

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS FARMACEUTICAS Y BIOQUIMICAS
CARRERA BIOQUIMICAS**

**“MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS
USUARIOS DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL
OBRERO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO
DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, GESTION 2005”**

**Tesina De Grado Para Optar El Título Académico De
Licenciada En Bioquímica Mención Microbiología**

Postulante : Aleida Callisaya Vilca

**La Paz – Bolivia
2006**

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS FARMACEUTICAS Y BIOQUIMICAS
CARRERA BIOQUIMICAS**

**“MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS
USUARIOS DEL LABORATORIO DEL HOSPITAL
OBRERO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO
DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, GESTION 2005”**

**Tesina De Grado Para Optar El Título Académico De
Licenciada En Bioquímica Mención Microbiología**

Postulante : Aleida Callisaya Villca

Asesor : Msc. Dr. Juan Edgar Callisaya H.

La Paz – Bolivia
2006

DEDICATORIA

*A Dios por haberme dado la vida y salud , y por ser mi ayudador ,
consolador y fortaleza.*

*A mis padres Mario Callisaya y Cristina Villca que me brindaron su amor
apoyo y enseñanzas e impulsaron siempre a seguir adelante.*

*A mis hermanas Rosmery ,Jimena y Natalia que son la alegría de mi vida ,
por haberme acompañado hasta esta etapa de mi vida .*

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios porque el medio las fuerzas necesarias para seguir adelante por llenarme de tu sabiduría y gracia ante los demás , gracias por estar con migo en todo momento y a lo largo de mi vida .

A mis padres que con mucho sacrificio y esfuerzo me impulsaron a seguir una carrera universitaria .

A mi asesor por su paciencia , orientación brindada en la realización de este trabajo .

A mis compañeras de estudio Kelly y Britta por sus consejos ayuda incondicional y constantes palabras de apoyo .

A lo docentes de la Facultad de Ciencias Farmacéuticas y Bioquímicas por la enseñanza que me brindaron en mi formación académica .

INDICE

	Pàg.
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes Históricos	2
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Marco teórico y conceptual	5
a) Identificar las necesidades de los clientes	8
b) Determinar la metodología del estudio	9
c) Elaborar las preguntas de un cuestionario	10
d) Realizar la encuesta	10
a. Medir todos los eslabones de la cadena	12
b. Medir de afuera hacia adentro	12
c. Procurar que el cliente externo señale los eslabones críticos	13
1. Se debe decidir quien participara	16
2. Se debe decidir que se va hacer	16
3. Se debe ejecutar el plan	17
1.4 Justificación de Estudio	23
1.5 Formulación de Interrogantes	24
II. OBJETIVOS	25
2.1 Objetivos generales	25
2.2 Objetivos específicos	25

III. MATERIALES Y METODOS	26
3.1 Contexto y clasificación de la investigación	26
3.2 Área de investigación	26
3.3 Universo y Muestra	28
3.4 Operacionalización de variables	29
3.5 Técnicas y procedimientos	30
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
V. CONCLUSIONES	54
VI. RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFIA	57

INDICE DE ANEXOS

	Pàg.
A-1 COMPONENTES DE LAS 5 DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL	61
A-2 MODELO DE ENCUESTA PARA LA EVALUACIÓN GLOBAL DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS.	63

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es medir el grado de satisfacción de los usuarios con la calidad asistencial del laboratorio en el entendido que la calidad asistencial se consigue cuando el usuario descubre que el servicio le proporciona algo que no esperaba y supera sus expectativas. A través de este estudio quisimos identificar algunos posibles factores asociados con la satisfacción o insatisfacción.

El presente estudio es de tipo cualitativo-cuantitativo, descriptivo y transversal realizado de septiembre a noviembre del 2005. Se utilizó un cuestionario llenado directamente por los pacientes. Se considera como variable dependiente el grado porcentual de satisfacción del paciente y como variables independientes algunas características sociodemográficas de los pacientes y las características asistenciales como bienestar, trato, organización, información y recursos.

El 82,6% de los pacientes indican estar satisfechos de los cuales la mayoría 59,6% son varones y 40,4% mujeres, comprendidos en un grupo de edad de 59 a 68 años procedentes de la ciudad de La Paz y con grado de instrucción universitaria.

El 38,3 % acude por haber sido transferido, el 63,9% indica que tiene que esperar excesivamente, 44,7% indica que la demora para la atención se debe a que la demanda es mucha y los medios escasa, 76,7% no fue atendido cuando acudió a la cita, el 65% indica que el lugar de espera en el laboratorio es adecuado, 58,9% no conoce el horario de atención, el 66,7% indica que los horarios son inadecuados, el 64,3% indica que el tiempo de entrega de resultados es adecuado.

En el Hospital Obrero más de la mitad de los encuestados se sienten satisfechos del nivel de atención recibido. La insatisfacción de los pacientes parece estar asociado a la percepción de falta de información durante el ingreso, la organización de la asistencia, la valoración de los recursos y trato personal.

I. INTRODUCCIÓN

La evaluación de la satisfacción del usuario implica una forma diferente de observar la calidad asistencial no solo en una forma cuantitativa y cualitativa de índole observativo sino además expresa vivencias de hechos genuinos aquellas necesidades que se expresan y las que no se expresan pero se sienten y se obtiene de parte de los usuarios y de acuerdo a un cuestionario basado en el llamado paradigma de la desconfirmación escrito preestablecido, con el máximo de datos informativos referidos a la atención prestada por el equipo del laboratorio en las cuatro dimensiones de la calidad, con el fin de evaluar aspectos importantes como ser el bienestar del paciente, el trato percibido por el paciente, la organización del servicio, la información adecuada al paciente y la capacitación adecuada del personal para realizar su trabajo.

La Caja Nacional de Salud, es una institución pública descentralizada, de ámbito nacional, financiada con los aportes de los empleados asalariados activos y pasivos de entidades públicas y privadas, cuyas actividades están dirigidas a recuperar, mantener y mejorar el estado de salud de sus asegurados, mediante la provisión de servicios médico-quirúrgicos y de laboratorio de primer, segundo y tercer nivel bajo “ESTANDARES OPTIMOS DE CALIDAD”, que se encuentran enmarcados y limitados a las prestaciones contenidas en las regulaciones de seguridad social existentes en el país.

El Laboratorio Clínico del Hospital Obrero es el principal laboratorio de que dispone la Caja Nacional de salud.

El personal que labora en el servicio es de 31 personas: 10 Bioquímicos, 13 Técnicos de laboratorio, 5 secretarios y 3 personas encargadas de la limpieza.

Esta ubicado en el primer piso y se encuentra dividido en 10 secciones: Secretaria, Toma de Muestras, Laboratorio de Hormonas, Laboratorio de Urgencias, Hematología, Orina- Nefrología, Parasitología, Laboratorio de Química Clínica, Bacteriología y un ambiente destinado a la limpieza del material. Limita con la jefatura de enfermería, el servicio de rayos X, imagenología, banco de sangre, suministros y esterilización.

El laboratorio realiza un total de 140 determinaciones en sus diferentes especialidades, haciendo un total de 22.960 exámenes de laboratorio por mes.

El servicio de laboratorio oferta servicios a toda la población, pero la afluencia de solicitudes se centra más en los beneficiarios, asegurados y en estos últimos años con la aplicación del decreto ley 1886 referido al seguro de vejes, 25265 del seguro de maternidad y niñez, la solicitud de prestación de servicios se incrementó.

1.1 Antecedentes

Los Estados Unidos tienen una tradición muy antigua de subrayar la calidad en la atención médica mediante intervenciones que, en algunas ocasiones, fueron sumamente drásticas.

En 1916, E.A. Codman, médico del Estado de Massachussets, estableció los principios sobre la importancia de la certificación del médico, acreditación de las instituciones y, lo que se convirtió en una realidad ya en 1918, el establecimiento del Programa Nacional de Normatización Hospitalaria de acuerdo con el cual, de un total de 692 hospitales solo fueron aprobados 90. (Graham, 1990).

En 1951, se creó la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, de índole privada, que trataba en esa ocasión de introducir y subrayar en la cultura médico

hospitalaria nacional conceptos sobre análisis retrospectivos de casos a través de las famosas auditorias médicas (1955).

En 1986, La comisión Conjunta lanza un nuevo proyecto denominado “Agenda for change”, o “agenda para el cambio”, cuya meta fue desarrollar, hasta el año 2000, un proceso de monitoreo y evaluación de la calidad orientado a los resultados clínicos, con hincapié en el desempeño institucional y del equipo de salud, utilizando indicadores específicos, identificados por sociedades científicas o grupos de expertos.

Subrayan en la evaluación de eventos clínicos más comunes y en la evaluación clínica inicial, el uso inapropiado de exámenes diagnósticos con modalidades inadecuadas de tratamiento y de orientación después de darse de alta al paciente. Para que estos hospitales sean acreditados es indispensable monitorear continuamente estos compromisos para mejora de la calidad total de la atención médica.

Es evidente que los países latinoamericanos tienen un largo camino que recorrer en este sentido. Tal vez por una tradición que se remonta a la época colonial, nuestra cultura se forjó admitiendo que la legislación autoritaria de arriba abajo, puede ser un sustituto de una larga etapa de práctica social que debería preceder a las reglamentaciones gubernamentales.

En los Estados Unidos de América, al menos en una buena mayoría de sus hospitales, ya se superaron estas etapas de evaluación de la estructura (física, organizacional, cuadro de personal) y de proceso (evaluación de los historiales clínicos, manuales de rutinas operacionales, normas y procedimientos) y se concentran hoy en la identificación más exacta de los resultados, mediante los indicadores clínicos o gerenciales.

En La Paz, en 1999, el Ministerio de Salud conjuntamente con el Colegio Departamental de Bioquímica, elaboraron un documento que intentó identificar

problemas de organización y evaluar la calidad del servicio. Sin embargo esta iniciativa carecía de elementos de proceso y resultado y no-tuvo mayores repercusiones.

En el 2002, el departamento de planificación de la Caja Nacional de Salud envía a los diferentes servicios un proyecto de manual de funciones con la finalidad de superar problemas en la organización del personal, este modelo de manual no fue aceptado en la mayoría de los laboratorios debido a que su diseño estaba dirigido más a la organización en los servicios de medicina.

Gran parte de los países latinoamericanos y entre ellos Bolivia, tienen un largo camino que recorrer en relación a la mejoría continua de la calidad y la calidad asistencial.

1.2 Planteamiento del problema

En Bolivia, debido a la nueva tendencia mundial de globalización de la economía, la descentralización de la salud y la libre afiliación en la seguridad social ha motivado que el nivel de competitividad entre las instituciones de salud se incremente y el usuario demanda cada vez más una mejor atención.

Los retos que deben enfrentar los jefes de laboratorios a nivel local y nacional son cada vez más complejos debido al incremento en el número de pacientes por el seguro universal materno infantil y el seguro universal de vejez, a esto se suma la falta de recursos económicos y humanos para afrontar las crecientes demandas en materia de calidad que tienen los usuarios.

Para garantizar un mejor servicio en los laboratorios, el Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES) y los colegios departamentales de salud han planteado la implementación de normas que permitan la evaluación de los servicios de laboratorio, pero hasta el momento no se ha diseñado un

instrumento que permita evaluar la calidad de atención de los servicios de laboratorio a fin de garantizar una calidad optima en el servicio que prestan a los usuarios y que a la vez pueda servir de una herramienta útil en la búsqueda de soluciones adecuadas a problemas de salud de la población y a una optima utilización de los recursos humanos y materiales.

