

T0
1305

1008
T1124

**DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
Y TIEMPOS DE ESPERA EN LA CONSULTA EXTERNA ODONTOLÓGICA DEL
HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR, ESE III NIVEL EN EL PRIMER SEMESTRE DEL
2004**

María Carolina Carrillo Vaquero
Sandra Patricia Forero Forero
César Giovanni Gómez Cuellar
Dora Milena Herrera Loaiza
Sandra Mónica Piñeros Martínez
Sandra Milena Ramírez Castro
Martha Isabel Romerol López
Amparo Patricia Vargas Palacios

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO –COC-
Bogotá D. C
2004

**DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
Y TIEMPOS DE ESPERA EN LA CONSULTA EXTERNA ODONTOLÓGICA DEL
HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR, ESE III NIVEL EN EL PRIMER SEMESTRE DEL
2004**

María Carolina Carrillo Vaquero
Sandra Patricia Forero Forero
César Giovanni Gómez Cuellar
Dora Milena Herrera Loaiza
Sandra Mónica Piñeros Martínez
Sandra Milena Ramírez Castro
Martha Isabel Romero López
Amparo Patricia Vargas Palacios

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de
odontólogo

Asesora Metodológica
Dra. Stella Márquez Verbel
Administradora de Empresas
Especialista en Diseño y Evaluación de Proyectos

Asesora Científica
Dra. Claudia Bastidas Ramírez
Odontóloga M.A.S

Asesora Estadística
Adriana Morales
Estadística

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO –COC-
Bogotá D. C
2004

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres y hermanos quienes contribuyeron de manera decidida para alcanzar esta meta anhelada y son el fiel reflejo de la más pura expresión de amor.

Carolina

*A Dios por ser mi soporte y base ineludible en mi vida.
A mis padres por su amor, dedicación y sacrificio.
A mis abuelos por sus sabios consejos y constante acompañamiento.
A mi tío Eduardo Q.E. P.D., por ser mi guía y apoyo invaluable.
A mis hermanos por acompañarme siempre.
A mis primos por su ternura.
A Carolina por su colaboración y ternura.
A mis amigos por su alegría y confianza.
A mis profesores por los conocimientos dados.
A mi universidad mis mejores recuerdos.*

César

A mis padres que siempre me educaron por el sendero bello de la vida, dándome lo mejor de ellos, su ejemplo constante, luchas para sacarnos adelante. Por el alma de mis abuelitos, José y Blanca Q.E.P.D., cuyas muertes han sido guía en mi camino y acicate invaluable de mis afanes intelectuales.

*A mis hermanitos Diego Ricardo y Javier Humberto, compañía permanente en nuestro hogar y alegrías en nuestras vidas.
A todas aquellas personas, amigos y seres que de una u otra forma pusieron su granito de arena.*

Amparo

Gracias a Dios por haberme dado la sabiduría, el conocimiento y la oportunidad para sacar adelante mi tesis. A mis padres por su apoyo incondicional por los logros de mis objetivos profesionales y personales.

Sandra Patricia

Dedico este gran logro a mis padres, hermanos y abuelos.

Sandra Milena

El resultado del esfuerzo de investigación concentrado en esta tesis lo dedico a Dios, quien me ha dado la vida, me ha posibilitado los medios necesarios para realizar este proceso formativo, me ha asistido durante este caminar, me ha revestido de fuerzas para sobreponerme exitosamente a los tropiezos, desánimos, dificultades y vacilaciones. Me han llevado a la sabiduría, ciencia, prudencia, habilidad, para llegar hasta el momento decisivo en mi formación profesional.

Agradezco a mis maestros formadores que me han brindado confianza, apoyo, me han posibilitado mi formación. Ofrezco esta dadiva con todo mi ser a mi núcleo familiar.

Martha

Con todo mi amor y gratitud, dedico a mis padres, Gloria Y Tito Piñeros, a mis hermanos, y, en especial por medio de este pequeño homenaje quiero honrar la memoria de mi padre y de mi hermano Diego, quienes fueron víctimas de esta guerra injusta que estamos enfrentando todos los colombianos.

Mónica

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Al doctor Henry Montes Subsecretario de Salud Distrital de Bogotá al facilitar los medios para adelantar esta investigación.

La doctora Aleyda Martínez Neira, Jefe del Departamento de Salud Oral del Hospital Simón Bolívar por el apoyo permanente en el desarrollo del estudio.

A la doctora Stella Márquez por su constancia, comprensión y apoyo, lo cual permitió que este sueño se nos hiciera realidad.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2 JUSTIFICACIÓN	20
1.3 PROPÓSITO	21
1.4 MARCO DE REFERENCIA	22
1.4.1 Marco Legal	22
1.4.2 Marco Conceptual	25
1.4.3 Marco Teórico	33
1.5 OBJETIVOS	50
1.5.1 Objetivo General	50
1.5.2 Objetivos Específicos	51
2. MÉTODO	52
2.1 TIPO DE ESTUDIO	52
2.2 POBLACIÓN	52

2.2.1	Población blanco	52
2.2.2	Población accesible	52
2.2.3	Población elegible	52
2.3.	MUESTRA	53
2.4	VARIABLES	53
2.5	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	53
2.6	PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	53
3.	RESULTADOS	55
4.	DISCUSIÓN	75
5.	CONCLUSIONES	78
6.	RECOMENDACIONES	80
	BIBLIOGRAFÍA	81
	ANEXOS	86

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Definición y operacionalización de variables de estudio	55
Tabla 2. Distribución porcentual de los encuestados en cuanto al sexo	56
Tabla 3. Distribución de edad por pacientes.	56
Tabla 4. Tipo de afiliación de los usuarios del servicio odontológico	58
Tabla 5. Relación del número de consultas de urgencias a que acuden los usuarios de los servicios odontológicos.	58
Tabla 6. Tipo de consulta en relación con el servicio odontológico general o de especialista	59
Tabla 7. Procedencia de los usuarios del servicio odontológico del Hospital Simón Bolívar, ESE III nivel	60
Tabla 8. Tiempo de duración del servicio en los diferentes puntos de atención al usuario.	62
Tabla 9. Comparación de los tiempos de atención en portería con la calificación de los servicios por los usuarios	68
Tabla 10. Tiempo de duración en caja	69
Tabla 11. Calificación del tiempo para obtener una cita.	70
Tabla 12. Tiempo de recepción.	71
Tabla 13. Tiempos en la sala de espera.	72
Tabla 14. Tiempo de duración de la consulta	73

Tabla 15	Tiempo de duración según tipo de consulta	73
Tabla 16	Solución del problema odontológico consultado	74

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Proceso de decisión del usuario y factores que influyen en él	46
Figura 2. Tiempo para obtener una cita.	63
Figura 3. Tiempo de duración en caja.	64
Figura 4. Tiempo de atención en recepción	65
Figura 5. Tiempo en la sala de espera.	66
Figura 6. Tiempo en la consulta odontológica	67
Figura 7. Calificación de la solución del problema odontológico por la cual se concurrió a la cita	74

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Encuesta	86
Anexo B. Prueba Piloto	89

INTRODUCCIÓN

Bastante se ha discutido alrededor de la manera más conveniente de la administración de la calidad total, gerencia del servicio, servicio al cliente y satisfacción del cliente. Los defensores de estas formas de conducir los negocios, hacen énfasis en la importancia de cumplir las especificaciones, mantener un control sistemático de todas las actividades, satisfacer los requerimientos, dar a los consumidores lo que quieren y manejar las quejas y reclamos de una manera eficaz. Pero a pesar de todo lo anterior, ninguna de éstas técnicas, aplicadas de forma aislada, son suficientes para el éxito del negocio.

El factor más importante en los actuales momentos es la *satisfacción del cliente*. Si su cliente no está satisfecho, éste dejará de hacer negocios con usted. Por tanto, todo lo que usted haga para alcanzar una excelente calidad y servicio, no tiene mayores repercusiones si no trabaja para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente.

Satisfacer al cliente o usuario es la percepción que él tiene de que fueron alcanzadas o sobrepasadas sus expectativas. Es una verdad muy simple: los clientes satisfechos hacen negocios con usted con más frecuencia. Compran más cada vez y más seguido y lo recomiendan a sus familiares y amigos. La relación que hay entre ventas, servicio, satisfacción y utilidades es directa. Mientras más satisfecho esté un cliente más dinero gastará con usted. Si más

clientes gastan con usted, venderá más y, normalmente, cuando usted vende más, sus utilidades, obviamente, serán mayores.

Es necesario considerar la evaluación de la calidad de la prestación de los servicios de salud, como el resultado de una serie de interacciones en las que los profesionales de la salud y sus actos son vistos desde otras ciencias. La evaluación de la calidad de cualquier bien o servicio, depende de una serie de condiciones previas, tanto del evaluado, como del evaluador. Para el primero, la noción de la evaluación puede generar resistencia, sobre todo, si existe un marco de sanción aparente o velada, detrás de la necesidad de evaluar. Es necesario entonces, desarrollar una cultura de la calidad entendida como la disposición para mejorar en forma continua y constante todo lo que se hace.

La prestación de servicios de salud, por sus implicaciones de naturaleza ética, demanda de un alto nivel de calidad, por lo que se hace indispensable garantizar, mediante un sistema estructurado y eficaz, el cumplimiento de estándares de calidad en la atención al usuario, para lograr el mayor beneficio y menor riesgo de quienes acuden a los servicios de salud.

Las empresas sociales del estado son organizaciones que están en contacto directo con el usuario y por tanto, se convierten en unidades del sistema de salud que ofrece servicios que son dignas de evaluar.

La presente investigación presentó como objetivo determinar los niveles de satisfacción de los usuarios y tiempos de espera en la consulta externa de las personas que acuden a los servicios de salud en el Hospital Simón Bolívar, ESE de III nivel en Bogotá D.C en el primer semestre de 2004.

El estudio concluye con que a los diferentes servicios odontológicos que ofrece el Hospital Simón Bolívar ESE III nivel acuden personas de todas las edades y sus servicios son, en su mayoría, para usuarios de extracción popular. De igual manera, el 36.3% de los usuarios acuden a citas de odontopediatría, seguido por la consulta maxilofacial con el 33.3%. La percepción de los usuarios relacionada con el tiempo de duración del servicio en los diferentes puntos de atención al usuario, tiempo de duración en caja, tiempo para obtener una cita, tiempo de recepción, tiempo en la sala de espera, tiempo de duración de la consulta y calificación de los servicios es, en términos generales, buena.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad siempre ha sido importante para los consumidores. El éxito de las empresas que la han comprendido es una muestra elocuente de ello. Un elemento de la calidad es conocer y esforzarse para exceder los requerimientos de un consumidor; esto implica escuchar al cliente. Un segundo elemento de la calidad es la ausencia de variación; un buen servicio debe dar uniformemente aquello para lo cual fue diseñado, sin variación de un caso a otro. El tercer elemento en el mejoramiento de la calidad es un compromiso total de la organización; por lo tanto, debe abarcar la organización completa. Esto se conoce como *administración de la calidad total* e implica la adopción de procesos y procedimientos que proveerán al consumidor con el producto o servicio correcto en el sitio indicado (Stanton y col 1999).

La atención mundial a la calidad está reflejada en el desarrollo de *estándares de calidad ISO 9000*. Al buscar la certificación una empresa debe conformar los estándares específicos en sus procesos, procedimientos, operaciones, controles y administración. ISO 9000 está basado en la suposición de que si la empresa se adhiere rígidamente a los mismos estándares el resultado serán productos y servicios de alta calidad (Stanton y col 1999).

La calidad de la atención en salud es, sin lugar a dudas, una de las mayores preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud a la población y una necesidad sentida de quienes requieren de estos servicios. Con los últimos desarrollos científicos y los avances de la legislación que regula la prestación de dichos servicios en los diferentes países, se ha puesto en evidencia la imperiosa necesidad de planear y ejecutar programas de garantía de la calidad y de evaluarla periódicamente, con el fin de realizar ajustes necesarios que conduzcan a brindar a la población una atención ajustada a las exigencias de la buena calidad (Pardo, Franz y col en Auditoría en Salud, 2002).

Es un hecho ampliamente reconocido que toda institución prestadora de servicios de salud debe evaluar, con alguna regularidad, la calidad de la atención. Sin embargo, se reconoce que son escasos los logros alcanzados en este campo.

El tema de la evaluación de la calidad de la atención ha sido motivo de interesantes disquisiciones. Para algunos, es un aspecto tan sutil y variable de una situación a otra. Otros consideran que puede ser realizada con gran precisión y especificación. La tendencia actual es la de considerar la calidad de la atención como una propiedad compleja, que puede ser sometida a análisis sistemático y a una evaluación aceptable, que lejos de ser perfecta, es suficiente para los propósitos prácticos de generar información que permita la toma de decisiones, dirigidas a proporcionar una atención de buena calidad

para los usuarios de los sistemas de seguridad social en salud. Por lo anterior, vale la pena relacionar lo expuesto por autores como: Humberto de Moraes Novaes, Abedis Donabedian A., La doctora Palmer R.H. de la universidad de Harvard, Ricardo Galán Morera y Gustavo Malagón Londoño, entre otros; los conceptos y definiciones de la Organización Mundial de la Salud, OMS; los requerimientos consignados en la normatividad vigente para el sector, así como también la revisión de resultados y conclusiones encontradas en trabajos de investigación en instituciones prestadoras de servicios de salud.

