

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Docente Universitario Central de las Fuerzas Armadas
Residencia de Gastroenterología

GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO DE GASTROENTEROLOGÍA DE LA CIUDAD SANITARIA DOCTOR LUIS EDUARDO AYBAR PERÍODO JUNIO-JULIO, 2022.



Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:

GASTROENTEROLOGÍA

Sustentante:

Dra. Francisca Tejada Magdaleno.

Asesores:

Dra. Yeysa Lugo Mejía (clínico)

Dra. Claridania Rodríguez (metodológico)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
I. Introducción.....	8
I.1. Antecedentes.....	9
I.2. Justificación.....	11
II. Planteamiento del Problema.....	12
III. Objetivos.....	13
III.1. General.....	13
III.2. Específicos.....	13
IV. Marco Teórico.....	14
IV.1. Calidad.....	14
IV.1.1 Historia.....	14
IV.2. Definición.....	16
IV.3. Calidad en salud.....	16
IV.4. La satisfacción como variable independiente.....	21
IV.5. La satisfacción como variable dependiente.....	22
IV.5.1. Las características del paciente.....	22
IV.5.2. Características de la enfermedad y del médico.....	22
IV.5.3. Factores de costo-beneficio.....	24
IV.5.4. Definición de satisfacción del paciente.....	24
IV.6. Evaluación de la satisfacción del paciente en los servicios de salud.....	26
IV.7. Control total de calidad.....	29
IV.7.1. Principios de la calidad de servicio.....	30
IV.7.2. Modelo de la empresa de alta calidad para el siglo XXI.....	32
IV.7.2.1. Primera dimensión o banda horizontal del servicio.	32
IV.7.2.2. Segunda dimensión o banda vertical del servicio.....	32
IV.7.2.3. Tercera dimensión.....	32
IV.8. Características del servicio que la calidad debe poseer.....	33
IV.9. Finalmente busca que el cliente se sienta cómodo.....	34
V. Hipótesis.....	55

VI. Operacionalización de las variables.....	56	
VII. Material y Métodos.....	57	
VII.1. Tipo de estudi.....	57	
VII.2. Demarcación geográfica.....	57	
VII.3. Población.....	58	
VII.4. Criterios.....	58	
VII.4.1. De inclusión.....	58	
VII.4.2. De exclusión.....	58	
VII.5. Instrumento de recolección de datos.....	58	50
VII.6. Procedimientos.....	58	50
VII.7. Tabulación.....	59	560
VII.8. Análisis.....	59	550
VII.9. Aspecto ético.....	59	560
VIII. Resultados.....	60	50
IX. Discusion.....	80	561
X. Conclusiones.....	81	50
XI. Recomendaciones.....	82	50
XII. Referencias.....	83	50
XIII. Anexos.....	87.	53
XIII.1. Cronograma.....	83.	53
XIII.2. Instrumento de recolección de datos.....	88.	54
XIII.3. Costos y recursos.....	89	57
XIV. Evaluación.....	90	

AGRADECIMIENTOS

A Dios: Por darme la sabiduría y la fortaleza que necesité para poder culminar mi proyecto con éxito.

Al Hospital Central de las Fuerzas Armadas: El centro de mi formación.

Al Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar: Por la colaboración brindada.

A los Asesores: Dra. Yeysa Lugo Medina y Dr. Rubén Darío Pimentel: por su ayuda incondicional de forma desinteresada.

A mis compañeros de residencia: Por su apoyo y motivación constante.

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mí familia:

En especial a mis hijas por haber soportado tantas ausencias, gracias por su comprensión,

A mis padres:

Por ser los pilares fundamentales de todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo prospectivo y descriptivo con el objetivo de determinar el grado de satisfacción de los pacientes que asisten a la consulta externa del Centro de Gastroenterología de la ciudad sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar en el período junio- julio 2022.

El grado de satisfacción con respuesta excelente fue de un 60.4 por ciento, según la edad, fue bueno 16.6 por ciento para edades comprendidas entre 50-59 años.

El sexo con mayor frecuencia entrevistado fue el masculino con un total de 29 (60.4 por ciento), con respuesta mayoritaria excelente 33.3 por ciento. Primaria fue el grado de escolaridad predominante (66.6 por ciento) con respuesta excelente de 37.4 por ciento.

El mayor número de pacientes reside en la zona urbana (66.6 por ciento) con respuesta excelente de 37.4 por ciento. Un 58.3 por ciento de los pacientes están empleados cuya respuesta fue excelente para un 31.2 por ciento.

El 51.3 por ciento calificó de excelente el trato del personal, al igual que la comodidad de la habitación para un 39.5 por ciento.

SUMMARY

A prospective and descriptive study was conducted with the objective of determining the degree of satisfaction of hospitalized patients in the Gastroenterology Center of the Dr. Luis Eduardo Aybar health city in the period June-july 2022.

The degree of satisfaction with excellent response was 60.4 percent, according to age, 16.6 percent was good for ages between 50-59 years.

The sex most frequently interviewed was the male, with a total of 29 (60.4 percent), with an excellent majority response 33.3 percent. Primary was the predominant level of schooling (66.6 percent) with an excellent response of 37.4 percent.

The largest number of patients resides in the urban area (66.6 percent) with an excellent response of 37.4 percent. 58.3 percent of patients are employed whose response was excellent for 31.2 percent.

51.3 percent rated the treatment of staff as excellent, as did the comfort of the room for 39.5 percent.

INTRODUCCIÓN

La calidad percibida en la prestación de servicios asistenciales es un elemento determinante en el resultado de la atención sanitaria y, por ello, reviste especial importancia su medición. En el ámbito hospitalario, se han utilizado diversas técnicas, desde buzón de sugerencias o análisis de reclamaciones hasta técnicas cualitativas más complejas. La calidad de la atención es difícil de definir, ya que las personas las conceptualizan dependiendo del espacio y el momento donde esté ubicado; por lo tanto, pueden existir varios enfoques: el usuario, el trabajador de salud y la institución como tal. Las instituciones de salud enfrentan un gran reto en cuanto a calidad de atención se refiere, ya que los usuarios asisten al establecimiento en busca de una atención adecuada, que les permita resolver su problema: y es aquí donde el equipo de salud juega un papel fundamental.

Se debe tener presente en todo momento que la salud es un derecho universal, y son los miembros del equipo de salud quienes deben hacer cumplir ese derecho, garantizando una atención adecuada teniendo como única finalidad la satisfacción del usuario.

Desde su creación, no se ha determinado la satisfacción del usuario sobre la calidad de la atención en este centro hospitalario. Motivando esto la realización de la presente investigación en la cual se determinó el grado de satisfacción de los pacientes que asisten a la Consulta Externa en el Centro de Gastroenterología del C.S. Dr. Luis Eduardo Aybar en el período Junio-Julio 2022.

Para ello, se diseñará un estudio descriptivo, transversal, utilizando tipo encuestas de satisfacción, especialmente en el estudio de pacientes del área de consulta externa. Los cuestionarios administrados directamente a pacientes han demostrado ser una herramienta útil para valorar la satisfacción del usuario, que tiene en cuenta sus expectativas de atención y el grado en que su propia experiencia hospitalaria las cubre. Los resultados reportados en esta investigación servirán de orientación a los diferentes niveles gerenciales del centro de salud para identificar obstáculos y barreras que repercuten en la satisfacción del usuario e implementar correctivos necesarios.

I.1 ANTECEDENTES

La satisfacción del paciente es esencial cuando se trata de evaluar la calidad de la asistencia sanitaria; la satisfacción del paciente es, por tanto, un indicador final del éxito de la prestación del servicio.

En este sentido, se considera que los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud.

En tanto, las referencias bibliográficas que evalúan la satisfacción de los usuarios en República Dominicana no están bien documentadas, o por lo menos, no encontradas en las referencias consultadas.

Estudios realizados en otros países, encontraron una tasa de satisfacción superior al 80 por ciento, en la mayoría de los casos.

Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al centro de salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso.

En República Dominicana existen limitaciones institucionales que influyen en la opinión desfavorable de los usuarios de sistema de salud pública. En ese mismo contexto, un estudio realizado en años anteriores en el Centro de Gastroenterología del hospital Dr. Luis E. Aybar refleja que el tiempo de espera y el horario de atención de los pacientes de consulta externa fueron determinante en la opinión desfavorable por parte del paciente. Los resultados expresados por sus autores establecen en promedio el grado de satisfacción; 9,2 para la satisfacción general, 9,1 laboratorio clínico, 9,6 internamiento, y 9,3 para consulta externa. En tanto, un estudio realizado en el hospital general de la Plaza de la Salud, en el cual participaron 568 pacientes, determinó que los índices de satisfacción más altos correspondieron al trato de los médicos con un índice de 0.87 y los índices de insatisfacción más bajos fue de 0.70 correspondientes al espacio físico de las emergencias, seguido de 0.71 para la sala de espera. Ahora bien, según esta encuesta existe tres aspectos del sector salud que la población describe más

negativa, son el alto costo de los servicios, los pocos recursos presupuestarios y las malas condiciones que operan los hospitales públicos.

En sentido general la población tiene una imagen relativamente positiva de los servicios de salud militares, así como de las clínicas privadas y de los seguros privados. Sin embargo, su opinión es menos positiva respecto al Instituto Dominicano de Seguro Social (IDSS) y facilidades del Ministerio Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS).

I.2 JUSTIFICACION

Para que un servicio sea de calidad, se debe tener en cuenta la preparación, los conocimientos tanto del personal de salud y administrativo, no solamente desde el punto de vista científico, sino también desde las dimensiones del hombre, sus costumbres, cultura, creencias religiosas las cuales en un momento determinado enmarcarán el cuidado que éste requiera.

Desde este enfoque, la percepción que el paciente tenga sobre la calidad en servicio que recibe, es importante para retroalimentar ese servicio que cada una de las instituciones de salud ofrece a las personas; y ella está relacionada con el grado de satisfacción que tenga.

Teniendo en cuenta estos aspectos, conocer el grado de satisfacción de los pacientes, es importante para mejorar la calidad de la atención, lo cual repercutiría no solo en el bienestar del paciente sino también en el mejoramiento continuo de la profesión y de las instituciones.

Por otra parte, a lo largo de los años noventa, la introducción de las cartas de los derechos y deberes de los usuarios, la generalización del consentimiento informado, el reconocimiento de un papel más activo y una mejor implicación en el proceso asistencial ha llevado a una nueva expectativa en la relación, prestadora de servicio y usuario. Antes se encontraba un paciente más pasivo que no decía nada, ni reclamaba, ahora son más abiertos y expresan sus demandas, exigiendo mayor asistencia.

En este sentido los resultados de este estudio podrían ser de gran utilidad para promover cambios en el ejercicio profesional de quienes prestan servicio de salud, en los planteamientos estratégicos y en los procedimientos operativos de quienes dirigen el hospital y orientar al personal para que tome conciencia y ofrezca un mejor servicio.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La satisfacción de los pacientes con respecto a la atención en salud se ha transformado en un concepto importante de definir, puesto que constituye una dimensión subjetiva relevante del proceso de calidad de atención que ofrece una institución. En términos relacionados con la salud, se referiría a los juicios de valor personales y reacciones subsecuentes a los estímulos que los pacientes, según sus características y experiencias, perciben en los centros de salud. En términos generales, la satisfacción en salud se refiere a tres aspectos: organizativos (tiempo de espera, ambiente); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por el personal implicado.

Y luego de revisar los planteamientos y estrategias para lograr calidad en un servicio, consideramos imprescindible realizar su medición y control en el Departamento de Gastroenterología y así investigar si las expectativas vienen siendo cubiertas. Estas mediciones permitirán aumentar el conocimiento de la calidad, saber dónde se encuentra en relación a una referencia determinada, controlar la variabilidad, identificar los puntos fuertes y débiles. Así como dirigir, cuantificar los logros, y controlar el progreso. Todo ello redundará por ende en la atención integral del paciente de gastroenterología, como también validará un instrumento, con el cual se pueda evaluar sistemáticamente el nivel de satisfacción de los usuarios en la consulta externa ya que hasta el momento no contamos con estudios ni instrumentos, validados en el medio. Partiendo de estos señalamientos hacemos las siguientes preguntas: ¿Cuál es el grado de satisfacción de los pacientes consultado en el Centro de Gastroenterología del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar en el período Junio-Julio 2022?

III. OBJETIVOS

III.1. General

Determinar grado de satisfacción de los pacientes consultado en el Centro de Gastroenterología del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar en el período Junio-Julio 2022.

III.2. Específicos.

Determinar grado de satisfacción de los pacientes consultado en el Centro de Gastroenterología del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar en el período Junio-Julio 2022, según:

1. Satisfacción de los usuarios
2. Edad
3. Sexo
4. Escolaridad
5. Ocupación
6. Procedencia de los usuarios
7. Trato del personal de salud
8. Comodidad del Centro

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Calidad

Es una herramienta básica para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie. La palabra calidad tiene múltiples significados. De forma básica, se refiere al conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. Por otro lado, la calidad de un producto o servicio es la percepción que el paciente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades. Por tanto, debe definirse en el contexto que se esté considerando, por ejemplo, la calidad del servicio prestado.

IV.1.1. Historia

A lo largo de la historia el término calidad ha sufrido numerosos cambios que conviene reflejar en cuanto su evolución histórica. Para ello, describiremos cada una de las etapas el concepto que se tenía de la calidad y cuáles eran los objetivos a perseguir.

Etapa	Concepto	Finalidad
Artesanal	Hacer las cosas bien independientemente del coste o esfuerzo necesario para ello.	<ul style="list-style-type: none">• Satisfacer al cliente.• Satisfacer al artesano, por el trabajo bien hecho• Crear un producto único.
Revolución Industrial	Hacer muchas cosas no importando que sean de calidad (Se identifica Producción con Calidad).	<ul style="list-style-type: none">• Satisfacer una gran demanda de bienes.• Obtener beneficios.

Segunda Guerra Mundial	Asegurar la eficacia del armamento sin importar el costo, con la mayor y más rápida producción (Eficacia + Plazo = Calidad)	Garantizar la disponibilidad de un armamento eficaz en la cantidad y el momento preciso.
Posguerra (Japón)	Hacer las cosas bien a la primera	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar costes mediante la Calidad • Satisfacer al cliente • Ser competitivo
Postguerra (Resto del mundo)	Producir, cuanto más mejor	Satisfacer la gran demanda de bienes causada por la guerra
Control de Calidad	Técnicas de inspección en Producción para evitar la salida de bienes defectuosos.	Satisfacer las necesidades técnicas del producto.
Aseguramiento de la Calidad	Sistemas y procedimientos de la organización para evitar que se produzcan bienes defectuosos.	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer al cliente. • Prevenir errores. • Reducir costes. • Ser competitivo.
Calidad Total	Teoría de la administración empresarial centrada en la permanente satisfacción de las expectativas del cliente.	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer tanto al cliente externo como interno. • Ser altamente competitivo. • Mejora Continua.

Esta evolución nos ayuda a comprender de dónde proviene la necesidad de ofrecer una mayor calidad del producto o servicio que se proporciona al cliente

y, en definitiva, a la sociedad, y cómo poco a poco se ha ido involucrando toda la organización en la consecución de este fin. La calidad no se ha convertido únicamente en uno de los requisitos esenciales del producto sino que en la actualidad es un factor estratégico clave del que dependen la mayor parte de las organizaciones, no sólo para mantener su posición en el mercado sino incluso para asegurar su supervivencia.

IV.2. Definición

Definiciones de organizaciones reconocidas y expertos del mundo de la calidad son:

- Definición de la norma ISO 9001: «Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos».
- Según la International Standardization Organization la norma ISO 9001 «Determina los requisitos para un sistema de gestión de calidad que pueda utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones».
- Real Academia de la Lengua Española: «*Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie*».
- Philip Crosby: «Calidad es cumplimiento de requisitos».
- Joseph Juran: «Calidad es adecuación al uso del cliente».
- Armand V. Feigenbaum: «Satisfacción de las expectativas del cliente».
- Genichi Taguchi: «Calidad es la pérdida (monetaria) que el producto o servicio ocasiona a la sociedad desde que es expedido».
- William Edwards Deming: «Calidad es satisfacción del cliente».
- Walter A. Shewhart: «La calidad como resultado de la interacción de dos dimensiones: dimensión subjetiva (lo que el cliente quiere) y dimensión objetiva (lo que se ofrece)».

