maestría en Ingeniería en Calidad; 2004.
- 42- Duverger M. Evaluación de la opinión del usuario y control de calidad. (Editorial) Atención Primaria 1985; 2(2): 9-10.
- 43- Orus Escola M. et al. Encuesta de opinión a los usuarios de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Barcelona. Una aproximación al conocimiento de las necesidades asistenciales en la población atendida. Editorial Atención Primaria 1985; 2(2):91-95.
- 44- Prieto M. et al. La calidad percibida por usuarios de Centros de Salud y de aseguradoras privadas. Editorial Atención Primaria 1999; 24(5):259-66
- 45- Retamal A. et al. Valoración de la calidad de atención percibida de los usuarios de zonas básicas de salud de Cuenca. (Editorial) Atención Primaria, 1999; 24(9):7-13.
- 46-Conesa A. Calidad percibida por los usuarios de consultas externas de un hospital universitario. Rev Clin Esp 1993; 192(7):346-51.

- 47- Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad de atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores en las unidades médicas. *Salud Pública Mex* 1990; 32(2):170-80.
- 48- Fundación Mexicana para la Salud. *Economía y Salud*. Méxco; Funsalud, 1995. p. 183
- 49- **Bautista D**, Tenias JM, Pérez B, Sabater A, Zanón V. Análisis de las reclamaciones de los usuarios en el Hospital Dr. Peset de Valencia durante 1994. *Calidad Asistencial* 1996; 11: 108-12.
- 50- Mowen JC. Waiting in the emergency room: How ti improbe patient satisfac-tion. *J Health Care Mark* 1993; 26-33.

Encuesta de opinión a los usuarios sobre la calidad de la atención médica ambulatoria

Estamos realizando un estudio con los usuarios para conocer mejor sus necesidades y el servicio que aquí se brinda. Sus respuestas son anónimas, así que agradeceremos su sinceridad.

Fecha:/...../.....

Encuesta n°:

1.- ¿Cómo solicita atención en el hospital?

- Solicita el turno anticipadamente por teléfono
- Solicita el turno anticipadamente acudiendo personalmente al hospital
- Solicita el turno en el día por teléfono
- Solicita el turno en el día acudiendo personalmente al hospital
- Por orden de llegada el mismo día que se pretende atender

Servicio consultado

Si solicita el turno por teléfono, indique el grado de facilidad para comunicarse con el hospital. La escala es de 1 a 10, siendo "1" muy difícil y "10" muy fácil.

2. Facilidad para comunicarse por teléfono al hospital	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
--	-----------------------------

Respecto a la facilidad para conseguir turnos con su médico y los tiempos de espera habituales, indique su opinión de acuerdo a una escala de 1 a 10, donde "1" significa que Ud. está totalmente en desacuerdo y "10" totalmente de acuerdo.

3. Facilidad para conseguir turno médico	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Comodidad del horario de atención	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Tiempo de espera para atención en recepción	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Tiempo de espera para ser atendido por el médico	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Respecto a la relación con el personal que atiende al público y la atención de su médico, indique el grado de acuerdo que Ud. tiene en base a las siguientes afirmaciones, utilizando una escala de 1 a 10, donde "1" significa que Ud. está totalmente en desacuerdo y "10" totalmente de acuerdo.

7. El trato de las secretarias fue adecuado	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Las secretarias informan correctamente a los pacientes	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. El tiempo que le dedicó su médico fue el adecuado	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Su médico lo dejó hablar y escuchó todo lo que usted quería decirle	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11. La explicación del médico fue clara	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12. Tuvo privacidad durante la consulta	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. El trato del médico fue adecuado	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. La capacitación del médico es la adecuada	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15. El médico inspira confianza	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. El médico cuenta con todos los aparatos y equipos necesarios para su atención	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Respecto al grado de satisfacción que Ud. tiene con los distintos aspectos del hospital, indique su opinión de acuerdo a una escala de 1 a 10, dónde "1" significa que Ud. está totalmente insatisfecho y "10" totalmente satisfecho.

17. La señalización para ubicarse dentro del hospital es adecuada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. La limpieza del hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. La limpieza de los sanitarios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. La comodidad del lugar de espera	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

En base a sus opiniones anteriores, responda a las siguientes preguntas de acuerdo a una escala de 1 a 10, dónde "1" significa "no recomendable" y "10" significa "totalmente recomendable".

21. El servicio que presta el hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. El servicio y la atención de su médico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Datos personales del familiar entrevistado

Edad:

Sexo: Masculino Femenino

Residencia actual

- Zona urbana de la provincia de Córdoba
 Zona rural de la provincia de Córdoba

- Zona urbana de otra provincia
 Zona rural de otra provincia

Nivel de instrucción

- No sabe leer ni escribir
 Primario incompleto
 Primario completo
 Secundario incompleto
 Secundario completo
 Terciario/universitario incompleto
 Terciario/universitario completo
 Otros

Situación ocupacional

- Trabajador en relación de dependencia
 Trabajador por cuenta propia
 Desocupado
 Jubilado/pensionado
 Estudiante
 Ama de casa
 Otra situación