



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, NUTRICIÓN, ENFERMERÍA Y TECNOLOGÍA MÉDICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA – MENCIÓN GERENCIA EN SALUD
LA PAZ - BOLIVIA

“DISEÑO DE UN PROCESO DE CALIDAD QUE ACREDITE LOS
SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA DE LA CAJA NACIONAL DE
SALUD – REGIONAL LA PAZ – CASO POLICLINICO CENTRAL. AÑO
2006”

Tesis presentada en el Seminario de Grado, para optar el Título de
Especialista en Salud Pública.
Mención Gerencia de Servicios de Salud

TUTOR:
Dr. Franz E. Chacon Bozo

POSTULANTE:
Dr. Enrique Gutierrez Martinez
**Jefe Nacional Departamento Servicios
Ambulatorios y Comunitarios de la CNS**

MAYO 2006

	Página
INTRODUCCIÓN.	i
ANTECEDENTES.	ii
IDENTIFICACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	v
Elementos del problema que se conocen	vii
Elementos del problema que se pretende conocer	viii
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	viii
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	
Justificación teórica	viii
Justificación metodológica	viii
Justificación social.	ix
Justificación práctica	ix
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	
Objetivo general	ix
Objetivos Específicos.	x
☑ Objetivos específicos del Marco Teórico	x
☑ Objetivos específicos del Marco Práctico	x
ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN	x
Ámbito geográfico	x
Sector económico	x
UNIVERSO DE ESTUDIO	xi
INSTITUCIONES RELACIONADAS	xi
ÁREA TEMÁTICA	xi
Área general	xi
Área específica	xi
Área particular	xi

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. CALIDAD

1.1.	DEFINICIÓN DE CALIDAD.	1
1.2.	DETERMINANTES DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO	2
1.2.1.	Confiabilidad	2
1.2.2.	La credibilidad	2
1.2.3.	La responsabilidad	3
1.2.4.	La cortesía	3
1.2.5.	El acceso	3
1.2.6.	La competitividad	3
1.2.7.	La comunicación	3
1.2.8.	La seguridad	3
1.2.9.	Entender/conocer	3
1.2.10.	Los tangibles.	3
1.3.	CARACTERÍSTICAS PARA QUE UN SERVICIO DE SALUD TENGA CALIDAD.	4
1.3.1.	Eficaz.	4
1.3.2.	Eficiente	4
1.3.3.	Otorgado con competencia profesional,	5
1.3.4.	Óptima utilización de los recursos disponibles.	5
1.3.5.	Oportuno	5
1.3.6.	Equitativo	5
1.3.7.	Accesible	5
1.3.8.	Que no aumente los riesgos para el usuario.	6
1.3.9.	Que esté ajustado a las expectativas subjetivas (circunstanciales) del paciente y sea otorgado con calidez	6

CAPÍTULO II. SERVICIO

2.1.	DEFINICIÓN DE SERVICIO.	8
2.2.	DEFINICIÓN DE SERVICIO AL CLIENTE.	9
2.3.	PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS	9
2.3.1.	Intangibilidad.	10
2.3.2.	Caducidad.	10

2.3.3. Variabilidad	10
2.3.4. Inseparabilidad.	10
2.4. EXPECTATIVAS DEL CLIENTE RESPECTO AL SERVICIO.	10
2.4.1. Fiabilidad	11
2.4.2. Seguridad	11
2.4.3. Elementos tangibles	11
2.4.4. Capacidad de respuesta	11
2.4.5. Empatía	11
2.5. DEFINICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.	11

CAPÍTULO III. PROCESOS

3.1. DEFINICIÓN DE PROCESOS	14
3.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS	14
3.3. LOS CLIENTES	15
3.3.1. Clientes primarios	16
3.3.2. Clientes secundarios.	16
3.3.3. Clientes indirectos	16
3.3.4. Clientes externos.	16
3.4. JERARQUÍA DEL PROCESO	16
3.5. SELECCIÓN DE LOS RESPONSABLES DEL PROCESO.	17
3.5.1. Visión general del cargo.	18
3.5.2. Principales responsabilidades	18
3.6. DEFINICIÓN DE LOS LÍMITES DE UN PROCESO.	18
3.7. REPRESENTACIÓN DE UN PROCESO.	20
3.8. SIMBOLOGÍA DE UN DIAGRAMA DE FLUJO.	22

CAPÍTULO IV. CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR DE SERVICIO

4.1. NATURALEZA Y DOMICILIO DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD	25
4.2. MISIÓN, POLÍTICAS, OBJETIVOS Y CAMPO DE APLICACIÓN	25
4.3. SERVICIOS	27
4.3.1. Seguro Social Obligatorio.	27
4.3.2. Seguro Social Voluntario.	27

4.3.3.	Seguro Básico de Salud.	27
4.3.4.	Seguro Médico Gratuito de Vejez.	27
4.4.	ORGANIZACIÓN.	27
4.4.1.	Estructura.	27
4.4.2.	Dirección.	28
4.5.	PERSONAL	29
4.6.	DEFINICIÓN DE CENTROS MÉDICOS.	30
4.6.1.	Funciones.	30
4.6.2.	Niveles de atención	31
a)	Primer nivel.	31
b)	Segundo nivel	32
c)	Tercer nivel	32

SEGUNDA PARTE: MARCO PRÁCTICO

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA

5.1.	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	33
5.2.	TIPO DE ESTUDIO	33
5.3.	FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	33
5.4.	UNIDAD DE ANÁLISIS	34
5.5.	DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO Y LA MUESTRA	34
5.5.1.	Universo de estudio	34
5.5.2.	Determinación de la muestra	34
5.6.	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	38
5.7.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	39

CAPÍTULO VI. LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA C.N.S.

6.1.	ACCESO A LOS SERVICIOS	42
6.2.	EFICIENCIA	48
6.3.	CONTINUIDAD Y OPORTUNIDAD	51
6.4.	COMPETENCIA PROFESIONAL	52
6.5.	CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO	58

CAPÍTULO VII.	EXPECTATIVAS DEL CLIENTES RESPECTO AL SERVICIO MÉDICO	
7.1.	FIABILIDAD	59
7.2.	SEGURIDAD, COMODIDAD Y EMPATÍA	62
7.3.	CAPACIDAD DE RESPUESTA	64
7.4.	ELEMENTOS TANGIBLES	65
7.5.	CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO	67
CAPÍTULO VIII:	CONCLUSIONES DEL MARCO PRÁCTICO Y PRUEBA DE HIPÓTESIS	
8.1.	CONCLUSIONES DEL MARCO PRÁCTICO	68
8.2.	PRUEBA DE HIPÓTESIS	71
TERCERA PARTE:	<u>PROPUESTA</u>	
CAPÍTULO IX:	INTRODUCCIÓN A LA PROPUESTA	
9.1.	INTRODUCCIÓN	73
9.2.	RELACIÓN CAUSA–EFECTO–SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO.	73
9.3.	ESQUEMA GENERAL DE LA PROPUESTA	74
9.4.	LIMITANTES DE LA PROPUESTA	76
9.5.	SUPUESTOS NECESARIOS PARA QUE LA PROPUESTA SEA APLICABLE	76
9.6.	OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.	77
CAPÍTULO X:	DESARROLLO DE LA PROPUESTA	
10.1.	ETAPA 1: RECEPCIÓN DEL ASEGURADO.	78
10.1.1.	Afiliación a la C.N.S.	79
10.1.2.	Verificación de los documentos del seguro.	85
10.2.	ETAPA 2: SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA.	86
10.2.1.	Cita médica.	87
10.2.2.	Ficha médica.	90
10.2.3.	Búsqueda de la Historia Clínica.	91
10.2.4.	Espere su turno.	93
10.3.	ETAPA 3: ACTIVIDAD MÉDICA.	95

ÍNDICE

10.3.1.	Evaluación médica.	96
10.3.2.	Instrucción del médico	98
10.3.3.	Diagnóstico médico	100
10.3.4.	Exámenes Auxiliares de Diagnóstico.	100
10.4.	ETAPA 4: TRATAMIENTO MÉDICO	101
10.4.1.	Prescripción de Receta médica.	103
10.4.2.	Seguimiento del paciente durante el tratamiento Con medicinas.	105
10.4.3.	Seguimiento del paciente durante el tratamiento Sin medicinas.	108
10.5.	ETAPA 5: REHABILITACIÓN DEL PACIENTE	109
10.5.1.	Rehabilitación del paciente.	110
10.5.2.	No rehabilitación del paciente.	111
10.6.	RECOMENDACIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA PROPUESTA.	112
CAPÍTULO XI.	CONCLUSIONES FINALES.	114

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS.

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1.	Simbología estándar para un diagrama de flujo.	23
CUADRO N° 2.	Población asegurada – Policlínico Central – C.N.S.	35
CUADRO N° 3.	Población recursos humanos – Policlínico Central C.N.S.	36
CUADRO N° 4.	Docimasia de hipótesis	71
CUADRO N° 5.	Relación Causa – Efecto – Solución de los problemas encontrados en la investigación de campo.	74
CUADRO N° 6.	Recepción del asegurado	80
CUADRO N° 7.	Solicitud de atención médica	88
CUADRO N° 8.	Actividad médica, consultorio médico	96
CUADRO N° 9.	Tratamiento médico	103
CUADRO N° 10.	Rehabilitación del paciente.	111

ÍNDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA N° 1:	Esquema del marco teórico	1
ESQUEMA N° 2:	Esquema de introducción al primer capítulo.	2
ESQUEMA N° 3:	Esquema de introducción al segundo capítulo.	7
ESQUEMA N° 4:	Esquema de introducción al tercer capítulo.	13
ESQUEMA N° 5:	Esquema de introducción al cuarto capítulo	24
ESQUEMA N° 6:	Esquema general de la propuesta.	75
ESQUEMA N° 6.1:	Esquema del Proceso de Atención médica	76
ESQUEMA N° 7:	Recepción del asegurado	79
ESQUEMA N° 8:	Solicitud de Atención Médica	87
ESQUEMA N° 9:	Actividad Médica	96
ESQUEMA N° 10:	Tratamiento médico	102
ESQUEMA N° 11:	Rehabilitación del paciente	110

ÍNDICE DE FIGURAS.

FIGURA N° 1.	Los clientes del proceso.	15
FIGURA N° 2.	Jerarquía del proceso	17
FIGURA N° 3.	Oficina central de la C.N.S.	82
FIGURA N° 4.	Base de datos, verificación de las cotizaciones al día	84
FIGURA N° 5.	Carnet del asegurado	85
FIGURA N° 6.	Citas médicas	89
FIGURA N° 7.	Libreta de usuario	90
FIGURA N° 8.	Fichas médicas	91
FIGURA N° 9.	Historia clínica	93
FIGURA N° 10.	Solicitud de exámenes auxiliares	100
FIGURA N° 11.	Hoja de tratamiento médico	104
FIGURA N° 12.	Tarjeta de control de dosis.	108

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1:	Acceso geográfico.	43
GRÁFICO N° 2:	Acceso económico	43
GRÁFICO N° 3:	Tiempo de espera	44
GRÁFICO N° 4:	Duración de la consulta médica	45
GRÁFICO N° 5:	Trámites que realizan los usuarios	47
GRÁFICO N° 6:	Problemas para recibir consulta médica	47
GRÁFICO N° 7:	Servicios médicos	49
GRÁFICO N° 8:	Insumos necesarios para realizar su trabajo	50
GRÁFICO N° 9:	Próxima cita médica	51
GRÁFICO N° 10:	Actividades que no le corresponden	53
GRÁFICO N° 11:	Capacitación y/o actualización de cursos a los prestatarios	54
GRÁFICO N° 12:	Frecuencia de Evaluación al personal del Policlínico	55
GRÁFICO N° 13:	Conocimiento de programas y normas	56
GRÁFICO N° 14:	Funcionamiento del equipo multidisciplinario	57
GRÁFICO N° 15:	El servicio que brinda el Policlínico	60
GRÁFICO N° 16:	El trato por parte de los prestatarios	61
GRÁFICO N° 17:	¿El médico resolvió su problema de salud?	62
GRÁFICO N° 18:	Comodidad en la permanencia en el Policlínico	63
GRÁFICO N° 19:	Puesto o categoría actual	64
GRÁFICO N° 20:	Comodidad con el ambiente físico	66

ÍNDICE DE ANEXOS.