IV.3. Calidad en Salud

A pesar de que todos quienes ejercemos alguna profesión de la salud entendemos muy fácil y claramente a qué nos referimos con el enunciado de «Calidad en Salud», son muchos los conceptos que queremos hacer emerger en primer lugar.

No es fácil describir qué entendemos corporativamente por «calidad en salud». Hay muchas respuestas porque son muchos los ámbitos a los que nos podemos estar refiriendo.

Para empezar a describir las ideas que todos tenemos muy claramente, acordemos en principio que entendemos por «Calidad, la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión».

Esta es una definición que aunque consideramos bastante extensa, es muy completa, porque nos permite realizar un análisis ulterior de su contenido. La definición expresa tres conceptos que estimamos de vital importancia: el primero que Calidad «es la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien o servicio». No hay calidad que se pueda medir por solamente la apreciación o el análisis de alguna de las partes constitutivas del servicio recibido. La calificación se hace con carácter integral, es decir, evaluando «todas las características, funciones o comportamientos».

El segundo concepto que deseamos destacar es que «se considera un bien o un servicio con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores». Aquellos que no lo logra, no se consideran que son de calidad. Cliente que no sale satisfecho de un consultorio de un médico, no percibirá que fue atendido de buena manera no habrá recibido una atención «de calidad». No importa lo que el profesional piense o de lo que esté convencido. Tampoco importarán ante los ojos del paciente, los resultados médicos que obtenga del tratamiento recomendado.

El profesional de la salud podrá creer que trabajó calificadosamente, pero si no satisfizo las necesidades del paciente, éste no lo volverá a buscar por sobre todos los demás. Lógicamente que, ante una menor percepción de haber sido atendida adecuadamente, la persona estará convencida que no recibió calidad, habrá menos satisfacción y más desagrado.

El tercer elemento fundamental de la definición es que la calidad es un concepto subjetivo, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como «de mala calidad». El grado de exigencia depende

de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico. En salud sabemos que las personas de bajo nivel social se conforman con ser atendidos por el profesional, no importándoles en muchos casos tener que sufrir largos períodos de espera y que le sean otorgadas citas muy espaciadas y otras circunstancias que no son aceptadas por personas de otro nivel quienes están acostumbradas a otro tipo de atención y que por ende, exigen más. El concepto de calidad para ambas simplemente es diferente.

Deseamos expresar un factor complementario a lo expuesto, que hará entender mejor todo aquello que expresemos líneas abajo: todo producto, bien o servicio, tiene dos maneras como puede percibirse su nivel de calidad: existe un primer criterio denominado como «calidad técnica» y otro conocido como «calidad funcional». La primera está referida al cumplimiento de todos los requisitos indispensables que se desarrollan acordes con lo estrictamente científico, es decir, con el cumplimiento de los protocolos de atención analizados desde la óptica técnico-científica. Mirando desde otro lado del tema, la calidad funcional es conocida «como la manera como es brindado el servicio», como la persona percibe que es atendida. Hablar sobre la condición «técnica» de la calidad en salud, creemos que sería innecesario ya que toda acción profesional debe ser siempre aplicada guardando los más altos índices de refinamiento en lo que concierne al contenido técnico-científico del acto médico prestado.

Respecto a la identificación de la calidad funcional en salud, las cosas las vemos un poco difusas por qué no conocemos que hayan sido definidos los parámetros en los que nos podríamos fundamentar para calificar si determinado servicio profesional ha guardado adecuados estándares de calidad funcional o subjetiva, salvo aquello que publicáramos en una obra nuestra. Cuantificar el nivel de calidad percibido por un paciente, al entrar en los marcos de la subjetividad, es más difícil, salvo que se encuentren caminos para ello. Realizar Encuestas de Satisfacción a los pacientes es un modo de lograrlo.

Consignar una segunda definición de Calidad: «Consiste en satisfacer o superar las expectativas de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un Indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no».

Esta definición nos confirma que no todas las personas tienen iguales exigencias sobre la calidad y a la vez introduce varios conceptos interesantes: concebir algo como «de calidad» es juzgar una realidad frente a una referencia, seguida de evaluaciones sistémicas. Esto nos lleva a establecer que es exigible realizar una comparación y recién después emitir juicios, entre una realidad tangible y un estándar de comparación. Pensamos que es bastante complejo que no exista en nuestras profesiones médicas, parámetros de referencia para calificar a nuestros servicios de que «disponen de calidad». Si la calidad es subjetiva para los pacientes, también lo será para nosotros los profesionales y gran problema tendremos si lo que nosotros conceptuamos como tal, no es coincidente con lo que piensan los pacientes.

Aparte de todas estas consideraciones, tenemos una situación adicional y es que los servicios no son considerados como bienes tangibles, aunque esta antigua percepción ha cedido el paso ante una nueva manera de conceptuarlos. Siempre lo intangible es más difícil de calificar como bueno o malo, por qué no se repite regularmente con resultados exactos y por qué el usuario es parte intrínseca de la prestación.

Productos y Servicios se encuentran dirigidos para satisfacer las necesidades y deseos de un mismo público, que constituye el Mercado. Se considera que en todo producto existe un componente muy importante de «servicios» (ej.: la forma de vender algo, no vender papeles sino información cuando se vende un periódico) y que a su vez en todo servicio» encontramos un gran componente de «productos» (ej: el material empleado en una restauración dentaria que forma parte sustancial del servicio propiamente dicho, las calidad del yeso que se usa para inmovilizar un miembro fracturado).

Para establecer un estándar de comparación que sea de gran utilidad para todos quienes ejercemos profesiones médicas, debemos recordar una definición del vocablo: «Estándar es un enunciado establecido por comités de expertos de expectativas que definen las estructuras, procesos y resultados que deben estar firmemente establecidos en una organización para que esta preste atención de calidad».

La satisfacción del paciente ha sido considerada tradicionalmente como factor determinante de la futura utilización de los servicios de salud, o bien, consecuencia de la utilización de estos.

Podemos afirmar que la visión que se tiene del concepto del paciente sobre los servicios médicos, y su empleo, ha sido estudiada por personas en diversos tipos de intereses. Se destacan los estudios realizados por médicos y administradores de salud.

Haciendo un poco de historia, observamos cómo a mitad de la década de los 70 cobra vigor la preocupación por la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en la Unión Americana; aspecto ligado al surgimiento de los movimientos de usuarios, lo que lleva a considerar la variable satisfacción del paciente como medida última de la calidad que ofrece una unidad de salud, llámese clínica, hospital.

La conceptualización predominante durante esta década fue la de E. Koos y Avedis Donabedian para quienes la satisfacción del paciente es ante todo, «una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente».

Más recientemente, Cafferata y Roghmann han sugerido que la satisfacción del paciente puede ser mejor entendida como una «entrada» (input) a esa interacción, porque se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante las enfermeras y médicos, principalmente. Para estos autores, la utilización de servicios no determina la satisfacción, aunque esta última sí condiciona la utilización futura de la red de servicios de la institución.

Combinando ambas aproximaciones, hay autores que han sugerido dos dimensiones para encuadrar el estudio de la satisfacción de los pacientes.

Son ellas:

1. Satisfacción general: Para referirse al grado de satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.
2. Satisfacción específica: La que hace mención al grado de satisfacción derivado de las experiencias anteriores en la utilización de un servicio de salud dado.

La repercusión de la satisfacción del paciente en la calidad de la atención médica ha sido centro de debate en los espacios educativos y asistenciales; es el más difundido y aceptado el propuesto por Avedis Donabedian en 1966. Para este autor, la satisfacción del paciente en relación con los servicios de salud es un punto nodal para determinar la calidad de la atención médica que se presta.

Donabedian entiende la satisfacción del paciente, «como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud».

Aunque han transcurrido más de 40 años desde que por primera vez Donabedian hablara de la satisfacción de los pacientes, este concepto sigue vigente. Hoy en día se sigue entendiendo la satisfacción del paciente como medida de garantía de calidad tanto como resultado de la asistencia puntual que prestan la enfermera y el médico, principalmente. Sin embargo, desde nuestra óptica, más que un aspecto objetivo de esa calidad cabría mejor hablar de «calidad sentida por los pacientes», o, en otros términos, de los aspectos subjetivos de la calidad de la atención. Lo anterior requiere analizar la definición del concepto. Dentro de este punto consideraremos la literatura sobre este tema, entendiendo primero la satisfacción del paciente como variable independiente, y segundo, como variable dependiente, es decir, de qué factores depende esta satisfacción. Por último, intentaremos definir dicho concepto de forma comprensiva.

IV.4. La satisfacción como variable independiente

Una de las principales razones del interés por conocer el grado de satisfacción de los pacientes estriba en el hecho empírico, repetidas veces comprobado, de que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas y de enfermería, farmacológicas, de dieta. En este mismo sentido, se ha establecido una fuerte y positiva relación entre satisfacción del usuario con el servicio de salud en su primer contacto con él, y su futura utilización de ese u otro servicio. Ware y otros; Berkanovic y Marcus; Roghmann, y Zastowny; Thomas y Penchansky, mencionan que el trato, el tipo y contenido de la interacción con el personal de salud, condicionan la utilización futura de los mismos. Por su parte Ley, en su modelo, enfatiza la necesidad de lograr una adecuada comunicación con el paciente, en la cual se debe garantizar un medio propicio para el desarrollo de los trabajadores de la salud.

De esta forma se entiende la satisfacción, no como un resultado del encuentro enfermera-paciente y/o médico- paciente, sino como un elemento determinante del resultado de ese encuentro en su relación.

IV.5. La satisfacción como variable dependiente

Una cuestión diferente supone conocer por qué un paciente está satisfecho. Algunos autores, como Zastowny, Roghmann y Hengst¹ han determinado que los altos costos de los servicios de salud, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés en los problemas de salud del paciente y la petición de un excesivo número de exámenes de laboratorio y servicios auxiliares de diagnóstico (rayos X, tomografías, resonancia magnética), son las principales causas de insatisfacción de los pacientes.

Siguiendo a Carmely Weiss⁵ podemos considerar tres aspectos como los más determinantes.

IV.5.1. Las características del paciente

La edad, el sexo, el nivel educativo, el ingreso económico, las expectativas ante los trabajadores de la salud (enfermeras y médicos), el estado de salud, son variables que se deben considerar en la satisfacción de los pacientes. Los resultados de las investigaciones realizadas hasta la fecha no son del todo concluyentes en cuanto a algunas de estas variables. Sin embargo, según Dimatteo y Fox, parece existir una ligera tendencia hacia una satisfacción mayor en pacientes de edad, que tiene explicación en sus grandes necesidades de comunicación. Estos mismos autores mencionan que las mujeres, y en particular las personas con ingreso económico medio y alto, tienden a exigir un elevado nivel de atención para su satisfacción.

En un estudio en pacientes mujeres, se hace claro que suelen encontrarse más satisfechas si el médico es también una mujer, especialmente en las intervenciones gineco-obstétricas.

En cuanto al estado de salud, se ha argumentado que los pacientes crónicos con fuertes dolencias somáticas tienden hacia la insatisfacción con los cuidados recibidos; sin embargo, los resultados no indican tendencias claras.

IV.5.2. Características de la enfermera y del médico

En este rubro se caracterizan, dentro de la terminología clásica, el arte y la técnica de la atención, las relaciones enfermera-paciente, médico-paciente, la claridad y extensión de la comunicación y el resultado de dichas relaciones. Ben-

Sira, y Larsen y Rootman han resaltado que la calidad de la relación enfermera-paciente-médico es más determinante para la satisfacción con los cuidados recibidos que otras variables, como el nivel educativo o social de los pacientes. Es claro que el profesional de la salud que atiende al paciente es un buen indicador del grado de satisfacción de ese paciente con la asistencia recibida. En concreto, los médicos y las enfermeras son más útiles y terapéuticos en el tradicional arte de la atención y son los profesionales mejor valorados por los pacientes.

La relación interpersonal es decisiva para lograr un alto nivel de satisfacción en el paciente y un adecuado cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. Aquellas relaciones en las que se permite al paciente expresarse con libertad y se le ofrece suficiente información para aclarar dudas o temores, provocan un nivel de satisfacción y cumplimiento de las indicaciones médicas mucho mayor. Rost ha puesto de manifiesto que, si el paciente interrumpe varias veces al médico o a la enfermera durante la entrevista clínica, aumenta su satisfacción; mientras que si es el médico quien interrumpe al paciente, sucede lo contrario. En el caso de las evaluaciones post-hospitalización, si el paciente se sintió ayudado, comprendido y acompañado de profesionales de la salud accesibles, su grado de satisfacción será muy elevado.

Freemon estima que la satisfacción del paciente varía en función de ciertas condiciones producto de la interacción enfermera-paciente, médico-paciente, como por ejemplo duración de la interacción, proporción del tiempo de interacción en el que el profesional de la salud toma la palabra, actividad del médico y de la enfermera, cantidad de preguntas formuladas y charlas no médicas durante la interacción.

Hay que resaltar que cuando se les pregunta a los principales proveedores de cuidados (médicos y enfermeras) sobre qué consideran favorece la satisfacción del paciente, la mayoría (más del 70%), se muestran satisfechos de cómo trabajan y entienden que el tiempo de la interacción es un factor principal para determinar el grado de satisfacción del paciente. Resultado semejante encuentra Merkel con residentes de medicina familiar, donde se demuestra que éstos son incapaces de determinar si el paciente que acaban de atender queda satisfecho con los cuidados prestados, achacando esta situación a la tecnología médica

que no les permite interactuar adecuadamente, lo que se une al rol pasivo asignado al paciente.

Por último, cabe señalar que un aspecto importante en la relación enfermera-paciente-médico es la evaluación de los profesionales de la salud de su propia satisfacción con su nivel y condiciones de trabajo, de tal forma que existan también evidencias empíricas en ambas variables de interacción.

IV.5.3. Factores de costo-beneficio

La accesibilidad, el monto del pago, la duración del tratamiento y la continuidad del cuidado, son factores importantes en la satisfacción de los pacientes dentro del sector salud. Se ha demostrado que la continuidad del cuidado es un factor determinante para un elevado nivel de satisfacción; los pacientes manifiestan su agrado al tener las mismas enfermeras y médicos durante su estancia hospitalaria.

Es importante mencionar que la imagen que el hospital va creando sobre sus servicios está íntimamente relacionada con el grado de satisfacción que obtienen los pacientes y, por ende, con su futura utilización y/o recomendación.

IV.5.4. Definición de satisfacción del paciente

Pero realmente ¿Qué es la satisfacción del paciente? ¿A qué se están refiriendo los expertos cuando hablan de ello?

Para contestar a estas preguntas, primeramente, debe considerarse el término satisfacción «como un elemento deseable e importante en la actuación médica y de enfermería, pero intuitivamente entendido por todos, sin que exista un acuerdo en su significado empírico».

Algunos autores de gran influencia en el ámbito de la salud identifican satisfacción del paciente con cantidad y calidad de la información que reciben y se basan en la comunicación del profesional de la salud con el paciente como la *satisfacción del paciente* se concreta en la suma de los factores de satisfacción con la competencia profesional de los trabajadores de la salud, relacionada con sus cualidades personales para interactuar.

Desde una perspectiva estadística, Ware y colaboradores definen diez factores de primer orden que engloban la satisfacción del paciente.

Son ellos:

1. La accesibilidad de los servicios
2. La disponibilidad de los recursos
3. La continuidad de los cuidados
4. La eficacia de los cuidados
5. El costo de los servicios
6. La humanización de los servicios
7. La información al paciente
8. El acceso a la información
9. La competencia profesional del trabajador de la salud
10. El entorno terapéutico Por otro lado, Wolf y colaboradores consideran tres dimensiones en la satisfacción del paciente:
 - a) Cognitiva: Cantidad y calidad de la información que ofrecen el médico y la enfermera.
 - b) Afectiva: Interés y comprensión que demuestran los trabajadores de la salud.
 - c) Competencia profesional: Habilidades y competencia clínica profesional del médico y de la enfermera.

Otros autores, como Feletti, Firman y Sanson-Fisher, tras revisar los criterios de Hulka, Wolf y Ware, construyeron un cuestionario de satisfacción que explora 10 dimensiones.