Por esta razón, es necesario que las jefaturas de laboratorio dispongan de información de la estructura, proceso y resultado para poder analizar aspectos referidos a los procedimientos administrativos, diagnósticos (en la fase pre-analítica, fase analítica y post-analítica), de procesos, utilización de recursos y a la satisfacción del usuario interno y externo a través de encuestas que nos permita identificar la adecuación de los servicios prestados a las expectativas que de ellos tengan los usuarios.

En razón que el desempeño de los laboratorios de la Caja Nacional de Salud sufre de múltiples limitaciones como ser: bajo nivel de calidad del servicio prestado, escasos recursos financieros lo que acarrea una creciente insatisfacción con los servicios recibidos.

Es necesario por lo anteriormente señalado y por la creciente competitividad tener un sistema de evaluación de estructura y procesos para garantizar una calidad optima en la atención del servicio de laboratorio y para tener una herramienta útil en la búsqueda de soluciones más adecuadas a los problemas de salud dentro del laboratorio.

1.3 Marco teórico y conceptual

La medición de la satisfacción del usuario es el procedimiento mediante el cual se obtiene del parte de los usuarios del servicio y de acuerdo a un cuestionario escrito pre-establecido, el máximo de los datos informativos referidos a la atención prestada por el equipo del laboratorio en las cuatro dimensiones de la calidad: estructura, proceso, resultado y satisfacción del usuario.

Tiene como finalidad contribuir al conocimiento de las necesidades sentidas y percibidas de los usuarios para el esclarecimiento, la corrección, la modificación o la innovación de normas tendientes a mejorar la calidad asistencial y lograr la satisfacción de los usuarios, es importante destacar que al final, el usuario es el que califica la calidad asistencial.

Por tanto, el propósito de la evaluación de la satisfacción del usuario es de carácter valorativo y constituye el cuarto elemento de la calidad asistencial. Se sabe que para evaluar la calidad asistencial en su integridad se deben analizar cuatro grandes áreas o dimensiones:

- a) Estructura
- b) Proceso
- c) Resultado
- d) Satisfacción de los usuarios (externo e interno).

La evaluación de la satisfacción del usuario tiene una importante significación por que implica una forma diferente de observar la calidad asistencial es decir una forma que además de cuantitativa e cualitativa de índole observativa , dada por la experiencia y por que traduce, poco o mucho las necesidades sentidas y percibidas de los usuarios, es decir, vivencias de hecho genuinas, auténticas, aquellas necesidades que se expresan y las que no se expresan pero sienten. Se convierte así en la típica ejemplificación de la interrelación humana, entre el hombre y el medio frente a un hecho inédito que su enfermedad en el caso del paciente, su satisfacción con su situación de trabajo en el caso de los usuarios internos y con la utilidad que le representa al medico y al paciente los análisis efectuados.

Es importante destacar que el protagonista de la medicina, de la salud, de la enfermedad, de la vida y sus riesgos, de la muerte es siempre el paciente y este

es en definitiva el que califica la calidad asistencial que recibe; toda planificación de mejoría continúa de la calidad, calidad asistencial y garantía de calidad gira en torno a como satisfacer las necesidades de los usuarios para generar usuarios satisfechos con la atención recibida. En este sentido, la pregunta clave es: ¿recibió el paciente lo que esperaba?

Debemos aclarar que cada paciente pide y necesita cosas distintas. Suele ser habitual comprobar que lo que esperaba no equivale a lo que se considera como una necesidad.

Usuarios del laboratorio

Un laboratorio tiene varios usuarios externos:

Uno de ellos y tal vez el principal, es el paciente, a quien se presta un servicio, que consiste en crear un ambiente adecuado para que se sienta satisfecho con la Atención e información recibida⁷. Pueden considerarse como otros usuarios externos del laboratorio:

- El profesional o empresas solicitantes del examen.
- La red nacional de laboratorios.
- Los laboratorios de hospital para pruebas complementarias.
- Los centros que participan en estudios multicéntricos.
- Los departamentos de epidemiología.
- Los equipos de contingencia.
- Las autoridades o instituciones de salud.
- Las empresas financieras o aseguradoras del sistema de salud.
- La Comunidad.

Medición de la satisfacción del usuario

Un buen modelo para mejorar la atención a los usuarios podría consistir primero en medir su grado de satisfacción y luego evaluar dichas mediciones. Un sastre sabe que es sensato medir dos veces antes de cortar una tela, verificando sus mediciones, porque si parte de una medida errónea seguramente desperdiciará tiempo y materiales. En el caso de los usuarios de un laboratorio, una decisión basada en una mala evaluación puede ocasionar que un problema pequeño se convierta en grande⁸. Entonces, el sistema de gestión de calidad de la institución, debe contemplar la aplicación de métodos que permitan conocer las expectativas de los usuarios y evaluar su grado de satisfacción. La medición del grado de satisfacción siempre debe relacionarse con algunas de las características del producto o servicio brindado por el laboratorio, de manera que sirva para orientar la toma de decisiones⁹.

Entrevistas-encuestas

Las entrevistas-encuestas son las mejores herramientas de medición, ya que permiten abordar problemas específicos⁹. Su preparación se lleva a cabo mediante las siguientes etapas:

a) Identificar las necesidades de los clientes

La identificación de las necesidades de los clientes o usuarios permite enfocar las preguntas del cuestionario de tal manera que posibilite conocer su grado de satisfacción sobre aquellos temas que son de su interés. Una vez identificados los temas principales sobre los cuales va a enfocarse la encuesta, debe averiguarse cuál es la mejor manera de realizarla, de modo que despierte el interés de los usuarios y los estimule a suministrar la información que necesitamos¹⁰.

Se debe determinar los puntos críticos en una toma de muestra que podrían determinar la satisfacción del paciente con respecto a los servicios prestados por el laboratorio¹⁰⁻¹¹.

Con el objeto de recabar información, habría que realizar consultas con los integrantes del laboratorio que tengan contacto directo con los pacientes. Estas entrevistas con personal de distintas áreas pueden recoger diferentes puntos de vista para evaluar cabalmente el grado de satisfacción del paciente¹⁰⁻¹¹.

b) Determinar la metodología del estudio

Es preciso tomar las siguientes decisiones:

¿A quiénes encuestar?

La muestra debe reflejar las características de nuestros usuarios, priorizando a los pacientes, la red, médicos, epidemiólogos e instituciones. La muestra debe ser estadísticamente representativa y estratificada de acuerdo a diferentes criterios, por ejemplo: el nivel del laboratorio solicitante, área geográfica, nivel socioeconómico del paciente, frecuencia con que se realiza o se requieren los análisis, grupos de edades, entre otros¹⁰⁻¹¹.

¿Cómo encuestar?

Todos los métodos tienen ventajas y limitaciones. Las menos costosas –pero también las más incompletas son las encuestas que se realizan con tarjetas con comentarios o buzones con sugerencias, y las encuestas postales. Las encuestas telefónicas son algo más costosas, pero permiten obtener información más detallada y rápidamente. Las entrevistas individuales son las más costosas y requieren más tiempo, pero permiten explorar los problemas en detalle, aunque la

muestra sea pequeña. Como elemento de la metodología considere el tiempo y disponibilidad de los participantes en la encuesta¹⁰⁻¹¹.

¿Quién debe realizar la encuesta?

Las organizaciones que desean hacer de la satisfacción al cliente una actividad permanente suelen encargarse de todo el proceso de la encuesta con el fin de garantizar su continuidad, control y flexibilidad¹². Otra opción es la contratación de empresas o profesionales idóneos que ofrecen servicios e información especializada sobre el tema. La inclusión de terceros, especialistas en encuestas, puede presentar varias ventajas:

- Mayor objetividad en la formulación de las preguntas y análisis de las respuestas.
- Mejor disposición de los clientes para dar información a un tercero.

c) Elaborar las preguntas de un cuestionario

Existen dos grandes enfoques para hacerlo:

- Redactar una breve lista de preguntas abiertas que generen respuestas libres y amplias de los encuestados.
- Elaborar preguntas cerradas que requieran respuestas específicas como una escala numérica, respuestas afirmativas o negativas o selección entre varias opciones dadas. Hay casos en que se opta por utilizar una combinación de ambos sistemas¹³. Se debe precisar qué se desea saber como resultado de la encuesta para diseñar correctamente las preguntas. Es muy práctico poner a prueba el cuestionario con los propios colegas del laboratorio o con personas cercanas.

d) Realizar la encuesta

Al cliente le agrada que le pidan su opinión: independientemente de los métodos usados para recabar la información. Cuando se trate de entrevista es necesario demostrar al usuario que se valora y agradece su colaboración, y que hay un interés genuino de conocer sus opiniones y de utilizar en el futuro la información que proporciona.

Los resultados de las entrevistas, cuestionarios y otros instrumentos para recolectar la información de las encuestas deben ponerse a disposición del público; igualmente, las mejoras que se consigan a raíz de las encuestas deben ser transparentes y enfatizar que se ha tomado seriamente en cuenta la opinión de los encuestados. ANEXO 3.

ANÁLISIS DE LA CADENA INTERNA

Se ha visto que desde el momento de la recepción del paciente hasta el momento de la entrega del informe con resultados, se sigue una cadena interna de etapas pre-analítica, analítica y post analítica. En esta cadena todos son proveedores y clientes¹³.

Debe diseñarse un diagrama que muestre la cadena de etapas del proceso, identificando los eslabones de las relaciones internas; es decir, quién entrega qué cosa a cada quién. De ese modo podremos reconocer los requisitos de los usuarios en cada eslabón y simplificar la identificación de los eslabones problemáticos, en los que tal vez será necesario introducir cambios. El propósito de este mapa es detectar aquellas áreas que conectan la satisfacción o insatisfacción de los usuarios externos con los eslabones críticos de la cadena interna¹⁴.

Eslabones críticos

Los eslabones críticos son aquellos puntos específicos donde se han detectado los problemas de satisfacción de los usuarios externos a través de las encuestas¹⁴. Se dispone de varios métodos para localizarlos:

a. Medir todos los eslabones de la cadena

Consiste en evaluar todos los eslabones de la cadena y seleccionar el que representa el nivel más bajo de satisfacción de los usuarios. Para ello es necesario que una persona del equipo entreviste a usuarios y proveedores de cada eslabón interno, para tener una medida de su satisfacción. Se establece un puntaje mínimo de satisfacción y aquellos eslabones donde el puntaje esté por debajo serán los críticos.

De este modo ninguna área se siente atacada porque todos son investigados y se obtiene una imagen general de la satisfacción de los usuarios internos. La desventaja de este procedimiento es que resulta largo y costoso; además puede no llegar a detectar el eslabón crítico, es decir, el que es realmente importante para el usuario¹⁵⁻¹⁶.

b. Medir de afuera hacia adentro

Se examina cada eslabón de la cadena a partir del último, es decir, el usuario externo. Es preciso desplazarse desde el extremo final de la cadena hacia el principio, hasta localizar la primera falla. Una vez localizada, se continúa avanzando en dirección a los proveedores hasta encontrar algún otro punto crítico. Es también un procedimiento largo y engorroso, que evalúa de manera exhaustiva la satisfacción de los usuarios internos. Los dos métodos representan verdaderas "autoinspecciones" para conocer cómo funcionan los diferentes eslabones del proceso¹⁷.

c. Procurar que el cliente externo señale los eslabones críticos

La encuesta de satisfacción de los usuarios externos brinda indicios para encontrar los eslabones críticos, e incluso puede señalarlos.