- ANEXO N° 1:** Encuesta exploratoria dirigida a la población asegurada.
- ANEXO N° 2:** Servicios que presta la C.N.S.
- ANEXO N° 3:** Organigrama C.N.S.
- ANEXO N° 4:** Organigrama Policlínico Central
- ANEXO N° 5:** ENCUESTA 1: Encuesta para el asegurado.
- ANEXO N° 6:** ENCUESTA 2: Encuesta para el personal.
- ANEXO N° 7:** Proceso de atención médica – individual.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo de investigación, tiene por objeto elaborar un análisis de un tema de actualidad de gran importancia como es la salud, con el propósito de proponer algunas posibles soluciones.

El mismo contiene cuatro partes: la introducción al tema de investigación, el marco teórico, el marco práctico y el desarrollo de la propuesta; serán brevemente detalladas a continuación:

La parte introductoria de la presente investigación se encuentra dividida en las siguientes partes: el marco introductorio que engloba aspectos como ser la problemática, la identificación y formulación del problema; la justificación teórica, metodológica, social y practica del tema, determinación de objetivos general y específicos, establecimiento de la hipótesis y la fijación de los alcances de la investigación.

La primera parte de la tesis desarrolla el marco teórico comprende cuatro capítulos en los que evaluara la importancia de la calidad en la organización; definirá las características de los servicios y de los procesos en la empresa; y describirá el área de estudio.

La segunda parte del marco practico, indicará el método de investigación, el tipo de estudio, la formulación de la hipótesis, la determinación del universo y la muestra, las técnicas de investigación y la operacionabilidad de las variables. Seguidamente se analizará los resultados obtenidos para determinar la calidad del servicio de consulta externa en la CNS; y las expectativas del cliente respecto al servicio medico. Asimismo se realizará la prueba de hipótesis.

La propuesta se desarrollará en la tercera parte de este trabajo de investigación, tomando como base conceptos de calidad en los servicios y procesos; se diseñará el proceso de atención médica; se darán las recomendaciones para su aplicación y se redactará las conclusiones finales.

ANTECEDENTES.

Uno de los pilares fundamentales del desarrollo social boliviano es la salud, derecho que tenemos todos los bolivianos a recibir, y que pocos han logrado conquistar a través de la Seguridad Social que aún en estos tiempos, sólo beneficia a una cuarta parte de la población boliviana.

El Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas; propenderá asimismo el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.¹

El INASES², fiscaliza los siguientes Entes Gestores del Sistema de Seguros de Salud: Caja Nacional de Salud³, Caja Petrolera de Salud, Caja Bancaria Estatal de Salud, Caja de Salud de la Banca Privada, Caja de Salud de Caminos, CORDES; Seguros Sociales Universitarios, Seguros Delegados, Corporación del Seguro Social Militar.

De acuerdo a la Memoria Anual de la C.N.S. se tiene los siguientes aspectos⁴:

- En el gobierno del Presidente Hugo Banzer Suárez, se han dado los pasos fundamentales para implantar el Seguro Universal para todas que todas las familias bolivianas cuenten con este servicio, tengan o no relación obrero – patronal; base del actual sistema.

¹ "CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO". Art. 158.

² INASES = Instituto Nacional de Seguros de Salud.

³ C.N.S.= Caja Nacional de Salud.

⁴ Caja Nacional de Salud. "MEMORIA ANUAL 2000". Ed. C.N.S. La Paz.

- ☑ El Seguro Universal: para todos los mayores de 60 años, para los niños menores de 5 años y para las mujeres en proceso de gestación; ya está vigente en Bolivia y cada día se consolida su financiamiento compartido a través de los Municipios y el Tesoro General de la Nación, siendo la Caja Nacional de Salud la mayor responsable de consolidar el Seguro Gratuito De Vejez y el Seguro Básico De Salud.
- ☑ La C.N.S. cubre a más del 85% de la población asegurada, por su mayor cobertura geográfica, posee equipamiento técnico adecuado, y reúne el personal médico preparado del país.
- ☑ En Bolivia, el Sector Salud se ha desarrollado a lo largo de los años sin un plan regulador que oriente las inversiones y el desarrollo de los servicios asistenciales. Por ello, las políticas aplicadas tuvieron metas y resultados parciales, logrando el ordenamiento de algunas de sus partes.
- ☑ Actualmente se descuida la evaluación de la calidad de atención individual e institucional sistemática, dando lugar a un aumento innecesario de los costos. El resultado es un incremento de la insuficiencia global del Sistema de Salud, con un aumento en los costos en la atención médica y disminución de la calidad. En base a esto, surge la necesidad básica de incorporar modificaciones sustanciales y suficientes como para enfrentar el deterioro de los sistemas de salud.

Diecisiete años después de la Declaración de Alma Ata⁵, en que la comunidad internacional se comprometió a prestar atención primaria en salud en el ámbito mundial, se han realizado grandes esfuerzos en casi todos los países en desarrollo, para ampliar los servicios de atención primaria de salud mediante el aumento de la asignación de recursos, la capacitación intensiva de trabajadores

⁵ La Declaración de Alma Ata señala que la "atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial... puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación. Representa el primer nivel de contacto de los individuos con el sistema Nacional de salud al lugar de residencia y trabajo.

de salud y la mejor organización de dicho sistema. Sin embargo, los descensos en los índices de mortalidad y morbilidad, no siempre han estado en proporción a los esfuerzos realizados y no se han hecho lo suficiente para evaluar la calidad de los servicios, ni para asegurarse de que los recursos tengan un impacto en la salud y bienestar de la población.

En Bolivia, pese a la importancia de la calidad en los servicios, hasta la fecha hubo pocos esfuerzos para mejorar este aspecto, la baja calidad de la atención médica en los servicios de la C.N.S., nos obliga a identificar los factores negativos que inciden en proporcionar una atención médica de calidad.

La garantía de calidad constituye un requisito primordial en el logro de la eficiencia de los servicios de salud más aún si se trata de los establecimientos Hospitalarios y de la Consulta Externa que, por su organización, niveles de complejidad y capacidad resolutive, requieren de procesos que evalúen periódicamente su gestión en búsqueda de la optimización de sus prestaciones.

En Bolivia en el año 1994⁶, la Ex - Secretaria Nacional de Salud, elaboró el "Manual de Acreditación de Hospitales de Bolivia" en sobre la propuesta de la O.P.S./O.M.S.⁷ con la finalidad de establecer el proceso de garantía de la calidad en nuestro país, a través del cumplimiento de estándares mínimos normados y dictados por la Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales de Bolivia, instancia dependiente de la Ex - Secretaria Nacional de Salud encargada de llevar adelante esta difícil, pero importante misión.

En este contexto, el año 1995 se propuso a las autoridades de la C.N.S. iniciar el proceso de mejoramiento continuo.

- En una primera etapa se efectuaron talleres de capacitación para los jefes médicos regionales y los gerentes del nivel medio. El proyecto no progresó

⁶ Secretaría Nacional de Salud. "MANUAL DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES DE BOLIVIA". Segunda Ed. 1996.

⁷ O.P.S. = Organización Panamericana de la Salud, O.M.S. = Organización Mundial de la Salud.

por lo que se decidió cambiar la estrategia y trabajar directamente con el área operativa en los policlínicos.

- ☑ En una segunda, etapa en marzo de 1996 se capacitó a directores de Policlínicos a capacitadores y personal operativo multidisciplinario. Se conformó el equipo coordinador del Proceso de Mejoramiento Continuo (P.M.C.), para resolver problemas más recurrentes de cada policlínico.
- ☑ En una tercera etapa, se desarrollaron 3 estrategias para fortalecer el P.M.C.: (a) Formación de facilitadores, (b) Estandarización de ciertos procesos en los policlínicos como: la cita previa, flujo de pacientes y el análisis periódico del expediente clínico, y el (c) Establecimiento de un sistema de evaluación para acreditar aquellos policlínicos que estuvieran trabajando por mejorar su calidad.
- ☑ En una cuarta etapa, en septiembre de 1996 se refinaron indicadores, estándares y subestándares de calidad y se agregaron indicadores de desempeño a un instrumento basado en el modelo de Proyecto Integrado de Servicios de Salud (PROISS) para la acreditación, a ser aplicado en Consulta Externa a través de un instrumento llamado “Manual de Vigilancia de la Calidad” que incorporó el mayor número de los indicadores que permite identificar problemas relacionados a los elementos de estructura, proceso y resultados.

IDENTIFICACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

La C.N.S., es una Institución descentralizada, de derecho público sin fines de lucro, con personalidad jurídica, autonomía de gestión y patrimonio independiente, encargada de la gestión, aplicación y ejecución de seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo.

La C.N.S. no realiza evaluaciones periódicas para identificar los problemas inherentes al proceso de atención médica. Existen deficiencias en la: infraestructura, equipamiento, manual de funciones, medicamentos, insumos, material de escritorio, en cuanto a la referencia y contrareferencia de pacientes, limpieza y mantenimiento, gestión y organización de la atención y de los procedimientos técnico - administrativos.

No existe una satisfacción de las expectativas razonables de *comodidad* para los usuarios, ya que el tiempo de espera⁸ resulta ser prolongado comparando con los pocos minutos que el paciente pasa con el médico, El resultado del estudio exploratorio, indica que el maltrato por parte de las enfermeras⁹, la falta de higiene en el mismo centro médico provocan la insatisfacción de los usuarios. Se debe reconocer que el servicio médico que prestan los profesionales es de calidad, al demostrar empatía al paciente, los pacientes asegurando de que el médico les puso atención¹⁰ a sus dolencias, le explicaron el tratamiento a seguir y el trato que mostró el médico fue buena.

Las posibles consecuencias y efectos que desencadenan las deficiencias descritas anteriormente, y si éstas persisten, dan lugar a que las prestaciones médicas bajen en su calidad de atención médica, con la consiguiente desafiliación de las empresas que actualmente cotizan a la C.N.S. Con el constante aumento de la cartera en mora, por falta de control en el vencimiento de plazos procesales coactivos, debido a la ausencia de un sistema moderno computarizado en el registro de empresas afiliadas, inspección, supervisión, verificación y control de planillas de trabajadores y empleados, de forma ágil y oportuna en el cobro de aportes que pueda evitar la corrupción.