Son ellas:

1. Competencia en el dominio emocional
2. Competencia en el dominio físico
3. Competencia en relaciones interpersonales
4. Médico y enfermera como modelos
5. Cantidad de tiempo en las interacciones médicas y de enfermería
6. Continuidad del cuidado percibido
7. Tipo y calidad de la información
8. Competencia técnica médica y de enfermería
9. Percepción del paciente de su atención individual
10. Entendimiento mutuo de la relación enfermera-paciente-médico

Sin embargo, en su estudio, estos autores llegan a la conclusión de que las dimensiones más importantes que se deben considerar son:

1. Comunicación: Explicaciones claras, intimidad en la conversación, interés por los problemas de salud de los pacientes.
2. Actitudes profesionales: Los profesionales de la salud deben adoptar conductas amables de apertura y comprensión de los problemas de salud de los pacientes.
3. Competencia técnica: Habilidades y conocimientos propios de su profesión.
4. Clima de confianza: Ambiente propicio para que el paciente sea capaz de discutir con la enfermera y el médico sus sentimientos, preocupaciones y temores.
5. Percepción del paciente de su individualidad: Respeto mutuo cimentado en una relación empática.

Otros autores, como Linder-Pelz consideran que para afirmar qué causa la satisfacción a un paciente, es imprescindible antes definir el vocablo «satisfacción»; para este autor se trata de «una actitud positiva individual del paciente hacia distintas dimensiones de los servicios de salud», entendiendo por actitud «una idea cargada de emoción que predispone para un conjunto de acciones».

Como puede observarse, es necesario obtener instrumentos válidos y confiables que puedan dar cuenta, de manera objetiva, de aquellas dimensiones de la satisfacción que los trabajadores de la salud consideran necesarias y, por ende, puedan contar con información para la toma de decisiones pronta y eficaz en sus evaluaciones.

IV.6. Evaluación de la satisfacción del paciente en los servicios de salud

La evaluación mayormente difundida es el empleo de cuestionarios de opinión que exploran las actitudes de los pacientes. Estas encuestas varían desde preguntas abiertas y generales hasta otras estructuradas y ponderadas. Dentro del formato típico de estos cuestionarios se encuentran enunciados con respuestas graduadas que van desde «totalmente de acuerdo», hasta «totalmente en desacuerdo». Sin embargo, cabe señalar que las dimensiones

evaluadas dependen del interés de los investigadores. Por ejemplo, si su interés es saber qué opinan sobre el servicio médico en la consulta externa, medirán una determinada dimensión (actitudes profesionales, comunicación).

Las encuestas de satisfacción del paciente se dividen conforme a si evalúan un contacto puntual con el personal de salud, o la atención global de un servicio durante su estancia hospitalaria, resaltando precisamente que, cuando se les pide a los pacientes que respondan el cuestionario «x», y ellos se niegan, indican justamente que su motivo es la insatisfacción.

La calidad designa el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permite emitir un juicio de valor acerca de él. En este sentido se habla de la nula, poca, buena o excelente calidad de un objeto. El significado del vocablo pasa a ser equivalente al significado de los términos: excelencia, perfección.

El cambio en el proceso de producción trajo consigo cambios en la organización de las empresas. De allí que los procedimientos, han ido evolucionando, sobre todo durante estos últimos tiempos; lo cual ha sido a su vez ocasión para que se pusieran de relieve determinados matices involucrados en el concepto de calidad.

En este proceso, se distinguen cuatro diferentes etapas:

1. La etapa en la que se cuida la calidad de los productos mediante un trabajo de inspección.
2. La etapa en que se cae en la cuenta de que la atención a la calidad exige observación del proceso a fin de mejorarlo.
3. La etapa en que, además del mejoramiento del proceso, se percibe la necesidad de asegurar el mejoramiento introducido;
4. Y finalmente, la etapa en que la administración misma redefine su papel con el propósito de que la calidad del producto sea la estrategia a emplear para tener éxito frente a los competidores.

Primera etapa: el control de la calidad mediante la inspección.

Esta coincide con el periodo en el que comienza a tener mucha importancia la producción de artículos en serie. Ante esa situación se vio la conveniencia de

introducir un departamento especial a cuyo cargo estuviera la tarea de inspección. A este nuevo organismo se le denominó departamento de control de calidad.

Segunda etapa: el control estadístico de la calidad:

Los trabajos de investigación llevados a cabo, en la década de los treinta, por Bell Telephone Laboratorios fueron el origen de lo que actualmente se denomina control estadístico de la calidad.

A este grupo de investigadores pertenecieron entre otros: W.A. Shewhart, Harold Dodge, Harry Roming, y más tarde, G.D. Edwards y Joseph Juran, quienes con el tiempo iban a ser figuras prominentes hacia la calidad. En 1931, W. A. Shewart publico su libro *Economic Control of Quality of Mnuufactured Product*³ que significoun avance definitivo hacia la calidad. El autor proporciona una definición precisa del control a efectuarse en el proceso de manufactura, desarrolla técnicas eficaces para monitorear y evaluar día a día la producción al mismo tiempo que propone diversas formas para mejorar la calidad. Mientras Shewart proseguía su trabajo con respecto al control del proceso, otros investigadores de la misma compañía. Dodge y Roming, avanzaban en la forma de llevar a cabo la práctica del muestreo, que es el segundo elemento importante del control estadístico del proceso.

Tercera etapa: el aseguramiento de la calidad.

Esta tercera etapa se caracteriza por dos hechos muy importantes: la toma de conciencia por parte de la administración del papel que le corresponde en el aseguramiento de la calidad y la implantación del control de calidad en Japón.

Antes de la década de los cincuenta, la atención se había centrado en el control estadístico del proceso; sin embargo era necesario que quedara asegurado el mejoramiento de la calidad lograda: lo cual significaba que había que desarrollar profesionales dedicados al problema del aseguramiento de la calidad y que más aún, había que involucrar a todos en el logro de la calidad. Edward Deming⁶ ocupa un lugar preponderante en el movimiento hacia la calidad

debido sobre todo, a su planteamiento visionario de la responsabilidad de la administración y a la influencia que tuvo en el movimiento japonés hacia la calidad.

Cuarta etapa: la calidad como estrategia competitiva

En las dos últimas décadas ha tenido lugar un cambio muy importante en la actitud de la Alta Gerencia con respecto a la calidad. Debido, sobre todo, al impacto que, por su calidad, precio y confiabilidad, han tenido los productos japoneses en el mercado Internacional.

Se trata de un cambio profundo en la forma como la Administración concibe el papel que la calidad desempeña actualmente en el mundo de los negocios. Si en épocas anteriores se pensaba que la falta de calidad era perjudicial a la compañía, ahora se valora la calidad como la estrategia fundamental para alcanzar competitividad.

La calidad no pasa a ser estrategia competitiva solo porque se apliquen métodos estadísticos para controlar el proceso: como tampoco lo es por el hecho de que todos se comprometan a elaborar productos sin ningún defecto, pues esto de nada serviría, si no hay mercado para ellos. La experiencia que las empresas japonesas han tenido en la implantación de un sistema administrativo enfocado al logro de la calidad ha contribuido en gran medida a visualizar cuáles deben ser estos cambios, y por consiguiente comprender los pasos a dar para lograr que la calidad llegue a ser la estrategia competitiva por excelencia.

IV.7. Control total de calidad

El enfoque hacia la calidad del sistema administrativo japonés ha madurado hasta convertirse en un nuevo modelo administrativo con una filosofía muy especial. Si en los comienzos, el control de calidad consistió en la aplicación de métodos estadísticos para mejorar el proceso, actualmente es todo un sistema estratégico para ofrecer en forma competitiva bienes y servicios que satisfagan los requerimientos del cliente.

Se considera que son cuatro los elementos principales del Control total de calidad: el involucramiento de todas las funciones (y no sólo de las de manufactura) en las actividades de calidad de la participación de los empleados en todos los niveles en estas actividades de calidad. El propósito de mejorar continuamente y la atención cuidadosa de la definición de calidad desde el punto de vista del consumidor.

IV.7.1. Principios de la calidad de servicio

La calidad del servicio es el núcleo de la atención total al cliente, lo cual se convierte en la mejor garantía de satisfacción y a su vez es responsabilidad de toda organización. Empleados, ejecutivos, gerentes, directores y todos aquellos profesionales que están en contacto con el cliente, deben participar unidos en una vasta búsqueda organizada de errores, que sólo conseguirá llegar al «Cero defectos» si todos la suscriben con el mismo entusiasmo. Si se piensa que un cliente descontento contará sus infortunios de once a veintidós personas mientras que un cliente feliz sólo lo contará a tres y máximo a siete personas, se entiende fácilmente que es preciso actuar en este campo antes que sea demasiado tarde.

La calidad del servicio no se administra como la de los productos industriales, si bien se puede aplicar muchas de las técnicas y herramientas de gestión de calidad de la industria a los servicios, pero con eso no basta.

En servicios, la productividad se expresa en términos de satisfacción del cliente, y en consecuencia, se mide por la lealtad de los clientes.

Los grandes principios de la calidad del servicio:

1. El cliente es el único juez de la calidad del servicio, sus sugerencias son, por tanto fundamentales.
2. El cliente determina el nivel de excelencia del servicio, y siempre quiere más.

3. La empresa debe gestionar las expectativas de sus clientes, reduciendo en lo posible la diferencia entre la realidad del servicio y las expectativas del cliente.
4. El hecho de que la calidad del servicio sea, en parte subjetiva, no impide que se puedan definir normas precisas. Además, un sistema eficaz de prestación de servicios no debería eliminar la sonrisa de quien lo recibe.
5. En servicios no existe término medio, hay que aspirar a la excelencia, al cero defectos. Atendiendo a los detalles es como se logra mejorar la calidad de los servicios y eso exige la participación de todos.

El servicio es un conjunto de prestaciones que el cliente espera, además del producto o servicio básico, como consecuencia de la imagen y la reputación del mismo.

Según Leonard Berry la calidad del servicio constituye una estrategia de beneficios comprobada. Entre aquellos beneficios tenemos:

1. Mayor lealtad del cliente.
2. Repetición del servicio.
3. Vulnerabilidad reducida frente a la competencia.
4. Índice de satisfacción óptimo.

Esta fórmula es tan sencilla como el hecho de que no existe cliente alguno que no desee un buen servicio, y para ello la empresa debe redefinir el servicio pero desde la perspectiva del cliente quien es el principal beneficiario. La distribución del servicio debe basarse en valores y normas específicas por lo que debe instituirse un sistema de medición de la satisfacción del cliente con respecto al servicio.

Esta situación hace que la cuestión de la calidad del servicio no sea optativa sino imperativa. Suele suceder que los trabajadores que tienen contacto con los clientes tienen muchas veces una percepción distinta de la importancia del servicio de la que tienen los directores, por lo que se plantea el dilema: darle al cliente lo que quiere o espera vs obtener el mayor beneficio posible para la institución. Este balance costo beneficio es inmediatista y no considera el beneficio real que el servicio puede reportarle a la empresa en términos económicos.

IV.7.2. Modelo de la empresa de alta calidad para el siglo XXI

Basándonos en el Modelo de Muller¹⁵ las tres dimensiones de la calidad para empresas de servicios son las siguientes:

IV.7.2.1. Primera dimensión o banda horizontal del servicio

Es la primera alternativa para mejorar la calidad partiendo de la satisfacción del personal y del cliente.

IV.7.2.2. Segunda dimensión o banda vertical del servicio

Consiste en la mejora de la calidad de los servicios internos en todos los niveles en esta dimensión se produce un empoderamiento de la gente para que pueda mejorar el servicio en base al eje más importante de la organización: el cliente.

IV.7.2.3. Tercera dimensión

En esta dimensión la calidad entra en toda la empresa y sus procesos penetrando en todo el personal, la empresa, las familias, sus proveedores, clientes y sociedad para alcanzar la totalidad total. De allí que se entiende que la cultura de servicio parte como una concepción compartida por todos los componentes que intervienen.

En este modelo todo el personal debe estar involucrado en esta tarea, porque el cliente está permanentemente en contacto con los empleados y estos proyectan la imagen de su institución. Ante los ojos del cliente «ellos son la institución» y esa imagen será positiva o negativa de acuerdo al servicio que prestan. (Servicio orientado al cliente).

En cuanto al personal de contacto orientado al cliente: quien está encargado de servir directamente al cliente y por su posición estratégica entabla un contacto más cercano con él.

Este personal está capacitado para atender a las necesidades y expectativas del cliente, y superarlas cada vez que sea posible. De ello depende que regrese y nos recomiende a otras personas.

También es importante que los jefes estén orientados al cliente, deben ser el soporte del personal de línea y su rol es determinante en la transmisión y sostenimiento de la cultura - valores de la organización. Debe incentivar y motivar permanentemente a su personal para que este quiera, sepa y pueda mejorar el servicio. El último círculo es la Dirección orientada hacia el Cliente, que es el estamento donde se origina la Visión, Misión, los objetivos y el interés de una cultura centrada en el servicio.

IV.8. Características del servicio que la calidad debe poseer:

1. **Confiabilidad:** Que implica habilidad de cumplir lo que se prometió, debe ser fiable cabalmente. Hace lo que es mejor, y no lo que es más fácil.
2. **Seguridad:** el conocimiento de la cortesía de los empleados, y su habilidad para transmitir confianza.
3. **Empatía:** El grado de importancia y atención individual que se debe otorgar al cliente.
4. **Respuesta:** La disposición para ayudar a los clientes y dar un servicio eficiente: capacidad y velocidad de respuesta.
5. **Elementos tangibles:** Se refiere a la calidad en las instalaciones, el equipo, y la apariencia personal.
6. **Actitud positiva:** el personal debe mostrar entusiasmo, una actitud de si puedo, y saber manejar los problemas.
7. **Profesionalismo:** el personal busca estar tan preparado como sea posible en cuestiones relacionadas con su trabajo, para servir a los clientes.
8. **Orientación a las personas:** El personal toma la iniciativa para establecer un entendimiento mutuo, demuestra su interés personal en el cliente a través del contacto visual, sonriendo, llamándolo por su nombre.

IV.9. Finalmente busca que el cliente se sienta cómodo.

1. Disponibilidad: el personal resuelve problemas, sugiere alternativas, y cuando es apropiado, es flexible con las reglas para resolver los problemas.
2. Respuesta personalizada: busca entender las preferencias y expectativas de los clientes. Toma en cuenta el punto de vista del cliente cuando le proporciona información.
3. Respeto básico: Se muestra cortés con todas las personas, sin importar su apariencia u otras características personales. Evita apenar a los clientes. Respeta el tiempo de los clientes y su espacio personal. Lo último, pero no por eso menos significativo es la estrategia de fidelización, que se da cuando un cliente queda satisfecho luego del servicio y manifiesta mediante la publicidad boca a boca su satisfacción con la calidad recibida.

La satisfacción de los pacientes con respecto a la atención en salud se ha transformado en un concepto importante de definir, puesto que constituye una dimensión subjetiva relevante del proceso de calidad de atención que ofrece una institución. Entre las definiciones elaboradas destaca aquella que considera la satisfacción como «la representación de una vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo».

En términos relacionados con la salud, se referiría a los juicios de valor personales

Y reacciones subsecuentes a los estímulos que los pacientes, según sus características y experiencias, perciben en los centros de salud. En términos generales, la satisfacción en salud se refiere a tres aspectos: organizativos (tiempo de espera, ambiente); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por el personal implicado.

Por otro lado, desde la perspectiva del paciente, la satisfacción respecto a la atención médica puede dividirse en dos áreas: técnica e interpersonal.

A éstas debe agregarse el contexto en el que se desarrolla la atención, donde se considera una gran variedad de factores tales como ambiente, infraestructura, estilo de vida del paciente, sus experiencias previas, expectativas de futuro, sus

valores y los de la sociedad, su nivel socioeconómico, información recibida por parte del médico y de la enfermera, calidad de la relación médico-paciente, ayuda y actitud general de los médicos del hospital y sus habilidades, experiencia y entrenamiento, entre otros. Sin embargo, los factores más influyentes al momento de determinar la satisfacción del paciente son los de tipo perceptivo.

Existe la creencia de que la presencia del estudiante sería desagradable para el paciente. Sin embargo, varios estudios han concluido que no genera molestias sino más bien beneficios, siendo deseada en algunos casos, ya que aumenta el tiempo dedicado al paciente, permite solucionar dudas e inquietudes, y favorece el examen físico meticuloso del paciente.