Es el método más rápido y económico. Localiza solamente los eslabones críticos y nos ofrece una visión general del proceso en todas sus partes. Sin embargo, es posible que en otro eslabón también exista algún punto crítico que provoque la insatisfacción del usuario externo sin que éste lo haya mencionado específicamente en la encuesta¹⁸.

Análisis de los eslabones críticos

Adicional a la calidad en el trabajo diario (cliente interno) se puede trabajar con este análisis de los eslabones internos. Una vez detectado el eslabón crítico, es necesario determinar el tipo de problema y sus verdaderas causas. El saber que una persona está enferma no ayuda al médico a formular su diagnóstico; es preciso que conozca los síntomas y, luego, las causas.

En medicina, un diagnóstico y tratamiento adecuados comienzan con la evaluación de una lista de síntomas; sin embargo, para asegurarse que el tratamiento prescrito es el correcto, el médico debe evaluar las causas de los síntomas y sí éstos desaparecieron al tratar las causas. Este mismo tipo de metodología debe realizarse también para mejorar el bienestar de la organización y alcanzar la satisfacción de los clientes-usuarios.

En esta etapa deben definirse técnicas para separar los síntomas de los problemas, con el fin de abordar las cuestiones esenciales de los eslabones críticos. Para ello se dispone de tres herramientas que actúan en una secuencia natural:

- Cuestionario de satisfacción de los clientes internos: revela el origen de la insatisfacción.
- Diagrama de flujo: revela lo que acontece antes de que el cliente interno reciba los productos o servicios que utiliza.
- Diagrama de causa y efecto: une ambas cosas, los problemas de satisfacción de los clientes internos y los procesos proveedor-cliente.

Se deben mantener todos los registros de las revisiones, análisis y acciones tomadas para la resolución de los problemas¹⁹.

Cuestionario de satisfacción de los clientes internos (ANEXO 4)

El sistema es idéntico al que se utiliza para determinar los requisitos de los clientes y usuarios externos. En otras palabras, es necesario:

- Identificar los requisitos de los clientes internos.
- Determinar la metodología a emplear.
- Elaborar los cuestionarios.
- Entrevistar a los clientes internos.

Se aplica en los puntos de contacto de los eslabones de la cadena interna y determina los requisitos del cliente interno para ese eslabón determinado y su grado de satisfacción respecto del producto o servicio que le suministra su proveedor (en la cadena interna). La utilización de este cuestionario y las acciones que se deriven de él contribuyen a mejorar las relaciones internas y (como consecuencia) a aumentar la satisfacción de los usuarios¹⁹.

Diagrama de flujo

Una vez que el proveedor y el cliente interno han comunicado sus problemas a través del cuestionario de satisfacción, la construcción de un diagrama de flujo de

las tareas que conducen al eslabón crítico ayuda a detectar cuál es la zona del problema.

Este diagrama debe construirse a través de un listado de actividades del proveedor involucrado en la actividad del eslabón crítico. El diagrama de flujo se utiliza en los procesos internos proveedor-cliente; identifica los pasos y tareas del proceso interno proveedor-cliente y crea un mapa que permite mejorar la satisfacción de los clientes internos.

Diagrama de causa y efecto

Se usa para el análisis de los procesos proveedor-cliente, una vez terminado el diagrama de flujo, y sirve para identificar y analizar las causas que han generado el problema de satisfacción de los clientes internos. El diagrama visual muestra los patrones y las relaciones entre las causas. Las etapas de construcción de este diagrama son las siguientes:

- Definir el problema: determinar cuál es la dificultad a solucionar y anotarla en el extremo derecho de una flecha.
- Definir los elementos de las causas del problema: esto significa identificar a los posibles responsables de los problemas, por ejemplo: equipos, personal, materiales, métodos, suministros.
- Buscar las causas en cada elemento o punto. Se debe nombrar la mayor cantidad posible de factores que contribuyan al problema.
- Identificar las causas más probables, después de sostener una sesión de "tormenta de ideas".

Resolución de las dificultades

Con objeto de resolver las dificultades en los eslabones críticos, deben establecerse técnicas para introducir cambios que mejoren la calidad de la cadena interna y de este modo mejorar los procesos de toda la organización. La elección

dependerá de factores como el clima de las relaciones dentro de la institución y el alcance, el costo y la urgencia del problema. Las etapas sugeridas son:

1. Se debe decidir quién participará

Siempre debe participar más de una persona para resolver el problema: se pueden formar equipos o dejar la solución en manos del personal del departamento involucrado. Es necesario identificar a las personas con conocimientos y pericia para participar de las discusiones y toma de decisiones. La incorporación de un profesional idóneo con alta experiencia en el tema, suele ser de gran utilidad para que proporcione consejos técnicos y realice intervenciones necesarias. Debe existir un responsable de las tareas, que será el que apoye concretamente los resultados de la investigación.

Un cliente interno debe pensar en la importancia que tiene la calidad de los insumos que recibe y las fallas que puede originar si éstos fueran malos. No detectar las fallas a tiempo puede traer consecuencias muy costosas para la calidad del producto; por ello, los responsables y afectados constituyen un equipo ideal para resolver problemas y aumentar la satisfacción de los clientes²⁰.

2. Se debe decidir qué se va a hacer

El equipo definirá cuáles son las correcciones que hay que implementar en el eslabón crítico de la cadena. De acuerdo con esas definiciones, será necesario diseñar un plan de acción que determine qué se debe hacer, quién será el encargado de hacerlo y en qué plazo, etc.

3. Se debe ejecutar el plan

Una vez preparado el plan de acción, es necesario ejecutarlo, para lo cual hace falta:

- Comunicación entre los que realizan una actividad y los que necesitan ser informados de los avances.
- Compromiso de cumplimiento por parte de los miembros del equipo.
- Un medio de comunicación para verificar los progresos.
- Flexibilidad para hacer modificaciones al plan si fuera necesario.

Evaluación de los cambios

La evaluación de los cambios y sus resultados es la única manera de justificar el costo, tiempo y esfuerzo consagrados para mejorar la satisfacción de los clientes. Será necesario entonces medir nuevamente la satisfacción de los usuarios y clientes internos: si efectivamente ha mejorado, estaremos en el buen camino. El método para evaluar la satisfacción del cliente dependerá del utilizado para detectar el eslabón crítico:

- Medir todos los eslabones de la cadena.
- Medir "de afuera hacia adentro".
- Procurar que el cliente señale los eslabones críticos.

No cabe duda de que consultar directamente al cliente externo e interno (para comprobar si su nivel de satisfacción aumentó con relación a la entrevista inicial) es lo más conveniente para evaluar el resultado de nuestros esfuerzos. Se trata de la manera más sencilla de comprobar si los cambios en los eslabones críticos de la cadena interna han tenido el resultado esperado.

Sin embargo, se pueden haber realizado cambios positivos directamente relacionados con la satisfacción externa y los mismos no se vean reflejados en las

encuestas. En ese caso es posible suponer que existan otros aspectos que estén afectando la satisfacción del cliente. Por esta razón es recomendable que el método que se utilice para evaluar los efectos del cambio sea dependiente del enfoque que se utilizó para detectar el eslabón crítico.

Al igual que ocurre con otros elementos del sistema de calidad, el proceso de medición y mejoramiento de la satisfacción del cliente es cíclico y debe ser dinámico.

Debe establecer un sistema de comunicación con el cliente para poder interpretar sus señales sobre la calidad de los productos y servicios. El cliente habla con muchas voces (que pueden ir desde gritos hasta susurros) y hay que saber interpretar estas manifestaciones.

Como se dijo, el aumento de la satisfacción de nuestros usuarios mediante la mejora del servicio al cliente interno debe encararse como un proceso continuo y dinámico.

La idea de volver a entrevistar a los usuarios y verificar su nivel de satisfacción (para evaluar el resultado de los cambios o para determinar si es necesario implementar otras mejoras en la cadena interna) completa el ciclo de desarrollo e implementación de cambios centrados en la satisfacción del usuario.

El paso final (verificar los niveles de satisfacción del usuario) constituye también el primero para reiniciar todo este proceso dinámico, con el objetivo de alcanzar "el nivel óptimo" en la satisfacción al cliente²⁰.

Pausas para la reflexión

Con relación a la satisfacción del usuario interno, muchas veces la labor de los profesionales de la salud se ve recompensada cuando constatan directamente la curación o el alivio de un paciente. En los laboratorios clínicos o en los variados laboratorios de salud pública esto no ocurre directamente; en numerosas ocasiones el personal desconoce si el fruto de su trabajo y el esfuerzo añadido que muchas veces ha puesto para que un ensayo urgente o un dato epidemiológico llegue a su destino, si lo ha hecho a tiempo, o si ha contribuido a la mejoría de la salud de un paciente concreto o de la población general en el caso de salud pública. Sería conveniente hacer un esfuerzo para implementar políticas que promovieran la retroalimentación de esta información.

La motivación del personal, como cliente interno, de todos los estamentos, es clave en las redes de laboratorios de salud pública. Un aliciente es el conocimiento de por qué y para qué se hacen las actuaciones, en qué contribuye su trabajo al bienestar de la población general, qué objetivos tienen determinadas políticas sanitarias. Y ser conscientes de si una vez realizadas las tareas correspondientes de cada uno, esto ha llevado a conseguir los objetivos propuestos. En este sentido, sería altamente satisfactorio y causa de motivación que las Administraciones, en la esfera que corresponda, propongan mecanismos para mantener informado al personal de los objetivos trazados y del grado de cumplimiento de los mismos²⁰.

GARANTÍA DE CALIDAD EN EL LABORATORIO CLÍNICO

Calidad de un producto o servicio en el laboratorio²¹

La Organización Internacional de Estandarización (I.S.O.) define la calidad de un producto o servicio como el conjunto de características del mismo relacionadas con la habilidad para satisfacer necesidades establecidas para ese producto o servicio.

Para asegurar la calidad de las prestaciones es necesario desarrollar un Sistema de Garantía de Calidad que consiste en implementar un programa completo que avale que el resultado final informado por el laboratorio, es correcto y útil. Este sistema abarca las políticas que orientan la planificación de acciones como:

1. Establecer una política de calidad: el jefe del laboratorio debe establecer metas de calidad y evaluar su cumplimiento, indicado el compromiso de implementar y mantener un alto estándar de calidad en el laboratorio.
2. Procedimientos organizativos y administrativos: éstos deben describir las funciones organizativas y administrativas de las distintas personas responsables y los procedimientos relevantes de cada área.

Estos deben describir los procedimientos de medición reales, estandarizados y detallados, tanto administrativos como técnicos, necesarios para ejecutar el trabajo del laboratorio.

El mejoramiento continuo de la calidad.

Esta basado en la idea de que cualquier trabajador en todos los niveles de un servicio de salud puede hacer sugerencias valiosas sobre como mejorar sus procesos de trabajo. A diferencia de los enfoques administrativos tradicionales que se concentran sólo en el mejoramiento de aquellos procesos que no funcionan bien, el Proceso Continuo de Mejoramiento de la calidad (PMC) hace énfasis en el mejoramiento continuo de los procesos, requiere de compromiso de la institución y trabajo en equipo concebidos a largo plazo. El PMC que se establece en programa de salud puede mejorar la moral de los trabajadores y la productividad, eficiencia y satisfacción de los usuarios y familiares.