El INASES se encarga de la afiliación o desafiliación de las empresas que cotizan la C.N.S. De acuerdo al Decreto Supremo N° 24540, en su Artículo 4, el INASES

⁸ Ver Anexo 1: Estudio Exploratorio a la población asegurada, pregunta 1, 2.

⁹ Ver Anexo 1: Estudio Exploratorio a la población asegurada, pregunta 7.

¹⁰ Ver Anexo 1: Estudio Exploratorio a la población asegurada, pregunta 3, 4, 5.

decidirá por vía reglamentaria las solicitudes de desafiliación de instituciones o empresas del ente gestor determinado, previo estudio técnico financiero y médico, tomando en cuenta la infraestructura y desarrollo institucional en los ámbitos Nacional, departamental y local, así como las necesidades de las personas protegidas.

El Ministerio de Salud y Previsión Social y el INASES en su Capítulo IV, Art. 9, indica que las empresas o instituciones afiliadas a un Ente Gestor podrán solicitar su desafiliación con la presentación de una solicitud fundamentada al Ente Gestor al que estuviera afiliado.

Elementos del problema que se conocen:

- ✓ Deficiencias en los procedimientos de la atención médica.

En los Policlínicos de la C.N.S. existe deficiencia en los proceso de atención médica que facilite al asegurado.

- ✓ Deficiencias en la evaluación de los servicios médicos.

Actualmente no existe una evaluación periódica de los servicios médicos que brinda la C.N.S. en Consulta Externa.

- ✓ Centralización en los sistemas de abastecimiento de: medicamentos, insumos y equipamiento.

En los centros de salud se refleja un inadecuado sistema vigente de adquisiciones y distribución que, tiene por característica principal la demora en la provisión de pedidos. Existe, además una excesiva centralización en la adquisición de bienes, debiendo el centro de salud consultar todas y cada una de las adquisiciones que realiza a la oficina central, este procedimiento ocasiona una carga burocrática tanto para el Departamento de Adquisiciones de la Oficina Central como para el Policlínico.

Elementos del problema que se pretende conocer:

- ¿Qué funciones cumple la evaluación de los servicios médicos para identificar los problemas?
- ¿Cómo podemos mejorar la atención médica, y brindar confianza y credibilidad en los usuarios?

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los requisitos que necesita la C.N.S. para que un proceso de calidad acredite la prestación de los servicios?

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**Justificación teórica.**

“La motivación de carácter teórico, se refiere a la inquietud que surge en el investigador para profundizar en uno o varios enfoques teóricos que tratan el problema que se explica, a partir de los cuales espera avanzar en el conocimiento planteado y/o para encontrar nuevas explicaciones que modifiquen o complementen el conocimiento inicial” ¹¹

Justificación metodológica.

La presente investigación se lleva a cabo de acuerdo a las normas, procedimientos, técnicas y métodos del método científico, ya que exige la comprobación o no de la hipótesis. Se utilizará el método inductivo, ya que por medio de la observación de situaciones particulares podremos concluir situaciones generales. También, se utilizarán técnicas de investigación primarias y

¹¹ Véase MÉNDEZ Álvarez, Carlos Eduardo. “METODOLOGÍA, GUÍA PARA ELABORAR DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS ECONÓMICAS, CONTABLES ADMINISTRATIVAS”. ED. McGraw-Hill, Bogotá - Colombia, 1998, p.58.

secundarias; que ayudaran a la obtención de información confiable para alcanzar los objetivos del estudio.

Justificación social.

El presente trabajo de investigación debe plantear un proceso de calidad para acreditar los diferentes centros de Consulta Externa a nivel Departamental, y posteriormente a nivel Nacional en la C.N.S.; para mejorar la calidad en la atención al paciente.

Justificación práctica.

Carlos Méndez afirma que la justificación práctica “consiste en el diseño de las ventajas esperadas por los resultados de la investigación”.¹² Esta investigación esta dirigida para detectar los factores que influyen en la calidad de la atención médica, tomando como base la acreditación, por ser un instrumento valioso para garantizar la calidad de la atención médica.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general.

“Plantear un proceso de calidad en Consulta Externa de la C.N.S., que acredite los servicios”

Objetivos Específicos.

- Conceptuar la importancia de la calidad en la organización.
- Definir las características de los servicios.
- Enunciar la teoría de proceso en la empresa.

¹² Ibidem.

- Describir el área de estudio
- Realizar un estudio de los procesos de atención médica en el Policlínico Central de la C.N.S.
- Determinar la confiabilidad de los servicios de Consulta Externa en el Policlínico Central de la C.N.S.
- Establecer los servicios que presta el Policlínico Central de la C.N.S.

ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

Ámbito geográfico.

La presente investigación será llevada a cabo en Bolivia, en la ciudad de La Paz.

Sector económico.

El sector económico al que pertenece la atención de salud es el terciario, relacionado con la prestación de servicios. Dentro del Sistema Nacional de Salud, sector Seguridad Social, Caja Nacional de Salud, Policlínico Central.

Universo de estudio.

Policlínico Central, población asegurada y personal médico, paramédico y administrativo.

Instituciones relacionadas

Caja Nacional de Salud (C.N.S. – Oficina Central)

Ministerio de Salud y Previsión Social

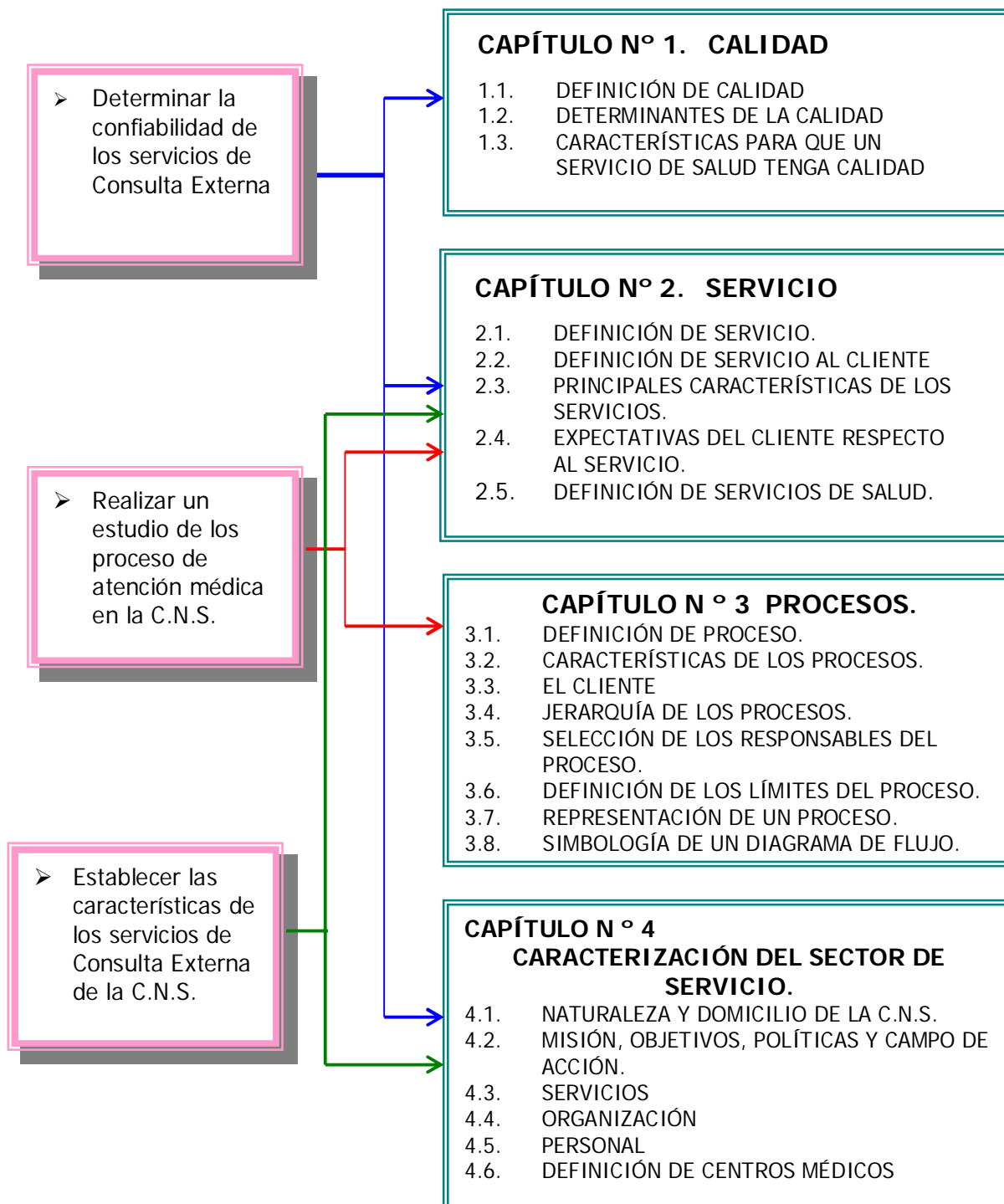
Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).

Área temática.

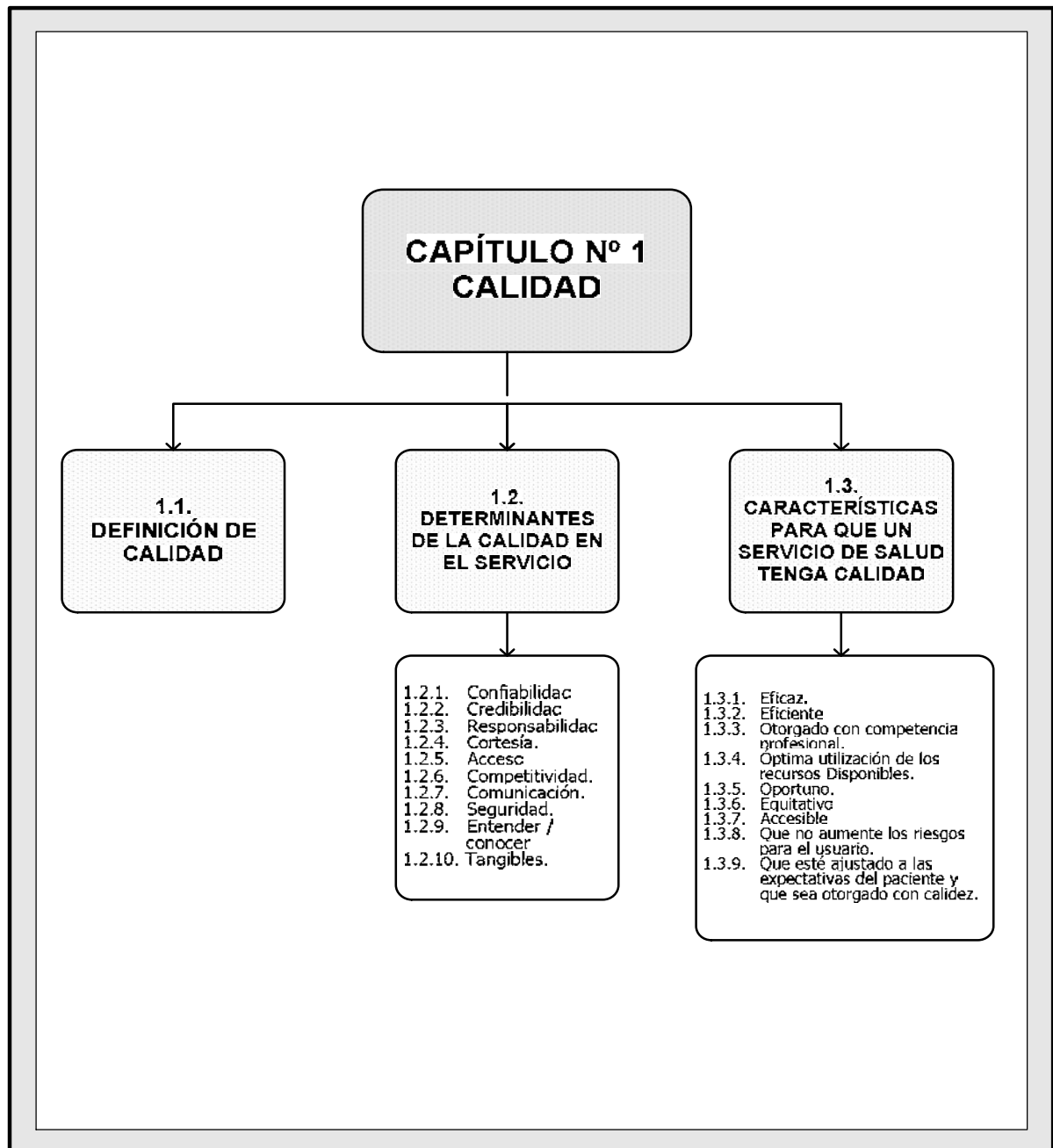
Área general: Gerencia social.