La mayoría de los pacientes considera positivo que estudiantes estén envueltos en el cuidado de su salud, porque sienten que pueden aportar a su enseñanza, sin embargo les gustaría ser informados previamente. Otras publicaciones que se han referido al tema han concluido que los niveles de satisfacción no se ven influidos de manera positiva ni negativa por la presencia del estudiante de medicina y otras han demostrado que la percepción de cuidado aumenta cuando hay estudiantes involucrados. Por otro lado, también se ha probado que los pacientes son más reacios a atenderse con estudiantes que pertenecen a cursos menores, o que van a realizar un procedimiento por primera vez en ellos, o ante situaciones que involucren problemas emocionales, sexuales o exámenes urogenitales.

Los hospitales públicos docentes juegan un rol central en la educación médica y representan la convergencia de la misión de todo sistema de salud de asegurar un excelente cuidado de la salud de su población y la misión de los centros formadores de médicos de entrenar a sus estudiantes para que sean los mejores médicos.

Pese a que los sectores de educación y salud parecen ser independientes, al momento de analizar la formación de futuros profesionales de salud terminan relacionándose a tal punto que exigen la existencia de una normativa clara respecto a cómo y dónde dichos profesionales pondrán en práctica las enseñanzas que sus centros formadores les han entregado.

Se trata de un tema relevante en discusión durante los últimos años que ha llevado a plantear reformas a las normas que rigen los convenios docente-asistenciales desde el siglo XIX. Pese a controversias como la «no cohabitación» y la exclusividad en el uso de un campo clínico por una institución determinada, además de la compensación económica que algunos servicios de salud exigen por su utilización, se acepta que para la docencia en el área de salud es imprescindible contar con un centro clínico en el que reside la base del aprendizaje formal e informal de los estudiantes.²⁶ Si se considera, además, la fuerza que ha tomado el nuevo paradigma de la medicina que refuerza la importancia de la interacción médico-paciente y de una relación horizontal de ayuda en desmedro del antiguo autoritarismo y relación vertical de dependencia, se vuelve interesante analizar cuál es la opinión y aceptación de los pacientes hacia la presencia de estudiantes de medicina involucrados en su atención durante su estadía hospitalaria y si la presencia de estos mejora o no su satisfacción en relación a centros donde han sido atendidos previamente sin estudiantes.

Analizando a Rosander, los 10 Mandamientos de la atención al usuario, son los siguientes:

- El usuario por encima de todo. Es el usuario a quien debemos tener presente, antes de nada.
- No hay nada imposibles cuando se quiere. A veces los usuarios solicitan cosas casi imposibles, con un poco de esfuerzo y ganas, se puede conseguirlo lo que él desea.
- Cumple todo lo que prometas. Son muchas las empresas que tratan, a partir de engaños, de efectuar ventas o retener usuarios, pero ¿qué pasa cuando el usuario se da cuenta?
- Solo hay una forma de satisfacer al usuario, darle más de lo que espera. Cuando el usuario se siente satisfecho al recibir más de lo esperado ¿Cómo lograrlo? Conociendo muy bien a nuestros usuarios enfocándonos en sus necesidades y deseos.
- Para el usuario tu marca la diferencia. Las personas que tiene contacto directo con los usuarios tienen un gran compromiso, pueden hacer que un usuario regrese o que jamás quiera volver. Eso hace la diferencia.

- Fallar en un punto significa fallar en todo. Puede que todo funcione a la perfección, que tengamos controlado todo, pero que pasa si fallamos en el tiempo de entrega, si la mercancía llega accidentada o si en el momento de empacar el par de zapatos nos equivocamos y le damos un número diferente, todo se va al piso.
- Un empleado insatisfecho genera usuarios insatisfechos. Los empleados propios son «el primer usuario» de una empresa, si no se les satisface a ellos como pretendemos satisfacer a los usuarios externos, por ello las políticas de recursos deben ir de la mano de las estrategias de marketing.
- El juicio sobre la calidad de servicio lo hace el usuario. La única verdad es que son los usuarios son quienes, en su mente y su sentir lo califican, si es bueno vuelven y de lo contrario no regresan.
- Por muy bueno que sea un servicio siempre se puede perfeccionar. Si se logró alcanzar las metas propuestas de servicio y satisfacción del consumidor, es necesario plantear nuevos objetivos, " la competencia no da tregua".
- Cuando se trata de satisfacer al usuario, todos somos un equipo. Todas las personas del Servicio deben estar dispuestas a trabajar en pro de la satisfacción del usuario, trátase de una queja, de una petición o de cualquier otro asunto.

Analizando a Setó¹⁷ y Terry,¹⁸ se determina que uno de los paradigmas que normalmente encontramos cuando hablamos de servicio al usuario tiene que ver con una concepción reduccionista que consiste en pensar que el éxito de un buen servicio al usuario se circunscribe al prestador del servicio. Esta reflexión pretende abordar los diferentes elementos que componen el servicio al usuario y a partir de allí proponer una alternativa que permita pensar en una cultura empresarial orientada al usuario. En tiempos antiguos hablar de servicio se asociaba con labores menores e indignas, sin embargo, después de la década de los cincuenta y especialmente durante los setenta se posicionó la idea afortunada de que el servicio al usuario era definitivamente no solo un valor agregado sino también el factor que podía marcar la diferencia en relación al producto o servicio que se entregaba al usuario final. El servicio al usuario, como cultura empresarial, aborda entonces varias dimensiones complementarias que establecen una balanza sobre la cual cada uno de sus componentes tienen el

mismo peso, en este sentido la libreta de calificaciones del usuario tiene cinco grandes asignaturas sobre las cuales la empresa debe invertir sus mejores esfuerzos con el fin de ofrecer al usuario una verdadera experiencia que vaya más allá de sus expectativas.

Estos elementos tienen que ver con:

I) El Producto: Se refiere específicamente a lo que cada una de las empresas vende, es su producto tangible o intangible que recibe el usuario y sobre el cual emite un juicio acorde a la calidad, oportunidad, cantidad e incluso el valor entregado por él. Una mala calificación sobre el producto afecta la percepción de servicio ofrecido al usuario y aunque se tengan mecanismos de reposición y compensación para el usuario es posible que se afecte incluso el nivel de fidelización que se haya alcanzado; II) Los Procedimientos: Hace referencia a los mecanismos que la empresa ha institucionalizado para establecer los pedidos, la entrega del producto, los pagos y demás procedimientos que le permiten al usuario comunicarse y resolver las inquietudes que le surgen, cuando los procedimientos son complejos o implican molestia para el usuario la calificación baja por cuanto se prefieren aquellas compañías que tienen un modelo de atención ágil, respetuoso y oportuno; III) Las Instalaciones: Es el sitio donde se presta el servicio y en este punto es importante considerar diversos aspectos que van a impactar directamente en los momentos de verdad a los cuales se somete la empresa en la prestación de su servicio, en este sentido podemos mencionar las vías de acceso, facilidad de parqueo, amplitud de las instalaciones, iluminación, ubicación de los productos, visibilidad de la información y de la imagen corporativa, etc., una mala calificación en este punto hará que la percepción del servicio decaiga en detrimento no solamente del producto sino también de la marca y este es un riesgo que ninguna empresa está dispuesta a correr; IV) Tecnología Disponible: La importancia de contar con sistemas de información robustos para el conocimiento de los usuarios es fundamental, pero su funcionalidad deberá reflejarse en la capacidad que tenga el usuario para hacer uso de estos recursos, en este sentido se tiene en cuenta la posibilidad que tienen los usuarios de hacer sus pedidos por Internet o bien por sistemas cerrados de comunicación, sistemas que le permitan a los usuarios consultar en línea el estado de sus pedidos y facturación e igualmente que puedan tener acceso a las estadísticas de sus compras con la empresa, etc., la

imposibilidad de contar con herramientas tecnológicas que permitan agilizar los procesos de comunicación y relación con la empresa se convertirá en un talón de Aquiles por cuanto el usuario estará atento a nuevas ofertas en el mercado que le permitan agilizar sus compras y sentir un modelo de atención personalizado entre otras cosas; V) Información: Uno de los temas complejos de resolver en el diseño de una estrategia corporativa de servicio al usuario tiene que ver precisamente con la identificación de los componentes de un sistema de información adecuado y ajustado a la expectativa del usuario, de tal manera que cada tipo de negocio deberá encontrar si la comunicación con el usuario es masiva o personalizada y si los esfuerzos y recursos que se dedican a este componente tienen retribución. El modelo de comunicación debe analizarse no solamente en la manera como se hace presente la empresa en el usuario y en su negocio si lo tiene, sino también en la calidad de la información que recibe cuando se comunica con la empresa y en este sentido vale la pena considerar hasta los mínimos detalles, como por ejemplo la oportunidad en la atención telefónica, una información inadecuada, poco clara, confusa, incompleta o carente de veracidad traerá consecuencias en la decisión de compra del usuario e interpretará estas situaciones como descuido de la empresa frente al usuario y quizá juzgará con dureza las situaciones en las cuales sienta que no ha sido tomado en cuenta ni valorado en sus necesidades y expectativas; VI) El Prestador Del Servicio: Es la persona que atiende al usuario en el contacto real que tiene la empresa a través de sus productos o servicios, dependiendo el tipo de negocio el prestador del servicio tendrá la oportunidad no solamente de ofrecer al usuario una experiencia única frente a la empresa y su producto sino también la posibilidad de crear un proceso relacional con el usuario que va más allá de lo puramente transaccional, en este sentido el prestador del servicio no será entonces únicamente la persona que vende o atiende sino todo aquel que por su función tenga algún contacto directo o indirecto con el usuario, este concepto se refiere a que todos los integrantes de la organización tienen una responsabilidad con el usuario, no solamente con el producto que se entrega sino también con el esfuerzo permanente para que la calificación que ofrece el usuario a cada uno de los 5 puntos mencionados sea satisfactorio, el prestador del servicio entonces hace parte de una cultura organizacional que pasa por el concepto que tiene del usuario, de la importancia que le expresa, de la manera

como establece su relación de servicio y de todos aquellos componentes que tienen que ver con los atributos propios del servicio al usuario, en este sentido no basta con tener buena actitud y disposición para atender y superar los requerimientos del usuario, es preciso que tenga autonomía y capacidad de decisión frente a todos aquellos aspectos recurrentes en la prestación del servicio.

Finalmente, crear una cultura de servicio al usuario implica una estrategia corporativa donde participen todos los niveles de la organización y se inicie con un diagnóstico profundo sobre el cual exista la determinación por parte de la administración y la gerencia de intervenir con el fin de establecer claros indicadores de mejoramiento que tendrán su impacto y su recompensa cuando sean los mismos usuarios los que perciban y manifiesten con su comportamiento económico mayores niveles de satisfacción, fidelidad e incluso compromiso con un modelo gerencial capaz de crear un diferenciador significativo en la prestación del Servicio Al Usuario.

Interpretando a Robbins & Coulter,¹⁹ definitivamente la cultura del servicio es algo de lo que mucho se habla pero que muy pocas veces se pone en práctica, y no es que no exista interés por quienes saben que sólo a través de un buen servicio se conseguirá que el usuario no sólo vuelva hacer uso de un servicio, sino que atraerá a nuevos usuarios que finalmente engrosarán la cadena de valor que hará posible la permanencia en el tiempo del Servicio de Gastroenterología y la obtención de ganancias. Pero algo tan simple como pensar que hay que tratar bien al usuario parece ser tan difícil que pareciera que en vez de contratar aliados se han ingresado a las filas de la empresa «agentes dobles» que pretenden ahuyentar con su mal trato a quienes son la verdadera razón de ser de la empresa. Empresas de Televisión por suscripción que ante una queja señalan que no es su responsabilidad sino la de la «contratista». Servicios de teléfono que tardan largos periodos de tiempo buscando una información básica. Restaurantes donde prácticamente hay que rezar para ser atendido la primera vez y suplicar para que sirvan la orden. Bancos que se jactan de estar interesados en satisfacer las expectativas de los usuarios y que cuando se requieren de sus servicios hay que tener a la mano una radiografía del alma para que, al menos, escuchen la solicitud. Empresas de servicio técnico que ni reparan lo que está dañado y terminan por dañar lo poco que servía. Hospitales

que desatiendes y desoyen a las personas que están dispuestas a pagar por su salud. Una lista donde es el usuario quien clama por ser bien atendido en el lugar que debería estar agradecido de poseer usuarios interesados en lo que ofrecen. Sí, en el campo del servicio al usuario es el conejo quien corre detrás del cazador. ¿Cuándo se darán cuenta que sin usuarios no hay Servicio de Gastroenterología? Y si no hay Servicio de Gastroenterología no hay ni sueldos ni beneficios y bonos al final del año. Simplemente no hay nada.

El usuario es la razón de ser de todo Servicio, de toda empresa y si no se atiende bien, si no se le valora, entonces esa firma no tiene por qué existir. Deberían ser los servicios de Gastroenterología o las empresas que prestan este Servicio y no los usuarios, los que deberían rogar por que la gente se interese en lo que ellos ofrecen. Deberían ser las empresas las que se preocupen en realidad por satisfacer las demandas de manera amplia y suficiente so pena de perder la única fuente de ingreso segura que tienen: sus usuarios. No puede ser que sea la presa quien clame por ser cazada, eso va en contra de la naturaleza de las cosas ¿es que acaso no se han percatado de que existen competidores? La única justificación que puede otorgársele a las compañías que parecen despreciar a sus usuarios es la del monopolio, pues al no existir competencia las personas no tienen más alternativas que acudir al único proveedor que existe. Pero la historia está llena de ejemplos que demuestran que ese poder que da el monopolio termina tan pronto como aparecen opciones distintas, allí comienzan las lamentaciones: «Si hubiésemos hecho» «Si hubiésemos pensado» «Si hubiésemos atendido»... luego los planes pos mortem, ideas desesperadas por recuperar lo que antes le pertenecía y que a la fuerza lo sometían a su voluntad. Es aquí cuando comienzas las promociones, regalías y toda clase de artilugios para encantar cual serpiente al usuario perdido... y, por último, vienen las culpas, los juicios y sentencias, donde usualmente son los menos culpables los que terminan pagando los platos rotos. Pero el usuario también tiene culpa de que existan empresas donde exista esa distorsión procedimental. Mientras sigan comprando o haciendo uso del servicio nada ni nadie los convencerá de que deben perfeccionar el servicio al usuario, pues mientras los hay el ingreso y la estabilidad económica está garantizada. ¿Quiere dejar de correr detrás del cazador? ¡Pues hágalo! Pues únicamente cuando él se encuentre solo es que se verá en la necesidad de revisar su estrategia y dedicar más tiempo a invertir

en la calidad de su producto o servicio. No es descortés exigir calidad, y es sencillo explicar por qué: Cuando una empresa ofrece un producto o servicio establece el precio de este, la duración y las condiciones. Muy bien. Si se ha pagado lo exigido se debe recibir lo que se ha comprado, nunca menos, pues no se ha dado menos por ello. Así de simple. Recuerde, las empresas existen en la medida que posean usuarios, sin usuarios no hay Servicios ni empresas. El usuario tiene el poder. Tiene que aprender a usarlo.

Para la prestación de un servicio de atención adecuado al usuario también es necesario contar un proceso de gestión y otros elementos adecuados como los siguientes:

Organización. Analizando a Koontz / O'Donnell²⁰ el significado de este concepto viene del uso que en nuestra lengua se da a la palabra «organismo». Este implica necesariamente: a) Partes y funciones diversas: ningún organismo tiene partes idénticas, ni de igual funcionamiento; b) Unidad funcional: esas diversas, con todo tienen un fin común o idéntico; c) Coordinación: precisamente para lograr ese fin, cada una pone una acción distinta, pero complementaria de las demás: obran en vista del fin común y ayudan a las demás a construirse y ordenarse conforme a una teología específica. En buena cuenta Organización es la estructuración técnica de las relaciones que deben existir entre las funciones, niveles y actividades de los elementos materiales y humanos de un organismo social, con el fin de lograr su máxima eficiencia dentro de los planes y objetivos señalados. Organizar es el proceso para ordenar y distribuir el trabajo, la autoridad y los recursos entre los miembros de una organización, de tal manera que estos puedan alcanzar las metas de la organización. Diferentes metas requieren diferentes estructuras para poder realizarlos. Los gerentes deben adaptar la estructura de la organización a sus metas y recursos, proceso conocido como diseño organizacional.