El PMC establece que muchos problemas de la organización son el resultado de sistemas y procesos, más que fallas individuales. Un PMC alienta al personal de todos los niveles a trabajar en equipo, a sacar provecho de la experiencia

colectiva y las habilidades con que cuentan, a analizar procesos y sistemas, a analizar la información para identificar la naturaleza y magnitud de cada problema, y a diseñar y ejecutar acciones que mejoren los servicios. Cuando el personal empieza a realizar mejoras, él mismo supervisa el impacto de sus cambios. Si al principio no se obtienen los resultados esperados, el personal puede continuar mejorando hasta que los objetivos sean alcanzados.

Principios básicos de un programa de mejoría continúa de la calidad (PMC).

- Asegurar un pleno compromiso y apoyo del nivel directivo.
- Satisfacer a los usuarios.
- Enfocar en los procesos para resolver problemas.
- Respetar las opiniones y aportes de todo el personal.
- Recolectar y usar datos para mejorar los procesos.

En resumen se plantea que para aplicar un PMC se han de establecer las siguientes premisas:

- La jefatura del Laboratorio del Hospital Obrero, La Jefatura Nacional de Laboratorios y la Dirección del Hospital Obrero, han de tomar la iniciativa en el mejoramiento de la calidad.
- Las inversiones en el mejoramiento de la calidad han de ser sustanciales.
- Ha de restablecerse el respeto para el trabajador de atención de salud.
- El dialogo entre clientes y los proveedores de atención de salud ha de ser abierto y mantenerse cuidadosamente.
- Han de utilizarse en los marcos de atención de salud modernas herramientas técnicas, fundamentalmente en sólidas bases teóricas para mejorar los procesos.
- Los demás servicios del Hospital han de organizarse para asegurar la calidad.

Para iniciar un PMC, se creará un ambiente favorable para el mejoramiento de la calidad comprometiendo a la Dirección del Hospital, haciendo énfasis en la perspectiva del usuario, analizando los procesos de trabajo y motivando a todos los niveles del personal a participar en un esfuerzo continuo para mejorar los servicios y programas. La preparación para la iniciación de un PMC implica crear en la conciencia de los ejecutivos que éste puede mejorar la administración de la institución y que se requiere de un grupo asesor interno o Comisión de Calidad que se encargará de dirigir el proceso ya que debemos recordar que el Laboratorio Clínico del Hospital Obrero presta sus servicios a las diferentes especialidades que tiene el Hospital y que la calidad de los demás servicios influye positiva o negativamente en los esfuerzos de mejoría de la calidad del Laboratorio.

Entre las funciones de esta Comisión estarían:

- Planificar actividades del Plan de Mejora de la Calidad
- Identificar situaciones mejorables
- Poner en marcha proyectos de mejora de la calidad
- Dinamizar el análisis de soluciones
- Vigilar el sistema de detección de situaciones mejorables y otras fuentes de información.

Una vez que la fase de preparación de un PMC se haya cumplido, es necesario formar equipos de mejoramiento continuo, los cuales deben ser capacitados para iniciar dicho proceso.

Los miembros del equipo de PMC deben ser capacitados en las técnicas que utilizarán para aplicar el PMC. Esta capacitación debe incluir temas como: trabajo en equipo, análisis de procesos, medición e interpretación de datos, solución de problemas y actividades de revisión y control de calidad. El personal debe ser capacitado formalmente, a través de seminarios, o informalmente, mediante grupos de lectura y discusión. Los materiales de capacitación deben obtenerse o

prepararse con anterioridad suficiente para que la capacitación se inicie en cuanto se formen los equipos de PMC. La capacitación inmediata es la forma más efectiva de motivar al personal de los equipos de PMC, una vez que éstos se han constituido.

1.4 Justificación del estudio.

La investigación propuesta permitirá medir el grado de satisfacción de los usuarios en el entendido que la calidad asistencial se consigue cuando estos descubren que el servicio le proporciona algo no esperaba y así contribuir al conocimiento de las necesidades sentidas y percibidas de los usuarios para el esclarecimiento, la corrección, la modificación o innovación de normas que mejoren la calidad asistencial y lograr la satisfacción del usuario.

El creciente interés de los servicios sanitarios por la medición, evaluación y mejora de la calidad en la asistencia sanitaria se focaliza, cada vez más, en los resultados¹. La satisfacción del usuario como objetivo y resultado de la asistencia en el laboratorio constituye el eje central del servicio y, por tanto, una medida útil de su calidad^{2,3}.

Los usuarios son cada vez más exigentes; sus necesidades, expectativas e intereses son variables, crecientes y fluctuantes, por lo que satisfacer esos intereses debe ser una prioridad de los servicios de laboratorio es decir, satisfacer las necesidades sentidas y percibidas de los usuarios^{5,6}.

En la actualidad al parecer, los usuarios dan por hecho que los servicios no van a satisfacer sus intereses; este hecho es lo que se debe de intentar cambiar para generar usuarios satisfechos⁵.

En esta investigación consideraremos como “usuarios satisfechos” a todos los pacientes que valorarán globalmente los servicios recibidos con el máximo grado de satisfacción. A través del presente estudio pretendemos identificar los factores

asociados a la “satisfacción”, y valorar las características asistenciales de los usuarios satisfechos, así como los aspectos del proceso asistencial que generan mayor satisfacción o insatisfacción, con la finalidad de constituir una herramienta útil para identificación de problemas, la planificación de la mejoría continua de la calidad, acciones para la garantía de la calidad, y la priorización de acciones para el mejoramiento la calidad asistencial.

1.5 Formulación de interrogantes

Teniendo en consideración los argumentos expuestos, la pregunta principal que formula el presente trabajo es:

¿Cómo puede calificarse la calidad de la atención del servicio de laboratorio del Hospital Obrero N° 1 de la Caja Nacional de Salud en relación a la satisfacción del usuario?

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivos generales

Determinar el grado de satisfacción de los usuarios externos del servicio de laboratorio del Hospital Obrero de la ciudad de La Paz, de Septiembre a Diciembre de 2005, con la finalidad de diseñar estrategias para mejorar la calidad asistencial en el laboratorio.

Objetivos específicos

- Establecer grado de satisfacción de los pacientes en relación a su “bienestar personal”.
- Determinar la satisfacción de los pacientes en función al trato recibido en el servicio.
- Determinar la satisfacción de los pacientes en relación al nivel organizacional del servicio .
- Determinar la satisfacción de los pacientes en relación a los recursos (tecnología y capacitación del personal) con que dispone el servicio.
- Determinar la satisfacción de los pacientes en función a la información que reciben.

III. MATERIAL Y METODOS

3.1 Contexto y clasificación de la investigación

El presente será un estudio cualitativo-cuantitativo, descriptivo y transversal con 3 periodos de corte entre septiembre, octubre y noviembre de 2005.

3.2 Área de investigación

La Caja Nacional de Salud, es una institución pública descentralizada, de ámbito nacional, financiada con los aportes de los empleados asalariados activos y pasivos de entidades públicas y privadas, cuyas actividades están dirigidas a recuperar, mantener y mejorar el estado de salud de sus asegurados, mediante la provisión de servicios médico-quirúrgicos y de laboratorio de primer, segundo y tercer nivel bajo “ESTANDARES OPTIMOS DE CALIDAD”, que se encuentran enmarcados y limitados a las prestaciones contenidas en las regulaciones de seguridad social existentes en el paísⁱ.

En este sentido, la misión de una entidad de salud dependiente de la Caja Nacional de Salud como es el caso del “HOSPITAL OBRERO” es la de proveer a los asegurados y beneficiarios de la Institución todos los servicios de consulta e internación adecuados a su capacidad técnica, de acuerdo a las normas contenidas en el Código de Seguridad Social, a los “ESTANDARES NACIONALES DE CALIDAD” y acreditación de servicios de salud y a su propia capacidad de resolución, dirigidos a prevenir, recuperar y rehabilitar la salud física y mental de los mismos, evitando en lo posible cualquier inequidad o discriminación en el otorgamiento de las prestaciones por razones de edad, sexo, condición social, económica, cultural, étnica y otros. ⁱⁱ

El Laboratorio Clínico del Hospital Obrero es el principal laboratorio de que dispone la Caja Nacional de salud.

El personal que labora en el servicio es de 31 personas: 10 Bioquímicos, 13 Técnicos de laboratorio, 5 secretarios y 3 personas encargadas de la limpieza.

Esta ubicado en el primer piso y se encuentra dividido en 10 secciones: Secretaria, Toma de Muestras, Laboratorio de Hormonas, Laboratorio de Urgencias, Hematología, Orina- Nefrología, Parasitología, Laboratorio de Química Clínica, Bacteriología y un ambiente destinado a la limpieza del material. Limita con la jefatura de enfermería, el servicio de rayos X, imagenología, banco de sangre, suministros y esterilización.

El laboratorio realiza un total de 140 determinaciones en sus diferentes especialidades, haciendo un total de 22.960 exámenes de laboratorio promedio por mes.ⁱⁱⁱ

El servicio de laboratorio oferta servicios a toda la población, pero la afluencia de solicitudes se centra más en los beneficiarios, asegurados y en estos últimos años con la aplicación del decreto ley 1886 referido al seguro de vejes, 25265 del seguro de maternidad y niñez, la solicitud de prestación de servicios se incrementó, es así que desde 1997 hasta el 2002 se registra un incremento del 1.5% anual en el número de análisis realizados.

La cantidad de análisis laboratoriales efectuados por día es de 765 análisis según las estadísticas hasta Junio del 2002 y tiene la siguiente relación porcentual:

Urgencias	31	%
Bioquímica	24	%
Hematología	17	%
Bacteriología	9	%
Hormonas	6	%

Tiempo de Protrombina	5	%
Examen general de orina	4	%
Serología	3	%
Gasometría	1	%
Coproparasitológicos	1	%
Líquidos	0.1	%

3.3 Universo y muestra

Las unidades de análisis serán los pacientes que recibieron atención en el servicio de laboratorio del Hospital Obrero.

El método de muestreo será de “conveniencia”, para ello se encuestará al azar a las personas que solicitan los servicios del laboratorio en horario de 7 a 8 AM y 12 a 1 PM los días lunes, miércoles y viernes.

3.4 Operacionalización de variables:

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACION		INDICADOR
		ESCALA	DESCRIPCION	
Bienestar	Cualitativa nominal politémica	Estado de los ambientes del laboratorio. Indicaciones para orientarse en el laboratorio.	Según el estado en el que se encuentran los ambientes del laboratorio (aparición , comodidad, información y señalización.).	Frecuencia porcentual según la satisfacción del usuario
Trato	Cualitativa nominal politémica	Confianza y disponibilidad del personal. Interés y amabilidad que se da a los pacientes.	Según la disposición, amabilidad, confianza e interés del personal del laboratorio hacia los pacientes.	Frecuencia porcentual según la satisfacción del usuario
Organización	Cualitativa nominal politémica	Tiempo de espera. Puntualidad, responsabilidad y rapidez de entrega de resultados.	Según el tiempo de espera, puntualidad, responsabilidad y rapidez en la entrega de resultados y la atención de los pacientes.	Frecuencia porcentual según la satisfacción del usuario
Recursos	Cualitativa nominal politémica	Tecnología de los equipos. Preparación del personal	Según la preparación (capacitación)del personal para realizar su trabajo y la tecnología de los equipos de diagnostico.	Frecuencia porcentual según la satisfacción del usuario
Información	Cualitativa nominal politémica	Información de secretaria a los pacientes. Información del personal a los pacientes	Según la información que brinda la secretaria y el personal de laboratorio a los pacientes.	Frecuencia porcentual según la satisfacción del usuario

3.5 Técnicas y procedimientos

Ámbito de estudio

El Hospital Obrero N°1 de la Caja Nacional de Salud es uno de los principales hospitales de la ciudad de La Paz y es responsable de la seguridad social, tiene 200 camas que atiende un área urbana y rural de 161.459 pacientes de los cuales 70.169 acuden al servicio de laboratorio anualmente.