Área específica: Gerencia de Procesos.

Área particular: Acreditación de Policlínicos.

ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO.**ESQUEMA N° 1. ESQUEMA DE INTRODUCCIÓN AL MARCO TEÓRICO.**

ESQUEMA Nº 2. ESQUEMA DE INTRODUCCIÓN AL PRIMER CAPÍTULO.



CAPÍTULO I

CALIDAD

1.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD.

Según Rico: el concepto de Calidad viene del latín “Qualitatem” que “significa el atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios. Esa distinción implica un nivel de excelencia, pero algo excelente no es algo caro y lujoso, sino adecuado para su uso¹³”

La definición de calidad es la siguiente, de acuerdo con dos diferentes autores:

- ✓ Según Julio Lobos, la **calidad** significa: “todo lo que alguien hace a lo largo de un proceso para garantizar que un cliente, fuera o dentro de la organización, obtenga exactamente aquello que desea, en términos de características intrínsecas, costos y atención, calidad es el juicio que tienen los clientes o usuarios sobre un producto o servicio, es el punto en el que sienten que sobrepasa sus necesidades y expectativas”.¹⁴
- ✓ Thomas Berry, dice que la **calidad** es “satisfacer las necesidades de los clientes y sus expectativas razonables”.¹⁵

Según Render y Heizer, es más difícil medir la calidad de los servicios, el usuario de un servicio tiene pocas características y atributos en mente que usará como base de comparación entre varias alternativas. La falta de un atributo puede ser motivo suficiente para descartar a una empresa de servicio. La calidad también, puede ser percibida como un grupo de

¹³ RICO, Rubén. “CALIDAD ESTRATÉGICA TOTAL” ED. Machi. Argentina. 1991. Pág. 4.

¹⁴ LOBOS, Julio. “CALIDAD A TRAVÉS DE LAS PERSONAS”. Ed. Dolmen. Chile. 1993. Pág. 18.

¹⁵ BERRY, Thomas. “COMO GERENCIAR LA TRANSFORMACIÓN HACIA LA CALIDAD TOTAL”. ED. McGraw-Hill, Colombia 1994. Pág. 2.

atributos donde muchas características menores llegan a dar superioridad sobre la competencia¹⁶.

Para el autor Rico, es importante asumir la calidad, "por el elevado costo que implica hacer las cosas mal, repetir trabajos, corregir errores continuos, por la ventaja competitiva que produce brindar a los clientes calidad en bienes y servicios, por la ventaja competitiva que produce brindar a los clientes la calidad por lo que significa lograr un mayor rendimiento de la inversión para hoy y siempre".¹⁷

Se puede decir entonces, que la "calidad" es la suma de los valores agregados que se incorporan al producto y al servicio a lo largo de un proceso; ésta es importante, ya que es el valor final a través del cual los clientes satisfacen sus expectativas y necesidades.

1.2. DETERMINANTES DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO.

Para los autores Render y Heizer se tienen los siguientes aspectos¹⁸:

1.2.1 La **confiabilidad**, se expresa como la probabilidad de que un componente funcionará adecuadamente para un período de tiempo dado. La confiabilidad involucra la consistencia en el desempeño y la responsabilidad. Esto significa que la empresa lleva a cabo el servicio correctamente desde la primera vez y también significa que la empresa cumple sus promesas.

1.2.2 La **credibilidad**, involucra la integridad, principios, honestidad, así como tener bien identificados los mejores intereses del cliente.

¹⁶ RENDER, Barry. HEIZER, Jay. "ADMINISTRACIÓN DE OPERACIONES". Ed. Prentice Hall Hispanoamericana. México. 1997. Pág.106-107.

¹⁷ RICO, Rubén. Ibidem. Pág. 5.

¹⁸ RENDER, Barry. HEIZER, Jay. Ibidem.

- 1.2.3 La **responsabilidad**, involucra el deseo o disponibilidad de los empleados para proporcionar el servicio. Involucra la oportunidad del servicio.
- 1.2.4 La **cortesía**, involucra la educación, respeto, consideración y amabilidad del contacto personal
- 1.2.5 El **acceso**, involucra el acercamiento y la facilidad del contacto.
- 1.2.6 La **competitividad**, significa que se poseen las habilidades y conocimientos requeridos para llevar a cabo el servicio.
- 1.2.7 La **comunicación**, significa mantener a los consumidores informados en lenguaje que puedan entender y a su vez escucharlos. Puede significar que la compañía tiene que ajustar su lenguaje para diferentes consumidores, incrementar el nivel de satisfacción con un cliente experimentado y también hablar sencilla y llanamente con un novato.
- 1.2.8 La **seguridad**, es la ausencia de peligro, riesgo o duda.
- 1.2.9 **Entender/conocer**, al cliente involucra hacer el esfuerzo para entender las necesidades del cliente.
- 1.2.10 Los **tangibles**, incluyen la evidencia física del esfuerzo.

Según De La Parra sobre la percepción de la calidad se tienen los siguientes aspectos¹⁹:

- Las percepciones del cliente sobre la calidad en el servicio son producto de una comparación entre sus expectativas antes de tener su

¹⁹ DE LA PARRA, Erick. "¿Qué ES EL SERVICIO? En calidad y excelencia". Revista Bimestral Coleccionable. Año 1. N° 3. Lima- Perú. 1996. Pág. 8.

experiencia real con el servicio. La calidad en el servicio se juzga sobre la base del cumplimiento en sus expectativas.

- ☑ Las percepciones de calidad se derivan del proceso del servicio así como del resultado del servicio. La manera que se lleva a cabo puede ser un componente crucial del servicio desde el punto de vista del consumidor.
- ☑ La calidad en el servicio es de dos tipos, normal y excepcional. Primero existe un nivel de calidad en el cual se lleva a cabo el servicio regular, tal como el manejo de una transacción por parte de un cajero. Segundo existe un nivel de calidad en que se manejan las excepciones o problemas.
- ☑ La calidad en el servicio es la verdadera ventaja competitiva de una organización en un mercado altamente competitivo, donde muchos ofrecen lo mismo, y la constante en el servicio de calidad es el reflejo del compromiso de quienes integran una empresa orientada al cliente.

1.3. CARACTERÍSTICAS PARA QUE UN SERVICIO DE SALUD TENGA CALIDAD²⁰:

Según Ugarteche se tienen las siguientes características:

1.3.1 **Eficaz**, vale decir, que cumpla el propósito para el que fue previsto, de mejorar la calidad de atención médica y de vida del paciente.

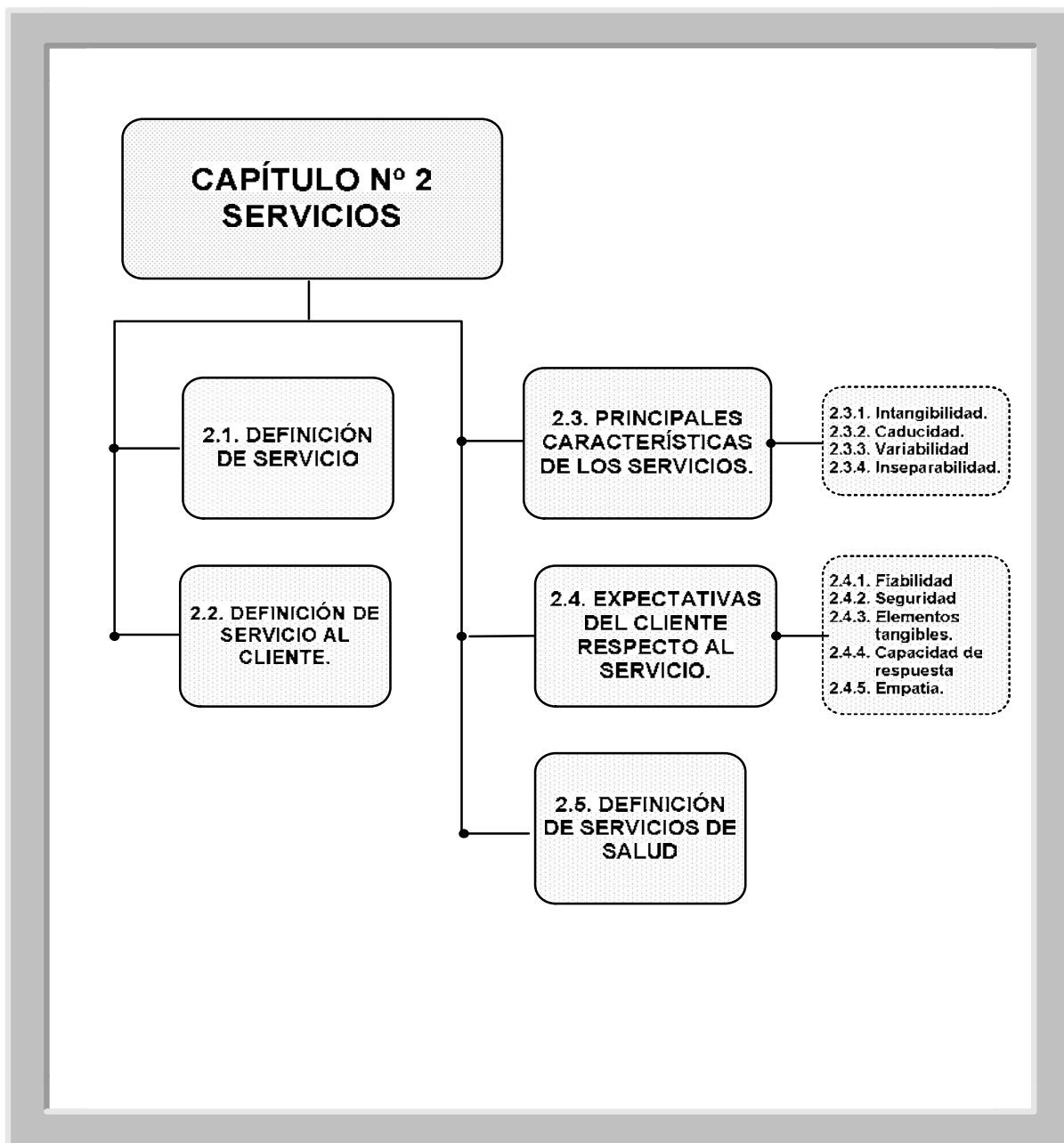
1.3.2 **Eficiente**, vale decir, que utilice óptimamente los recursos disponibles.