La organización produce la estructura de las relaciones de una organización, y estas relaciones estructuradas servirán para realizar los planes futuros. La organización se refiere a estructurar quizás la parte más típica de los elementos que corresponden a mecánica administrativa. Por lo mismo, se refiere «cómo deben ser las funciones, jerarquías y actividades. Por idéntica razón, se refiere siempre a funciones, niveles o actividades que «están por estructurarse», más o menos remotamente: ve al futuro, inmediato o remoto. La organización nos dice

en concreto cómo y quién va a hacer cada cosa, en el sentido de qué puesto y no cuál persona. La organización, por ser elemento final del aspecto teórico, recoge completamente y llega hasta sus últimos detalles todo lo que la planeación ha señalado respecto a cómo debe ser una empresa. Tan grande es la importancia de la organización, que en algunas ocasiones han hecho perder de vista a muchos autores que no es sino una parte de la administración, dando lugar a que la contrapongan a ésta última, como si la primera representara lo teórico y científico, y la segunda lo práctico y empírico. Esto es inadecuado, por todo lo que hemos visto antes.

Dirección. De acuerdo con Terry¹⁸ es el elemento de la gestión en el que se logra la realización efectiva de lo planeado, por medio de la autoridad del administrador, ejercida a base de decisiones. Se trata por este medio de obtener los resultados que se hayan previsto y planeado. Existen dos estratos para obtener éstos resultados: a) En el nivel de ejecución (obreros, empleados y aún técnicos), se trata de hacer «ejecutar», «llevar a cabo», aquéllas actividades que habrán de ser productivas; b) En el nivel administrativo, o sea, el de todo aquél que es jefe, y precisamente en cuanto lo es, se trata de «Dirigir» no de «ejecutar». El jefe en como tal, no ejecuta sino hace que otros ejecuten. Tienen no obstante su "hacer propio». Este consiste precisamente en dirigir. Dirigir implica mandar, influir y motivar a los empleados para que realicen tareas esenciales. La dirección llega al fondo de las relaciones de los gerentes con cada una de las personas que trabajan con ellos. Los gerentes dirigen tratando de convencer a los demás que se les unan para lograr el futuro que surge de los pasos de la planificación y la organización. Los gerentes al establecer el ambiente adecuado ayudan a sus empleados a hacer su mejor esfuerzo.

Control. Analizando a Temes²¹ se puede definir como el proceso de vigilar actividades que aseguren que se están cumpliendo como fueron planificadas y corrigiendo cualquier desviación significativa. Todos los gerentes deben participar en la función de control, aun cuando sus unidades estén desempeñándose como se proyectó. Los gerentes no pueden saber en realidad si sus unidades funcionan como es debido hasta haber evaluado qué actividades se han realizado y haber comparado el desempeño real con la norma deseada. Un sistema de control efectivo asegura que las actividades se terminen de manera que conduzcan a la consecución de las metas de la organización. El

criterio que determina la efectividad de un sistema de control es qué tan bien facilita el logro de las metas. Mientras más ayude a los gerentes a alcanzar las metas de su organización, mejor será el sistema de control. El gerente debe estar seguro de que los actos de los miembros de la organización la conduzcan hacia las metas establecidas. Esta es la función de control y consta de tres elementos primordiales: 1. Establecer las normas de desempeño; 2. Medir los resultados presentes del desempeño y compararlos con las normas de desempeño; 3. Tomar medidas correctivas cuando no se cumpla con las normas. El control es importante, por qué es el enlace final en la cadena funcional de las actividades de administración. Es la única forma como los gerentes saben si las metas organizacionales se están cumpliendo o no y por qué sí o por qué no. Este proceso permite que la organización vaya en la vía correcta sin permitir que se desvíe de sus metas. Las normas y pautas se utilizan como un medio de controlar las acción de los empleados, pero el establecimiento de normas también es parte inherente del proceso. Y las medidas correctivas suponen un ajuste en los planes. En la práctica, el proceso administrativo no incluye los elementos aislados mencionados, sino un grupo de funciones interrelacionadas.

Eficiencia institucional: Según Chiavenato²² la eficiencia, es el resultado positivo luego de la racionalización adecuada de los recursos, acorde con la finalidad buscada por los responsables de la gestión. La eficiencia está referida a la relación existente entre los bienes o servicios producidos o entregados y los recursos utilizados para ese fin (productividad, en comparación con un estándar de desempeño establecido. Las entidades podrán garantizar su permanencia en el mercado si se esfuerzan por llevar a cabo una gestión empresarial eficiente, orientada hacia el usuario y con un nivel sostenido de calidad en los productos y/o servicios que presta. La eficiencia puede medirse en términos de los resultados divididos por el total de costos y es posible decir que la eficiencia ha crecido un cierto porcentaje por año. Esta medida de la eficiencia del costo también puede ser invertida (costo total en relación con el número de productos) para obtener el costo unitario de producción. Esta relación muestra el costo de producción de cada producto. De la misma manera, el tiempo (calculado por ejemplo en término de horas hombre) que toma producir un producto (el inverso de la eficiencia del trabajo) es una medida común de eficiencia. La eficiencia es la relación entre los resultados en términos de bienes, servicios y otros

resultados y los recursos utilizados para producirlos. De modo empírico hay dos importantes medidas: I) Eficiencia de costos, donde los resultados se relacionan con costos, y, II) eficiencia en el trabajo, donde los logros se refieren a un factor de producción clave: el número de trabajadores. Si un auditor pretende medir la eficiencia, deberá comenzar la auditoría analizando los principales tipos de resultados/salidas de la entidad. El auditor también podría analizar los resultados averiguando si es razonable la combinación de resultados alcanzados o verificando la calidad de estos. Cuando utilizamos un enfoque de eficiencia para este fin, el auditor deberá valorar, al analizar cómo se ha ejecutado el programa, que tan bien ha manejado la situación la empresa. Ello significa estudiar la empresa auditada para chequear como ha sido organizado el trabajo. La eficiencia, está referida a la relación existente entre los servicios prestados o entregado por las entidades y los recursos utilizados para ese fin (productividad), en comparación con un estándar de desempeño establecido. La eficiencia, es la relación entre costos y beneficios enfocada hacia la búsqueda de la mejor manera de hacer o ejecutar las tareas (métodos), con el fin de que los recursos (personas, vehículos, suministros diversos y otros) se utilicen del modo más racional posible. La racionalidad implica adecuar los medios utilizados a los fines y objetivos que se deseen alcanzar, esto significa eficiencia, lo que lleva a concluir que las empresas va a ser racional si se escogen los medios más eficientes para lograr los objetivos deseados, teniendo en cuenta que los objetivos que se consideran son los organizacionales y no los individuales. La racionalidad se logra mediante, normas y reglamentos que rigen el comportamiento de los componentes en busca de la eficiencia. La eficiencia busca utilizar los medios, métodos y procedimientos más adecuados y debidamente planeados y organizados para asegurar un óptimo empleo de los recursos disponibles. La eficiencia no se preocupa por los fines, como si lo hace la eficacia, si no por los medios. La eficiencia, se puede medir por la cantidad de recursos utilizados en la prestación de servicios. La eficiencia aumenta a medida que decrecen los costos y los recursos utilizados. Se relaciona con la utilización de los recursos para obtener un bien u objetivo.

Economía institucional: Según Alonso, la economía en el uso de los recursos, está relacionada con los términos y condiciones bajo los cuales la entidad adquiere recursos, sean éstos financieros, humanos, físicos o tecnológicos

(computarizados), obteniendo la cantidad requerida, al nivel razonable de calidad, en la oportunidad y lugar apropiado y al menor costo posible. Si el auditor se centra en la economía será importante definir correctamente los gastos. Esto a menudo es un problema. Algunas veces sería posible introducir aproximaciones de los costos reales, por ejemplo definiendo los costos en términos de número de empleados, cantidad de insumos utilizados, costos de mantenimiento, etc. Por otro lado, en el marco de la economía, se tiene que analizar los siguientes elementos: costo, beneficio y volumen de las operaciones. Estos elementos representan instrumentos en la planeación, gestión y control de operaciones para el logro del desarrollo integral de la institución y la toma de decisiones respecto al producto, precios, determinación de los beneficios, distribución, alternativas para fabricar o adquirir insumos, métodos de producción, inversiones de capital, etc. Es la base del establecimiento del presupuesto variable de la empresa. El tratamiento económico de las operaciones proporcionan una guía útil para la planeación de utilidades, control de costos y toma de decisiones administrativos no debe considerarse como un instrumento de precisión ya que los datos están basados en ciertas condiciones supuestas que limitan los resultados. La economicidad de las operaciones, se desarrolla bajo la suposición que el concepto de variabilidad de costos (fijos y variables), es válido pudiendo identificarse dichos componentes, incluyendo los costos semi variables; éstos últimos a través de procedimientos técnicos que requieren un análisis especial de los datos históricos de ingresos y costos para varios períodos sucesivos, para poder determinar los costos fijos y variables.

Transparencia: Según la Gutiérrez²⁴ la transparencia significa el deber de las autoridades de realizar sus acciones de manera pública, como un mecanismo de control del poder y de legitimidad democrática de las instituciones públicas. Transparencia significa dejar pasar fácilmente la luz, en términos gubernamentales, la transparencia es una cualidad que permite el flujo adecuado y suficiente de información y pudiera considerársele un antídoto para frenar la corrupción, para contrarrestar cualquier tipo de suspicacia o sospecha que se tenga de determinada dependencia u organismo público. Transparencia es un ambiente de confianza, seguridad y franqueza entre el gobierno y la sociedad, de tal forma que las responsabilidades, procedimientos y reglas se establecen, realizan e informan con claridad y son abiertas a la participación y escrutinio

público. Transparencia es también, una ciudadanía sensible, responsable y participativa, que, en el conocimiento de sus derechos y obligaciones, colabora en el fomento a la integridad y combate a la corrupción.

Efectividad institucional: Según Dueñas, la eficacia o efectividad, se refiere al grado en el cual la entidad logra sus objetivos y metas u otros beneficios que pretendía alcanzar, previstos en la legislación o fijados por el Directorio. Si un auditor se centra en la efectividad, deberá comenzar por identificar las metas de los programas de la entidad y por operacionalizar las metas para medir la efectividad.

Garantía de la salud humana. Cotton coincide con Imbrogno, cuando sostienen que una garantía es un negocio jurídico mediante el cual se pretende dotar de una mayor seguridad al cumplimiento de una obligación o pago de una deuda. Las garantías son muy importantes para los consumidores. Permiten tener la certeza de que en caso de vicios o defectos que afecten el correcto funcionamiento del servicio, los responsables se harán cargo de su reparación para que la cosa vuelva a reunir las condiciones óptimas de uso. También está previsto en la Ley de Defensa del Consumidor que todos los servicios gozan de garantía legal, cuando dentro de los treinta días siguientes a la conclusión del servicio se evidencien deficiencias o defectos en el trabajo realizado. La garantía sobre la prestación de un servicio debe documentarse por escrito y contener la descripción del trabajo realizado, un responsable y el tiempo de vigencia de la misma. El prestador está obligado a corregir las deficiencias y a reemplazar los materiales y productos utilizados sin cargo. La garantía puede ser de tres tipos: Garantía personal: Como, por ejemplo, un aval. Mediante la garantía personal una persona garantiza el pago de una deuda comprometiéndose a pagar ella en el caso de que el deudor principal no cumpliera con su obligación. Garantía real: Como la prenda o la hipoteca. El deudor garantiza con un bien el pago de una deuda. En el caso de incumplir, el acreedor podrá vender el bien y saldar la deuda con el dinero obtenido, devolviendo al deudor el excedente (si lo hubiese). La garantía es la seguridad de un buen Servicio de Gastroenterología.

En la constitución del 2012 de la Organización Mundial de la Salud, la salud es definida como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel

micro (celular) como en el macro (social). En 1992 un investigador agregó a la definición de la OMS: «y en armonía con el medio ambiente», ampliando así el concepto. Benet Hernández²⁸ de Gispert cambiaría una palabra de la definición de la OMS: cambiaría la palabra «bienestar» por «equilibrio». Benet propone la redefinición del término «salud». La salud se mide por el shock que una persona pueda recibir sin comprometer su sistema de vida. Así, el sistema de vida se convierte en criterio de salud. «Una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente».

Moshé Feldenkrais, referido por Mendoza, una garantía en la forma física, es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio donde muestra que tiene resistencia, fuerza, agilidad, coordinación y flexibilidad. Existe también la salud mental, el cual se caracteriza por el buen estado psíquico de una persona y su autoaceptación; en palabras clínicas, es la ausencia de cualquier tipo de enfermedad mental.

Según Abréu, la Salud física es el ejercicio físico es el funcionamiento de alguna actividad para desarrollar y mantener una equilibrada salud física. A menudo es dirigido hacia la afiliación de la capacidad atlética y/o la habilidad. El ejercicio físico frecuente y regular es un componente necesario en la prevención de algunas enfermedades como problemas cardíacos, enfermedades cardiovasculares, Diabetes mellitus tipo 2, sobrepeso, dolores de espalda entre otras. El ejercicio físico se debe practicar con mesura y de forma equilibrada, prestando atención a los cambios físicos internos para aprender a comprender la relación causa efecto entre el movimiento físico concreto y su efecto directo con los cambios internos percibidos; para llegar a un mayor nivel de autoconocimiento. El ejercicio físico excesivo tampoco es recomendable, porque puede llevar a un desgaste físico de ciertas partes del cuerpo. Por ello cabe insistir en el equilibrio de fuerzas, tanto internas como externas. El ejercicio físico es necesario para la salud. El ejercicio físico es necesario para una salud equilibrada, además el ejercicio debe complementarse con una dieta balanceada y una adecuada calidad de vida. (Ortega, G, pps) el ejercicio es un buen modo de mantener una buena salud ya que ejercitas tus músculos y les das fuerza. Además del ejercicio, no se debe olvidar comer sanamente (una dieta balanceada), pero también deben saber cuál es el ejercicio adecuado para cada persona por que las personas que tienen asma no pueden ponerse a correr

durante media hora ya que podrían tener problemas. Una vida saludable es ejercitar diariamente una serie de hábitos que nos van a ayudar a prevenir enfermedades y a que nuestro organismo funcione de modo correcto. Entre estos hábitos, están: la buena alimentación, el descanso adecuado, el ejercicio físico, la higiene, evitar el consumo de sustancias perjudiciales para el organismo, como el tabaco, alcohol, y otro tipo de sustancias. Hay que prevenir estas sustancias.

Según Sleisenger & Fordtran, la nutrición es una ciencia que estudia la relación entre la dieta, los estados de la salud y la enfermedad. Los nutriólogos son los profesionales de salud que se especializan en este campo. Son también los únicos profesionales de salud altamente entrenados capaces de proporcionar consejos e intervenciones dietéticas seguras. Entre los extremos de salud óptima y muerte por hambre o desnutrición, hay una variedad de enfermedades que pueden ser causadas o aliviadas por cambios en la dieta. Las carencias, excesos y desequilibrios en la dieta pueden producir impactos negativos sobre la salud, que puede conducir a enfermedades como el escorbuto, obesidad u osteoporosis, así como problemas conductuales y psicológicos. Además, la ingestión excesiva de elementos que no tienen ningún papel evidente en la salud (ejemplo plomo, mercurio, dioxinas entre otros) puede incurrir en efectos tóxicos y potencialmente mortales, dependiendo de la dosis. Es vox populi que «somos lo que comemos», que «de lo que se come se cria»; dicho de otro modo que si comemos mucha proteína, se tendrá más proteína en el cuerpo; y, así sucesivamente con las grasas y los azúcares, y demás oligoelementos. Cabría mencionar el ciclo de Krebs en todo el procesamiento de los elementos que componen la dieta. La ciencia de nutrición intenta entender cómo y por qué aspectos específicos dietéticos influyen en la salud.

Según Plata, la salud mental es un concepto que se refiere al bienestar emocional y psicológico del individuo. Merriam-Webster define salud mental como: "estado del bienestar emocional y psicológico en el cual un individuo pueda utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad, y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria. Según la OMS, no hay una definición oficial de salud mental, Las diferencias culturales, evaluaciones subjetivas, y la competición de teorías profesionales, hacen difícil definir «la salud mental». En general, la mayor parte de expertos convienen que la salud y

las enfermedades mentales no son contrarias. En otras palabras, la ausencia de un desorden mental reconocido no es necesariamente un indicador de contar con salud mental.

En la antigua Grecia nada se sabía de virus y bacterias, pero ya reconocían que la personalidad y sus características, desempeñan un rol fundamental en los orígenes de la enfermedad. Galeno, una figura gigantesca del mundo antiguo ya observó la existencia de un vínculo muy estrecho entre la melancolía y el cáncer de mama. Ya en estos primeros enfoques médicos hay un criterio holístico en la consideración de la salud y la enfermedad.