Período de estudio

Para medir la satisfacción de los usuarios, se realizó un estudio transversal con 3 períodos de corte, 15-30 de septiembre de 2005, 14-29 de octubre y 15-30 de noviembre.

Instrumento de evaluación

El instrumento de medida utilizado fue el cuestionario SERQVHOS, que fueron llenados por los pacientes, médicos y usuarios internos. El cuestionario consta preguntas abiertas, cerradas y una encuesta adicional que trata de evaluar la congruencia y fiabilidad de las respuestas. En la primera parte del cuestionario se le pide al usuario sus datos y en la última parte se le ofrece un espacio libre para que aporte su opinión. ANEXOS 1-2.

Para estimar la "satisfacción" se ha considerara como variable resultado el grado de satisfacción del usuario. La interpretación se llevará a cabo con base a los siguientes criterios: calidad asistencial satisfactoria para el usuario: igual o mayor a 70%-89% los menos de 40% calidad asistencial deficiente, según el cuestionario SERQVHOS² y el manual de auditoria medica del la Organización Panamericana de la Salud del año 2002 para la acreditación de laboratorio clínicos para América Latina.

Las preguntas relacionadas con los aspectos asistenciales se agruparon en 5 grandes dimensiones (bienestar, trato, organización, información y recursos) categorizadas basándose en la puntuación obtenida en cada uno de los ítems que las componen, de modo que la obtención de la máxima puntuación en el 70%-89% o más de los ítems que se relacionan con esa dimensión, supone considerar el nivel de satisfacción global de ésta como “usuario satisfecho con la calidad asistencial”

Procesamiento de los datos

El procesamiento y análisis de los resultados se realizó sobre la base de un programa estadístico para Windows realizando en ella la base de datos y el análisis del resultado de la encuesta con una distribución de frecuencia simple y los porcentajes correspondientes.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla 1 y Gráfica 1, se puede apreciar el grado de satisfacción con la atención recibida en el laboratorio según el grupo de edad de los encuestados comprendido entre 18 y 79 años, donde el mayor grupo de 39 a 58 años (19,6%) están satisfechos. El mayor porcentaje de insatisfechos estuvo en el grupo de 59-68 años (30%).

Como se puede apreciar, el grado de satisfacción de los pacientes por grupo de edad es inferior al estándar de satisfacción de (70% a 89%) y por tanto la calidad asistencial en este aspecto es deficiente.

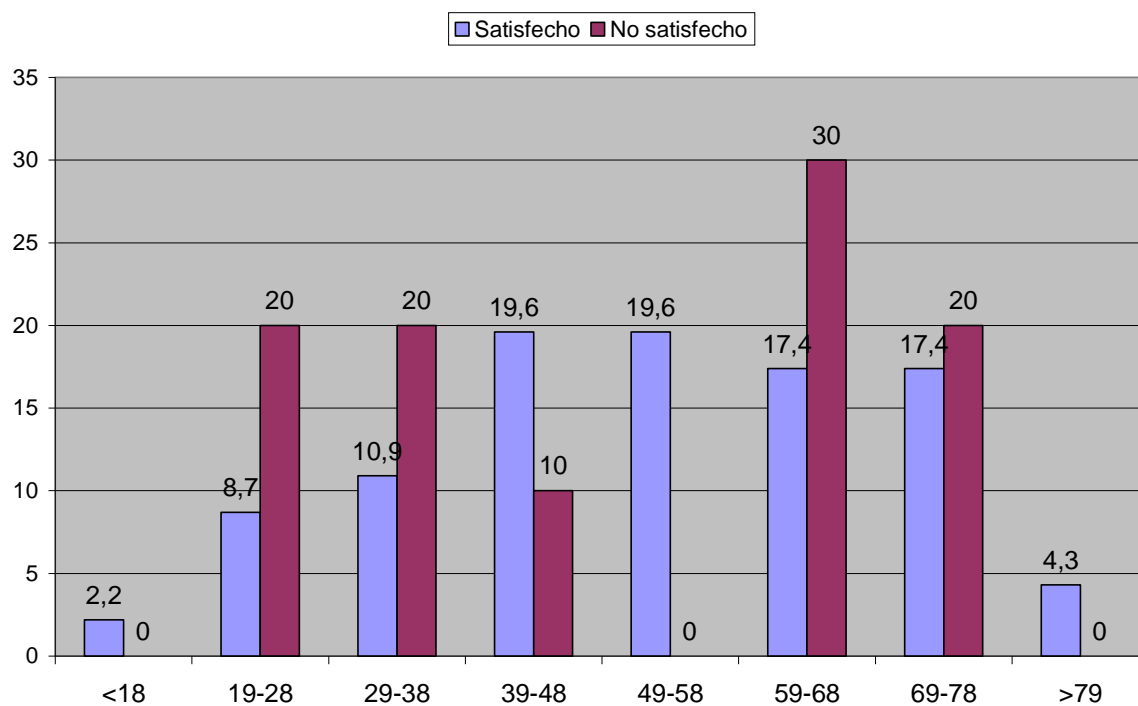
En nuestro medio no se dispone de datos respecto a la evaluación de la satisfacción de usuarios de laboratorios, sin embargo, estudios similares realizados en otros países indican un grado de satisfacción superior al 75%²².

Tabla 1. Satisfacción del usuario externo con la atención recibida según los grupos de edad de los encuestados. Hospital “Obrero”. 2005.

SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA			
GRUPO DE EDAD	Si	No	TOTAL
<=18	1	0	1
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	2,2	0,0	1,8
>19 – 28	4	2	6
% Fila	66,7	33,3	100,0
% Columna	8,7	20,0	10,7
>29 – 38	5	2	7
% Fila	71,4	28,6	100,0
% Columna	10,9	20,0	12,5
>39 – 48	9	1	10
% Fila	90,0	10,0	100,0
% Columna	19,6	10,0	17,9
>49 – 58	9	0	9
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	19,6	0,0	16,1
>59 – 68	8	3	11
% Fila	72,7	27,3	100,0
% Columna	17,4	30,0	19,6
>69 – 78	8	2	10
% Fila	80,0	20,0	100,0
% Columna	17,4	20,0	17,9
>79	2	0	2
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	4,3	0,0	3,6
TOTAL	46	10	56
% Fila	82,1	17,9	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

*Fuente: Datos obtenidos de la investigación

Grafico 1. Satisfacción de los pacientes con la atención recibida en el laboratorio. Hosp. "Obrero". 2005.



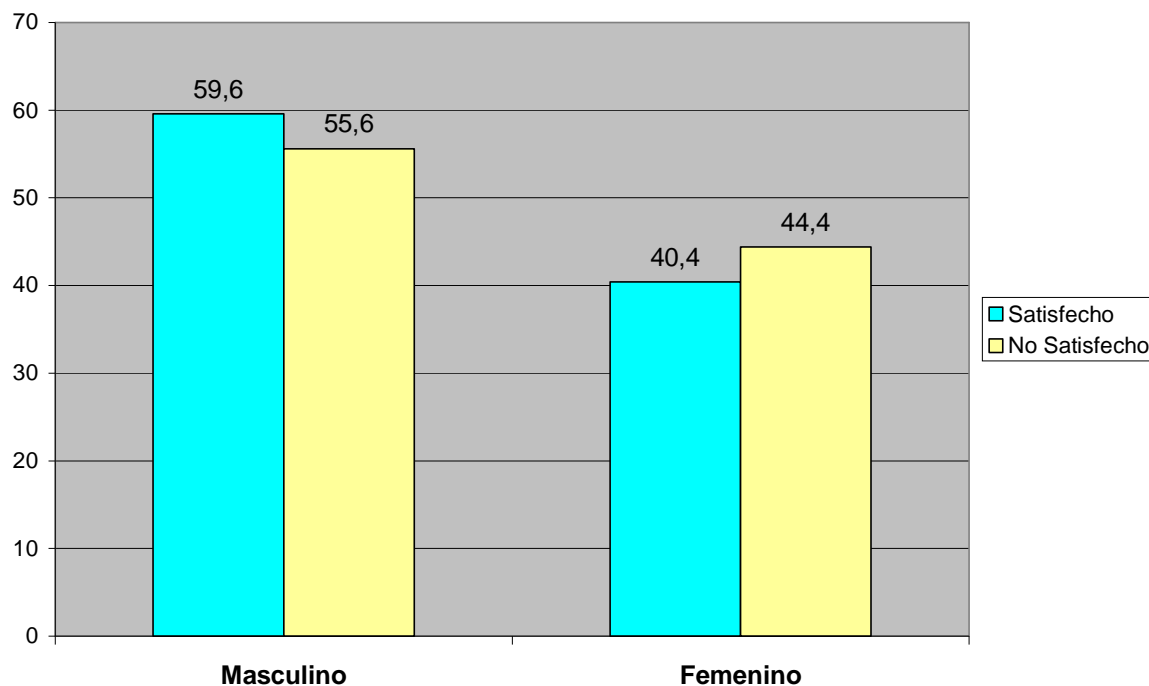
La Tabla 2 y Gráfica 2 muestra el grado de satisfacción de los pacientes masculinos y femeninos en relación a la atención recibida. El 59,6% de los varones estuvo satisfecho en tanto que solo el 40,4% de las mujeres lo estuvo.

Los pacientes han presentado una distribución distinta en cuando al grado de satisfacción por sexo registrada en otros países donde se le atribuye un mayor grado de satisfacción en mujeres en una relación de 1,1 a 1 en relación a los hombres⁵.

**Tabla 2. Satisfacción de los pacientes según el sexo. Hospital “Obrero”.
2005.**

SEXO	Satisfecho	No Satisfecho	TOTAL
FEMENINO	19	4	23
% Fila	82,6	17,4	100,0
% Columna	40,4	44,4	41,1
MASCULINO	28	5	33
% Fila	84,8	15,2	100,0
% Columna	59,6	55,6	58,9
TOTAL	47	9	56
% Fila	83,9	16,1	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

**Grafico 2. Satisfacción de los pacientes según el sexo. Hospital “Obrero”.
2005.**



La tabla 3 y Gráfico 3 muestra la satisfacción de los usuarios en relación a su lugar de procedencia de los pacientes, siendo los pacientes de La Paz los mayormente satisfechos con la calidad asistencial (66,7%). Los menos satisfechos corresponden a pacientes de la ciudad de El Alto, Provincias y otros departamentos.