²⁰ UGARTECHE, G. Jorge. "GESTIÓN ESTRATÉGICA DE SEGUROS DE SALUD". O.I.S.S. Pág. 100 – 102.

- 1.3.3 **Otorgado con competencia profesional**, de acuerdo a estándares aceptables y utilizando el apoyo tecnológico más recomendable.
- 1.3.4 **Óptima utilización de los recursos disponibles** (que sea eficiente). Vale decir, evitando duplicar esfuerzos o despilfarrar (mal utilizar) los recursos asignados para la sociedad para tal fin.
- 1.3.5 **Oportuno**, esté disponible y se mantenga continuo, es decir, que el servicio llegue el momento que es requerido, permanezca el tiempo necesario y uno pueda contar con el en otro momento. Un indicador podrá ser la cantidad de un determinado recursos vs. la población disponible.
- 1.3.6 **Equitativo**, es decir, que sirva a quien más lo necesite, sobre todo si el servicio es de interés público o social. Es decir, que de prioridad a las necesidades sentidas (para el médico y el equipo de salud) del usuario (aquellas de índole técnica), satisfaciendo las mismas aunque el paciente no lo perciba (un servicio puede ser de alta calidad aunque no necesariamente satisfaga las necesidades percibidas para el paciente, mientras si satisfaga las necesidades técnicamente esenciales). Ahora bien, si además de satisfacer las necesidades sentidas del usuario, es capaz de satisfacer las percibidas para aquel, es posible que, además pueda ser considerado para el paciente, como un servicio de excelencia.
- 1.3.7 **Accesible**. Vale decir, que llega al usuario superando cualquier tipo de barrera, sea ésta geográfica (distancia, duración del viaje), lingüística, cultural (aceptabilidad o rechazos de los servicios), social, y económica (pagos por la atención, costo del viaje, o en el caso de servicios de tipo social o de interés público), organizacional (tiempo de espera, horarios de trabajo, falta de señalización, modalidades de atención).

- 1.3.8 **Que no aumente los riesgos para el usuario.** Es decir, que no conlleve la posibilidad de atentar contra la vida o la salud del paciente (experimentación). Por ejemplo, en los casos de procedimientos diagnósticos o terapéuticos cuyos resultados son aún cuestionables estadísticamente, éticamente, etc., salvo que cuenten con la autorización informada (consciente) del paciente, en casos de enfermedades terminales.
- 1.3.9 **Que esté ajustado a las expectativas subjetivas (circunstanciales) del paciente y sea otorgado con calidez.** Es decir, que el trato del personal a cargo del paciente y del personal auxiliar esté ajustado a las circunstancias (tomando en cuenta el circunstancial rol de enfermo del usuario) y sea en todo momento amable, cordial, tolerante pero firme, a inteligente y protector.

ESQUEMA N° 3. ESQUEMA DE INTRODUCCIÓN AL SEGUNDO CAPÍTULO.



CAPÍTULO II

SERVICIO

2.1. DEFINICIÓN DE SERVICIO.

El servicio es un concepto muy subjetivo y difícil de definir. Los clientes reaccionan de diferente manera ante lo que parece ser un mismo servicio. Incluso un mismo cliente puede reaccionar de distinto modo ante un mismo servicio en circunstancias diferentes. Dar un servicio implica el cuidado que pongamos en detectar las necesidades de nuestros clientes y tomar las acciones correspondientes para satisfacerlas de manera óptima.

Horovitz define el **servicio** como “El conjunto de prestaciones que el cliente espera, además del producto o servicio básico como consecuencia del precio, la imagen y la reputación del mismo, son sin duda todas esas actividades que tiene valor para el comprador”.²¹

Según Bloom, “un servicio es cualquier actividad que una persona ofrece a otra, que es esencialmente intangible y no tiene como resultado la propiedad de nada. Su producción puede o no estar relacionada con un producto físico”²²

En Salud, “el buen servicio al cliente constituye un elemento crucial en los centros donde se prestan los servicios para la contracepción y el bienestar de la familia. Está dado por los individuos que prestan servicios para cubrir las necesidades que usted tiene, haciéndole sentir que les interesa su bienestar y que por ende, usted desee recomendar dichos servicios a sus familiares y amigos”²³. Al proveer un buen servicio al cliente. Se genera una

²¹ HOROVITZ, Jacques. “LA CALIDAD DEL SERVICIO, A LA CONQUISTA DEL CLIENTE”. ED. McGraw - Hill. España. 1993. Pág. 2.

²² BLOOM, Paúl; KOTLER, Philip. “MERCADEO DE SERVICIOS PROFESIONALES”. ED. Legis. Colombia. 1991. Pág. 149.

²³ Actualidad Gerencial en Planificación Familiar. “CÓMO CENTRAR LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO AL CLIENTE”. USAID. Volumen V. 1996.

nueva demanda de productos y servicios, y se logra que los clientes regresen, de ésta manera se reducen los costos por cada cliente.

2.2. DEFINICIÓN DE SERVICIO AL CLIENTE²⁴.

“Servicio al cliente significa proporcionar asistencia a los clientes de tal forma que éste redunde en un mayor grado de satisfacción con su programa. Se basa en la preocupación constante por las preferencias de los clientes, tanto a nivel de la interacción con el personal como con el diseño de servicios. Sostiene que el personal es responsable ante los clientes por las decisiones que esto toma y que los clientes tienen derechos que el personal debe respetar”.

Cuatro de las **funciones claves del servicio al cliente** son:

- ✓ **Establecer un ambiente agradable para cada cliente**, los clientes juzgan de acuerdo a la calidad de los servicios que recibe.
- ✓ **Agilizar el flujo de clientes**; reducir el tiempo de espera, agilizar las visitas y acortar las etapas que los clientes tienen que completar durante sus visitas.
- ✓ **Personalizar los servicios para cada cliente**; cubrir las necesidades emocionales de los clientes así como sus necesidades clínicas.
- ✓ **Organizar y proporcionar información clara a cada cliente**; identificar cual es el horario optimo para que los clientes reciban información necesaria e importante.

2.3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS.²⁵

²⁴ Ídem.

²⁵ BLOOM, Paúl. Op. Cit. Pág. 149-151.

Según Bloom, los servicios tienen cuatro características que deben considerarse:

2.3.1 Intangibilidad. No se lo puede ver ni tocar, y esto significa el efecto que tiene en el cliente.

2.3.2 Caducidad. Los servicios no pueden almacenarse. Si un servicio no se usa cuando está disponible la capacidad del servicio se pierde.

2.3.3 Variabilidad o Heterogeneidad. Es múltiple, diverso pero, ninguno es igual al otro. Los servicios son extremadamente variables, ya que dependen de la persona que los suministre y de cuándo y dónde se suministren.

2.3.4 Inseparabilidad. Un servicio no existe separadamente de sus proveedores, ya sean estas personas o máquinas. El servicio es fabricado en el mismo momento en que se entrega al cliente.

Para Eigler y Langeard, los servicios tienen la característica de “poseer un valor a los ojos del que lo ofrece como a los del consumidor, su cliente. Este valor sólo se hace efectivo bajo dos condiciones; por una parte la facilidad en el material y el personal pertenecientes a la empresa de servicio están disponibles; por otra, el cliente siente la necesidad y acudiendo a la empresa de servicio, la satisface”.²⁶ El valor sólo existe cuando existe el servicio.

2.4. EXPECTATIVAS DEL CLIENTE RESPECTO AL SERVICIO.

Katz expresa que las expectativas del cliente “son actitudes que éste asume con respecto a una empresa, estas se relacionan con el producto, con el

²⁶ EIGLER, Pierre y LANGEARD, Eric. “SERVUCCIÓN”. Ed. McGraw-Hill. Madrid. 1989. Pág. 3

servicio dado y con el profesionalismo del contacto con el cliente”.²⁷ Para dar un servicio de calidad debemos saber qué es lo que espera el cliente, es la esencia de todo servicio. El cliente utiliza cinco dimensiones para evaluar la calidad de un servicio²⁸:

2.4.1. **Fiabilidad:** Implica realización del servicio prometido con formalidad y exactitud.

2.4.2. **Seguridad:** Se refiere a la competencia y cortesía del personal de servicio que infunde confianza en el usuario

2.4.3. **Elementos tangibles:** Lo tangible es la parte visible de la oferta del servicio, los elementos tangibles influyen en la percepción de la calidad.

2.4.4. **Capacidad de respuesta:** Estar listo para servir pronta y eficazmente, implica patentar en el usuario que sus asuntos se aprecian y quieren.

2.4.5. **Empatía:** Es un compromiso con el usuario, es el deseo de comprender las necesidades precisas del usuario y encontrar las respuestas más adecuada.

2.5. DEFINICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

Según la O.P.S. define a estos servicios como “el conjunto de medios directos y específicos, destinados a poner al alcance del mayor numero de personas los recursos del diagnostico temprano, del tratamiento oportuno, completo y restaurador, y de la observación subsiguiente. La atención médica, como uno de los servicios básicos de un plan integrado de salud