Sobre el tema se han realizado numerosas investigaciones, entre las cuales sobresalen los siguientes estudios:

➤ *“Diseño y validación de un instrumento para la evaluación de los atributos de la calidad en la clínica odontológica Santa Mónica”*, desarrollada por Parada, M y Hernández, A., en la cual se diseñó y validó un instrumento para la evaluación de los atributos de la calidad en IPS odontológicas y donde se sugiere realizar otras evaluaciones con el fin de mejorar la confiabilidad y validez del mismo.

➤ *“Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios”*, realizada por Ortiz Espinosa, Rosa María y cols., quienes plantean que el interés de la calidad de la atención en México tiene su origen no solo en el malestar expresado por los propios usuarios de los servicios institucionales de salud, sino también en el deseo de disminuir las

desigualdades más graves del sistema de salud, que no se manifiestan exclusivamente en la cobertura, sino además en la calidad que reciben los diferentes grupos sociales. La finalidad de dicha investigación fue identificar los factores determinantes de la calidad de la atención en consulta externa explorando la opinión de los usuarios de los servicios ambulatorios del segundo nivel en el estado de Hidalgo, México.

➤ *“Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia”,* realizada por los investigadores Velandia Salazar, Freddy y cols., en la cual se buscó dar respuesta, entre otros a los siguientes interrogantes: las opiniones de los usuarios en relación con la oportunidad y la calidad de los servicios de salud; las razones que esgrimen los individuos cuando no usan servicios “formales” de salud, habiendo lugar para hacerlo.

➤ *“Un modelo para evaluar la calidad del servicio de una IPS de alta complejidad, en su componente –satisfacción del usuario–”,* desarrollada por Briceño Pineda, Cecilia, en la cual se establecen las razones por las cuales se siente la necesidad de construir un instrumento que sirva para evaluar la calidad en una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, que arrojase información confiable y útil, resultado de la medición de la percepción del servicio en sus usuarios.

Las anteriores revisiones, ponen de manifiesto que la calidad de la atención en salud, en su más amplia concepción, comprende la gran complejidad que

caracteriza a los servicios de salud en sus diversos componentes. Por ello, para ilustrar de una manera práctica en su dimensión el concepto de calidad en salud, se hace necesario determinar los niveles de satisfacción de los usuarios y tiempos de espera en la consulta externa en el hospital Simón Bolívar, ESE III nivel de atención en el primer semestre del 2004?

1.2 JUSTIFICACION

El éxito de un negocio se basa en satisfacer las necesidades y deseos de sus clientes, lo cual constituye el fundamento socioeconómico de la existencia de una empresa. La presión competitiva, los mercados en expansión, el costo de cometer un error y las expectativas, cada vez más exigente de los consumidores son factores que aumentan la necesidad de mejorar sistemáticamente la calidad en el servicio.

La calidad de la atención en salud está dada por un conjunto de características bajo la responsabilidad de las personas y organizaciones que integran el sistema de salud y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.

Actualmente, las organizaciones con la misión social de prestar servicios de salud, tienen el imperativo contemporáneo de asumir la responsabilidad de adoptar e implementar los procesos, procedimientos y normas vigentes que garanticen la calidad de la atención en salud a los usuarios de dicho servicio.

Además, las demandas del modelo de seguridad social en salud vigente para el país, exigen, cada vez más de dichas organizaciones alcanzar estándares de calidad universalmente aceptados, con el objeto de ser más competitivos.

Por lo antes planteado, se hace necesario conocer cual es la opinión de los usuarios de los servicios de salud con respecto a la calidad de dichos servicios recibidos por las instituciones oferentes, y conocer el compromiso institucional con el mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos que garanticen un óptimo y eficiente servicio.

1.3 PROPÓSITO

La presente investigación es de gran utilidad ya que proporciona puntos de referencia, elementos de análisis y conceptos relacionados con la oferta de servicios y su calidad en la atención al usuario que serán de gran utilidad en el proceso de toma de decisiones para el diseño de estrategias e implementación de políticas en la búsqueda de la eficacia organizacional para alcanzar los resultados previstos en los objetivos.

1.4 MARCO DE REFERENCIA

1.4.1 Marco legal. Seguidamente, se relacionan las principales disposiciones legales que regulan, de una u otra manera, la implementación de procesos que garanticen la calidad en la prestación de los servicios de salud:

La Ley 9 de 1979, por medio de la cual se dictan medidas sanitarias, en su capítulo IV, artículo 155 establece las normas sanitarias para la prevención de los agentes biológicos, físicos o químicos que alteran las características del ambiente exterior de las edificaciones hasta hacerlo peligroso para la salud humana, e incluye en la clasificación de dichas edificaciones a los establecimiento hospitalarios y similares, así mismo la misma ley en su artículo 241, dispone que el Ministerio de Salud reglamentará lo relacionado con las condiciones sanitarias que deben cumplir las edificaciones para establecimientos hospitalarios y similares, para garantizar que se proteja la salud de sus trabajadores, de los usuarios y de la población en general.

La Ley 10 de 1990, declara la salud como un servicio público, esencial y obligatorio que podrá ser prestado por el Estado a través de particulares y en sus artículos 1 y 49, establece un sistema de fijación de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para vigilar y controlar su cumplimiento, así también impone sanciones para las instituciones según la naturaleza y gravedad de las infracciones de cualquiera de las normas previstas por dicha ley. Además la misma ley en su artículo 8°. Dispone que al

Ministerio de Salud le corresponda dictar todas las normas científico-administrativas de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema.

Por otra parte, *la Constitución Política de Colombia de 1991* en sus artículos numero 48 y 49 define la seguridad social, la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos obligatorios a cargo del Estado, el cual se encargará de dirigir, orientar, regular, vigilar y controlar la prestación de los servicios públicos esenciales, en sujeción del principio de eficiencia, característica fundamental de la calidad.

La ley 100 de 1993, en su artículo 153, dentro de los fundamentos del servicio público, en su numeral 1 dice “*Equidad*: El sistema de seguridad social en salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia independientemente de su capacidad de pago y riesgo...”, en su numeral 3 “*Protección Integral*: el sistema de seguridad social en salud brindará atención en salud integral en cuanto a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia...” y como si fuera poco, el numeral 9 dice “*Calidad*: *El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional. De acuerdo a la reglamentación que expida el Gobierno, las*

instituciones prestadoras deberán ser acreditadas ante las entidades de vigilancia”.

La Resolución 4445 de 1996, en cumplimiento del título IV de la ley 9ª, en lo referente a condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y afines, reglamenta todo lo relacionado con: requisitos para la construcción y ubicación de instituciones prestadoras de servicios de salud, Instalaciones sanitarias, disposición sanitaria de residuos líquidos y sólidos, control de emisiones atmosféricas, condiciones de pisos, cielo rasos, techos y paredes, accesos, áreas de circulación, salidas y señalización, características de las áreas y prevención de accidentes.

La Ley 715 de 2001, en su artículo 42, establece como responsabilidad de la nación definir el sistema único de habilitación, el sistema de garantía de la calidad y el sistema único de acreditación de instituciones prestadoras de salud, entidades promotoras de salud y otras instituciones que manejen recursos del SGSSS.

El Decreto 2309 de 2002, establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud, definiendo como componentes del sistema: el sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, el sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad.

La Resolución 01439 de 2002, adopta los formularios de inscripción y novedades para el registro especial de prestadores de servicios de salud, los manuales de estándares y de procedimientos y se establecen las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud.

La Resolución 01474 de 2002, define las funciones de la entidad acreditadora y adopta los manuales de estándares del sistema único de acreditación.

De la normatividad anterior se concluye que la calidad de la atención es un requisito fundamental de la prestación de los servicios de salud en el país, lo cual conlleva a la necesidad de implantar un sistema de garantía de calidad en todas las instituciones prestadoras de servicio de salud, que pueda ser evaluado regularmente para lograr mejoras progresivas de dicha calidad. Si bien es cierto, que el tema de la calidad ha sido una preocupación permanente de todo profesional de la salud, es explicable que frente a las exigencias de la ley colombiana, exista un nuevo interés por implementarla en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

1.4.2 Marco Conceptual

✓ **ACCESIBILIDAD:** Se traduce en la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o lo necesite. (Azorey, G. 2002).

- ✓ **ACEPTABILIDAD:** conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familias (GALAN, 2000).

- ✓ **ACREDITACIÓN:** procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado que tiende a garantizar la calidad de acuerdo con estándares mínimos, básicos o, más elaborados y exigentes. Comenzó por iniciativa de organismos no gubernamentales (JCAHO en Canadá y EU; COMCAM, ITAES en Argentina).

- ✓ **ATENCIÓN DE SALUD:** conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2309 de 2002)

- ✓ **AUDITORÍA MÉDICA:** la evaluación sistemática y objetiva de la atención médica dispensada a los enfermos con base en el análisis retrospectivo de los registros médicos y/o historia clínica, que realiza un comité de auditoría médica con el propósito de coadyuvar en el mejoramiento de la calidad de los servicios (Rodríguez en Auditoría en Salud, 2001).

- ✓ **CALIDAD:** entendida bajo una de las definiciones que propone Donabedian de calidad de la atención es “la capacidad esperada de lograr el más alto

beneficio neto posible de acuerdo con la valoración de los individuos y de la sociedad.” (DONABEDIAN, 1990).

✓ **CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD:** se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. (MINISTERIO DE SALUD, Decreto 2309 de 2002).

✓ **CARÁCTER TANGIBLE:** es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación. (Como se lo atiende por teléfono, las condiciones de confort y limpieza del consultorio, como lo recibe la recepcionista, etc. (Azorey, G. 2002).

✓ **COMUNICACIÓN:** se debe informar al paciente con un lenguaje que este entienda, eliminar vocablos técnicos que lo confunden y asustan. (Azorey, G. 2002).

✓ **CONOCIMIENTO DEL PACIENTE:** se trata del esfuerzo realizado por el profesional para entender a sus pacientes y sus necesidades, para poder atenderlo y contenerlo. (Azorey, G. 2002).

✓ **CONTINUIDAD:** se refiere a la aplicación, en secuencia lógica a las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención bajo la responsabilidad de un equipo de salud. (MALAGÓN, 2000).

- ✓ **CORTESÍA:** se expresa a través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia el paciente. (Azorey, G. 2002).

- ✓ **COSTO DE DESEMPEÑO:** costo relacionado con hacer bien las cosas al primer intento (GERSON, Richard, 2000).

- ✓ **COSTOS DE DETECCIÓN:** Costos de detectar o encontrar problemas de calidad (GERSON, Richard, 2000).

- ✓ **COSTOS DE PREVENCIÓN:** costos de identificar fallas en la calidad antes que estos lleguen a lo que normalmente se llama inspección de calidad o control de calidad.

- ✓ **CREDIBILIDAD:** comprende la honestidad del profesional que presta el servicio tanto en sus palabras como en sus actos. (Azorey, G. 2002).

- ✓ **DOTACIÓN:** la dotación hospitalaria comprende: equipo industrial de uso hospitalario, el equipo biomédico, muebles de uso administrativo y uso asistencial y equipos de comunicación e informática (GALÁN 2000).

- ✓ **EFFECTIVIDAD:** grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible. (MALAGÓN, 2000)

✓ **FIABILIDAD:** consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Hay que tener cuidado porque, normalmente el 96% de los pacientes insatisfechos no realizan reclamaciones, pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si atiende un paciente mal o no le presta la debida atención en la debida consulta, esa es la impresión que el va a tener, y luego, es muy difícil de modificarla. (Azorey, G. 2002).

✓ **GARANTÍA DE LA CALIDAD:** es la versión de la calidad donde la misma es observada desde afuera. La persona o grupo evalúa lo que otra persona o grupo ha producido. Es la forma clásica de encarar la calidad en los servicios de salud y bajo este concepto se encuentran los tipos de comités de calidad hospitalaria y todas las actividades de auditoria médica (en EE.UU: Peer Review Organizations (PRO), Professional Services Review Organizations (PSRO)).

✓ **INTEGRALIDAD:** es la característica del estudio de enfocar el estudio y tratamiento del usuario abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico, social e interrelacionándolo con sus dimensiones familiar y comunitaria. (GALAN, 2000).

✓ **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD -IPS:** son entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias y solidarias organizadas para la prestación de servicios de salud a los afiliados del Sistema General de

Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas. (Ley 100 de 1993, art 185).

✓ **LEGITIMIDAD:** es la conformidad con los principios éticos, valores, normas, regularidades y leyes que rigen la comunidad (GALÁN 2001).

✓ **MICROAMBIENTE EXTERNO:** los factores microambientales de una compañía están representados por el mercado, los proveedores, y los intermediarios del marketing (STANTON Y COL, 1999).

✓ **MONITOREO AMBIENTAL:** (también llamado examen del ambiente) es el proceso de reunir información sobre el ambiente externo de la organización, analizarla y pronosticar el efecto de cualesquiera tendencias que sugiera dicho análisis (STANTON Y COL, 1999).