Según Abreu, Platón remarcaba que la buena educación es la que tendía con fuerza a perfeccionar la mente juntamente con el cuerpo. Reconocía, de alguna manera, que la salud corporal conduce a la higiene mental, pero, al mismo tiempo, que el buen estado mental predispone al buen estado corporal. Así, establecía, específicamente, que el alma «buena», por su propia excelencia, mejora al cuerpo en todo sentido. En los tiempos actuales, desde el siglo XX, especialmente, pero también desde mucho antes e incluso en la medicina oriental antigua, se comienza a reconocer la necesidad de una concepción holística de la salud. En este sentido, tal vez la lección que haya que aprender de modo definitivo y cabal es que «somos básicamente lo que pensamos». La concepción psicosomática nos obliga a atender nuestra interioridad como causa posible de perturbaciones del cuerpo. Esto es reconocido unánimemente por la clínica occidental, que ve que en los consultorios un altísimo porcentaje de consultas responde a distorsiones de la mente o de la personalidad, en sentido amplio. Este nuevo enfoque no es dualista a la manera cartesiana. Concibe al hombre como una unidad, en la que con mucha frecuencia anidan los poderes curativos, que estimulados, ayudan a resolver los problemas somáticos. La filosofía médica no materialista de este modo va incrementándose en el mundo en que otrora pudo predominar la medicina convencional.

Interpretando a Abreu, los factores que influyen en la salud, son entre otros: No fumar es uno de los pasos para tener una buena salud. Según el reporte de La Londe, del año 1974 realizado en Canadá, sugiere que existen cuatro determinantes generales que influyen en la salud, a los cuales llamó, «biología humana», «ambiente», «Forma de vida» y la «organización del cuidado de la salud». De esta manera, la salud es mantenida por la ciencia y la práctica de

medicina, pero también por esfuerzo propio. Fitness, una dieta saludable, manejar el estrés, el dejar de fumar y de abusar de otras sustancias nocivas entre otras medidas son pasos para perfeccionar la salud de alguien. Por otra parte, el estilo de vida es el conjunto de comportamientos o aptitudes que desarrollan las personas, es decir, pueden ser saludables o nocivas para la salud y además podemos encontrar que es la causa de las enfermedades dentro del factor huésped. La Biología Humana, son aquellos factores que influyen desde el interior del cuerpo como consecuencia de su biología básica y metabolismo. Ambiente, son todos aquellos factores que provienen del exterior y sobre los cuales el ser humano «no tiene control». Ambiente doméstico, son todos aquellos factores que provienen del exterior y sobre los cuales el ser humano si tiene control. Los productos químicos domésticos alteran gravemente el ambiente doméstico y pasan a las personas a través de los alimentos a los cuales contaminan fácilmente por estar almacenados en los mismos habitáculos durante periodos de tiempo. Forma de vida. Es la suma de decisiones por parte de los individuos que afectan a su salud de una u otra manera. Organización del cuidado de la Salud, consiste en la cantidad, calidad y arreglo en la provisión de cuidados de la salud.

Analizando a Cotton, el concepto de salud humana y su significado e implementación, deben ser de extrema importancia en cualquier sociedad. El acceso a la salud es un derecho inalienable del ser humano y su violación debería ser, en la práctica, fuertemente repudiada y penada. La salud de la población hace en su esencia, a la ética, a la calidad de vida, al grado de desarrollo y a la viabilidad de esa población. El estado de la salud individual y colectiva en una sociedad condiciona de manera profunda e inevitable su desarrollo intelectual, económico, productivo y social. Históricamente se definía salud como la ausencia de enfermedad en el «cuerpo». En la práctica, aun hoy para ciertos sectores sociales este criterio, lamentablemente, perdura. El concepto moderno de salud surge a partir de la concepción compleja y sistémica del ser humano como entidad psico-física y social y está representado por el estado en el cual el ser humano desempeña todas sus funciones, dentro de estos ámbitos, con normalidad. La salud se califica a partir del estado integral del cuerpo, la mente, las relaciones con los otros y la comunidad organizada y con el ambiente en su sentido más amplio. El desequilibrio funcional en una o

varias de estas relaciones, en su intensidad y persistencia provocan el deterioro de la salud en distintos grados y acarrea, siempre, consecuencias individuales y colectivas (enfermedad).

Según Mora, el estado de la salud es un importante indicador del nivel de satisfacción de las necesidades básicas, representadas por el estado/calidad de: la alimentación, la cobertura médica, la vivienda, el trabajo, la educación y el ambiente. La imposibilidad de acceder a las necesidades básicas es sinónimo de deterioro de la salud y pronóstico de peligro y daño. A partir de ello se desprende que la comunidad organizada debe, en forma ineludible e indelegable, generar los mecanismos a través de los cuales se brinden las posibilidades del acceso a la salud a todo ser humano. Toda sociedad y a distintas escalas (barrial, regional, nacional e internacional), establece un fuerte vínculo con su ambiente y provoca en él impactos negativos de distinta magnitud, cuya incidencia en la salud adquiere diversas formas y consecuencias. De esta manera surgen las patologías ambientales, definidas como aquellas enfermedades provocadas por agentes externos, generados por las modificaciones ambientales producidas por el hombre a través de sus modelos socioeconómicos.

Según Plata, la degradación de los ámbitos naturales y espacios verdes atenta contra la relación que el ser humano necesita y debe tener con ellos, para satisfacer necesidades primarias mentales, espirituales y emocionales que le permitan rescatar su sentido de pertenencia al mundo natural y su devenir. En este sentido las grandes ciudades, sus aglomeraciones urbanas y suburbanas producto de complejos procesos socioeconómicos deformantes, constituyen ámbitos donde el ambiente natural está ausente o altamente degradado y se desarrollan procesos de contaminación de todo tipo provocando efectos altamente nocivos en la salud individual y colectiva. Pensemos, en este sentido, en los efectos que sobre la salud mental provocan la alienación, el hacinamiento, la marginación, las conductas agresivas, la sobre estimulación de todo tipo, el ruido, y la casi ausencia de estructuras de contención y solidaridad.

Según Sleisenger & Fordtran, la salud, bajo una concepción global depende de múltiples factores; admitir y adoptar este criterio permitiría replantear aspectos de nuestros modelos socioeconómicos y generar estrategias de vida comunitaria destinadas a lograr el acceso a las necesidades básicas. La preocupación y

ocupación de una sociedad por su salud, es decir, por la salud de cada uno de los seres humanos que la componen, debe ser un aspecto fundamental en cualquier política de gobierno, ya que su calidad y grado de desarrollo afectará el patrimonio más importante de una comunidad: sus seres humanos, su gente, las personas que la construyen, que la construirán y que son su razón de ser.

Como consecuencia de disponer de una adecuada infraestructura, prestar un buen servicio de atención al usuario de la especialidad de gastroenterología, se obtendrá una gestión óptima. Interpretando a Koontz / O'Donnell, la gestión óptima del Servicio de Gastroenterología está relacionada al cumplimiento de las acciones, políticas, metas, objetivos, misión y visión de la empresa; tal como lo establece la gestión empresarial moderna. La gestión óptima, es el proceso emprendido por una o más personas para coordinar las actividades laborales de otras personas con la finalidad de lograr resultados de alta calidad que una persona no podría alcanzar por si sola. En este marco entra en juego la competitividad, que se define como la medida en que una empresa, bajo condiciones de mercado libre es capaz de producir bienes y servicios que superen la prueba de los mercados, manteniendo o expandiendo al mismo tiempo las rentas reales de sus empleados y socios.

También en este marco se concibe la calidad, que es la totalidad de los rasgos y las características de un producto o servicio que refieren a su capacidad de satisfacer necesidades expresadas o implícitas. Gestión óptima, es el conjunto de acciones que permiten obtener el máximo rendimiento de las actividades que desarrolla la entidad. Gestión óptima, es hacer que los miembros de una entidad trabajen juntos con mayor productividad, que disfruten de su trabajo, que desarrollen sus destrezas y habilidades y que sean buenos representantes de la empresa, presenta un gran reto para los directivos de la misma. Cuando una gestión alcanza el estándar a continuación, puede considerarse óptima. La gestión puede considerarse óptima si: I) Se están logrando los objetivos operacionales de la entidad; II) Disponen de información adecuada hasta el punto de lograr los objetivos operacionales de la entidad; III) Si se prepara de forma fiable la información administrativa, financiera, económica, laboral, patrimonial y otras de la entidad; y, IV) Si se cumplen las leyes y normas aplicables. Mientras que la gestión institucional es un proceso, su optimización es un estado o condición del proceso en un momento dado, el mismo que al

superar los estándares establecidos facilita alcanzar la optimización. La determinación de si una gestión es óptima o no y su influencia en la institución, constituye una toma de postura subjetiva que resulta del análisis de si están presentes y funcionando eficazmente los cinco componentes del Control Interno: entorno de control, evaluación de riesgos, actividades de control, información y comunicación y supervisión. El funcionamiento eficaz de la gestión y el control, proporciona un grado de seguridad razonable de que una o más de las categorías de objetivos establecidos va a cumplirse. Cuando los responsables de la gestión se preocupan por hacer correctamente las cosas se está transitando por la eficiencia (utilización adecuada de los recursos disponibles) y cuando utiliza instrumentos para evaluar el logro de los resultados, para verificar las cosas bien hechas son las que en realidad debían realizarse, entonces se encamina hacia efectividad (logro de los objetivos mediante los recursos disponibles) y cuando busca los mejores costos y mayores beneficios está en el marco de la economía. La eficiencia, eficacia y economía no van siempre de la mano, ya que una entidad puede ser eficiente en sus operaciones, pero no eficaz, o viceversa; puede ser ineficiente en sus operaciones y sin embargo ser eficaz, aunque sería mucho más ventajoso si la eficacia estuviese acompañada de la eficiencia para optimizar la gestión.

V. HIPÓTESIS

El grado de satisfacción de pacientes hospitalizados en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Doctor Luis Eduardo Aybar periodo junio-julio 2023, es alto.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Satisfacción de los usuarios	Vivencia subjetiva derivada de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo	Excelente Bueno Regular Malo	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo	Femenino Masculino	Nominal
Escolaridad	Último grado aprobado a nivel de la escuela, técnico o universitario.	Analfabeto Primaria Secundaria Universitario Técnico	Nominal
Ocupación	Trabajo que realiza para obtener salario para cubrir sus necesidades.	Empleado Desempleado	Nominal
Procedencia	Zona geográfica de donde procede el paciente.	Zona rural Zona Urbana	Nominal
Trato del personal de salud	Atención digna a la persona y a su intimidad.	Personal Médico Personal Enfermería Personal Administrativo	Nominal
Comodidad del Centro	Estado del que se encuentra a gusto.	Nivel de ruido Limpieza	Nominal

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo con el propósito de determinar el grado de satisfacción de los pacientes que asisten al área de consulta externa en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar en el período Junio-julio 2023, a través de una encuesta dirigida. (Ver anexo XIII. Cronograma).

VII.2. Demarcación geográfica

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Doctor Luis Eduardo Aybar, ubicado en el Barrio María Auxiliadora del Distrito Nacional. Corresponde al área IV de la Región Metropolitana. El centro está delimitado, al Norte, por la calle Osvaldo Bazil; al Oeste, por la Federico Bermúdez; al Este, por la Albert Thomas, y al Sur, por la Federico Velásquez (ver vista aérea).



Vista aérea Ciudad Sanitaria Dr. Luis Eduardo Aybar.

VII.3. Población

La población estuvo representada por los usuarios que asistieron al área de consulta del Centro de Gastroenterología del Hospital Dr. Luís Eduardo Aybar en el período junio-julio 2023.

VII.4. Criterios

VII.4.1. De inclusión

- Mayores de 18 años de edad.
- Aceptar participar en la entrevista.
- No se discriminó sexo.

VII.4.2. De exclusión

- Barrera del idioma
- Paciente con alguna afección del habla o la audición.
- Pacientes que se negaron a participar en la entrevista
- Pacientes con trastorno psicológico o alteración de la conciencia.

VII.5. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se diseñó un formulario que incluye las variables: edad, sexo, procedencia, escolaridad, ocupación, grado de satisfacción de los usuarios entre otras variables pertinentes al estudio (ver anexos). Los datos se obtendrán de fuentes directas mediante una encuesta personal con el usuario, observando que cumplan los criterios de inclusión. (Ver anexo XIII. Instrumento de recolección de los datos).

VII.6. Procedimiento

Luego que el protocolo del estudio fue aprobado por el Departamento de Investigación del Centro de Salud, se presentó la encuestadora al área de internamiento para solicitar a los usuarios el permiso de aplicarles un

cuestionario acerca del grado de satisfacción que han tenido en el centro de salud.

VII.7. Tabulación

La información obtenida fue procesada mediante técnicas de conteo computarizado utilizando para ello Microsoft 365 (office).

VII.8. Análisis

Se realizó un análisis estadístico con los datos obtenidos, de donde se obtuvieron frecuencias simples y relativas, medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Estos datos se presentan en un informe escrito, incluyendo, además tablas y gráficos de las informaciones más relevantes.

VII.9. Aspectos éticos

En primer lugar se solicitó permiso al encargado de enseñanza para realizar la investigación en el centro de Gastroenterología, posteriormente a la dirección y al departamento de investigación del centro, para ejecutar la entrevista. Los usuarios recibieron la explicación de lugar y se les habló sobre el consentimiento informado para su participación en la encuesta, se hizo el compromiso de no incluir identificación en el formulario, y finalmente, los conceptos utilizados de otros autores se sustentan con las llamadas correspondientes.

VIII. RESULTADOS

Análisis de los Resultados

Cuadro 1. Frecuencia de Visita en pacientes hospitalizados según grado de satisfacción. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar junio-julio 2022.

Periodo	Frecuencia Visita	%
Semanal	121	4.0
Mensual	809	6.0
Trimestral	1012	40.0
Otros	81	50.0
Total	2,023	100.0

Fuente: Encuesta-Entrevista. Ver anexo Grafico No. 1 frecuencia Visita Paciente área de Consulta externa.

De acuerdo a nuestra investigación se pudo determinar la Percepción de los pacientes con relación a la asistencia al área de consulta externa del Centro de Gastroenterología Dr. Eduardo E, Aybar, Siendo estos los resultados:

El 4 por ciento semanal, un 6 por ciento mensual y un 40 y 50 por ciento trimestral y otros respectivamente.

Cuadro 2. Percepción de los pacientes de acuerdo a la atención Recibida durante su visita al área de Consulta externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar junio-julio 2022.

Variables Satisfacción	Frecuencia	%
Buena	883	44
Muy Buena	1,032	51
Regular	76	4
Mala	32	1
Muy Mala	0.0	0.0
Total	2,023	100

Fuente: Encuesta-Entrevista. Ver anexo Grafico No. 2 grado Satisfacción Visita Paciente área de Consulta externa Centro de Gastroenterología Dr. Eduardo E. Aybar.

En el proceso de investigación se pudo determinar la satisfacción de los pacientes en la atención recibida del personal para un 44 por ciento de los pacientes y muy buena para 51 por ciento.

Cuadro 3. Percepción de los pacientes de Formación del Personal Administrativo-Médico del área de Consulta externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar junio-julio 2023.

Variables Satisfacción	Frecuencia	%
Muy Capacitado	465	23.0
Capacitado	1396	69.0
No Capacitado	121	6.0
Otro	41	2.0
Total	2,023	100.0

Fuente: Encuesta-Entrevista. Ver anexo Grafico No. 3 frecuencias Formación Personal Médico-Administrativo del área de Consulta externa.

Durante el proceso de investigación consultamos a los pacientes sobre su percepción refiriéndonos a la formación técnico -Profesional del personal administrativo- Médico resultando en un 69 por ciento de satisfacción considerándolos como capacitados, seguido de un 23 por ciento que expresó su satisfacción

En lo referente a la capacitación del personal considerándolos muy Capacitado, otras Opiniones representan un 6 y 2 por cientos respectivamente para opiniones contrarias a la satisfacción general.

Cuadro 4. Grado de Satisfacción de los pacientes de acuerdo al personal Administrativo-Médico que le asistió en el área de Consulta externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar junio–julio 2019.

Variables Satisfacción	Frecuencia	%
Personal Médico	789	39.0
Enfermeras	566	28.0
Personal Administrativo	526	26.0
Otros	142	7.0
Total	2,023	100.0

Fuente: Encuesta-Entrevista. Ver anexo Grafico No. 4 grado de Satisfacción atención del Personal Médico-Administrativo del área de Consulta externa.