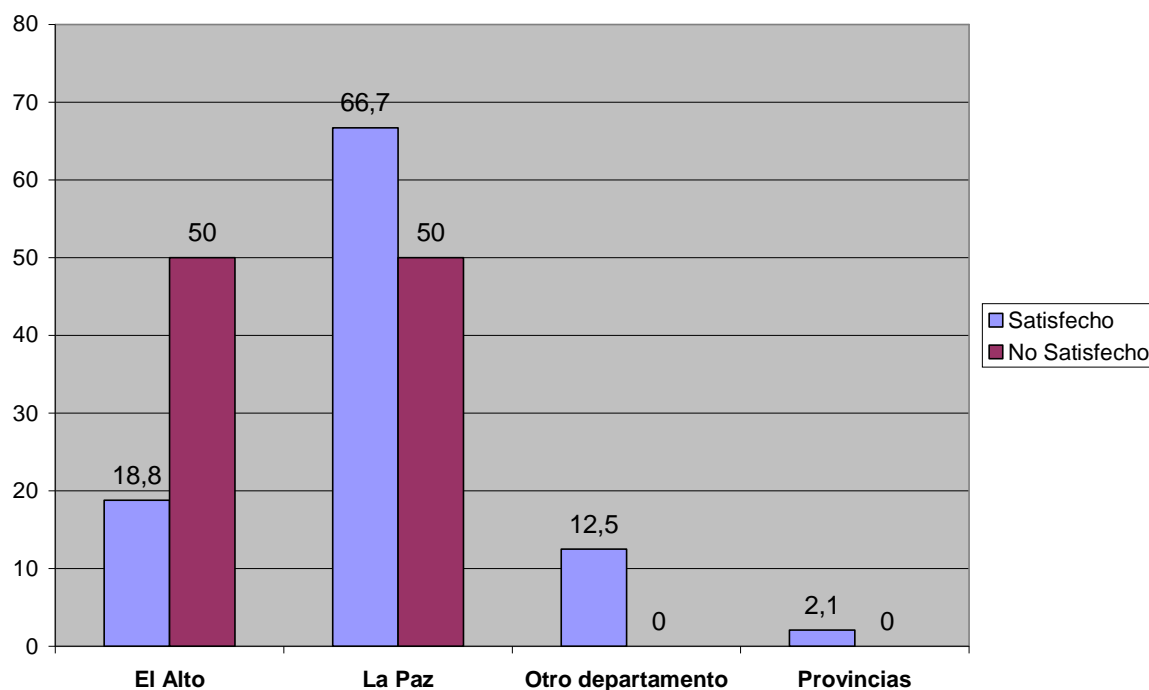
Sin embargo, como en el caso anterior, este grado de satisfacción está por debajo de los estándares lo cual amerita un estudio de factores que motivan la insatisfacción de este grupo de población. Por lo que se pudo apreciar, la mayor parte de la población procedente de esta ciudad es de ascendencia aymará por lo cual la comunicación es fundamental para mejorar la calidad asistencial, estos pacientes tienen dificultad en llegar al laboratorio debido a la escasa presencia de

señalizaciones de los diferentes servicios del hospital, en la consulta externa no existen personas que orientes a los pacientes respecto a la ubicación de los diferentes servicios que presta el hospital. Los pacientes que llegan al laboratorio tampoco reciben una orientación adecuada respecto a: horarios de atención, ubicación de los servicios, forma de recolección y transporte de muestras biológicas. La explicación que el secretario les da a los pacientes es verbal y poco aclaratoria y por tanto está sujeta a la memoria del usuario y por ello pueden existir problemas respecto a la calidad de las muestras que llegan al laboratorio principalmente en muestras de esputo, orina y heces fecales.

Tabla 3. Grado de satisfacción con la calidad asistencial según la procedencia del paciente. Hospital “Obrero”. 2005.

LUGAR DE PROCEDENCIA	Satisfecho	No satisfecho	TOTAL
EL ALTO	9	5	14
% Fila	64,3	35,7	100,0
% Columna	18,8	50,0	24,1
LA PAZ	32	5	37
% Fila	86,5	13,5	100,0
% Columna	66,7	50,0	63,8
OTRO DEPARTAMENTO	6	0	6
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	12,5	0,0	10,3
PROVINCIAS	1	0	1
% Fila	100,0	0,0	100,0
% Columna	2,1	0,0	1,7
TOTAL	48	10	58
% Fila	82,8	17,2	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

Gráfico 3. Grado de satisfacción con la calidad asistencial según la procedencia del paciente. Hospital “Obrero”. 2005.



La Tabla 4 y Gráfico 4 muestra el porcentaje de los pacientes satisfecho con la atención recibida en el laboratorio según el grado de instrucción. El mayor porcentaje de satisfacción en este sentido, corresponde a los pacientes con grado de instrucción universitaria (53,2%). Un reducido porcentaje de los pacientes con instrucción primaria indica estar satisfecho con la atención recibida (12,8%).

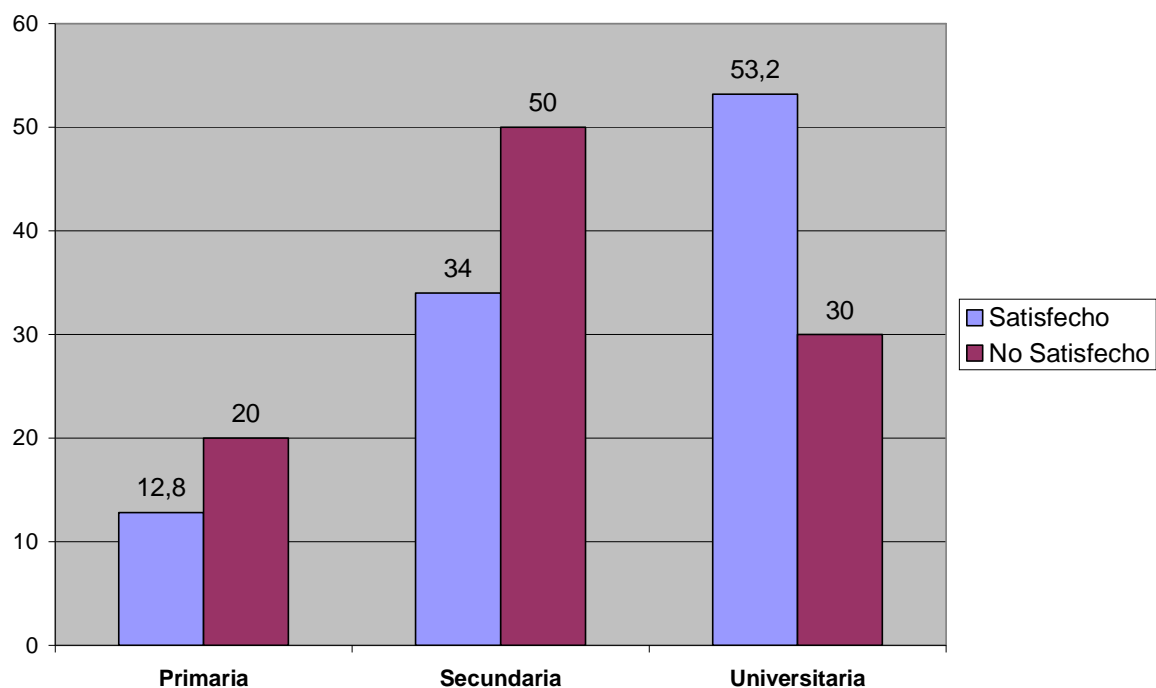
En esta tabla y gráfico el porcentaje de satisfacción de los pacientes tomando en cuenta el nivel de estudios es inferior a los estándares internacionales. El mayor porcentaje de insatisfechos está en el grupo con estudios de primaria. Nuevamente, la falta de información y educación del paciente puede estar

desempeñando un papel importante y que motiva su insatisfacción. En España un estudio similar, refiere un grado de satisfacción mayor contrariamente en personas con estudios de primaria y secundaria y un mayor grado de insatisfacción en personas con estudios universitarios²².

Tabla 4. Satisfacción de los pacientes según su grado de instrucción. Hospital “Obrero”. 2005.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Satisfecho	No Satisfecho	TOTAL
Primaria	6	2	8
% Fila	75,0	25,0	100,0
% Columna	12,8	20,0	14,0
Secundaria	16	5	21
% Fila	76,2	23,8	100,0
% Columna	34,0	50,0	36,8
Universitaria	25	3	28
% Fila	89,3	10,7	100,0
% Columna	53,2	30,0	49,1
TOTAL	47	10	57
% Fila	82,5	17,5	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

**Grafico 4. Satisfacción de los pacientes según su grado de instrucción.
Hospital "Obrero". 2005.**



La tabla 5 muestra los motivos más importantes por los cuales el paciente acudió al Hospital para ser atendido. El mayor porcentaje (38,3%) indicó que acudió a la institución por transferencia de un policlínico. Un significativo porcentaje de 20% indica haber acudido por tener referencia de mejores médicos en la institución. Solo un 6,9% acudió al servicio por considerar que la institución tiene mejores servicios.

Tabla 5. Frecuencia de los motivos por los cuales el paciente acude al servio. Hosp. "Obrero". 2005.

MOTIVOS DE ELECCIÓN DEL SERVICIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Corresponde a la zona	3	5,0%	5,0%	
Mejores aparatos	3	5,0%	10,0%	
Mejores médicos	12	20,0%	30,0%	
Mejores servicios	4	6,7%	36,7%	
Otros motivos	15	25,0%	61,7%	
Transferencia de otra institución	23	38,3%	100,0%	
Total	60	100,0%	100,0%	

Estos resultados, no demuestran que el Hospital y el laboratorio no tienen políticas de Marketing institucional para promocional la tecnología y el recurso humano con que cuenta el Hospital y el Laboratorio; estos aspectos, son importantes para motivar y dar confianza al paciente respecto a sus exámenes.

La tabla 6, nos muestra que un 81,0% de los pacientes tiene que pedir turno por anticipado para ser atendido.

Este aspecto nos muestra que el Hospital carece de los recursos humanos indispensables para responder a la creciente demanda de pacientes. El laboratorio programa los análisis en función de la cita médica que como se puede ver es bastante prolongada por lo que los pacientes tienen que esperar mucho tiempo antes de ser atendidos. Solo los casos de urgencias son atendidos prontamente lo cual también son reflejados por la tabla 6.

Tabla 6. Frecuencia de pacientes que pide cita por anticipado para ser atendido. Hosp. "Obrero". 2005.

CITA PARA LA ATENCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Pide turno en el día	11	19,0%	19,0%	
Pide turno por anticipado	47	81,0%	100,0%	
Total	58	100,0%	100,0%	

La mayoría de los pacientes indica que el tiempo que permanece esperando antes de ser atendidos es excesivo (63,9%) en tanto que un reducido número de pacientes de solamente 4,9% indica que es atendido con prontitud. Tabla 7.

Tabla 7. Porcentaje de valoración de tiempo de espera del paciente antes de ser atendido. Hosp. "Obrero". 2005.

TIEMPO DE ESPERA DEL PACIENTE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Adecuado	19	31,1%	31,1%	
Excesivo	39	63,9%	95,1%	
No espera	3	4,9%	100,0%	
Total	61	100,0%	100,0%	

La tabla 8, nos muestra las razones que según el paciente son los motivos por los cuales se demora su atención, la mayoría (44,7%) de los encuestados indica que la principal razón de la demora en su atención se refiere a la excesiva demanda y los escasos médicos.