✓ **OPORTUNIDAD:** es la satisfacción de las necesidades de salud en el momento indicado, con los recursos adecuados y de acuerdo con la naturaleza y severidad del caso. (GALÁN, 2000)

✓ **OPTIMIZACIÓN:** balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud (GALÁN 2000).

✓ **PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD:** definanse como prestadores de servicios de salud a las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes. Se consideran como instituciones prestadoras de servicio de salud a los grupos de práctica profesional que cuenten con infraestructura. (MINISTERIO DE SALUD, Decreto 2309 de 2002)

✓ **PRODUCTO O SERVICIO:** Todo bien tangible o acción concreta (llevada acabo por una persona o un grupo) recibida por la siguiente persona en el proceso productivo (cliente interno) y, finalmente por el cliente externo. (CHIAS J., 1999)

✓ **RACIONALIDAD LÓGICO – CIENTÍFICA:** se refiere a la utilización del saber médico y de la tecnología biomédica disponible en un momento dado, para atender un problema de salud específico, con los criterios de enfoque lógico y óptimo. Los conceptos de eficacia, eficiencia y efectividad están ligados a este componente: la eficacia hace relación a la aplicación de una tecnología de salud cuya utilidad ha sido demostrada, la eficiencia se refiere a que la atención debe ser efectiva pero con unos costos razonables de aplicación y la efectividad se relaciona con la utilidad de la atención dentro de las circunstancias institucionales y socioeconómicas de aplicación. (MALAGÓN, 2000).

✓ **RAPIDEZ:** se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para el paciente. No retener a un paciente mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por períodos muy largos. (Azorey, G. 2002).

✓ **SATISFACCIÓN DEL USUARIO:** constituye la complacencia del usuario con los servicios, con los proveedores y con los resultados de la atención. (MALAGÓN, 2000).

✓ **SEGURIDAD:** ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio. (Azorey, G. 2002).

✓ **SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD:** es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. (MINISTERIO DE SALUD, decreto 2309 de 2002).

✓ **SUFICIENCIA E INTEGRALIDAD:** al hombre como ser biosicosocial se le deben satisfacer sus requerimientos de salud de manera integral en sus aspectos de promoción, prevención, curación recuperación y rehabilitación, mediante el suministro oportuno de los recursos indispensables (MALAGÓN, 2000).

✓ **USUARIO:** El usuario o cliente es definido con relación a un determinado proceso. Es el que recibe el producto o el servicio resultante de un proceso. En estos términos pueden ser usuario interno o externo respectivamente, cuando el producto es intermedio, o cuando se trata de un producto final de la actividad de la organización. (CHIAS, J., 2001).

1.4.2 MARCO TEÓRICO. Uno de los grandes avances, a partir de décadas pasadas, ha sido el relacionado con la participación, cada vez más activa, de la comunidad en beneficio de su propia salud. La tendencia dominante, por mucho tiempo, de considerar como responsabilidad exclusiva del estado el área de salud y abandonarse dentro de la creencia que éste lo debería adelantar todo, es decir que las acciones debían producirse en una sola dirección de arriba abajo, sin esfuerzo alguno en el sentido opuesto, es decir a partir del individuo mismo, ha sido progresivamente remplazada por el convencimiento, cada vez mayor, de la comunidad de que su salud depende, fundamentalmente, del esfuerzo individual, de la voluntad propia de buscarse todos los mecanismos de preservación y de la disposición permanente para los esfuerzos que se dirijan a garantizar la conservación de las mejores condiciones posibles. Pero a la convicción individual se suma la creciente necesidad de preservar, por igual, las mejores condiciones posibles para la familia y extenderse, en todas direcciones, hasta comprometer a la comunidad en general. (Malagón, 2001).

La garantía de la participación comunitaria se centra en la capacidad de liderazgo de los trabajadores de la salud, en los programas de educación permanente a esta comunidad respecto a todos los programas de prevención y conservación, a la adecuada y oportuna utilización de los servicios, al esfuerzo individual y de conjunto para mejorar la calidad de los servicios (MALAGÓN, 2002).

Una característica a finales del presente siglo ha sido el esfuerzo mancomunado para lograr la calidad en productos y servicios, como un imperativo para no sucumbir ante el peso y fuerza de la competencia, de una parte, y por otra, ante la necesidad y exigencias cada vez mayores del usuario. (MALAGÓN, 2002). La calidad corresponde a uno de los atributos que todo usuario busca en la prestación de servicios y aún con mayor importancia si se trata de los servicios de salud.

La calidad se relaciona con la percepción del cliente, donde este compara el producto o la experiencia en el servicio con su propio conjunto de expectativas y se forman un juicio dependiente de la experiencia adquirida, es decir, una aceptación o un rechazo. Por tanto, la calidad total es la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes (CARDONA, 2000).

Satisfacer al cliente o usuario es la percepción que él tiene de que fueron alcanzadas o sobrepasadas sus expectativas. Es una verdad muy simple: los clientes satisfechos hacen negocios con usted con más frecuencia. Compran

más cada vez y más seguido y lo recomiendan a sus familiares y amigos. La relación que hay entre ventas, servicio, satisfacción y utilidades es directa. Mientras más satisfecho esté un cliente más dinero gastará con usted. Si más clientes gastan con usted, venderá más y, normalmente, cuando usted vende más sus utilidades son mayores (GERSON, Richard, 2000).

Un cliente está satisfecho cuando sus necesidades, reales o percibidas, son cubiertas o excedidas, y, la calidad es lo que el cliente diga que es, no lo que usted dice que tiene (GERSON, Richard, 2000).

La búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud. La propuesta de servicio debe orientarse a resolver los problemas del paciente y a agregarle valor al mismo como individuo. El verdadero reto en esta etapa es comprender que cada paciente está ubicado mental y conceptualmente en planos diferentes. Esta comprensión de la realidad del mercado, permitirá la elaboración de una propuesta de servicio profesional única y excluyente para cada paciente que contemple su punto de vista particular y agregarle los beneficios adicionales que excedan el marco de su expectativa (Azorey, G. 2002).

En servicios es bien conocida la premisa que la satisfacción del cliente es el resultado de comparar las expectativas que este tenía antes de la transacción con la percepción que finalmente tiene el servicio recibido. Si la percepción

supera largamente a la expectativa se logra mayor satisfacción. Por lo tanto, hablar de calidad en servicios es hablar de satisfacción de expectativas: una no se da sin la otra. Es importante precisar que la calidad la define y la valora en concreto, el usuario del servicio. El es el punto de partida. Sin embargo, en la práctica los directivos en las empresas tienen también sus propias expectativas y percepciones del servicio que la organización irá a brindar. Aquí puede estar la primera brecha en la búsqueda de la calidad: ¿coinciden o no estas expectativas de la gerencia con las expectativas reales del usuario? (Pancorbo, J. 2002.)

Luego entonces, la calidad del servicio, como se puede deducir, va más allá de la especificación del producto o servicio. Es buscar además las coincidencias con aquellas interpretaciones y premisas que las personas tengan de un servicio determinado. Lograr calidad es reducir o anular las brechas que crean discrepancia y, por tanto, exige trabajar activamente con los protagonistas del servicio: el usuario, el prestatario y la propia gerencia. (Pancorbo, J. 2002.)

Durante los últimos años el tema de *la calidad* ha tenido un insospechado auge, así como de los diferentes métodos para conseguirla. Además de las estrategias tradicionalmente utilizadas, como auditorías y acreditación, se ha tratado de aplicar a la salud una serie de herramientas gerenciales a partir de las experiencias tomadas en otros campos (GÓMEZ P.1997). Paralelamente, los países han tenido importantes transformaciones en la organización del sistema nacional de seguridad social en salud, en donde la calidad del servicio

se ha considerado como uno de los pilares fundamentales para la prestación de este; de igual forma, el tema de evaluación de calidad de la atención ha sido motivo de intensas e interesantes discusiones. Para algunos, es un aspecto tan sutil y variable de una situación a otra, que no es susceptible de especificación y consideran que debe ser realizada por los clínicos analizando caso por caso. Otros consideran que puede ser realizada con gran precisión y especificación (GALAN, 2000).

La tendencia actual es la de considerar la calidad de la atención como una propiedad compleja que puede ser sometida a un análisis sistemático y una evaluación aceptable que, lejos de ser perfecta es suficiente para los propósitos prácticos de generar información que permita la toma de decisiones, dirigidas a proporcionar una atención de buena calidad para los usuarios de los servicios de salud.

Para evaluar la calidad de la atención es necesario conocer los distintos enfoques para definir esta propiedad. Existen tres enfoques: el técnico-científico, el lógico, y el óptimo de la calidad. El primero se refiere al contenido del saber médico y a la tecnología médica disponible, corresponde a la oferta de lo mejor para el paciente en términos del saber médico y la tecnología. (MALAGÓN, 2000).

En el segundo la calidad se define en función de la eficiencia con la cual se utiliza la información para la toma de decisiones conducentes a mejorar la

prestación de los servicios. El enfoque óptimo es la respuesta a distintas alternativas, por ejemplo, prioridad entre la prevención y la curación, entre programas ambulatorios y hospitalarios, atención con personal profesional o auxiliar, entre otros. En este enfoque la calidad de los servicios corresponde al logro de los objetivos de los mismos con el menor costo posible (Correa, 1999). Para dicha evaluación se han intentado desarrollar numerosos sistemas que midan la calidad, pero, tradicionalmente, han sido utilizados dos modelos que se describen a continuación.

El primero, desarrollado por el señor Donabedian, el cual evalúa tres áreas a saber: la estructura, los procedimientos y los resultados. La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros. Los procesos corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención (Donabedian, 1990).

Los resultados corresponden al impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

El segundo modelo, desarrollado por Galán 2001, es más amplio en cuanto a áreas de evaluación y posibilidades de inferir sobre los distintos atributos de calidad descritos anteriormente, pues analiza el contexto en el cual se presta la atención, la demanda, la oferta, el proceso, los resultados, y el impacto. (GALAN, 2000)

Para el análisis del contexto en el modelo de Galán se recomienda revisar la normatividad vigente que regula la prestación de los servicios de salud. Asimismo, se deben consultar los documentos que definen las relaciones entre una y otra entidad, o con la comunidad en general (convenios, contratos, entre otros). De esta manera se puede precisar el marco ambiental en el cual opera la entidad prestadora de salud. (GALAN Ricardo, 2000).

En el análisis de la demanda se pueden consultar las estadísticas que regularmente recoge la entidad prestadora de salud, obtenidas a partir de los diarios de consulta, la clasificación socioeconómica de los pacientes y las historias clínicas. Si la información no esta disponible, se puede procesar una muestra representativa de dichos documentos.

En la oferta se deben estudiar las estructuras orgánica y funcional, así como los recursos y el sistema de información. Para tal fin, conviene revisar los instrumentos administrativos de creación de la institución, los manuales de funciones, la planta de personal, los inventarios de recursos físicos y los estados financieros.

En cuanto a los procesos, que son de especial importancia en la evaluación, se deben examinar los de carácter administrativo y el correspondiente a la atención médica. Para los primeros, los manuales operativos constituyen la fuente principal de información (GALAN Ricardo, 2000).

La garantía de calidad, en su más amplia concepción, totaliza la gran complejidad que caracteriza los servicios de salud, incluyendo su estructura y el desarrollo del recurso humano. (GALAN, 2000).

Dentro de este contexto se la puede considerar como un proceso analítico científico administrativo, con una alta vocación de educación, que busca asegurar un excelente nivel de calidad en la prestación de servicios de salud, y un alto grado de utilización racional de los mismos por parte de los usuarios del sistema por parte del sistema, con una clara percepción por parte de estos y también de los proveedores, de la calidad del servicio ofrecido. (GALAN, 2000).

Un sistema de garantía de calidad en una institución prestadora de servicios es el conjunto de acciones sistemáticas y continuas que realiza la entidad para lograr el mejor beneficio para su usuario, con el mínimo riesgo, dados los recursos con que cuenta, y que le permite atender de manera confiable, accesible, segura y en el tiempo oportuno sus necesidades. (SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ, 2003).

Es importante resaltar, como lo hace Donabedian 1990, que la satisfacción de los proveedores de la atención es una causa principal de su buen desempeño y se convierte en una necesidad fundamental para la calidad.

Así pues, la calidad es un concepto relativo, nunca absoluto, que requiere puntos de referencia que permitan la comparación (estándares), los cuales

reflejan un consenso y una valoración social de cómo conseguir mayores beneficios para un paciente o para toda la población, o para ambos.

La preocupación por una mejor calidad debe existir y ser evaluada por cada proveedor que preste individualmente un servicio, por grupos de ellos que participen en la atención, por la institución que los agrupe, por las empresas que contraten los servicios, y de forma global, por las localidades, municipios, departamentos o países, considerando siempre que en la definición de estándares se incluyen valoraciones sociales que imponen límites a los beneficios individuales, lo cual cabe dentro de la responsabilidad del prestador sobre la calidad. (CASTAÑO, 1998)

ASPECTOS RELEVANTES PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

Mención especial merecen lo expuesto por Galán y colaboradores en el estudio "Prospectiva de la Calidad de la Atención en Salud hacia el año 2000". En dicho estudio se pueden destacar los siguientes aspectos:

Principales determinantes de la calidad en salud:

- ✓ Talento humano, recursos físicos y recursos financieros
- ✓ Políticas y programas
- ✓ Tecnología

- ✓ Procesos médicos
- ✓ Procesos administrativos
- ✓ Desempeño y eficacia en el servicio
- ✓ Interacción con el sistema general de seguridad social en salud.