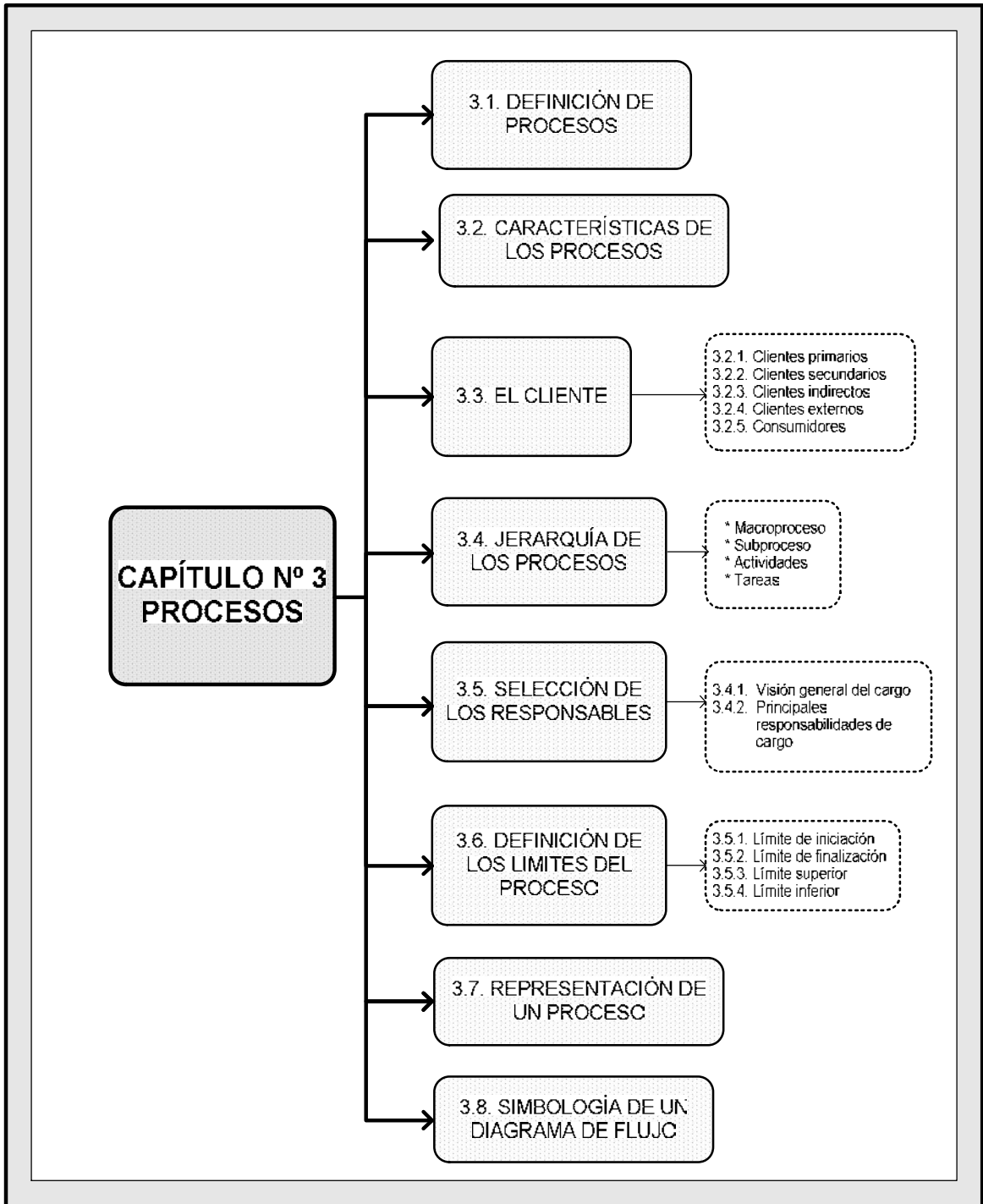
²⁷ KATZ, Bernard. “CÓMO GERENCIAR EL SERVICIO AL CLIENTE”. ED. Legis. Colombia. 1989. Pág. 20

²⁸ COTLE, David. “EL SERVICIO CENTRADO EN EL CLIENTE”. ED. Díaz de Santos. Madrid. 1991. Pág. 37.

contribuye, así mismo, a la educación y a la investigación indirecta e individualmente, colabora en las acciones de protección y promoción de la salud, dentro de los programas sistemáticos, coordinados y coherentes”²⁹.

²⁹ O.P.S. citada por FAJARDO, Guillermo. “ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA Y DE HOSPITALES”. Op. Cit. Pág. 69.

ESQUEMA Nº 4. ESQUEMA DE INTRODUCCIÓN AL TERCER CAPÍTULO



CAPÍTULO III

PROCESOS

3.1. DEFINICIÓN DE PROCESO.

Según Harrington³⁰, **proceso** es “cualquier actividad o grupo de actividades que emplee un insumo, le agregue valor a éste y suministre un producto a un cliente externo o interno. Los procesos utilizan los recursos de una organización para suministrar resultados definitivos”.

"Una empresa no es otra cosa que un enorme y complejo proceso que se divide en muchos subprocesos, de los cuales solo uno es el que produce el producto que se vende a los clientes"³¹.

Para el mismo autor, *proceso de la empresa* son “todos los procesos de servicios y los que respaldan a los de producción. Un proceso de la empresa consiste en un grupo de tareas lógicamente relacionadas que emplean los recursos de la organización para dar resultados definidos en apoyo de los objetivos de la organización”. Al emplear estas definiciones, podemos ver casi todo lo que hacemos es un proceso y que los de las empresas desempeñan un papel importante en la supervivencia económica de nuestras organizaciones³².

A medida que pensamos en los procesos de la empresa, necesitamos reconocer la diferencia entre el **proceso** (forma como se emplea los recursos) y el **contenido** (qué recursos se emplea)³³.

³⁰ HARRINGTON, H. James. “MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS DE LA EMPRESA”. Ed. Mc Graw Hill. Bogotá – Colombia. 1993. Pág. 9-17.

³¹ HARRINGTON, H. James. “CÓMO INCREMENTAR LA CALIDAD – PRODUCTIVIDAD EN SU EMPRESA” Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México. 1990. Pág. 142.

³² Ídem, 1993. Pág. 10.

³³ Ibidem. 1993. Pág. 14.

3.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCESOS.

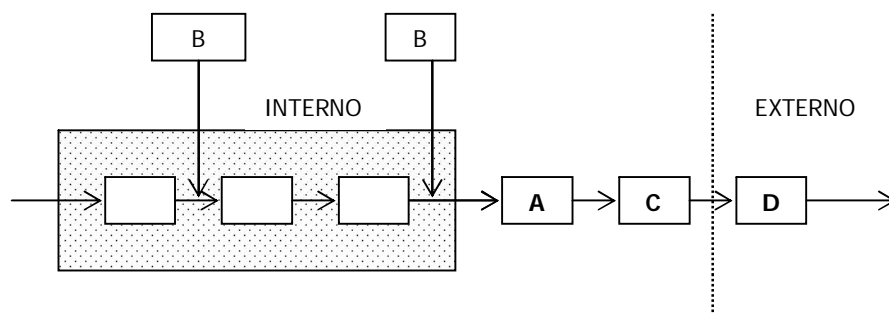
Todos los procesos bien definidos y bien administrados tienen algunas **características** comunes³⁴:

- Tienen a alguien a quien se considera responsable de aquella forma en la cual se cumple el proceso (responsables del proceso).
- Tiene límites bien definidos (alcance del proceso).
- Tienen procedimientos documentados, obligaciones de trabajo y requisitos de entrenamiento...

3.3. LOS CLIENTES.

Un **cliente**³⁵ es cualquiera (persona u organización) que recibe el output del proceso directa o indirectamente. Los clientes pueden estar dentro de la organización (clientes internos), fuera de ésta (cliente externo) o estar de las dos maneras.

Figura N° 1: Los clientes del proceso.



FUENTE: HARRINGTON, James. "Mejoramiento de los procesos de la Empresa". Ed. Mc Graw Hill. México 1993. Pág. 80.

³⁴ Ibidem. 1993. Pág. 17.

³⁵ Ibidem. 1993. Pág. 80-81.

Un proceso simple puede tener hasta cinco tipos diferentes de clientes:

3.3.1. Clientes primarios. Son los que reciben directamente el output del proceso.

3.3.2. Clientes secundarios. Es una organización que está por fuera de los límites del proceso y que recibe el output del proceso, pero que no es necesaria directamente para respaldar la misión primaria del proceso.

3.3.3. Clientes indirectos. Son los que, estando dentro de la organización, no reciben directamente el output del proceso pero salen afectados si el output del proceso es erróneo.

3.3.4. Clientes externos. Reciben el producto o servicio final, son los clientes externos de la empresa.

En ésta investigación la palabra cliente, se refiere al cliente externo, sin dejar de lado la importancia de los cuatro tipos mencionados en el proceso.

3.4. JERARQUÍA DEL PROCESO³⁶.

Casi todo lo que hacemos constituye un proceso. Existen procesos altamente complejos que involucran a muchas personas y procesos muy sencillos que sólo requieren segundos.

Desde un punto de vista macro, los procesos son las actividades claves que se requieren para manejar y/o dirigir una organización.

3.4.1. Macroproceso. Un *macroproceso* puede subdividirse en **subprocesos** que tienen una relación lógica, actividades secuenciales que contribuyen a la misión del macroproceso (Ver Figura N° 2). Los macroprocesos complejos se dividen en un determinado número de

³⁶ Ibidem. Pág. 33 – 34.

subprocesos con el fin de minimizar el tiempo que se requiere para mejorar el macroproceso.

Jerarquía del proceso

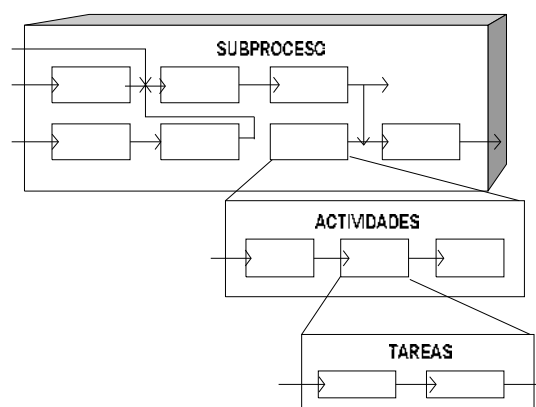


Figura N° 2

3.4.2. Actividades. Todo macroproceso o subproceso está compuesto por un determinado número de actividades. Las **actividades** son cosas que tienen lugar dentro de todos los procesos. Son acciones que se requieren para generar un determinado resultado. Las actividades constituyen la parte más importante de los diagramas de flujo.

3.4.3. Tareas. Cada actividad consta de un determinado número de **tareas**. Normalmente estas tareas están a cargo de un individuo o de grupos pequeños. Ellos se encargan hasta de la microvisión más pequeña del proceso.

3.5. SELECCIÓN DE LOS RESPONSABLES DEL PROCESO³⁷.

El responsable del proceso es la persona que ha sido nombrado por la gerencia como el encargado de garantizar que el proceso total sea efectivo

³⁷ Ibidem. 1993. Pág. 54-55.

y eficiente. El responsable del proceso debe tener capacidad para prever los cambios de la empresa y su impacto en el proceso.

3.5.1. Visión general del cargo. La descripción del cargo para el responsable del proceso debe indicar que é es el responsable último de mejorar determinado proceso. La meta del responsable del proceso de la empresa consiste en mejorar el proceso asignado.

3.5.2. Principales responsabilidades. Debe incluir lo siguiente:

- Establecer medidas y fijar objetivos para mejorar la efectividad, eficiencia y adaptabilidad del proceso.
- Garantizar que las metas globales del proceso se cumplan.
- Definir los límites preliminares y el alcance del proceso
- Identificar y ejecutar los cambios requeridos en el proceso para satisfacer las necesidades tanto de la empresa como de los clientes.
- Preparar los documentos aclaratorios.

3.6. DEFINICIÓN DE LOS LÍMITES DE UN PROCESO³⁸.

Según Harrington, la definición de los límites del proceso constituye la primera labor a hacerse, el definir los límites significara decir dónde comienza y dónde termina el proceso, esto debido a que la organización puede abarcar un complejo laberinto de procesos interconectados.

El definir los límites de un proceso permitirá descomponer este laberinto en piezas manejables y lógicas.

³⁸ Ibidem. 1993. Pág. 62-63.

"Se identifican cuatro tipos de límites en los cuales puede encajonarse un proceso, éstos son los siguientes":

- ☑ Un límite de **iniciación**, es el punto en el cual comienza el proceso. Todos los inputs de la primera actividad de un proceso ingresan a través del límite de iniciación.
- ☑ El límite **superior** permite que los inputs hagan parte de cualquier otra actividad dentro del proceso.
- ☑ El límite **inferior** permite que el output del proceso llegue a los clientes secundarios en cualquier punto del proceso.
- ☑ Un límite de **finalización** es el output primario del proceso y llega hasta el cliente final del proceso.

La selección de estos límites determina quienes se involucraran en el proceso y qué actividades se desarrollan dentro de éste.