De los Pacientes entrevistados el 39 por ciento considero que el personal médico es el que mejor lo trata en el proceso de atención en el área de consulta externa del Centro de Gastroenterología Dr. Eduardo E. Aybar, seguido de un 28 por cientos de personal de enfermería, además mostro un grado de satisfacción favorables con un 26 por ciento para el Personal administrativo que le asistió en el área de consulta externa. Así mismo el 7 por cientos expresos otros personal.

Cuadro 5. Grado de Satisfacción de los pacientes de acuerdo al área de Consulta externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar junio-julio 2022.

Variables Satisfacción	Frecuencia	%
Sucio	0	0.0
Desorganizado	40	2.0
Ruidoso	243	18
Limpio	1,376	68
Muy Limpio	364	12
Total	2,023	100.0

Fuente: Encuesta-Entrevista. Ver anexo Grafico No. 5 grado de Satisfacción Paciente referente a las Instalaciones del área de Consulta externa.

El 68 por ciento de los entrevistados calificó de limpio las instalaciones de los consultorios del área de Consultas Externa, seguido de Muy Limpio que represento el 12 por ciento. En contraste el 18 Por ciento considero que esta área es Ruidosa y 2 por ciento desorganizado.

Cuadro 6. Distribución de pacientes atendidos en consulta externa según escolaridad. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar junio-julio 2022

Escolaridad	Frecuencia	(%)
Primaria	769	38
Secundaria	465	23
Universitario	303	15
Técnico	486	24
Total	2,023	100

Fuente: Encuesta-Entrevista. Ver anexo Grafico No. 6 Nivel Escolaridad Paciente del área de Consulta externa.

En el cuadro 6 tenemos que 38 obtuvieron un grado de escolaridad primaria para un 15 por ciento representa número de personas universitaria, el 23 por ciento adicional informo que son Bachilleres y un 24 por representa personas con una ocupación técnica.

Cuadro 7. Distribución de pacientes atendidos en consulta externa según ocupación. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar junio-julio 2022.

Ocupación	frecuencia	(%)
Empleado	1740	86
Desempleado	283	14
Total	2,023	100

Fuente: Encuesta-Entrevista. Ver anexo Grafico No. 6 Nivel Ocupacional Paciente del área de Consulta externa.

De los pacientes entrevistados un 86 por ciento están empleados con respuesta a favor de la excelencia y un 14 por ciento sin empleo.

Cuadro 8. Distribución de pacientes atendidos en consulta externa según procedencia. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar junio-julio 2022.

Procedencia	Frecuencia	(%)
Rural	283	17
Urbano	1740	83
Total	2,023	100

Fuente: Encuesta-Entrevista. Ver anexo Grafico No. 6 Lugar Procedencia Paciente del área de Consulta externa.

El mayor número de pacientes reside en la zona urbana 86 por ciento con respuesta excelente 86 por ciento, seguida de rural 14 por ciento.

Cuadro 9. Distribución de pacientes atendidos en consulta externa según edad. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar junio-julio 2022.

Edad (años)	Frecuencia	(%)
0-17	425	21
18-35	749	37
36-52	364	18
53-69	303	15
70 o Más	182	9
Total	2,023	100

Fuente: Encuesta-Entrevista. Ver anexo Grafico No. 9 Edad Paciente visitan área de Consulta externa.

De acuerdo a nuestra investigación, el mayor número de paciente que visita el área de consulta externa representa un 37 por ciento y oscila entre la edad de 18-35 años, seguido del segmento de más joven con edades comprendidas entre los 0-17 años respectivamente la cual representa el 21 por ciento.

Cuadro10. Distribución de pacientes atendidos en consulta externa según sexo. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar junio-julio 2022.

Sexo	Frecuencia	(%)
Masculino	890	44
Femenino	1133	56
Total	2,023	100

Fuente: Encuesta-Entrevista. Ver anexo Grafico No. 10 Genero Paciente visitan área de Consulta externa.

El sexo con mayor frecuencia entrevistado fue el femenino con un total de 1,133 para un 56 por ciento, y un 44 por ciento del sexo masculino.

X. GRAFICOS

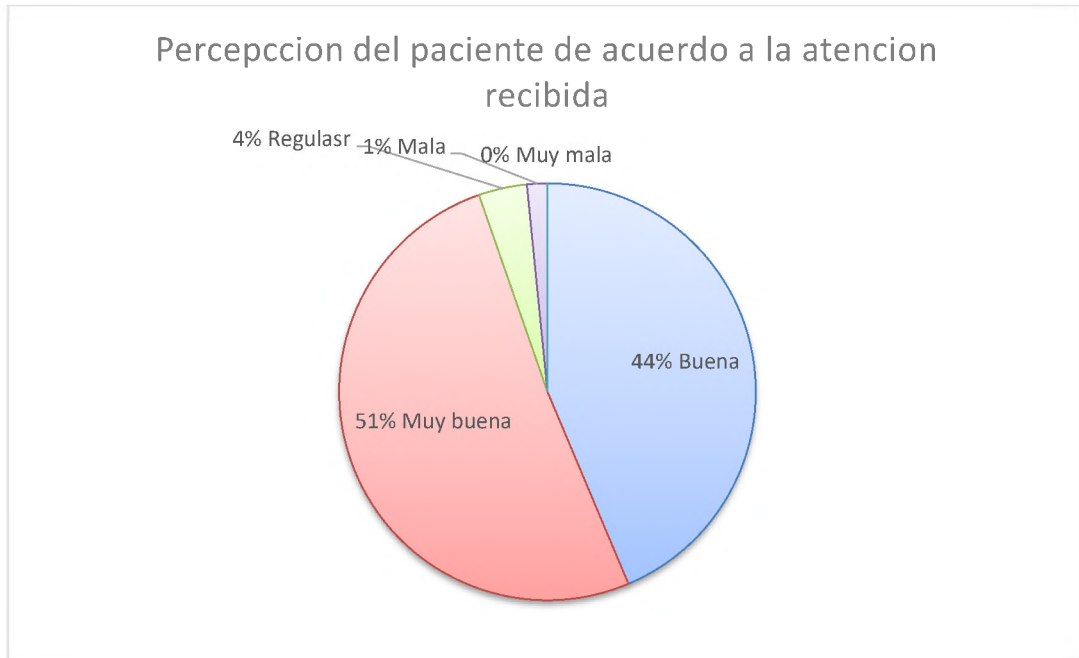
Gráfico No.1

Frecuencia de Visita en pacientes hospitalizados según grado de satisfacción.
Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar agosto-septiembre 2019.



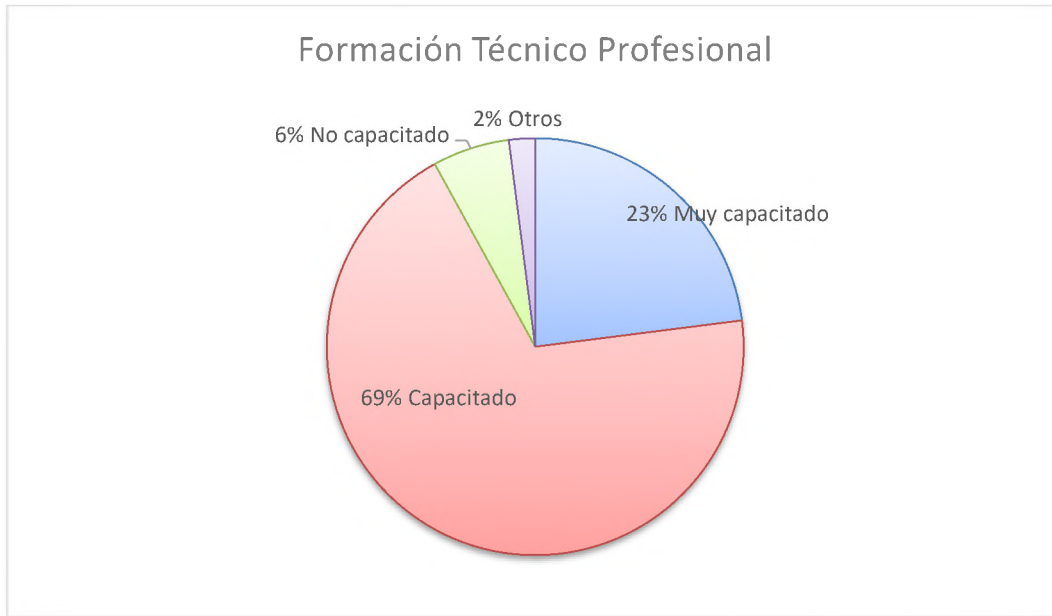
Gráfico No. 2

Percepción de los pacientes de acuerdo a la atención recibida durante su visita al área de Consulta externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar agosto-septiembre 2022.



Cuadro 3.

Percepción de los pacientes de Formación del Personal Administrativo-Médico del área de Consulta externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar agosto-septiembre 2022.



Cuadro 4.

Grado de Satisfacción de los pacientes de acuerdo al personal Administrativo, de Enfermería y Medico que le asistió en el área de Consulta externa del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar agosto-septiembre 2022.



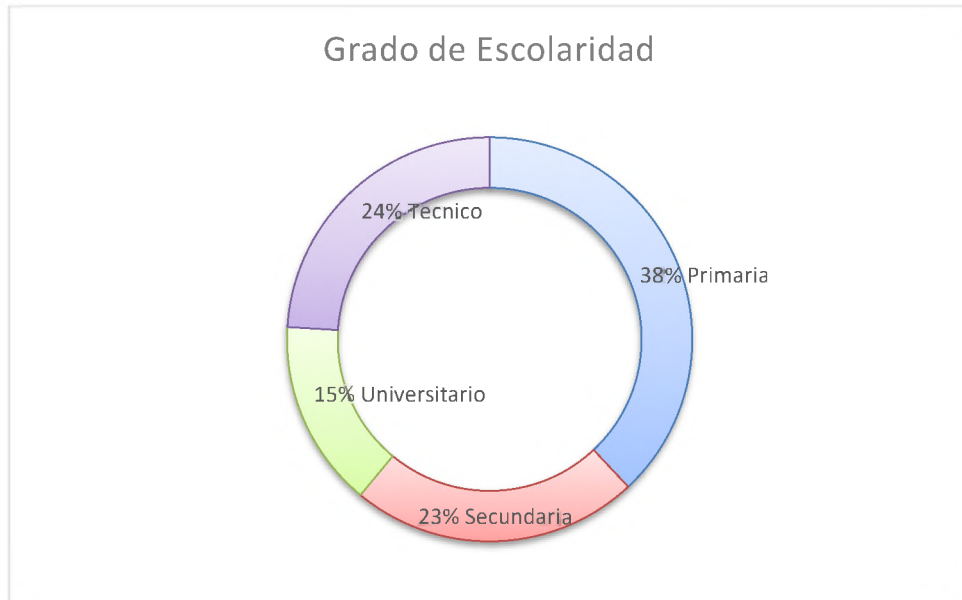
Cuadro 5.

Grado de Satisfacción de los pacientes de acuerdo al área de Consultas externa y Habitaciones del Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar agosto-septiembre 2022.



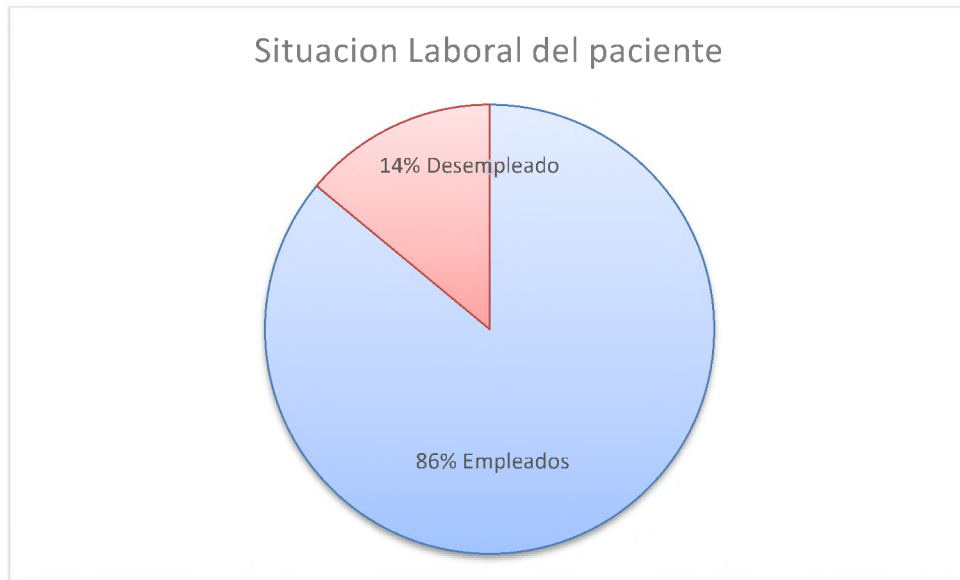
Cuadro 6.

Distribución de pacientes atendidos en consulta externa según escolaridad. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar agosto-septiembre 2022.



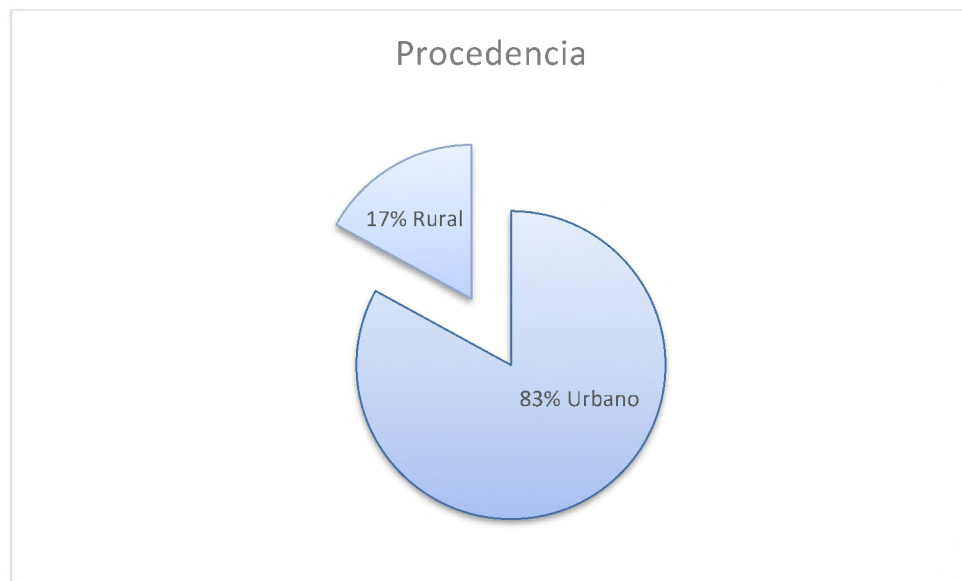
Cuadro 7.

Distribución de pacientes atendidos en consulta externa según ocupación. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar agosto-septiembre 2022.



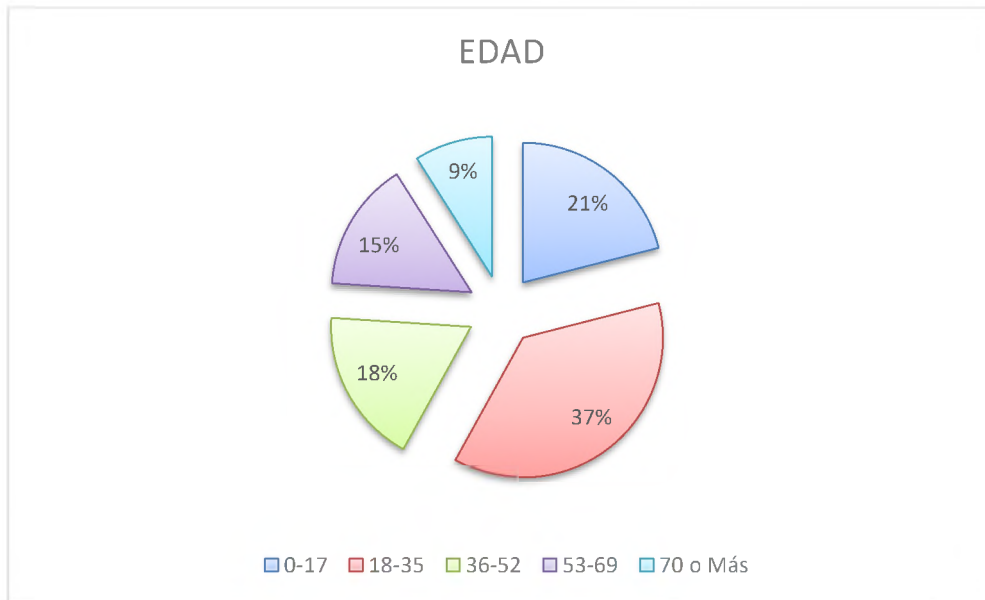
Cuadro 8.