Principales variables de la calidad en salud:

- ✓ La misión y los objetivos
- ✓ Las políticas
- ✓ Las normas (particulares, generales y jurídicas)
- ✓ Los programas
- ✓ Los protocolos
- ✓ Los flujogramas
- ✓ Los reportes e informes
- ✓ Los comités

Principales indicadores de calidad en salud. Se aplicarán en:

- ✓ Estructura, proceso y resultado
- ✓ Periodicidad del servicio (diario, mensual, anual, etc.)
- ✓ Tiempos de espera (antes, durante y después del proceso)
- ✓ Accesibilidad
- ✓ Garantías, condiciones, quejas y reclamos

Principales factores de la calidad:

- ✓ Cualitativos: siempre, totalmente excelente.

- ✓ Calificativos: suficiente, permanente, presente, superior

Cualidades (atributos) de la atención en salud:

- ✓ Aceptabilidad
- ✓ Accesibilidad
- ✓ Atención humanizada
- ✓ Continuidad
- ✓ Efectividad
- ✓ Eficacia
- ✓ Eficiencia
- ✓ Equidad
- ✓ Legitimidad
- ✓ Oportunidad
- ✓ Optimización
- ✓ Racionalidad lógico – científica
- ✓ Satisfacción del usuario
- ✓ Suficiencia e integralidad

Para *Donald M. Berwick* (profesor de pediatría, investigador de Calidad en la Universidad de Harvard), la gestión de la calidad en el cuidado de la salud es realmente funcional, siempre y cuando se asimilen *10 lecciones* que se puntualizan a continuación:

- ✓ El liderazgo con compromiso constituye el sine qua non de la gestión de calidad total.
- ✓ Existen varios cuellos de botella que obstaculizan la gestión de la calidad total.
- ✓ Es más fácil empezar que continuar.
- ✓ El compromiso del médico es de primordial importancia.
- ✓ La estructura es vital para el buen funcionamiento de la gestión de calidad total.
- ✓ Gestión de calidad significa mucho más que sólo proyectos de mejoramiento de la calidad.
- ✓ La sola capacitación no es suficiente.
- ✓ La medición impulsa el progreso de la gestión de calidad total.
- ✓ Los proyectos para el cuidado de la salud ahorran dinero.
- ✓ El enfoque en el cliente constituye el factor de mayor importancia.

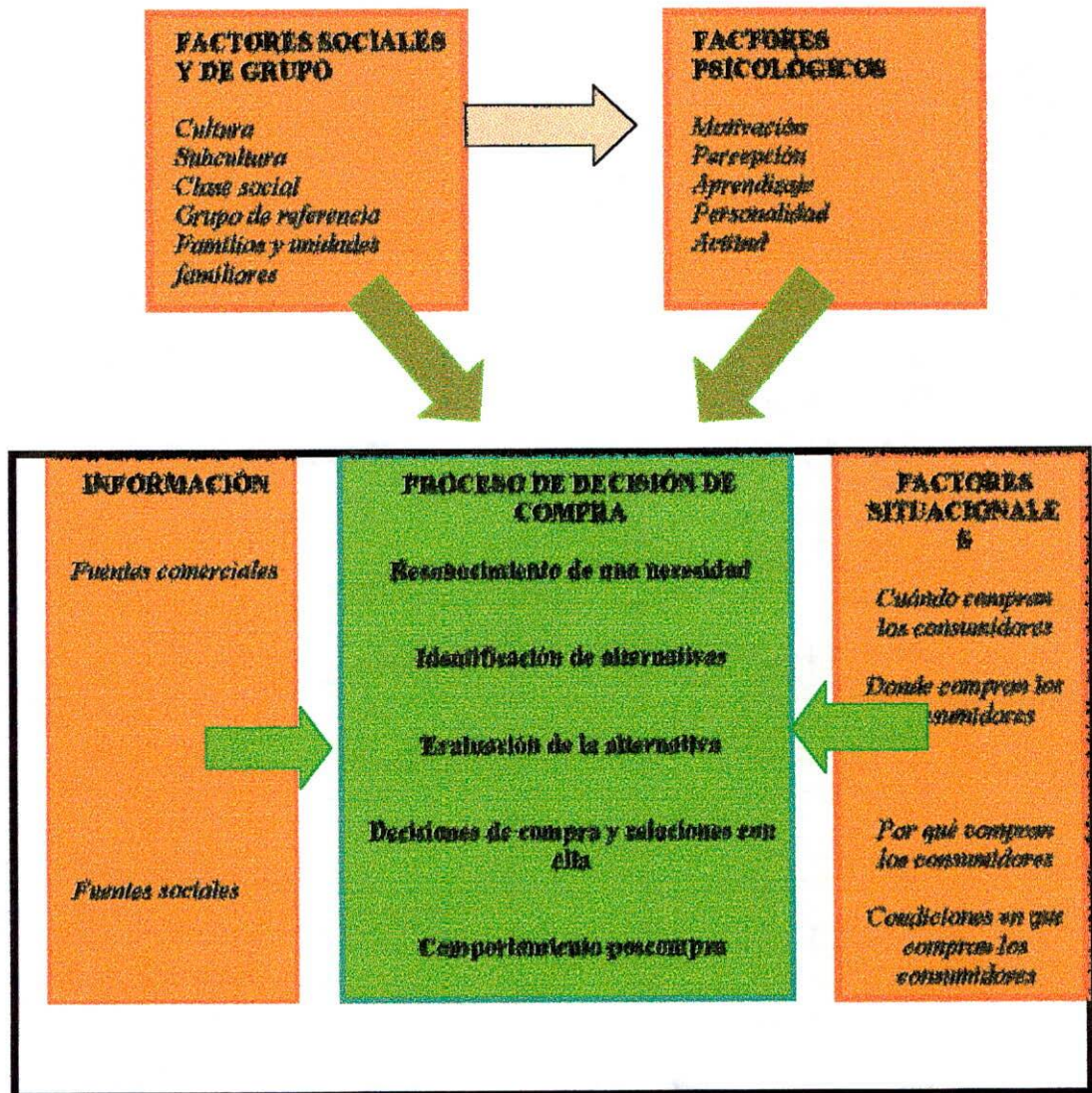
Toma de decisiones del consumidor. Para acudir a un servicio los usuarios llevan un proceso de decisión. Una forma de explicarlo es verlo como la solución de un problema. En la figura 1 se aprecia, de una manera gráfica, el proceso de decisión del consumidor y los factores que influyen en él. El modelo obedece al de un proceso de marketing para un producto o un servicio, lo cual se puede perfectamente extrapolar para los servicios de salud.



A pesar que este modelo es un útil punto de partida para analizar las decisiones de compra, el proceso no siempre es tan fácil como parece a primera vista. Seguidamente se examinarán las siguientes variaciones:

- El consumidor puede desistir en cualquier etapa previa a la compra propiamente dicha, si disminuye la necesidad o no se encuentran opciones satisfactorias.
- Las etapas usualmente tienen diferente duración y pueden traslaparse.
- Con frecuencia, el consumidor está involucrado en distintas decisiones de compra de modo simultáneo y el resultado de una puede afectar a las otras (STANTON y col, 1999).

Fig. 1. Proceso de decisión del usuario y los factores que influyen en él.



Fuente: STANTON Y col. .Fundamentos de Marketing. México: Mc Graw Hill, 1999. 121 p.

Karl Albercht y Ron Zenke 1999 señalan unas sencillas estrategias de manejo del cliente, perfectamente aplicables a cualquier tipo de servicio:

- Obsequie al cliente una sonrisa sana y natural.

- Llámelo por su nombre.
- Haga que se sienta importante.
- Escuche Con atención o interés lo que dice.
- Contéstele en función de lo que le interesa.
- Muéstrole sincero deseo de ayudarlo.
- Manifiéstele sincero deseo de ayudarlo.

Cuando se refiere, específicamente, al control de calidad en salud se habla de Auditoria en Salud, que representa un esquema de vigilancia permanente de las normas en todas las áreas de la institución, pero además, previene posibles fallas, alerta sobre debilidades, hace recomendaciones para mejorar ciertos pasos del proceso general y organismo de asesor permanente destinado a la satisfacción del cliente, éste es el máximo organismo para el control de Calidad en Salud.

El aseguramiento de la calidad, es el aval fundamentado en la aplicación del manual, integración de todas las normas, esfuerzo coordinado del personal, cumplimiento de políticas, utilización adecuada de todos los recursos y estrategias.

La evaluación de la calidad: mide no solo el impacto sino el desenvolvimiento general del programa que comienza en la planeación.

Ampliando el problema planteado con relación a los estudios revisados en esta investigación se revisó en ellos lo siguiente:

En el estudio: “diseño y validación de un instrumento par la evaluación de los atributos de la calidad en la clínica odontológica Santa MÓNICA”, desarrollado por Parada, Mónica y Hernández Angélica se diseño dicho instrumento con base en el modelo del doble propósito descrito por Lovelock, 1997. El instrumento consta de dos partes: una para profesionales donde se evalúan los atributos de la calidad; y otra para usuarios donde se evalúa la satisfacción de los mismos; en dicho estudio se escogió una muestra de 70 profesionales y 30 usuarios de la clínica Odontológica Santa Mónica, a los cuales se les aplicó los instrumentos respectivos. Las tendencias hacia los atributos de la calidad fueron favorables de acuerdo con los rangos percentinales obtenidos.

En el estudio: *“consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios”*, cuyo objetivo fue identificar y evaluar los factores asociados con la calidad de la atención en las consultas externas de los hospitales del sector público en el estado de Hidalgo, México, mediante la opinión que manifiestan los usuario, se aplicó un diseño transversal, comparativo en 15 hospitales públicos del estado de Hidalgo México; la muestra fue seleccionada mediante muestreo aleatorio simple entre las personas atendidas en las consultas externas de julio de 1999 a diciembre de 2000. Se analizó la calidad de la atención según la escala de Likert. En los resultados del estudio la calidad de la atención fue percibida como buena por

71.37% de los encuestados y como mala por 28.63%; la mayor escolaridad y los ingresos económicos superiores se asociaron con la percepción de mala calidad y la desaprobación del tiempo de espera. El estudio concluye que los principales elementos que definen la mala calidad de la atención, según los usuarios, son los largos tiempos de espera, las omisiones en las acciones de revisión y diagnóstica, la complejidad de los trámites de consulta y el maltrato por parte del personal que presta los servicios.

En la investigación: *“satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia”* de Velandia, Freddy y Cols, donde el objetivo de la misma fue conocer desde la perspectiva del usuario y a partir de los resultados de la encuesta de calidad de vida de 1997, la satisfacción, oportunidad y razones de no uso de servicios “formales” o de atención médica en Colombia; se realizó con base a los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del DANE en un corte transversal efectuado en el segundo semestre de 1997. El estudio identificó algunos factores asociados con la oportunidad, la calidad y las razones de no uso y logró determinar la asociación entre la oportunidad y la calidad.

Finalmente en el estudio: *“un modelo para evaluar la calidad del servicio de una IPS de alta complejidad, en su componente –satisfacción del usuario–”, realizado por Cecilia Briceño Pineda*, se desarrollaron ocho etapas para el diseño del modelo a saber: determinación de los ciclos del servicio de una IPS de alta complejidad, definición de los atributos del servicio, determinación de la

muestra, definición de los instrumentos de recolección de datos, desarrollo del trabajo de campo, digitación de los datos, análisis de la información y uso de la información. El modelo desarrollado se centra en la evaluación de los usuarios en una IPS y contempla a su vez el marco en el cual está inmersa la prestación de los servicios de salud por una IPS de alta complejidad –sociedad, legislación nacional, reglamentación del sector salud-. El modelo es una herramienta sencilla y sistemática que se ofrece para facilitar el conocimiento de la percepción de la calidad del servicio prestado y la satisfacción de los usuarios, como fuente de mejoramiento continuo.

Las anteriores investigaciones muestran la demanda continuada que existe alrededor de determinar las diferentes percepciones, intereses, necesidades y deseos para satisfacer las expectativas e, incluso, ir más allá de ellas, para alcanzar la ventaja competitiva, la cual se ha convertido en patente de Corso para competir con éxito, en la actualidad, en el cada vez más convulsionado universo de los negocios.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Determinar los niveles de satisfacción de los usuarios y tiempos de espera en la consulta externa de las personas que acuden a los servicios de salud en el

Hospital Simón Bolívar ESE de III nivel en Bogotá D.C en el primer semestre de 2004.

1.5.2 Objetivos específicos

- ✓ Determinar la calidad de la atención recibida en la asignación de citas en las personas que acuden a los servicios de salud en el Hospital Simón Bolívar ESE de II nivel en Bogotá D.C.
- ✓ Establecer la calidad de la atención recibida en los diferentes puntos de servicios a que acuden las personas (portería, recepción y caja) en el Hospital Simón Bolívar ESE de II nivel en Bogotá D.C.
- ✓ Identificar las comodidades y la calidad del servicio odontológico recibido por las personas que acuden a los servicios de salud en el Hospital Simón Bolívar ESE de II nivel en Bogotá D.C.
- ✓ Verificar la calidad de los servicios de laboratorio y farmacia ofrecidos a las personas que acuden a los servicios de salud en el Hospital Simón Bolívar ESE de II nivel en Bogotá D.C.

2. MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo observacional de corte transversal.

2.2 POBLACIÓN

2.2.1 Población blanco: usuarios de la consulta externa del Hospital Simón Bolívar, ESE III nivel de atención en el primer semestre del 2004.

2.2.2 Población accesible: Estadísticas de registro de consulta externa del Hospital.

2.2.3 Población elegible: Para seleccionar la población objeto de estudio se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección:

✓ *Inclusión:* Usuarios que acuden a la consulta externa del hospital en el primer semestre del 2004, entre las edades de 15 a 70 años y que estén dispuestos a colaborar con el estudio.

✓ *Exclusión:* Usuarios que no estén comprendidos en el rango de edades seleccionado y que no estén dispuestos a colaborar con el estudio.

2.3 MUESTRA: 102 usuarios

2.4 VARIABLES

Las variables para este estudio se relacionan en la tabla 1.

2.5. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de la información a la población objeto de estudio se diseñó una encuesta semi – estructurada de 20 preguntas, la cual se organizó en cuatro capítulos, de acuerdo a las variables a medir en el estudio, así: características del usuario (sexo, edad y procedencia), atención recibida y tiempos de espera, tal como se muestra en el anexo A.

2.6. PROCEDIMIENTOS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección y análisis de la información se siguieron los siguientes pasos:

- ✓ Se diseñó una encuesta de 20 preguntas tomando como referencia el instrumento diseñado para tales fines por Gustavo Malagón en su libro titulado: *“Garantía de la calidad en salud”*.

✓ Con el objeto de verificar la claridad y comprensión de las preguntas se realizó una prueba piloto a 10 usuarios de la consulta externa de un Hospital de II nivel de atención con las mismas características del seleccionado para el estudio. La prueba piloto aplicada se relaciona en el anexo B.

✓ La encuesta relaciona en el anexo A, debidamente ajustada se aplicó a una muestra de 120 usuarios de la consulta externa del hospital Simón Bolívar. La aplicación de la encuesta se hizo en el primer semestre del 2004.

✓ Posteriormente se organizó, codificó, tabuló y procesaron las encuestas. La codificación y tabulación se hizo en una tabla Excel; los resultados se procesaron haciendo uso de un paquete estadístico, denominado:

Las medidas estadísticas que se utilizaron fueron:

Mediante la utilización del paquete estadístico STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES (S.P.S.S)-10.0 en español, y, al procesar la información obtenida a través de las encuestas aplicadas en el Hospital Simón Bolívar ESE III Nivel en los usuarios de los servicios odontológicos se arrojaron dos tipos de variables, las cuales representan los resultados del estudio y son relacionadas a continuación:

TABLA 1. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES	DEFINICIÓN	CATEGORIA DE ESCALA	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES
1. DEMOGRAFICO					
1.1 Edad	Variable cambiante de una persona a otra y equivale al tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Años cumplidos	Discreta	Cuantitativa	Número entero
1.2 Género	Rasgos del ser humano para determinar el sexo.	Masculino o femenino	Nominal	Cualitativa	Predominancia sexual
1.3 Procedencia	Localidad, barrio o municipio de donde proviene el usuario del servicio.	Localidad, barrio o municipio	Nominal	Cualitativa	Ubicación geográfica
2. ATENCIÓN RECIBIDA	Grado de percepción del cliente sobre la atención recibida en los diferentes momentos de estancia en la institución.	-Excelente -Buena -Regular -Mala	Nominal	Cualitativa (Independiente)	-Excelente -Buena -Regular -Mala
3. TIEMPO DE ESPERA	Cuantificación que hace el cliente o usuario del servicio del tiempo que debe esperar para ser atendido.	Minutos. Horas, días, meses	Continua	Cuantitativa (Independiente)	-Minutos -días
4 SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Parámetro de referencia cuyo objetivo es cuantificar la calidad del servicio que una organización ofrece a sus clientes.	Aceptable: 90-94% Buena: 95-99% Excelente: 100%	Nominal	Cualitativa (Dependiente)	-Satisfecho - Insatisfecho

Fuente: Carrillo. C y col., 2004

3. RESULTADOS

La presente investigación se realizó en el servicio de odontología del Hospital Simón Bolívar, ESE III nivel de atención del Distrito Capital de Bogotá, en el primer semestre del 2004. Para la realización del estudio se tuvo en cuenta variables como características del usuario, atención recibida, tiempos de espera y tipos de consulta odontológica.

3.1 CARACTERÍSTICAS DEL USUARIO

Estas variables permitieron caracterizar a los individuos encuestados con respecto al sexo, edad del paciente, tipo de afiliación del usuario, relación del número de consultas, tipo de consultas: general o especialista y procedencia de los usuarios.

En la tabla 2 se muestra la distribución porcentual de los encuestados en cuanto al sexo. En ella se encontró que de un total de 102 usuarios encuestados, 59 de ellos fueron mujeres, lo que corresponde al 57.8% y 43 fueron hombres, equivalentes al 42.2%.

Tabla 2. Distribución porcentual de los encuestados en cuanto al sexo.

Sexo	No. De personas	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	59	57,8	57,8
Masculino	43	42,2	100,0
TOTAL	102	100,0	

Fuente: Carolina Carrillo y Col.

La tabla 3 muestra la distribución de edad por pacientes. En ella se observó que hay un rango muy amplio en cuanto a la edad de las personas encuestadas, De ellas, el 38.2% de los encuestados son menores de edad, mientras que el 61.8% correspondió a personas adultas. La edad mínima de los encuestados fue de 2 años, mientras que la máxima fue de 74 años y en promedio la edad de los mismos fue de 24 años.

3. Distribución de edad por pacientes.

EDAD	Número de pacientes	porcentaje	Porcentaje acumulado
2	5	4,9	4,9
3	11	10,8	15,7
4	1	1,0	16,7
5	4	3,9	20,6
6	1	1,0	21,6
7	1	1,0	22,5
8	3	2,9	25,5
9	5	4,9	30,4
11	1	1,0	31,4
12	3	2,9	34,3
13	1	1,0	35,3
17	1	1,0	36,3
18	2	2,0	38,2

EDAD	Número de pacientes	porcentaje	Porcentaje acumulado
20	4	3,9	42,2
21	3	2,9	45,1
23	1	1,0	46,1
24	3	2,9	49,0
25	4	3,9	52,9
26	2	2,0	54,9
27	1	1,0	55,9
28	3	2,9	58,8
30	3	2,9	61,8
31	1	1,0	62,7
32	4	3,9	66,7
33	3	2,9	69,6
34	1	1,0	70,6
35	3	2,9	73,5
36	1	1,0	74,5
37	1	1,0	75,5
38	1	1,0	76,5
39	3	2,9	79,4
40	2	2,0	81,4
41	2	2,0	83,3
42	1	1,0	84,3
44	2	2,0	86,3
45	2	2,0	88,2
46	1	1,0	89,2
47	2	2,0	91,2
49	1	1,0	92,2
52	1	1,0	93,1
53	1	1,0	94,1
54	1	1,0	95,1
56	1	1,0	96,1
63	1	1,0	97,1
69	1	1,0	98,0
72	1	1,0	99,0
74	1	1,0	100,0
Total	102	100,0	

Fuente: Carolina Carrillo y Col.

La tabla 4, muestra el tipo de afiliación de los usuarios del servicio odontológico.

En ella se observó que un alto porcentaje de los encuestados, el 77.5%

corresponde al régimen de salud subsidiado SISBEN, el 17.2% pertenecen al régimen contributivo particular, y el 9.8% al régimen vinculado.

Tabla 4. Tipo de afiliación de los usuarios del servicio odontológico

Tipo de afiliado	No. de afiliados	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Contributivo Particular	13	12,7	12,7
Subsidiado	79	77,5	90,2
Vinculado	10	9,8	100,0
Total	102	100,0	

Fuente: Carolina Carrillo y Col.

La tabla 5, muestra la relación del número de consultas para urgencias a que acuden los usuarios de los servicios odontológicos. En ella se pudo determinar que el 34.3% de los encuestados asistieron a la consulta odontológica por primera vez, y el 65.7% a sesión repetida.

Tabla 5. Relación del número de consultas de urgencias a que acuden los usuarios de los servicios odontológicos.

Tipo de afiliado	No. De afiliados	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primera vez	35	34,3	34,3
Sesión repetida	67	65,7	100,0
Total	102	100,0	

Fuente: Carrillo, C y Col.

La tabla 6, muestra el tipo de consulta odontológica en lo relacionado con el servicio de odontología general o de especialista. En ella se observó que el 36.3% acuden a citas de odontopediatría, seguido por la consulta maxilofacial con el 33.3%, la de endodoncia con el 15.7%, odontología general con el 6.9%, la de periodoncia con el 5.9% y la de ortodoncia con el 2.9%.

Tabla 6. Tipo de consulta en relación con el servicio odontológico general o de especialista

Tipo de especialidad	No. De Consultas	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Odontología general	7	6,9	6,9
Odontopediatría	37	36,3	43,1
Endodoncia	16	15,7	58,8
Periodoncia	5	4,9	63,7
Maxilofacial	34	33,3	97,1
Ortodoncia y pediatría	3	2,9	100,0
Total	102	100,0	

Fuente: Carrillo, C y Col.

La tabla 7 muestra la procedencia de los usuarios que acuden al servicio odontológico en el Hospital Simón Bolívar ESE III nivel. En ella se observa que es muy variada; sin embargo Suba representa el mayor porcentaje con el 20.6%.

Tabla 7. Procedencia de los usuarios del servicio odontológico del Hospital Simón Bolívar, ESE III nivel.

Procedencia	No. De usuarios	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Desplazado	1	1,0	1,0
La Uribe	1	1,0	2,0
Fontibon	2	2,0	3,9
La Granja	1	1,0	4,9
Tibabuyes	1	1,0	5,9
Calleja	13	12,7	18,6
Santa Cecilia	1	1,0	19,6
Bochita	1	1,0	20,6
Galerias	1	1,0	21,6
Urbina	1	1,0	22,5
Suba	21	20,6	43,1
La Gaitana	3	2,9	46,1
Granada	1	1,0	47,1
Prado Veraniego	1	1,0	48,0
Vista Hermosa	1	1,0	49,0
Bosque De Mariana	1	1,0	50,0
Danubio Azul	1	1,0	51,0
Pontevedra	1	1,0	52,0
San Cristóbal	6	5,9	57,8
Buena Vista	1	1,0	58,8
La Cita	2	2,0	60,8
Santa Rita	2	2,0	62,7
Bello Horizonte	1	1,0	63,7
Rionegro	2	2,0	65,7
Prado Veraniego	2	2,0	67,6
Engativa	1	1,0	68,6
Villa Constanza	1	1,0	69,6
Chapinero	1	1,0	70,6
Prados	1	1,0	71,6
Babilonia	2	2,0	73,5
Garces Navas	1	1,0	74,5
Florida	1	1,0	75,5
Rincón	1	1,0	76,5
Campiña	2	2,0	78,4
Sicarí	1	1,0	79,4
Pablo VI	1	1,0	80,4

Alisios	1	1,0	81,4
San Isidro	1	1,0	82,4
Cedritos	3	2,9	85,3
Manuela Beltran	1	1,0	86,3
San Cipriano	1	1,0	87,3
Lijaca	1	1,0	88,2
Galan	1	1,0	89,2
San Francisco	1	1,0	90,2
Serranias	1	1,0	91,2
Bachue	1	1,0	92,2
Bosque Popular	1	1,0	93,1
San Antonio	1	1,0	94,1
Nueva Granada	1	1,0	95,1
Bosa	3	2,9	98,0
Nuevo Porvenir	1	1,0	99,0
Belen	1	1,0	100,0
Total	102	100,0	

Fuente: Carrillo, C y Col.

3.2 RELACIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA CON LA ATENCIÓN RECIBIDA.

Esta variable permitió identificar la calidad del servicio acorde con la percepción del usuario en las siguientes oportunidades de mediciones: tiempo de duración del servicio en los diferentes puntos de atención al usuario, comparar los tiempos de atención y la calificación de los servicios, tiempo de duración en caja, calificación del tiempo para obtener una cita, tiempo de recepción, tiempo en la sala de espera y tiempo de duración de la consulta.

La tabla 8, relaciona el tiempo de duración del servicio en los diferentes puntos de atención.

Tabla 8. Tiempo de duración del servicio en los diferentes puntos de atención al usuario.