Existen muchas combinaciones respecto a los límites de inicio y finalización que en general dependen de la óptica particular de cada organización. También deben establecerse los límites superior e inferior de un proceso para determinar su complejidad.

Los límites del proceso definen los siguientes aspectos:

- ☑ Qué se incluye en el proceso.
- ☑ Qué no se incluye
- ☑ Cuáles son los output del proceso
- ☑ Cuáles son los inputs del proceso
- ☑ Qué departamentos están involucrados en el proceso.

3.7. REPRESENTACIÓN DE UN PROCESO.

La representación de un proceso comienza con la elaboración de un diagrama de flujo, el cual constituye una herramienta útil para entender el funcionamiento interno y las relaciones entre los distintos procesos de la empresa.

Para propósitos de esta investigación se adopta la definición siguiente, según Deming,: "un diagrama de flujo es la representación visual de las actividades de un proceso"³⁹

Esta representación gráfica puede ser tanto de un proceso existente como de uno propuesto, mediante la utilización de símbolos, palabras y líneas, demostrando las actividades, así como su secuencia lógica en el proceso.

Para los autores Morris y Brandon⁴⁰, "el flujo se representa como una línea orientada en el sentido de la flecha. El primer paso es la definición de las etapas del trabajo y su secuencia; las decisiones y las relaciones se identifican después. Por último, las etapas del trabajo se dibujan en una representación lineal del flujo; las decisiones aparecen como ramas en las que se elige una u otra opción".

Según los mismos autores, un diagrama de flujo ofrece dos ventajas en su uso⁴¹:

- La primera está referida a que permite la comparación de similitudes y diferencias del proceso de la empresa con el de otras compañías.
- La segunda ventaja de uso consiste en resaltar aquellas áreas donde las políticas no son claras o se están violando.

³⁹ DEMING, Edwards. "CALIDAD, PRODUCTIVIDAD Y COMPETITIVIDAD". Ed. Díaz de Santos. Madrid 1989. Pág. 14.

⁴⁰ MORRIS, Daniel. BRANDON, Joel. "REINGENIERÍA". Ed. McGraw Hill. Colombia 1995. Pág. 114.

⁴¹ Ídem.

La elaboración de un buen diagrama de flujo permite mostrar aquellas áreas en las cuales los procedimientos confusos interrumpen la productividad y proceder al mejoramiento respectivo.

3.7.1. Tipos de diagramas de flujo⁴².

Según Harrington existen cuatro tipos de diagramas de flujo:

- ☑ **Diagramas de bloques.** Es un tipo de diagrama que proporciona una rápida visión del proceso. Generalmente se elabora para documentar primero la magnitud del proceso, no incluye un análisis detallado y más bien simplifica aquellos procesos prolongados y complejos. Este tipo de diagrama es útil para una documentación de tareas individuales, luego se utiliza otro tipo de flujo para analizar el proceso en forma pormenorizada.
- ☑ **Diagrama de flujo Estándar de la ANSI.** Se utiliza cuando el proceso se acerca a la calidad de categoría mundial, en él se amplían las actividades que se encuentran dentro de cada bloque hasta el nivel de detalle deseado.
- ☑ **Diagrama de flujo funcional.** Identifica cómo los diferentes departamentos funcionales afectan un proceso a través de la organización.
- ☑ **Diagrama de flujo geográfico.** Constituye una herramienta para evaluar el plan de un departamento y su respectivo flujo de documentos, analiza principalmente factores de tráfico en áreas congestionadas. Para el autor Harrington: "un flujo geográfico ayuda a minimizar el desperdicio de tiempo mientras la producción


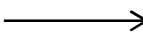




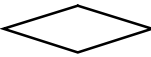
⁴² HARRINGTON. Op. Cit. 1993. Pág. 97 – 98.

resultante del trabajo y/o recursos se desplazan entre las actividades"⁴³.

3.8. SIMBOLOGÍA DE UN DIAGRAMA DE FLUJO.

Para Harrington se tiene que para ayudar a identificar los departamentos claves en el proceso de la empresa en evaluación, el responsable del proceso debe elaborar un diagrama de bloque del proceso e identificar quién realiza las operaciones claves⁴⁴. Según el mismo autor se presenta el siguiente cuadro:

CUADRO N° 1. SIMBOLOGÍA ESTÁNDAR PARA UN DIAGRAMA DE FLUJO.

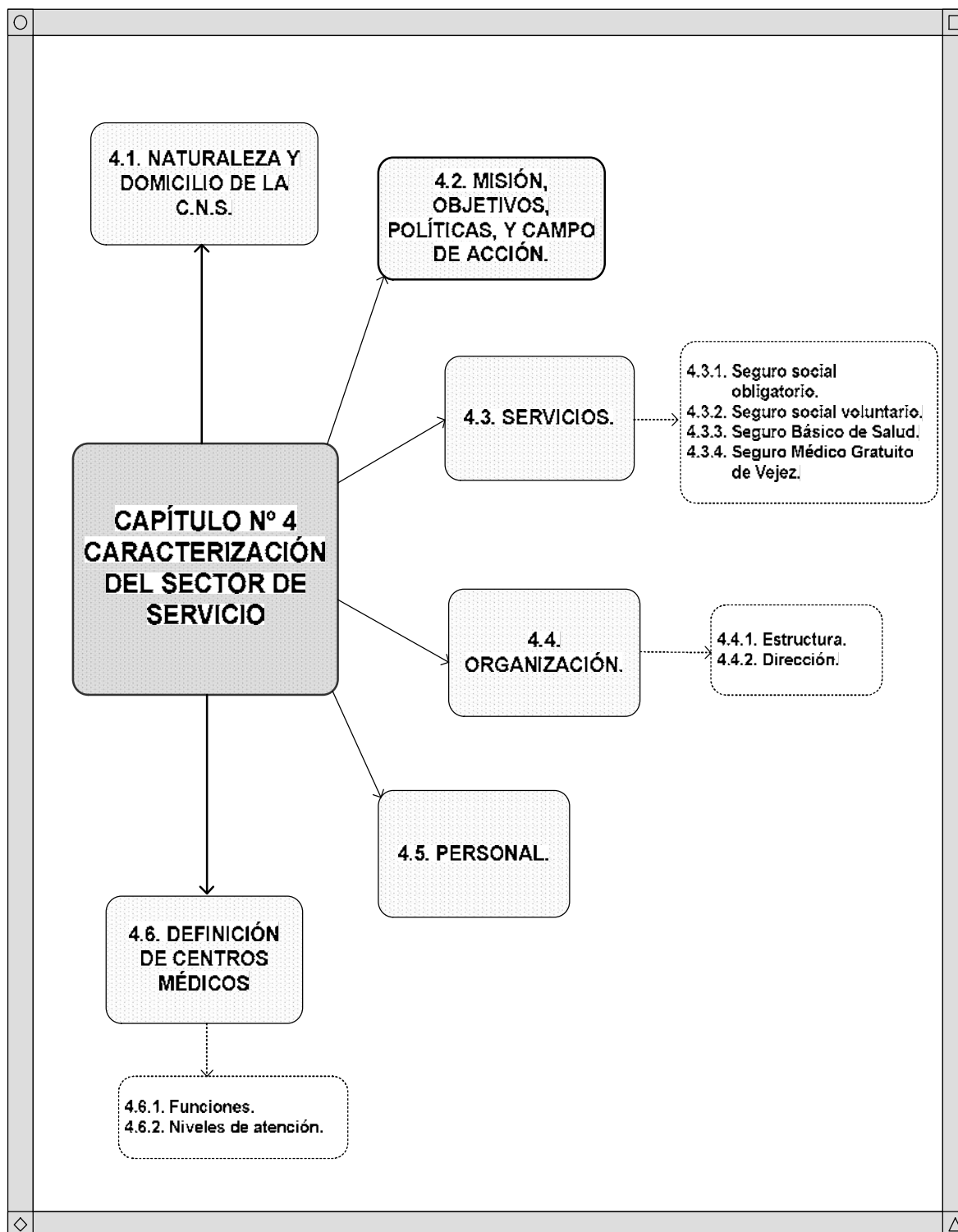
SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	Operación: Denota cualquier clase de actividad, incluye breve descripción de la actividad, se utiliza cada vez que ocurra un cambio de ítem.
	Dirección del flujo: denota la dirección y el orden que corresponden a los pasos del proceso.
	Límites: indica el inicio y el fin del proceso.
	Espera: el ítem o la persona deben esperar.
	Documentación: output de una actividad que incluye información registrada en un papel.
	Conector: se utiliza cuando no existe suficiente espacio para dibujar la totalidad del diagrama
	Punto de decisión: punto en el proceso en el cual se debe tomar una decisión.

FUENTE: HARRINGTON, James. "Mejoramiento de los procesos de la empresa". Ed. Mc Graw Hill. México 1993. Pág. 106 – 110.

⁴³ Ibidem. 1993. Pág. 118.

⁴⁴ Ibidem. 1993. Pág.106 -110.

ESQUEMA N° 5. ESQUEMA DE INTRODUCCIÓN AL CUARTO CAPÍTULO.



CAPÍTULO IV

CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR DE SERVICIO

4.1. NATURALEZA Y DOMICILIO DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD ⁴⁵

“La **Caja Nacional de Salud (C.N.S.)**, es una institución descentralizada de derecho público sin fines de lucro, con personalidad jurídica, autonomía de gestión y patrimonio independiente, encargada de la gestión, aplicación y ejecución de los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo”.

La Caja Nacional de Salud “funciona bajo la tuición del Ministerio de Salud en cumplimiento a la LEY 1493 de Reforma del Poder Ejecutivo, del Decreto Supremo No. 23660 de 12 de octubre de 1993 a través del Instituto Nacional de Seguros de Salud, Decreto Supremo No. 23716 de 15 de enero de 1994. Así como las previsiones instituidas por el Código de Seguridad Social, su Decreto Reglamentario, Ley 1024 del 14 de abril de 1987, Decreto Supremo No. 21637 del 25 de abril de 1987 y demás disposiciones conexas”. “El domicilio legal de la Caja Nacional de Salud, está en la ciudad de La Paz. Se desconcentra geográficamente en administraciones departamentales (regionales) y agencias Distritales para el cumplimiento de sus objetivos en todo el país”.

⁴⁵ Caja Nacional de Salud. “NORMATIVA INSTITUCIONAL”. Estatuto Orgánico de la Caja Nacional de Salud. Volumen I. Imprenta Papiro. La Paz – Bolivia. Diciembre 1994. Pág. 17-20: Art. 1-2

4.2. MISIÓN, POLÍTICAS, OBJETIVOS Y CAMPO DE APLICACIÓN⁴⁶

“La **misión** de la Caja Nacional de Salud es velar por la salud integral de la población asegurada, coadyuvando al desarrollo humano de la población boliviana, en los campos de su competencia”.

Si nos referimos a **políticas**, podemos decir que la Caja Nacional de Salud, adopta los siguientes lineamientos:

“La Caja Nacional de Salud se rige por los principios de **universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia**, respecto al otorgamiento de las prestaciones de salud, por lo que buscará ampliar constantemente su cobertura, favorecer a los sectores más deprimidos, optimizar el uso de sus recursos y servir eficientemente a sus beneficiarios”

“La Caja Nacional de Salud buscará como **objetivo** prioritario ampliar el nivel de cobertura de la población asegurada, abarcando paulatinamente las áreas urbanas y rurales del país”.