Otro de los factores que motiva la demora en la atención aun en pacientes urgentes es la falta de camas en el hospital.

Tabla 8. Frecuencia de las principales causas que refiere el paciente como motivo de la demora en la atención. Hosp. "Obrero". 2005.




RAZÓN DE LA ESPERA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
El medico no estaba	3	6,4%	6,4%	
La demanda es mucha y los médicos escasos	21	44,7%	51,1%	
Muchos enfermos por hora	14	29,8%	80,9%	
Otra razón	6	12,8%	93,6%	
Se intercalan pacientes urgentes o sin turno	3	6,4%	100,0%	
Total	47	100,0%	100,0%	

Un significativo porcentaje de 76,7% de los pacientes encuestados refiere que no fue atendido cuando acudió a la institución. Tabla 9.

Esta falta de atención se puede deber a que la parte de los pacientes que se sienten enfermos acuden directamente al hospital sin antes haber acudido a sus policlínicos y por tanto los casos no urgentes son derivados a los policlínicos respectivos.

Esto también indica una falta de información al paciente respecto a las especialidades que el hospital y los policlínicos atienden y en que situaciones se debe acudir a los hospitales.






Tabla 9. Frecuencia de pacientes que no fueron atendidos cuando acudieron a su cita. Hosp. "Obrero". 2005.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Fue atendido en la cita	14	23,3%	23,3%	
No fue atendido en la cita	46	76,7%	100,0%	
Total	60	100,0%	100,0%	

Menos de la mitad de los pacientes encuestados indica que el trato del personal administrativo es bueno (42,6%). Tabla 10.

Los resultados demuestran que el personal administrativo principalmente de secretaria y de asignación de citas debe recibir una capacitación en relaciones interpersonales para mejorar el trato al usuario. Esto es importante por que este personal es el primer contacto que el enfermo y los familiares tienen con los servicios.

Tabla 10. Valoración del trato de personal administrativo a los pacientes. Hosp.. "Obrero". 2005.

TRATO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Bueno	26	42,6%	42,6%	
Excelente	6	9,8%	52,5%	
Malo	8	13,1%	65,6%	
Regular	21	34,4%	100,0%	
Total	61	100,0%	100,0%	

En lo referente al ambiente físico, sala o lugar de espera de los pacientes, solo un 65% indica que éste es adecuado. Tabla 11.



Debido a que los pacientes para ser atendidos hacen fila desde tempranas horas de la mañana por que la toma de muestra es desde las 7 a 8:30 A.M. el lugar de espera solamente dispone de unos pocos asientos y no existen baños para los pacientes, esto pudo haber motivado ese bajo porcentaje de valoración.

**Tabla 11. Valoración del paciente del lugar de espera para ser atendido.
Hosp. "Obrero". 2005.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
El lugar de espera es adecuado	39	65,0%	65,0%	
El lugar de espera no es adecuado	21	35,0%	100,0%	
Total	60	100,0%	100,0%	

La tabla 12, nos muestra que existe una falla en la orientación del paciente respecto al horario de atención del laboratorio, ya que la mayoría (58,9%) de los encuestados indicó que no conocía el horario de atención del laboratorio.




Tabla 12. Frecuencia de conocimiento de los pacientes del horario de atención del laboratorio. Hosp. "Obrero". 2005.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Conoce el horario de atención del laboratorio	23	41,1%	41,1%	
No conoce el horario de atención	33	58,9%	100,0%	
Total	56	100,0%	100,0%	

Un 66,7% de los pacientes considera que los horarios de atención del laboratorio son adecuados a sus necesidades. Tabla 13.

No hay una adecuación de los horarios de toma de muestra conforme a las necesidades de los usuarios, no existe información escrita acerca de los horarios de toma de muestra, horario de entrega de resultados, requisitos del paciente para la toma de muestra, todos estos aspectos hacen que muchos pacientes no estén conformes con los horarios de atención.




Tabla 13. Valoración del paciente de los horarios de atención del laboratorio. Hosp. "Obrero". 2005.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Horario de atención adecuados	22	66,7%	66,7%	
Horario de atención inadecuados	11	33,3%	100,0%	
Total	33	100,0%	100,0%	

Según la apreciación de los pacientes, el tiempo de entrega de los resultados de sus análisis en un mayor porcentaje (64,3%) es adecuado. Tabla 14, sin embargo un 35,5% no esta conforme con el tiempo de entrega de resultados.

Nuevamente la falta de información de los tiempos de entrega de resultados es motivo de insatisfacción de los usuarios, de acuerdo a las normas de garantía de calidad de la OPS 2002, debe existir en el laboratorio un manual de exámenes que debe contener información para el paciente en relación a: requisitos de preparación del paciente antes de la toma de muestra, la muestra que será tomada o traída al laboratorio, el método que se utilizara para el análisis, los valores de referencia, horario y días de recepción de la muestra y el tiempo de informe de los resultados. Este manual de exámenes debe estar a disposición de todos los servicios de hospital y para el paciente está información debe estar en forma de boletines instructivos.

Tabla 14. Valoración del paciente acerca del tiempo de entrega de los resultados en consulta externa.




	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Tiempo de entrega de resultados adecuados	27	64,3%	64,3%	
Tiempo de entrega de resultados inadecuados	15	35,7%	100,0%	
Total	42	100,0%	100,0%	

Un 30,2% de los pacientes refiere que alguna vez sus resultados no fueron encontrados. Tabla 15.

La pérdida de resultados de laboratorio implica que en el momento de la consulta del paciente con su médico los resultados de los análisis del paciente no estaba disponible y luego del reclamo no se encontró dicho resultado y esto motiva a veces una reprogramación de la cita médica o que el médico utilice solamente su diagnóstico clínico basado en su experiencia para optar por un tratamiento o diagnóstico de la enfermedad del paciente.

Uno de los factores que incide en esta pérdida de resultados es la falta de informatización de los mismos, los resultados aún se reportan en forma escrita y no existe un archivo digital lo que dificulta la búsqueda de resultados.

Tabla 15. Frecuencia de pérdida de resultados de los pacientes encuestados. Hosp. "Obrero". 2005.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Se le perdieron sus resultados	16	30,2%	30,2%	
No se le perdieron sus resultados	37	69,8%	100,0%	
Total	53	100,0%	100,0%	

Referentes a la calidad de la atención por el técnico, el mayor porcentaje de los encuestados 71,2% indica que es buena. Tabla 16. El porcentaje acumulado de bueno y excelente fue de 76,3% que según los estándares de OPS (70% a 89%) podemos decir que es de "calidad satisfactoria".





El técnico toma contacto con el paciente en el momento de la toma de muestra, esta toma de muestra se ha podido ver que no se realiza de acuerdo con la normas de buenas prácticas de laboratorio recomendadas por la OPS y OMS 2002 es decir: debe ser realizada con el uso de guantes, barbijo, tapaboca y lavado de manos o desinfección entre paciente y paciente; por tanto, existe una deficiencia en el procedimiento que no fue detectado por el paciente y este solo percibió el aspecto afectivo del personal técnico.

Tabla 16. Valoración de los pacientes de la calidad de atención del personal técnico. Hosp. "Obrero". 2005.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL TECNICO DE LABORATORIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Bueno	42	71,2%	71,2%	
Excelente	3	5,1%	76,3%	
Malo	2	3,4%	79,7%	
Regular	12	20,3%	100,0%	
Total	59	100,0%	100,0%	



En lo referente al mejoramiento de la calidad de la atención a lo largo del tiempo, la mayoría de los encuestados (48,3%) indica que ha mejorado. Tabla 17.

Tabla 17. Valoración del paciente referente a la calidad asistencial en la institución. Hosp. “Obrero”. 2005.

CALIDAD ASISTENCIAL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Empeorado	3	5,2%	5,2%	
La asistencia a mejorado	28	48,3%	53,4%	
No se ha modificado	27	46,6%	100,0%	
Total	58	100,0%	100,0%	

La mayoría de los encuestados indica que si volviera a enfermarse acudiría a la institución (87,7%).

Tabla 18. Frecuencia de posibilidad de retorno a la institución de los pacientes encuestados en caso de enfermedad. Hosp.. “Obrero”. 2005,

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Si volvería a la institución	50	87,7%	87,7%	
No volvería a la institución	7	12,3%	100,0%	
Total	57	100,0%	100,0%	

En lo referente al tiempo en días de su cita antes de ser atendidos, la mayoría de los encuestados indica que tiene que esperar entre 34 a 44 días antes de ser

atendido con una mediana de 28 días y en el mejor de los caso menos de 2 días.

Tabla 19.

Esta situación nuevamente indica que la capacidad asistencial en cuanto personal médico y de enfermería a sido sobrepasada por la cantidad de demanda y también denota una elevada transferencia de paciente de los policlínicos al hospital lo que indica que en el primer nivel de atención no se resuelven gran parte de los problemas de salud de los pacientes.

Tabla 19. Intervalo de días de espera de los pacientes encuestados antes de ser atendidos. Hosp. "Obrero". 2005.

Días de espera	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
<=2	1	3,3%	3,3%	
>12 - 22	7	23,3%	26,7%	
>23- 33	6	20,0%	46,7%	
>34 - 44	9	30,0%	76,7%	
>45 - 55	4	13,3%	90,0%	
>56 - 66	3	10,0%	100,0%	
Total	30	100,0%	100,0%	

La tabla 20 muestra la percepción final de los pacientes respecto a la calidad asistencial recibida , menos de la mitad de los usuarios se consideran satisfechos 48 (82,8%) pero este porcentaje de satisfacción se corresponde con los estándares recomendados por la OPS que indica como calidad asistencial satisfactoria una puntuación entre 70%-89% o más.

Dicha satisfacción, esta asociada al bienestar durante el ingreso, la organización de la asistencia, los recursos hospitalarios, el trato personal y la información recibida, y las características intrínsecas del paciente como la edad, sexo, el nivel de estudios o la situación profesional.

Tabla 20 Percepción final de los pacientes respecto a la calidad asistencial

SATISFACCION DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN RECIBIDA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	
Si	48	82,8%	82,8%	
No	10	17,2%	100,0%	
Total	58	100,0%	100,0%	

Si se considera que la satisfacción del usuario no es algo objetivo²² ya que es más cualitativo, la calidad recibida implica reconocer que el conjunto de las actividades que se realizan debe centrarse en satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes; es así que la puesta en marcha de investigaciones cualitativas como métodos para escuchar las necesidades de los pacientes irá introduciendo cambios en las políticas organizacionales de los hospitales y laboratorios²¹. Por este motivo, siguiendo el ejemplo de otros estudios nos planteamos dirigir el análisis de la satisfacción de los usuarios externos (pacientes), para poder optimizar la información para la toma de decisiones y mejorar la calidad asistencial del servicio.

El cuestionario ha resultado una herramienta ágil para la evaluación de la calidad percibida por los pacientes en el ámbito laboratorial y hospitalario. En cuanto a las

limitaciones que puede presentar esta investigación es importante tomar en cuenta el posible sesgo de complacencia del paciente que en realidad puede modificar los resultados de cualquier encuesta.