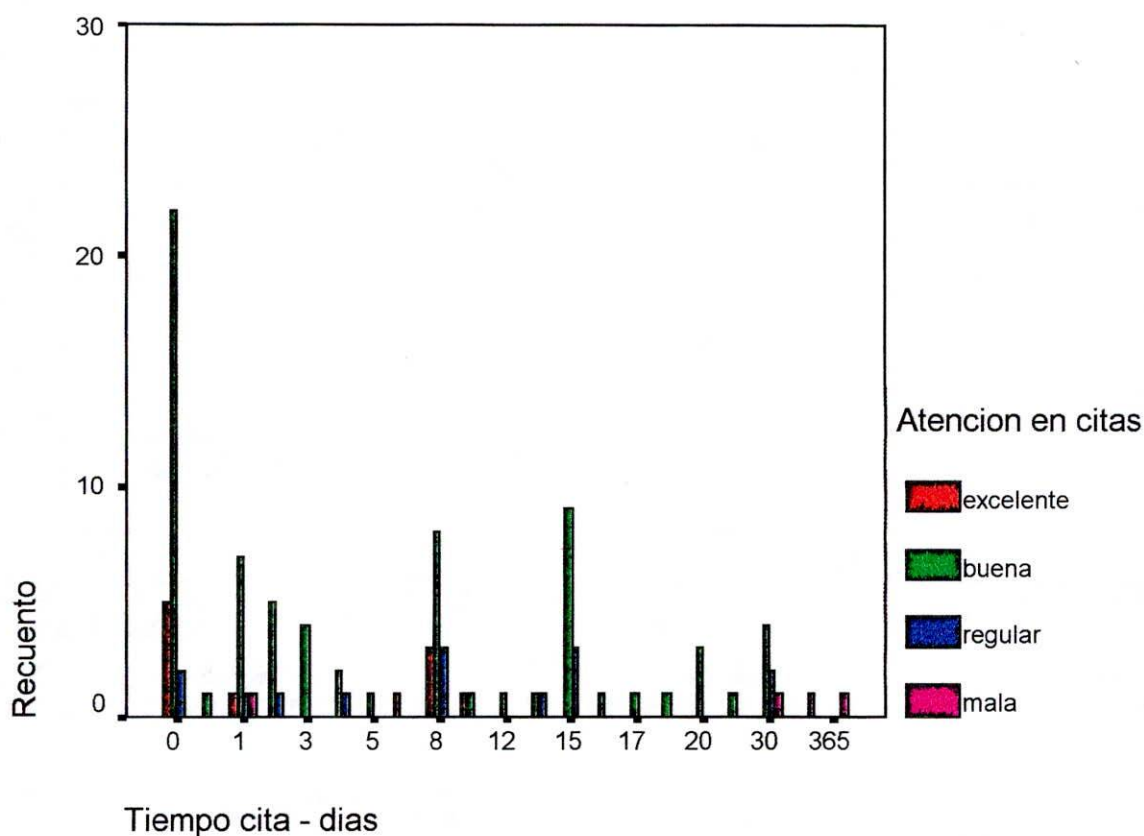
	No. de Usuarios	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Edad paciente	102	2	74	24,92	17,80
Tiempo cita – días	102	0	365	11,56	36,78
Tiempo caja minutos	102	0	180	42,05	38,73
tiempo consulta – minutos	102	2	120	26,88	23,24
Tiempo recepción minutos	102	0	360	34,27	48,73
Tiempo sala espera -minutos	102	0	180	40,80	39,66
N válido (según lista)	102				

Fuente: Carrillo, C y Col.

La variable tiempo de asignación de la cita (medida en días) presentó un valor mínimo de cero días y un máximo de 365 días, el promedio de días para la asignación de la cita es de 11,5 días. Es digno de anotar que el valor mínimo que corresponde a cero días corresponde a citas de urgencia.

La figura 2 muestra el tiempo que dura un paciente para obtener una cita. En ella se observó que las calificaciones de excelente, buena, regular y mala están directamente relacionadas con el tiempo que dura un paciente para que le sea asignada una cita. Existe para esta variable un valor extremo de 365 días y que corresponde a un usuario que, al parecer, tuvo inconvenientes en la atención y por eso afirma haberse demorado un año en recibir la cita y, por lo tanto, califica todos los servicios como malos.

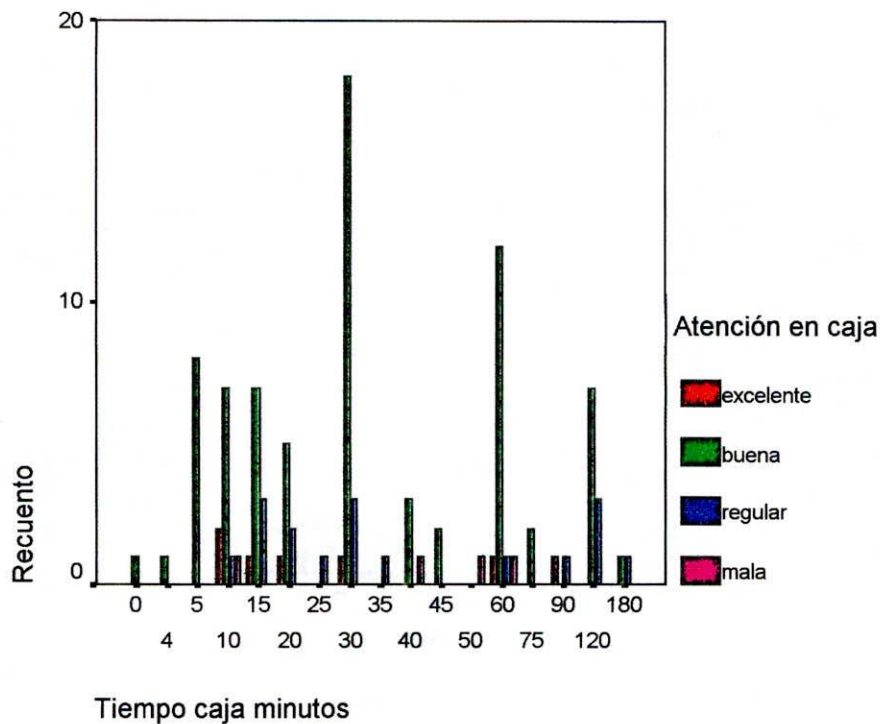
Figura 2. Tiempo para obtener una cita.



Fuente: Carolina Carrillo y Col.

La figura 3 muestra el tiempo de atención en la caja, el cual presentó un valor mínimo de cero minutos y un valor máximo de 180 minutos, en promedio el tiempo de atención en la caja fue de 42 minutos. De igual manera al ítem anterior, el tiempo de atención en caja es calificado como excelente, bueno, regular o malo acorde, para este caso, con el tiempo de duración.

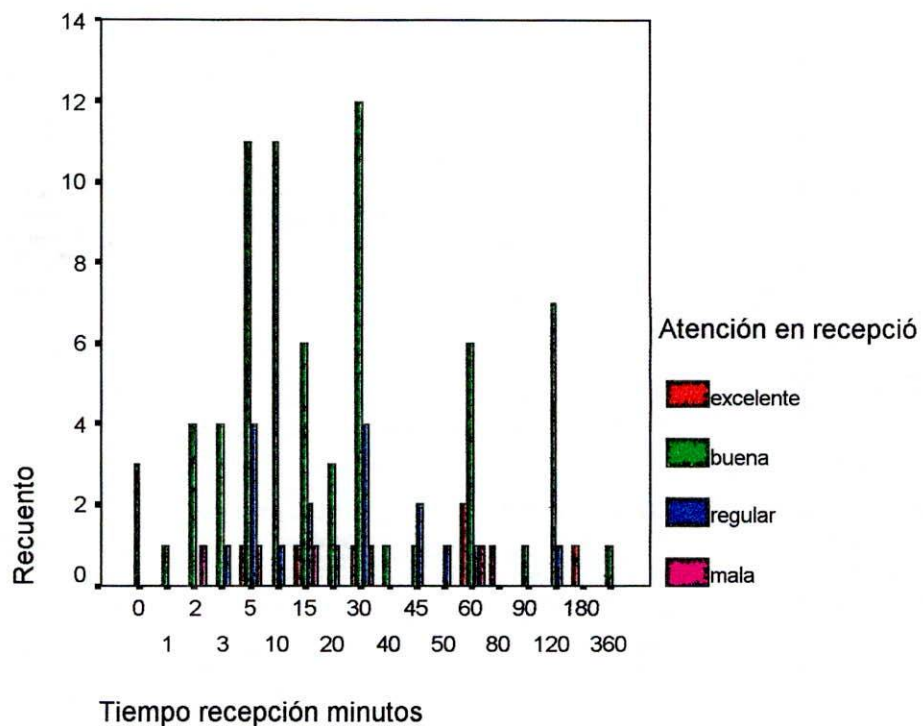
Figura 3. Tiempo de duración en caja.



Fuente: Carolina Carrillo y Col., 2004

La figura 4 muestra que el tiempo de atención en la recepción mínimo es de cero minutos y el valor máximo es de 360 minutos siendo este un valor extremo que no se tuvo en cuenta para el cálculo del promedio. El tiempo promedio de atención en la recepción fue de 34 minutos. De manera análoga, el servicio es calificado a través de los indicadores reseñados antes.

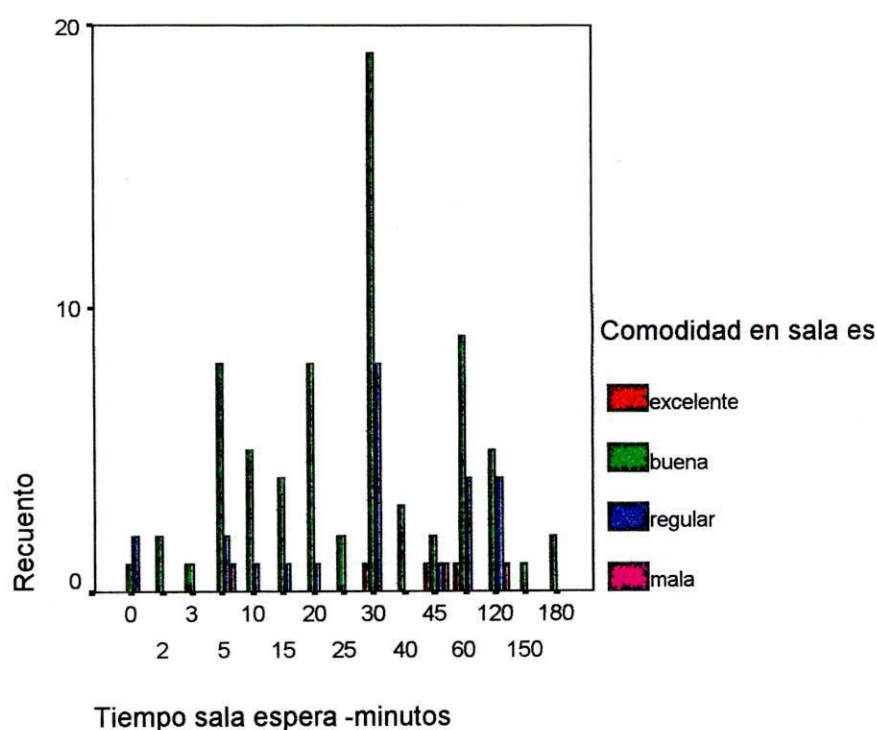
Figura 4. Tiempo de atención en recepción.



Fuente: Carolina Carrillo y Col., 2004

La figura 5 muestra que el tiempo en la sala de espera tiene un promedio de 40 minutos con un valor mínimo de cero minutos y un valor máximo de 180 minutos. También aquí se calificó el servicio de manera similar a las anteriores.

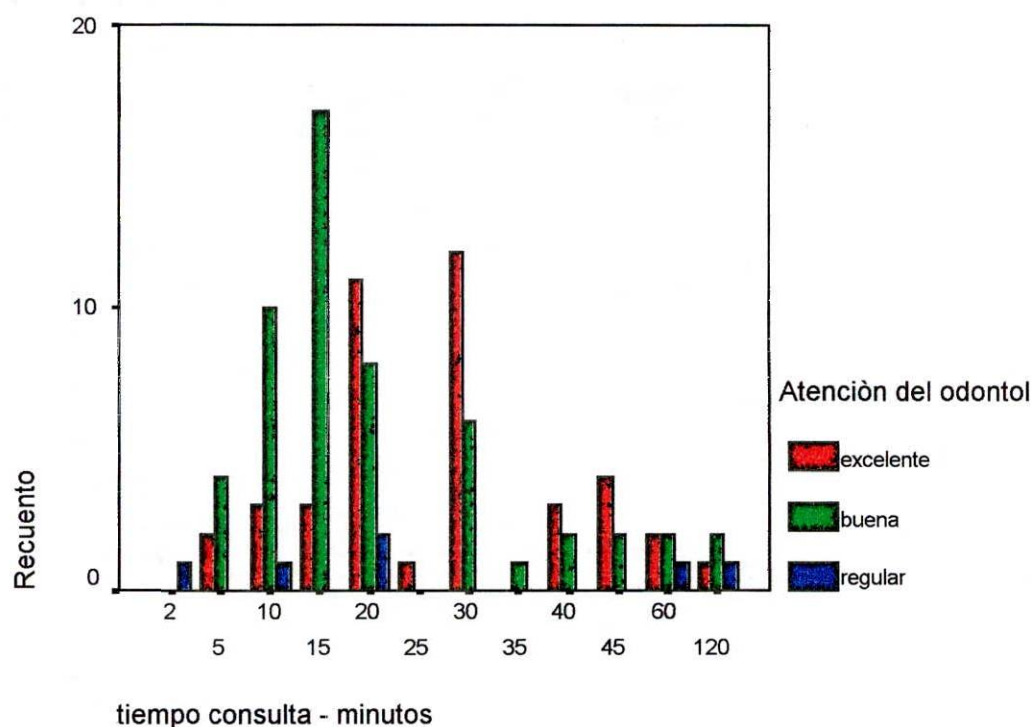
Figura 5. Tiempo en la sala de espera.