Distribución de pacientes atendidos en consulta externa según procedencia. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar agosto-septiembre 2022.



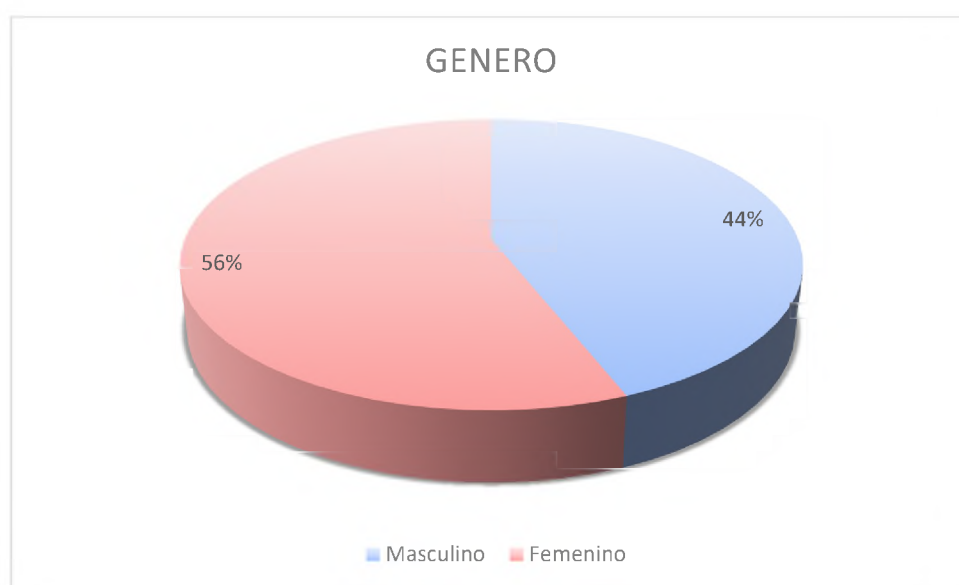
Cuadro 9

Distribución de pacientes atendidos en consulta externa según edad. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar agosto-septiembre 2022.



Cuadro10.

Distribución de pacientes atendidos en consulta externa según sexo. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar agosto-septiembre 2022.



IX. DISCUSION

En nuestro estudio la satisfacción de las personas en edad comprendida entre 50-59 años fue de 16.6 por ciento contrario a lo que expresaron Vilana González, en su estudio en el cual la satisfacción de más edad tendió a ser mayor que la de los más jóvenes.

En la presente encuesta se demuestra que a menor grado de escolaridad están más satisfechos con el servicio prestado, al igual que lo encontrado por Vilana González, que demostró que los pacientes no escolarizados o con estudios primarios mostraron mayores niveles de satisfacción.

Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por otros autores en los cuales establecieron un mayor porcentaje de opinión excelente en el trato del personal médico.

La Dra. Perla Barba Rodríguez realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, mediante encuestas, refiriendo que las condiciones higiénicas eran adecuadas, no así las condiciones de iluminación, ventilación, ruido y alimentación.

En nuestro estudio, los pacientes consideraron excelente en un 39.5 por ciento la valoración de la comodidad de la habitación, y solo 10.4 por ciento como mala.

Entre los resultados del estudio de la Dra. Perla Barba Rodríguez se encontró más frecuente la asistencia del área urbana, al igual que nuestro trabajo con un nivel de satisfacción excelente (37.4 por ciento), difiere del nuestro el sexo mayormente encuestado fue el femenino con nivel de satisfacción excelente; el nuestro fue el masculino.

X. CONCLUSIONES

Después de analizar las informaciones obtenidas en este trabajo, podemos concluir en los siguientes puntos:

1. El grado de satisfacción con respuesta excelente fue de 51.0 por ciento
2. El rango de edad predominante fue de 18-35 años, con respuesta bueno, para un 37.0 por ciento.
3. El sexo femenino fue el mayoritario con respuesta excelente de un 56.0 por ciento.
4. Los pacientes con escolaridad primaria calificaron el grado de satisfacción excelente para un 38.0 por ciento.
5. El mayor número de pacientes reside en la zona urbana con respuesta excelente de un 86.0 por ciento.
6. La mayor cantidad de pacientes está empleada, con respuesta excelente para un 86.0 por ciento.
7. El 39.0 por ciento de los pacientes consideró que el trato del personal fue excelente.
8. Un 68.0 por ciento calificó de excelente la comodidad de la consulta externa.
9. La frecuencia de visita semanal resultó de un 4.0 por ciento.
10. La capitación del personal médico con respuesta a muy bueno es de un 69.0 por ciento

XI. RECOMENDACIONES

1. Tomar como base la presente investigación para realizar otros estudios en búsqueda de herramientas que permitan mejorar la atención y la calidad del servicio de salud, y de esta forma contribuir al bienestar de los pacientes que asisten a la consulta externa.
2. Fomentar en todo el personal que labora en el área ofrecer una atención oportuna, ágil y con calidad teniendo en cuenta las necesidades y expectativas del paciente.
3. Promover la comunicación entre el personal de salud y los pacientes comprendiendo que es la mejor herramienta para identificar e intervenir en las necesidades del paciente y de esta manera medir la satisfacción del mismo frente al cuidado brindado.
4. Desarrollar programas de mejoramiento en los cuidados del servicio de salud que contemplen el conocimiento del problema, los recursos disponibles y la medida en la que las necesidades del paciente son cubiertas.
5. Evaluar la satisfacción de los pacientes en cuanto a los cuidados recibidos y la educación continua del personal se convierte en estrategia válida para asegurar el cumplimiento de objetivos de calidad.
6. Mantener la organización en los diferentes consultorios.
7. Realizar otros estudios para indagar y percibir la efectividad de la comunicación personal de salud-paciente, con lo cual se mejoraría la misma.

XII. REFERENCIAS

1. García, M. López, J., & Martínez, A. (2020). Gestión del cambio en organización en salud: Un enfoque basado en la calidad. *Revista de Gestión Sanitaria*, 19(3), 215-226.
2. Pérez, R., Sánchez, L., & Rodríguez, A (2020). Innovación y gestión en salud: Una aproximación desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. *Revista Española de Salud Pública*; 94, e1-e12.
3. Martínez, J. M., Rodríguez, V., & Gómez, S (2020). Gestión de la información en salud: Retos y perspectivas. *Revista de investigación en salud*, 7(2), 115 -124.
4. Estrella Ramia G, Pumarol J. Percepción de la calidad de atención de los usuarios que acuden a las emergencias del hospital general Plaza de la Salud, abril-mayo 2008. Trabajo para optar por: Médico especialista en Emergencias y Desastres. UNIBE, 2008
5. Fundación Siglo 21. ESU-96 utilización de los servicios de salud y satisfacción de los usuarios de Santo Domingo, Rep. Dom. 1997.
6. Carrasco Y, Cruz J, Paulino J. Satisfacción de los usuarios que demandan atención al centro de gastroenterología de la ciudad sanitaria Dr. Luis E. Aybar, Abril 2007, (tesis para optar por doctor en medicina), Universidad Autónoma de Santo Domingo, Rep. Dom. 2007.
7. Fontalvo. (2008). Sistema de Gestión de Calidad. El método: Enfoque sistémico Convergente de la Calidad E.S.C.C. Corporación para la Gestión del Conocimiento, Asesores del 2000,293-321.
8. Martínez, R. (2011). Modelo para la implementación de la gestión de la calidad total en la Pymes latinoamericanas. *Gestión y gerencia*, 5(1), 68-86.

9. González, C. M. López, A. M. & Torres, P (2020). La gestión de la calidad en servicio de salud: Retos y oportunidades. *Revista de calidad Asistencial*. 35(4), 179-188.
10. Ruiz, E., Garcia, P., & Lopez, F. (2020). Gestion de recursos humanos en el ámbito sanitario: Restos y estrategias. *Revista de Recursos Humanos en Salud*, 12(1), 45-56.
11. Organización Panamericana de la Salud (2001) OPS Federación panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN), División del Desarrollo de Sistema y Servicios de Salud, Programa de Organización y Gestión de Sistema y Servicios de Salud en America Latina y el Caribe: Desafío para la enfermería; 2001.
12. Ware J, Hays R. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med care* 1988; 26(4): 393-402.
13. Linder- Pelz S. social psychological determinants of patient satisfaction. *Social Sciences Medicine* 1982; 16 (5): 583-589.
14. Shewhart, Walter A[ndrew]. (1931). *Economic control of quality of manufactured product*. New York: D. Van Nostrand Company. pp. 501
15. Berry L, Bennet C, Brown C. *Calidad de Servicio: Una ventaja estratégica para instituciones financieras* (1989) Madrid: Díaz de Santos.
16. Muller D, Funnell P. "Exploring learners perceptions of quality". Ponencia presentada Conferencia Quality in Education, Universidad de York, 1992.
17. Rosander A. C. (1992). *La búsqueda de la calidad en los servicios*. Madrid: Editorial Díaz de Santos S.A
18. Setó, D. (2004) *De la calidad de servicio a la fidelidad del cliente*. Editorial Enciclopedia. Madrid.
19. Terry GR. (2004) *Principios de Administración*. México: Compañía Editorial continental SA.

20. Robbins, S.P., Coulter, M. (2010). Administración, Décima edición. México: Pearson. Pp. 79-89.
21. Koontz H, Weibrich H. Administración, una perspectiva global. Décima edición. Pág. 21.
22. Temes J. (1992) Manual de gestión hospitalaria. Editorial Interamericana. España.
23. Chiavenato, I. (2005) Administración de recursos humanos. México. McGraw-Hill
24. Alonso, J. (1996) Gestión de la calidad. Editorial Santillana. España.
25. Gutiérrez, R. (2003) La satisfacción del paciente como medida de la evaluación de la calidad. Servicio de Salud de Castilla La Mancha. España.
26. Cotton PB, Williams CB, eds (1992) Tratado práctico de Endoscopia Digestiva. Barcelona: Masson-Salvat, 1992.
27. Imbrogno Andrea Irene (2008) Derecho del Consumidor. La obligación de un trato equitativo y digno. Madrid. Editorial Pirámide.
28. [es.wikipedia.org/salud y alimentaci3n/enciclopedia encarta/alimentaci3n-sana.com.ar](http://es.wikipedia.org/salud_y_alimentaci3n/enciclopedia_encarta/alimentaci3n-sana.com.ar).
29. Mendoza Aquino José Antonio (2008) Medici3n de la calidad del servicio.
30. Abr3u Garc3a, Luis (2007). Gastroenterolog3a. Endoscop3a, Diagn3stico y Terap3utica. Madrid. Editorial M3dica Panamericana SA.
31. Nutrici3n en Salud y Enfermedad a tu alcance. Nutrici3nSaludable.mex.tl
32. Sleisenger & Fordtran (2004) Enfermedades Gastrointestinales y Hep3ticas. Fisiopatolog3a, Diagn3stico y Tratamiento. Madrid. Editorial M3dica Panamericana.
33. Plata, E. (1997) Humanizar la medicina es adecuarla al hombre. Hacia una medicina m3s humana. Editorial Panamericana. Bogot3

- 34.OMS (2007) Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
Génova, 1946.
- 35.Mora Vanegas Carlos (2008) Calidad Humana.
- 36.Dra. Perla Barba Rodríguez. Satisfacción del usuario que asiste a
Consulta Externa, Emergencia y Sala de Hospitalización. Hospital
Docente de Atención Psicosocial “Dr. José Dolores Fletes Valle”
Managua, Agosto/2004.
- 37.Vilana González J. Hacia la madurez de la evaluación de la satisfacción
de los pacientes hospitalizados. 2006.
- 38.Fundación Siglo 21. ESU 96 utilización de los servicios de salud y
satisfacción de los usuarios de Santo Domingo, Rep. Dom.1997.

XIII. ANEXOS

XIII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2022
Selección del tema	abril
Búsqueda de referencias	abril
Elaboración del anteproyecto	mayo mayo-junio
Sometimiento y aprobación	junio-Julio 2022
Ejecución de las encuestas	
Tabulación y análisis de la información	Agosto 2022
Redacción del informe	
Revisión del informe	Septiembre 2022
Encuadernación	Octubre 2023
Presentación	Noviembre 2023

XIII.2. Instrumento de recolección de datos

Nivel Satisfacción Paciente en el área de Consulta Externa del Centro de Gastroenterología Ciudad Sanitaria Dr. Eduardo E. Aybar junio-julio 2022.

Cuestionario

1. ¿Con que Frecuencia Visita el Centro de Gastroenterología Dr. Eduardo E. Aybar?

- a. Semanal___ b. Mensual___ C. Trimestral___ Otros___
- 2. De acuerdo con su experiencia, ¿Como considera usted las atenciones recibida en el área de Consulta Externa?**
- a. Muy Buena___ b. Buena___ c. Regular___ d. Mala___ e. Muy mala___
- 3. ¿Cómo evaluaría usted la formación Técnico Profesional del Personal de Consulta externa?**
- a. Muy Capacitado___ b. Capacitado___ C. no Capacitado___ d. Otro___
- 4. ¿Quién considera usted es el personal que mejor lo trata en el área de Consulta externa?**
- a. Personal Médico___ b. Enfermera___ c. Personal Administrativo___ d. Otro___
- 5. Según su Opinión, ¿Cómo considera el área de Consulta Externa y los Consultorios?**
- a. Sucio___ b. Desorganizado___ c. Ruidoso___ d. Limpio___ e. Muy Limpio___
- 6. Grado de Escolaridad**
- a. Primaria___ b. Secundaria___ c. Universitaria___ d. Técnico___
- 7. ¿En la Actualidad está Laborando?**
- a. Si___ b. No___
- 8. Lugar Procedencia**
- a. Rural___ b. Urbana___
- 9. Edad**
- a. 0-17___ b. 18-35___ c. 36-52___ d.53-69___ e. 70 ó más___
- 10. Sexo**
- a. Masculino___ B. Femenino___

XIII.3. Humanos

1 Sustentante. 2 Asesores			
XIII.3.1. Equipos y materiales	Cantidad	Precio (Ud.)	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas	300.00	300.00
Papel de hilo	1 resmas	700.00	700.00
Lápices	30 unidades	10.00	300.00
Borras	2 unidades	20.00	40.00
Bolígrafos	3 unidades	15.00	45.00
Sacapuntas	2 unidades	35.00	70.00
Cartuchos HP	2 unidades	1800.00	3,600.00
Hardware: Procesador: Intel(R) Core(TM) i7 Impresora: HP DeskJet 2600 Series Software: Microsoft 365 Internet Explorer Google Chrome			
XIII.3.2. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			9,500.00
XIII.3.3. Económicos			
Papelería (copias)	2	20.000	40,000
Empastado			
Impresión			
Diseño grafico			
Total			\$54,555

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por la sustentante.

XIII.4. Evaluación

Sustentante:

Dra. Francisca Tejada Magdaleno

Asesores:

Dra. Yeysa Lugo Medina (Clínico).

Dra. Claridania Rodríguez (metodológico)

Jurado:

Dra. Madelaina Adames.

Dra. Aurelis Duval

Dra. Lilian Cordero

Autoridades:

Dr. Juan De Jesús Fernández Lajara
Coronel. Médico neurólogo. ERD
Director General de Residencias Medicas
Y Posgrado del Ministerio de Defensas.

Dra. Carolina Valdez Valdez.
Teniente coronel. Médico pediatra. ERD.
Directoras de Enseñanza y Postgrado
Hospital Docente Universitario
Central de las Fuerzas Armadas.

Dra. Gregoria Berna Polanco
Asimilada. Medico gastroenteróloga. ERD.
Hospital Docente Universitario Central de la Fuerza Armadas.

Claridania Rodríguez.
Coordinadora de Postgrado
faculta Ciencia de la Salud

Dr. Willian Duke.
Decano Facultad de la
Ciencias de la salud.

Fecha de presentación: _____. Calificación. _____ puntos. _____