CONCLUSIONES

1. El nivel de Satisfacción realizado por grupo de edades es deficiente .Siendo los pacientes de 70 y 89 años los mas insatisfechos .
2. El grado de satisfacción tomando en cuenta el sexo de los pacientes ,es deficiente. Los varones demostraron mayor satisfacción que las mujeres .
3. La satisfacción con la calidad asistencial tomando en cuenta la procedencia de los pacientes, es deficiente .Los menos satisfechos son los pacientes procedentes del Alto.
4. Según el grado de instrucción de los encuestados , es deficiente . El mayor porcentaje de insatisfechos se encuentra en los pacientes con instrucción primaria ,los pacientes con grado de instrucción universitario son los mas satisfechos .
5. Las posibles causas de insatisfacción son : Excesiva demora en la atención por el incremento en la demanda y la existencia de pocos médicos ,por la falta de camas para la internación , maltrato del personal ,falta de comodidades en la sala de espera ,falta de información al paciente respecto a sus exámenes y el horario de atención ,falta de información al paciente respecto a los horarios de atención y entrega de resultados , falta de información al paciente respecto a la toma de muestra y la pedida de resultados .
6. La percepción final del paciente pese a las deficiencias encontradas en el servicio es de ser un “paciente satisfecho”.

7. El cuestionario utilizado ha resultado una herramienta ágil para la evaluación de la calidad percibida por el paciente en el laboratorio .

RECOMENDACIONES

1. Realizar continuamente estudios que midan el grado de satisfacción del pacientes después de implementar cambios en la calidad asistencial
2. Elaborar manuales de garantía de calidad ,mejora continua de la calidad ,manuales de exámenes , manuales de procedimientos ,manual de control de calidad externo y manuales de Bioseguridad .
3. Proporcionar una información escrita a los pacientes respecto a los horarios de atención , exámenes que el laboratorio realiza ,condiciones de la toma de muestra para sus análisis.
4. Proporcionar a los servicios Hospitalarios manuales de exámenes que el laboratorio realiza y que contemple el tipo de examen ,valores e referencia ,condiciones del paciente para el examen y tiempo de entrega de resultados .
5. Capacitar al personal realizando Cursos de Capacitación continua en temas de atención del usuario ,calidad asistencial y calidad total .
6. Mejorar la infraestructura de los ambientes del laboratorio , readecuarla para brindar mayor comodidad a los pacientes de consulta externa .
7. Informatizar el sistema de reporte de resultados para reducir el tiempo de entrega , archivo , estadística y perdida de resultados .

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rey Calidad Asistencial* 2002;17:22-9.
2. Mira Ji, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. 1.SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva* 1998;IV:12-8.
3. Santos Peña J, Muñoz Alamillos A, Prieto Diego J, Esteban Plaza R. Calidad de servicio y de atención al cliente. Curso de experto en gestión de calidad y certificación de empresas. UNED y Fundación Universidad Empresa, 2001.
4. Caminal J, Sánchez E, Schiaffino A. El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rey Calidad Asistencial* 2002;17:4-10.
5. Bleda García JM. Estudio de opinión y satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General de Albacete. *Gestión Hospitalaria* 2000;11:51-7.
6. Mira Ji, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón J, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rey Calidad Asistencial* 2002;17:273-83.
7. Saturno PJ. La definición de calidad de la atención. En: Marquet R, editor. *Garantía de Calidad en Atención Primaria de Salud. Monografías Clínicas de Atención Primaria*. Barcelona: Doyma, 1993; p. 7-17.

8. Temes JL, Parra B, Séller I. Gestión clínica. Ventajas e inconvenientes. En: Temes JL, Barra B, editores. Gestión clínica. Madrid: MacGraw-Hill/Internamericana , 2000; p. 51-9.
9. Saturno P. Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Murcia: U.D. de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Murcia, 2001.
10. Rodríguez Pérez P, García Caballero J, editores. Calidad en la atención sanitaria: conceptos teóricos y aplicaciones prácticas. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Higiene y Salud Pública, Sociedad Española de Calidad Asistencial ,2001.
11. Mira JJ, Arenaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc) 2000; 114 (Supl 3):26-33.
12. Mira JJ, Arenaz J, Blanco MA, García E, Martínez B, Lizán M, et al. Calidad relacional y satisfacción del usuario. En: Rodríguez P, García Caballero J, editores. Calidad en la atención sanitaria: conceptos teóricos y aplicaciones prácticas. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Higiene y Salud Pública, Sociedad Española de Calidad Asistencial, 2001.
13. Zurro Hernández J, de Santiago-Juárez López JA. Indicadores de calidad. Madrid: Sanidad y Ediciones, 2002.
14. Miró O, et al. Evaluación del impacto en la calidad asistencial y análisis coste-efectividad de la reforma de un servicio de urgencia de medicina. Med Clin (Barc) 20001; 117:7-11.

15. Mira JJ, Arenaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 114(Spl 3): 26-33.
16. Días R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev. Calidad Asistencial* 2002; 17:22-9.
17. Torres Olivera A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistencial 2001;16: 232-4.
18. Fernández Fernández I. Fernández de la Mota E. Sanz Amores R. Gestión por procesos asistenciales : aplicación a un sistema sanitario público: *Cuadernos de Gestión* 2003;9:19-37.
19. Fernández Martín J, Sainz Rojo A. Plan de calidad en una Red de Hospitales públicos en España (1993-2001). *World Hopitals and Heath Services* 2002; 38:14-20.
20. Generalitat Valenciana. Plan de calidad total de la asistencia sanitaria en la Comunidad Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2002.
21. Valenti Pérez Carmen. ASPECTOS CONCEPTUALES SOBRE CALIDAD DE LA ATENCIÓN. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Mayo, 2001.
22. Carrión Bolaños MI, Blanco Rodríguez JM, Salinero Aceituno M, Rodríguez Jimenes MA, Calvo Martín C, Valenzuela Álvarez D. Calidad percibida por los pacientes en un hospital de agudos, medida a través de encuestas. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18:39-45.
23. Ponton R. Control de los recursos humanos. En: *Auditoria en Salud*. Editorial Médica Panamericana, Bogotá, 1999.

ANEXOS

ANEXO 1

Componentes de las 5 dimensiones de la calidad asistencial

Bienestar

1. La apariencia (limpieza y uniforme) del personal.
2. El estado en que están los ambientes del servicio (apariciencia y comodidad).
3. Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital y el laboratorio.
4. La facilidad para llegar al laboratorio.

Trato

1. El interés del personal por cumplir sus funciones.
2. El interés del personal por solucionar problemas de los pacientes.
3. La disposición del personal para ayudarle cuando lo ha necesitado.
4. La confianza (Seguridad) que el personal transmite a los pacientes.
5. La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente.
6. El trato personalizado que se da a los pacientes.
7. El interés del personal de secretaria por los pacientes.

Organización

1. El tiempo de espera para ser atendido.
2. La puntualidad de las consultas en el laboratorio..
3. La rapidez con que se consigue lo que se necesita.

Recursos

1. La tecnología y modernidad que percibe el usuario..
2. La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo, que percibe el usuario.

Información

1. La observación que el personal proporcionan.
2. La observación que los secretarios proporcionan.

ANEXO 2**Modelo de encuesta para la evaluación global de la satisfacción de los usuarios****ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE**

INSTRUCCIONES. Estimado usuario. La encuesta es anónima y está destinada a conocer sus necesidades y reclamos para mejorar la atención en nuestro servicio. En las preguntas de selección múltiple marque una “X” o encierre en un círculo la respuesta elegida. Llene los espacios en blanco con letra de imprenta, clara y legible con la respuesta solicitada. Gracias por su colaboración.

1. Fecha:.....

2. Edad:..... años

3. Sexo: Masculino Femenino

GENERALIDADES

4. Nivel de instrucción:

- Ninguna ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Universitaria ()

5. Lugar de residencia:

- La Paz ()
- El alto ()
- Provincias ()
- Otro departamento ()

6. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar a este hospital desde su casa?

.....

7. ¿Por qué motivo eligió esta institución para atenderse?

- Corresponde a la zona ()
- Transferencia de otra institución ()
- Mejores médicos ()
- Mejores aparatos ()
- Mejores servicios ()
- Otros
 motivos:.....

8. Cuando viene a atenderse, ¿ PIDE TURNO CON ANTICIPACIÓN O LO PIDE EN EL DIA?

- Pido turno anticipado () ¿con cuánto tiempo de anticipación?.....
- Turno en el día ()

9. El tiempo que debe permanecer esperando le resulta:

- Excesivo ()
- Adecuado ()
- No espera ()

10. Si ha sido excesivo ¿cuál fue la razón?

- El médico no estaba ()
- Se citan muchos enfermos por hora ()
- Se intercalan muchos pacientes urgentes y/o sin turno ()
- No se encuentran las historias clínicas ()
- La demanda es mucha y el número de médicos es insuficiente ()
- Otra razón:.....

11. ¿Alguna vez ocurrió que en el momento que debía ser atendido no se hallaba su historia clínica?

Si ()

No ()

12. ¿Alguna vez, teniendo turno, debió retirarse sin ser atendido?

Si ()

No ()

¿Cuál fue el motivo?

.....

13. ¿Cómo considera el trato hacia usted del personal administrativo?

Excelente

Bueno

Regular

Malo

14. ¿El lugar de espera es adecuado?

Si ()

No ()

Si su respuesta es no ¿Por qué?

.....

LABORATORIO

15. Como considera la apariencia del personal de laboratorio en relación a la limpieza y uniforme del personal

Excelente () Bueno () Regular () Malo ()

16. ¿Está informado del horario de atención del laboratorio ?

Si () No ()

17. Si tiene información ¿Cómo le parecen dichos horarios?

Adecuados () Inadecuado ()

18. ¿ Cómo considera que fue el tiempo para la entrega de los informes?

Adecuados () Inadecuados ()

19. ¿Le ha ocurrido que no se ha (n) encontrado el (los) análisis que se le efectuó (efectuaron), debiendo repetirlos(s)?

Si () No ()

Si su respuesta es sí ¿Cuál fue el motivo?.

.....
.....
.....

20. ¿Cómo calificaría la atención en la secretaria del laboratorio en la asignación de citas?

Excelente ()Bueno () Regular () Malo ()

Si la respuesta es regular o mala diga, ¿Por qué?

.....
.....
.....

21. ¿Cómo calificaría la atención en el laboratorio en la recepción de muestras?

Excelente () Bueno () Regular () Malo ()

Si la respuesta es regular o mala diga, ¿por qué?

.....
.....
.....

22. ¿Cómo calificaría las comodidades en sala de espera del laboratorio?

Excelente () Bueno () Regular () Malo ()

Si la respuesta es regular o mala diga, ¿por qué?

.....
.....
.....

23. ¿Cómo calificaría la atención del personal en la toma de muestra?

Excelente () Bueno () Regular () Malo ()

Si la respuesta es regular o mala diga, ¿Por qué?

.....
.....
.....

24. ¿Piensa que la atención recibida fue la esperada?

Si () No ()

Si su respuesta es no diga, ¿por qué?

.....
.....
.....

25. ¿Cree que con e transcurso del tiempo la asistencia recibida ha...?

Mejorado () Empeorado () No se ha modificado ()

26. Si volviera a enfermarse y pudiera optar ¿ acudiría a esta institución?

Si () No ()

Si su respuesta es no diga, ¿por qué?

.....
.....
.....

27. ¿Observo señalizaciones para orientarse en el hospital y para llegar al laboratorio?

Si () No ()

28. Ha tenido facilidad para llegar a laboratorio

Si () No ()

29. ¿Desea efectuar alguna observación o sugerencia no no considerada en la encuesta?

.....
.....
.....
.....