Fuente: Carolina Carrillo y Col., 2004

La figura 6 presenta un tiempo promedio de 26 minutos con un mínimo de 2 minutos y un máximo de 120 minutos.

Figura 6. Tiempo en la consulta odontológica



Fuente: Carolina Carrillo y Col., 2004

La tabla 9 muestra que al comparar los tiempos de atención y la calificación de los distintos servicios que requiere un usuario para ser atendido, los usuarios del servicio calificaron de manera satisfactoria la atención en portería, ya que 88 de los encuestados le dieron calificación “buena” y cinco usuarios la calificaron como “excelente”; solamente nueve estuvieron inconformes y seis la calificaron como regular y tres como mala.

Tabla 9. Comparación de los tiempos de atención en portería con la calificación de los servicios por los usuarios

ATENCIÓN EN PORTERÍA	No. De usuarios	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Excelente	5	4,9	4,9
Buena	88	86,3	91,2
Regular	6	5,9	97,1
Mala	3	2,9	100,0
Total	102	100,0	

Fuente: Carrillo, C y Col., 2004

La tabla 10, muestra el tiempo de duración de los usuarios en caja. En ella se observa que la calificación de los usuarios hacia la atención en la caja es satisfactoria ya que 81 de los encuestados la califican como buena (74%), y al comparar con los tiempos de atención se refleja que a medida que es menor el tiempo, mejor califican dicha atención. El promedio del tiempo de atención de 42 minutos no es malo porque los usuarios califican el servicio como bueno (esto se puede entender porque para cada facturación, la persona encargada debe revisar una serie de documentos lo que no hace muy ágil esta atención).

Tabla 10. Tiempo de duración en caja

TIEMPO CAJA MINUTOS/ ATENCIÓN EN CAJA	EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL
0		1			1
4		1			1
5		8			8
10	2	7	1	1	11
15	1	7	3		11
20	1	5	2		8
25			1		1
30	1	18	3		22
35			1		1
40		3		1	4
45		2			2
50				1	1
60	1	12	1	1	15
75		2			2
90	1		1		2
120		7	3		10
180		1	1		2
TOTAL:	7	74	17	4	102

Fuente: Carolina Carrillo y Col., 2004

La tabla 11, muestra la calificación del tiempo de duración para obtener una cita. En ella se observa que la calificación de los usuarios hacia la atención en la asignación de citas también es satisfactoria ya que 84 de los encuestados la califican como buena (73%) y de excelente 11. El tiempo promedio de asignación de citas de 11 días. Es importante anotar que se debe tener en cuenta que la asignación de citas en cero días (menos de un día) corresponde, en su gran mayoría, a la atención de citas de urgencia.

Tabla 11. Calificación del tiempo para obtener una cita.

TIEMPO CITA – DIAS/ ATENCION EN CITAS	EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL
0	5	22	2		29
1		1			1
1	1	7	1	1	10
2		5	1		6
3		4			4
4		2	1		3
5		1			1
7	1				1
8	3	8	3		14
9	1	1			2
12		1			1
14		1	1		2
15		9	3		12
16		1			1
17		1			1
18		1			1
20		3			3
25		1			1
30		4	2	1	7
60				1	1
365				1	1
Total	11	73	14	4	102

Fuente: Carolina Carrillo y Col., 2004

La tabla 12, muestra el tiempo de recepción en minutos. En ella se observa que al comparar el tiempo de atención en recepción con la calificación dada por los usuarios es bastante satisfactoria, el promedio de 34 minutos en esta atención es aceptado por los usuarios ya que 72 usuarios la califican como buena y siete la califican como excelente; mientras que 23 de los encuestados le dan una calificación mala o regular.

Tabla 12. Tiempo de recepción.

TIEMPO RECEPCIÓN MINUTOS / ATENCIÓN EN RECEPCIÓN	EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL
0		3			3
1		1			1
2		4		1	5
3		4	1		5
5	1	11	4	1	17
10		11	1		12
15	1	6	2	1	10
20		3	1		4
30	1	12	4	1	18
40		1			1
45		1	2		3
50			1		1
60	2	6	1	1	10
80	1				1
90		1			1
120		7	1		8
180	1				1
Total	7	72	18	5	102

Fuente: Carolina Carrillo y Col.

La tabla 13, muestra el tiempo de duración en la sala de espera. En ella se observa que el tiempo de atención en promedio es de 40 minutos y es calificado por los usuarios como normal ya que al calificar la comodidad de la sala de espera hay satisfacción entre los usuarios que se ve reflejada en la calificación de buena y excelente que le dan 75 de los usuarios.

Tabla 13. Tiempos en la sala de espera.

TIEMPO SALA ESPERA – MINUTOS/ COMODIDAD EN SALA ESPERA	EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL
0		1	2		3
2		2			2
3		1			1
5		8	2	1	11
10		5	1		6
15		4	1		5
20		8	1		9
25		2			2
30	1	19	8		28
40		3			3
45	1	2	1	1	5
60	1	9	4		14
120		5	4	1	10
150		1			1
180		2			2
Total	3	72	24	3	102

Fuente: Carolina Carrillo y Col., 2004

La tabla 14 muestra el tiempo de duración del usuario en la consulta odontológica. En ella se observa que el tiempo de la consulta está relacionado con la especialidad odontológica a la que se asiste (tabla 15). El promedio de 26 minutos de atención por parte del odontólogo, es considerado por los usuarios como bueno y la calificación que dan a la atención del odontólogo es muy buena, ya que 96 de los encuestados la califican como buena o excelente. Solo seis de los usuarios la califican como regular o mala.

Tabla 14. Tiempo de duración de la consulta

TIEMPO CONSULTA – MINUTOS/ ATENCIÓN DEL ODONTOLOGO	EXCELENTE	BUENA	REGULAR	TOTAL
2			1	1
5	2	4		6
10	3	10	1	14
15	3	17		20
20	11	8	2	21
25	1			1
30	12	6		18
35		1		1
40	3	2		5
45	4	2		6
60	2	2	1	5
120	1	2	1	4
Total	42	54	6	102

Fuente: Carolina Carrillo y Col., 2004

TABLA 15. TIEMPO EN CONSULTA POR ESPECIALIDAD

TIEMPO – MÍNUTOS/ES PECIALIDAD	ODONT OLOGÍA GENER AL	ODONT OPEDIA TRIA	ENDODON CIA	PERIODON CIA	MAXILOFA CIAL	ORTODON CIA Y PEDIATRIA	TOTAL
2					1		1
5		2	2		2		6
10		7		1	5	1	14
15		6	2	1	10	1	20
20	3	10		1	7		21
25					1		1
30	3	7	3	2	2	1	18
35		1					1
40			3		2		5
45		2	3		1		6
60		1	3		1		5
120	1	1			2		4
Total	7	37	16	5	34	3	102

Fuente: Carolina Carrillo y Col., 2004

En la tabla 16 se muestra la respuesta afirmativa o negativa de los usuarios frente a la solución del problema odontológico por la que el paciente concurrió a la cita y su respectiva relación con el tiempo de consulta.

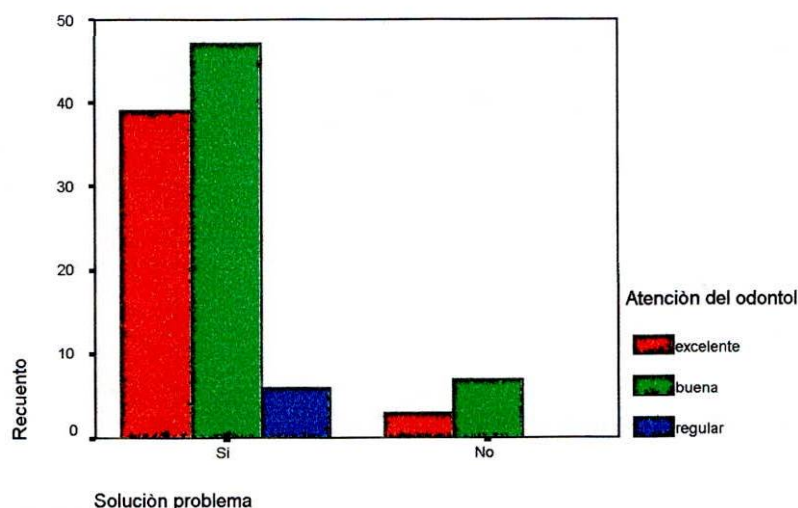
Tabla 16. Solución del problema odontológico consultado

SOLUCIÓN PROBLEMA/ ATENCIÓN DEL ODONTOLOGO	EXCELENTE	BUENA	REGULAR	TOTAL
Si	39	47	6	92
No	3	7		10
Total	42	54	6	102

Fuente: Carolina Carrillo y Col., 2004

De igual forma la figura 6 muestra la calificación a la solución del problema odontológico por el cual se concurrió a la cita.

Figura 7. Calificación de la solución del problema odontológico por la cual se concurrió a la cita



4. DISCUSIÓN

Lo único que cuenta es un cliente satisfecho.

Jean Carlzon.

Considerando los datos e información arrojada por el instrumento de diagnóstico y los resultados presentados se puede afirmar que la información alcanzada manifiesta una tendencia favorable de la institución en la búsqueda hacia la calidad.

Del total de usuarios consultados (102) los resultados mostraron que un 57.8% correspondían a mujeres y el 42.2% a los hombres, lo que está en concordancia con la tendencia social que se ha venido dando en los últimos tiempos al darle una mayor participación a la mujer en diversas actividades sociales.

En lo que concierne a la distribución de edades de los pacientes, de éstas, el 38.2% de los encuestados son menores de edad, mientras que el 61.8% correspondió a personas adultas, lo que conduce a considerar que al servicio de odontología del Hospital Simón Bolívar ESE III nivel, llegan personas de todas las edades.

Para el tipo de afiliación de los usuarios del servicio odontológico en un alto porcentaje, el 77.5%, corresponde al régimen de salud subsidiado Sisben, el 17.2% pertenecen al régimen contributivo particular, y el 9.8% al régimen vinculado lo que conduce a colegir que en el Hospital Simón Bolívar ESE III nivel sus servicios son, en su mayoría, para usuarios de extracción popular.

En lo relacionado con el tipo de consulta odontológica para el servicio de odontología general o de especialista se observó que el 36.3% acuden a citas de odontopediatría lo que confirma el hecho encontrado anteriormente en donde el 38.2% de los encuestados son menores de edad, seguido por la consulta maxilofacial con el 33.3%.

Con respecto a los tiempos de asignación de la cita, de recepción, de atención en caja, en la sala de espera y de consulta la calificación alcanzada, es, en términos generales, satisfactoria. No obstante, los resultados alcanzados permiten identificar necesidades de servicio para los usuarios, que demandan el uso e implementación de métodos cuantificables que permitan determinar, periódicamente, la calidad del servicio, así como a valorar las necesidades y a resolver áreas potenciales de problemas de una manera objetiva mediante la interacción con los usuarios, con el ánimo de realizar, posteriormente, la retroalimentación necesaria, y, generar ideas prácticas alrededor de cómo medir la satisfacción del usuario. Estos resultados presentan bastante afinidad a los alcanzados por Parada Mónica y Hernández Angélica al presentar un diseño y

validación de un instrumento para la evaluación de la calidad en la Clínica Odontológica Santa Mónica. De igual manera, esta situación ha sido identificada como deficiente en la gran mayoría de las empresas por expertos en el estudio del servicio al cliente como Richard Gerson, 1998, Kart Albrecht-Ron Zemke, 1999 y Stanton, 1999, entre otros.

La necesidad de ofrecer un servicio superior al cliente y desempeño con calidad, sólo se alcanza mediante el desarrollo potencial de personas altamente competentes y bien cualificadas, el fomento del trabajo en equipo mediante el aprovechamiento de la sinergia, con niveles de motivación satisfactorios logrados a través de recompensas e incentivos psicológicos y financieros que permitan sostenerse frente a lo que ofrece la competencia, lo que trae como consecuencia, la satisfacción y retención de de sus clientes, evidencia testimoniada a través de diversos best séller como las Megatendencias de John Naisbit, 1992, Cambio de Poder de Alvin Toffler 1990, y la Entropía un Nuevo Punto de vista Mundial de Jeremy Rifkin y Ted Howard 1995.

El logro de los propósitos anteriores permitiría, sin lugar a dudas, la creación de valor para los usuarios en la búsqueda para alcanzar la ventaja competitiva y fortalecería a la organización frente lo que pueda brindar la competencia

5. CONCLUSIONES

- A los diferentes servicios odontológicos que ofrece el Hospital Simón Bolívar ESE III nivel acuden personas de todas las edades.
- En el Hospital Simón Bolívar ESE III nivel sus servicios son, en su mayoría, para usuarios de extracción popular; representados, en un alto porcentaje, el 77.5% al régimen de salud subsidiado SISBEN, el 17.2% pertenecen al régimen contributivo particular, y el 9.8% al régimen vinculado.
- El 36.3% de los usuarios acuden a citas de odontopediatría, seguido por la consulta maxilofacial con el 33.3%, la de endodoncia con el 15.7%, odontología general con el 6.9%, la de periodoncia con el 5.9% y la de ortodoncia con el 2.9%.
- La percepción de los usuarios relacionada con el tiempo de duración del servicio en los diferentes puntos de atención al usuario, tiempo de duración en caja, tiempo para obtener una cita, tiempo de recepción, tiempo en la sala de espera, tiempo de duración de la consulta y calificación de los servicios es, en términos generales, buena.

- Los programas de servicio al cliente y mejora de la calidad tienen éxito únicamente cuando existe un compromiso total de la gerencia y éste compromiso empieza en el nivel más alto.

- La organización debe hacer todo lo que esté a su alcance para conocer a sus clientes íntimamente y entenderlos totalmente. Conocer íntimamente a los clientes es una forma continua de trabajo; requiere mantenerse en contacto permanente con ellos.

6. RECOMENDACIONES

- Únicamente se puede dar servicio superior al cliente y desempeño con calidad mediante gente competente y bien calificada, lo que trae como consecuencia la satisfacción y retención de de sus clientes. Para ello es necesario capacitarlos bien, recompensarlos bien y darle buenos incentivos psicológicos y financieros.
- Desarrollar, de manera continuada, investigaciones que permitan determinar el grado de satisfacción de los usuarios del servicio, mediante el desarrollo de estándares y sistemas de medición que permitan satisfacer las percepciones de los clientes.
- Se hace necesario crear un modelo consistente o de un marco de referencia para administrar el servicio acudiendo a los principios más fundamentales del liderazgo, en donde se distinga una cultura orientada hacia el cliente, crear expectativas de calidad, propiciar un clima de motivación, suministrar los recursos necesarios, ayudar a resolver problemas, eliminar obstáculos y estar convencidos que la ejecución de un trabajo de alta calidad da buenos resultados, y, son los directivos de la organización los que tienen que fomentar y mantener esta cultura.

BIBLIOGRAFÍA

ALBRECHT, Kart y ZEMKE Ron. Gerencia del servicio. Bogotá: 3 R, 1999. 23-98 p.

AZOREY, Graciela en Gerencia en salud. La calidad del servicio y el profesional de salud. [http://www. Gerenciasalud.com/art74.htm](http://www.Gerenciasalud.com/art74.htm). 2-5 p.

BOB, Hayes. Cómo medir la satisfacción del cliente. Oxford University. Impresión, 1999. 24-124 p.

BRICEÑO PINEDA, Cecilia. Un modelo para evaluar la calidad del servicio de una IPS de alta complejidad, en su componente satisfacción del usuario. Revista Colombiana de Marketing. Bogotá, 2002; p 3-10

CARDONA O., LINEROS R. Estrategias del servicio. EAN. Bogotá, 2002; p 32.

CASTAÑO Y., Ramón. Cómo medir la calidad. Revista Vía Salud, Vol. 1. Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá, 1998; p 7

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política de Colombia de 1991.

IBID. Ley 10 de 1.990. Por medio de la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Editorial Unión Ltda. 2001.

IBID. Ley 715 de 2001. Sistema Nacional de Participaciones. Bogotá, editorial el trébol Ltda. 2002.

IBID. Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. Bogotá.

DE MORAES NOVAES H. Programa de garantía de la calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el caribe. En Salud Pública de México. Vol. 35 No. 3, 1993.

DONAVEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluación de la garantía de la calidad. Salud Pública. México, 1990. No. 32; p 113-117.

GALÁN MORERA, Ricardo y MALAGÓN, Gustavo. Evaluación integral. Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. Primera edición, Bogotá 1996.

GERSON, Richard. Cómo medir la satisfacción del cliente. Nebraska: Iberoamericana. S.A., 1999. 13-76 p.

MALAGÓN G., MORERA R., y LAVERDE G. Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana, 2da. Edición. Bogotá 2000; p 546, 560.

MALAGÓN G., MORERA R., y LAVERDE G. Auditoria en salud. Editorial Médica Panamericana, 2da. Edición. Bogotá 2002; p 124-128

MALAGÓN G, GALÁN R y PONTON L. Garantía de la calidad en Salud. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, 2001. 12-77p.

MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2309 de 2002.

IBID. Resolución 01474 de 2002 .

IBID. Resolución 001439 de 2002

OMS/OPS. La garantía de la calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Federación Latinoamericana de Hospitales. 1992.

ORTIZ ESPINOSA, Rosa María y cols. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México según la opinión de los usuarios en Revista Panam Salud Pública., Vol. 4 NO. 13. México, 2003; p 229-237.

PALMER, R.H. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y prácticas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1989

PANCORVO, Jorge. Sobre la calidad del servicio en Gerencia en Salud. <http://www.gerenciasalud.com/art129.htm>. 1-2 p.

PARDO, Franz y Col. Auditoria en Salud 2002. – 81 Año 2002. 81p.

SERNA, Humberto. Servicio al Cliente. Métodos de auditoria y medición. 3 R editores. 2da. Edición. Bogotá, 1999.

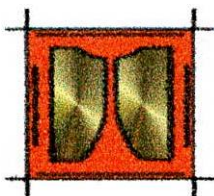
STANTON, Williams y col. Fundamentos de Marketing. Editorial Mc Graw Hill. Bogotá.1999; p 185-190

PARADA, Mónica. Diseño y validación de un instrumento para la evaluación de los atributos de la lidad en la clínica odontológica Santa Mónica. Universidad del Bosque, Bogotá.

VALENCIA SALAZAR, Freddy. Satisfacción, oportunidad y razones de no uso. Universidad de Caldas. Manizales, 1997

ANEXOS

**ANEXO A.
ENCUESTA**



**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
-COC-**

**DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
Y TIEMPOS DE ESPERA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
SIMÓN BOLÍVAR DE BOGOTÁ D.C., EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2004**

Formulario No. _____

Se desea conocer su opinión respecto al servicio recibido en este Hospital John F. Kennedy. Por favor, al contestar esta encuesta, "no anote su nombre ni su firma".

Gracias por su colaboración.

1. CARACTERÍSTICAS DEL USUARIO

101 Sexo F (1) _____ M (2)
102 Edad: _____ (años cumplidos)
103 Procedencia: _____

2. ATENCIÓN RECIBIDA

201 ¿Cómo califica la atención recibida en asignación de citas?

1 Excelente () ¿Por qué? _____
2 Buena () ¿Por qué? _____
3 Regular () ¿Por qué? _____
4 Mala () ¿Por qué? _____

202 ¿Cómo califica la atención recibida en portería?

1 Excelente () ¿Por qué? _____
2 Buena () ¿Por qué? _____
3 Regular () ¿Por qué? _____
4 Mala () ¿Por qué? _____

203 ¿Cómo califica la atención recibida en recepción?

- 1 Excelente () ¿Por qué? _____
2 Buena () ¿Por qué? _____
3 Regular () ¿Por qué? _____
4 Mala () ¿Por qué? _____

204 ¿Cómo califica la atención recibida en caja?

- 1 Excelente () ¿Por qué? _____
2 Buena () ¿Por qué? _____
3 Regular () ¿Por qué? _____
4 Mala () ¿Por qué? _____

205 ¿Cómo califica las comodidades en la sala de espera?

- 1 Excelente () ¿Por qué? _____
2 Buena () ¿Por qué? _____
3 Regular () ¿Por qué? _____
4 Mala () ¿Por qué? _____

206 ¿Cómo califica la atención recibida por el odontólogo?

- 1 Excelente () ¿Por qué? _____
2 Buena () ¿Por qué? _____
3 Regular () ¿Por qué? _____
4 Mala () ¿Por qué? _____

207 ¿Cómo califica las comodidades del consultorio?

- 1 Excelente () ¿Por qué? _____
2 Buena () ¿Por qué? _____
3 Regular () ¿Por qué? _____
4 Mala () ¿Por qué? _____

208 ¿Cómo califica la atención recibida en farmacia?

- 1 Excelente () ¿Por qué? _____
2 Buena () ¿Por qué? _____
3 Regular () ¿Por qué? _____
4 Mala () ¿Por qué? _____

209 ¿Cómo califica la cuota moderadora asignada?

- 1 Excelente () ¿Por qué? _____

- 2 Buena () ¿Por qué? _____
3 Regular () ¿Por qué? _____
4 Mala () ¿Por qué? _____

210 ¿Siente usted que fue solucionado el problema por el cual acudió a la cita odontológica?

Sí (1) No (2)

3. TIEMPOS DE ESPERA

301 ¿Cuánto tiempo se demoró par obtener la cita?

Meses: _____ Semanas: _____
Horas: _____ Minutos: _____

302 ¿Cuanto tiempo se demoró en recepción?

Horas: _____ Minutos: _____

303 ¿Cuánto tiempo se demoró en la caja?

Horas: _____ Minutos: _____

304 ¿Cuánto tiempo se demoró en la sala de espera?

Horas: _____ Minutos: _____

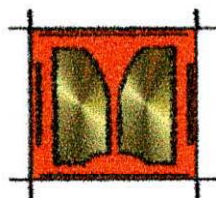
306 ¿Cuánto tiempo se demoró con el odontólogo?

Horas: _____ Minutos: _____

308 ¿Cuánto tiempo se demoró en la farmacia?

Horas: _____ Minutos: _____

**ANEXO B.
PRUEBA PILOTO**



**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
-COC-**

**DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
Y TIEMPOS DE ESPERA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
SIMÓN BOLIVAR DE BOGOTÁ D.C, EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2004**

1. El lenguaje utilizado en este instrumento de recolección es:

(1) Adecuado

(2) Inadecuado.

2. Todas las preguntas de este instrumento de recolección fueron entendidas claramente?

(1) Si (pase a la pregunta 4)

(2) No

3. Enumere y explique las razones por las que no fueron entendidos los ítems, de este instrumento de recolección?

Numero del ítem	Explique
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4. Este instrumento le pareció:

(1) Corto

(2) Largo

5. Que tiempo gasto en el diligenciamiento del formato [] minutos

OBSERVACIONES: _____

1. CARACTERÍSTICAS DEL USUARIO

101 Sexo F (1) _____ M (2)

102 Edad: _____ (años cumplidos)

103 Procedencia: _____

2. ATENCIÓN RECIBIDA

201 ¿Cómo califica la atención recibida en asignación de citas?

1 Excelente () ¿Por qué? _____

2 Buena () ¿Por qué? _____

3 Regular () ¿Por qué? _____

4 Mala () ¿Por qué? _____

202 ¿Cómo califica la atención recibida en portería?

1 Excelente () ¿Por qué? _____

2 Buena () ¿Por qué? _____

3 Regular () ¿Por qué? _____

4 Mala () ¿Por qué? _____

203 ¿Cómo califica la atención recibida en recepción?

1 Excelente () ¿Por qué? _____

2 Buena () ¿Por qué? _____

3 Regular () ¿Por qué? _____

4 Mala () ¿Por qué? _____

204 ¿Cómo califica la atención recibida en caja?

1 Excelente () ¿Por qué? _____

2 Buena () ¿Por qué? _____

3 Regular () ¿Por qué? _____

4 Mala () ¿Por qué? _____

205 ¿Cómo califica las comodidades en la sala de espera?

1 Excelente () ¿Por qué? _____

2 Buena () ¿Por qué? _____

3 Regular () ¿Por qué? _____

4 Mala () ¿Por qué? _____

206 ¿Cómo califica la atención recibida por el odontólogo?

- 1 Excelente () ¿Por qué? _____
 2 Buena () ¿Por qué? _____
 3 Regular () ¿Por qué? _____
 4 Mala () ¿Por qué? _____

207 ¿Cómo califica las comodidades del consultorio?

- 1 Excelente () ¿Por qué? _____
 2 Buena () ¿Por qué? _____
 3 Regular () ¿Por qué? _____
 4 Mala () ¿Por qué? _____

208 ¿Cómo califica la atención recibida en farmacia?

- 1 Excelente () ¿Por qué? _____
 2 Buena () ¿Por qué? _____
 3 Regular () ¿Por qué? _____
 4 Mala () ¿Por qué? _____

209 ¿Como califica la cuota moderadora asignada?

- 1 Excelente () ¿Por qué? _____
 2 Buena () ¿Por qué? _____
 3 Regular () ¿Por qué? _____
 4 Mala () ¿Por qué? _____

210 ¿Siente usted que fue solucionado el problema por el cual acudió a la cita odontológica?

Sí (1) No (2)

3. TIEMPOS DE ESPERA

301 ¿Cuánto tiempo se demoró par obtener la cita?

Meses: _____ Semanas: _____
 Horas: _____ Minutos: _____

302 ¿Cuanto tiempo se demoró en recepción?

Horas: _____ Minutos: _____

303 ¿Cuánto tiempo se demoró en la caja?

Horas: _____ Minutos: _____

304 ¿Cuánto tiempo se demoró en la sala de espera?

Horas: _____ Minutos: _____

305 ¿Cuánto tiempo se demoró con el odontólogo?

Horas: _____ Minutos: _____

306 ¿Cuánto tiempo se demoró en la farmacia?

Horas: _____ Minutos: _____