La Caja Nacional de Salud buscará alcanzar un alto grado de productividad en el servicio, mediante la implementación de sistemas administrativos eficientes, técnicas médicas modernas, equipo y tecnología competitiva y alto grado de calidad, para reducir los costos y asegurar la satisfacción de los beneficiarios.

“El **campo de aplicación** de los servicios de la Caja Nacional de Salud comprende a todos los trabajadores y sus beneficiarios, incorporados obligatoriamente en el Código de Seguridad Social, su reglamento y disposiciones complementarias, además de aquellos que se acojan al Seguro Social voluntario y que no estén afiliados a otras Cajas de Salud o

⁴⁶ Ibidem. Pág. 18-19. Art. 3 – 6.

Seguros Delegados”. Entre otras personas protegidas también podemos incluir: Rentistas de riesgos profesionales e invalidez, vejez y muerte; Beneméritos de la Guerra del Chaco; AMIG; viudas de la Guerra – ex enfermeras; Defensoría Nacional del Menor, Mujer y Familia; Asegurados voluntarios; Abogados libres; No videntes; Alumnos de Instituto de Enseñanza Policial; Cooperativistas Mineros; Mujeres gestantes y menores de 5 años. Personas protegidas por decreto: Seguro Básico de Salud, Seguro de Maternidad y Niñez, Seguro de Vejez.”⁴⁷

4.3. SERVICIOS

“La Caja Nacional de Salud, es responsable de la gestión técnica, financiera y administrativa de los siguientes Regímenes de Seguridad Social” en sus servicios de:

- a. Seguro Social Obligatorio.⁴⁸
- b. Seguro Social Voluntario.
- c. Seguro Básico de Salud.
- d. Seguro Médico Gratuito de Vejez.

4.4. ORGANIZACIÓN.⁴⁹ La estructura y la dirección:

4.4.1. **Estructura.** Según el Estatuto, la Caja Nacional de Salud, cuenta con una organización, de acuerdo a la siguiente estructura:

a) Nivel de Dirección y Decisión.

➤ Directorio.

⁴⁷ Caja Nacional de Salud. Sección Nacional de estadística. Pág. 3.

⁴⁸ Ver Anexo N° 2.

⁴⁹ Caja Nacional de Salud. “NORMATIVA INSTITUCIONAL”. Op. Cit. Pág. 20-21-22

b) Nivel ejecutivo Nacional

- Presidencia
- Gerencia general.

c) Nivel Operativo Nacional

- Dirección de Servicios de Salud
- Dirección de Servicios Generales.
- Dirección Técnica y de Promoción Social
- Dirección Administrativa Financiera

d) Nivel de Asesoría y Fiscalización

- Departamento de Auditoría Interna
- Departamento Jurídico
- Departamento de Planificación
- Comité Institucional de Asesoramiento en Salud
- Comité Institucional de Asesoramiento en Farmacia y Terapéutica.

e) Nivel Desconcentrado

- Administraciones Departamentales o Regionales
- Agencias Distritales.

f) Nivel Jurisdiccional.

- Comisión Nacional de Prestaciones
- Tribunal Médico Nacional de Calificador de Incapacidades.

4.4.2. Dirección. “El Directorio es el órgano Superior de la Caja Nacional de Salud, actuará en forma colegiada y tiene funciones deliberativas, resolutivas, jurisdiccionales, consultivas y de fiscalización”.

El Directorio está conformado por:

- El Presidente de la Institución
- Tres directores estatales: que serán propuestos por el Poder Ejecutivo.
- Tres Directores Patronales, que serán propuestos por la Confederación de Empresarios Privados de Bolivia.
- Tres Directores laborales, que serán propuestos por la Central Obrera Boliviana (D.S. 26495 de 4 febrero 2002)

4.5. **PERSONAL** ⁵⁰

“La administración de personal de la Caja Nacional de Salud está sujeta a las regulaciones de la Ley General del Trabajo, su Decreto Reglamentario, Reglamento Interno del Personal y demás disposiciones pertinentes”.

El personal Superior de la Caja Nacional de Salud constituye el nivel ejecutivo y de confianza, posee condición patronal, está prohibido ejercer funciones sindicales, y está integrado por:

- Presidente.

⁵⁰ C.N.S. “Normativa Institucional”. Art. 63. Pág. 57-59. Ver Anexo N° 3.

- Gerentes
- Jefes De Departamento
- Jefes De División
- Jefes De Sección
- Administradores Departamentales
- Agentes Distritales
- Jefes Médicos Distritales
- Directores Y Administradores De Todos Los Centros Sanitarios.

El Reglamento Interno normará los derechos y obligaciones recíprocas entre la Caja Nacional de Salud y sus trabajadores.

La asignación de funciones y la delegación de autoridad, solamente podrá hacerse a funcionarios o cargos inmediatamente inferiores y no supone exención de responsabilidad que es inherente del Delegante.

4.6. DEFINICIÓN DE CENTROS MÉDICOS.⁵¹

El **Centro de salud** es el establecimiento integrante de la red de servicios, caracterizado por la presencia de un equipo de salud y una mayor capacidad resolutive que le permite actuar como centro de referencia para los puestos de salud de su área de influencia. El centro de salud, coordina, supervisa, asesora y evalúa las actividades de los puestos de salud que están dentro de su área de influencia. La C.N.S. – Regional La Paz, cuenta

⁵¹ SECRETARIA Nacional de Salud. "NORMAS LEGALES EN EL SECTOR SALUD. Bolivia". ED. Cima. La Paz– Bolivia. 1997. Pág. 200-201.

con 8 Centros de Salud: El Alto, Manco Kapac, 9 de Abril, Miraflores, Villa Fátima, Viacha, 21 de Septiembre, Central.

4.6.1. Funciones. Los centros de salud (Policlínico o Consulta Externa) tienen las siguientes funciones:

- Prestar servicios de salud a toda la población que se encuentra dentro de su área de influencia.
- Realizar de manera conjunta con las juntas vecinales, comunidades campesinas y pueblos indígenas, la planificación participativa en salud.
- Realizar su programación operativa sobre la base de las prioridades establecidas por el modelo de atención y el proceso de planificación participativa en salud
- Programar anualmente los requerimientos de recursos humanos, insumos médicos, alimentación, servicios básicos y mantenimiento.

4.6.2. Niveles de atención

Los servicios de salud se originan en una Red de Servicios que comprenden a los establecimientos de salud por niveles de atención, en base a criterios de accesibilidad, población, cobertura y capacidad resolutive. De acuerdo al grado de complejidad en la atención de los centros de salud se organizan en tres niveles⁵²:

a. Primer nivel. Corresponde a las modalidades de atención cuya capacidad para resolver problemas de salud se enmarca predominantemente en el autocuidado de la salud, la consulta ambulatoria y la internación de tránsito. En este nivel se considera

importante: la participación de la familia, médicos familiares y generales, responsables populares de salud y organizaciones comunitarias en las actividades de promoción prevención y control. El establecimiento asociado a este nivel de atención es el centro de salud (Puesto De Salud, Consultorio Médico, **Centro De Salud** Con Camas De Tránsito, **Policlínico**, Consulta Externa).

Los “Policlínicos” que prestan los distintos seguros; donde existen especialidades de: Dental, Dermatología, Emergencia, Endocrinología, Farmacia, Fisioterapia, Gastroenterología, Ginecología, Laboratorio Medicina Familiar, Medicina General, Medicina Interna, Neumología, Neurología, Odontología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Servicios de Ecografía, Servicios de Rayos X, Traumatología, Urología.

- b. Segundo nivel.** Comprende a los consultorios de hospitales de distrito, con personal especializado para la atención de patología no resuelta en el primer nivel y que requieren de un manejo especializado.
- c. Tercer nivel.** Comprende servicios o unidades de hospitales especializados y maternidades.

⁵² Secretaría Nacional de Salud. Op. Cit. Pág. 200.

CAPÍTULO VI

LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN LA C.N.S.

En el presente capítulo se analizan los resultados obtenidos en la investigación de campo con relación al grado en el cual las dimensiones de la calidad están instituidas en el Policlínico Central, y a su vez, cuál es la incidencia de las mismas en la atención médica.

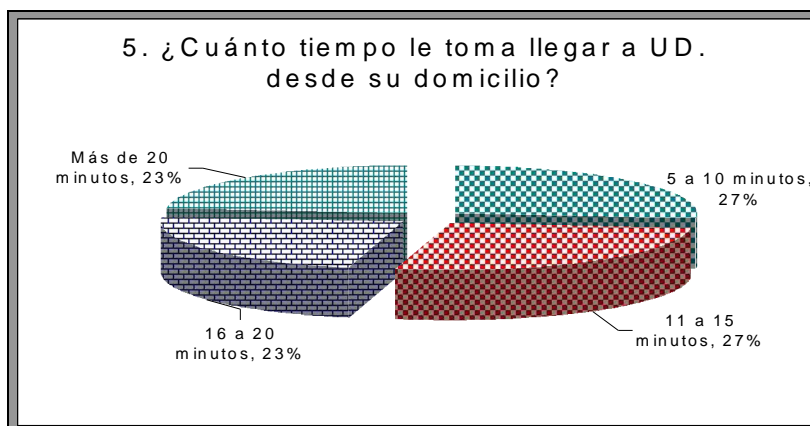
6.1. ACCESO A LOS SERVICIOS.

El acceso a los servicios se refiere a que llega al usuario superando cualquier tipo de barrera, ya sea ésta⁵⁴:

- ✓ *Geográfica*: distancia, duración del viaje...
- ✓ *Económica*: costo del viaje, pagos por la atención, o en el caso de servicios de tipo social o de interés público...
- ✓ *Organizacional*: tiempo de espera, horarios de trabajo, señalización, modalidades de atención...

Los resultados de la investigación de campo muestran que las barreras *geográficas* y *económicas* no son un impedimento para acceder a los servicios de Consulta Externa del Policlínico Central, (Gráfico N° 1).

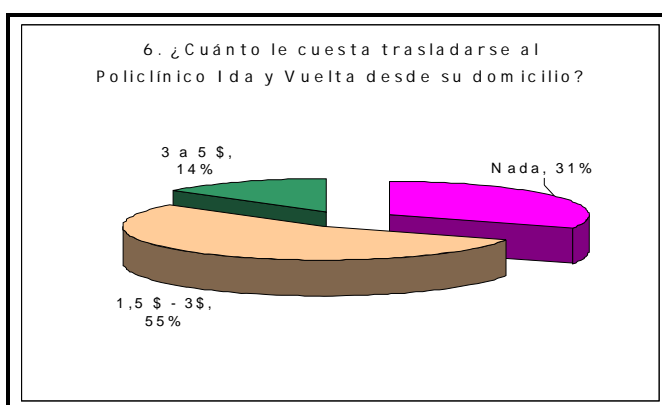
⁵⁴ Véase Capítulo N° 1: Calidad, Pág. 6.

GRÁFICO N° 1. Acceso geográfico.

FUENTE: Elaboración propia basada en resultados de Encuesta 1, Anexo 5. Pregunta 5. Mayo 2005.

El 54% de los encuestados respondieron que tardan de 5 a 15 minutos llegar desde su domicilio hasta el Policlínico, es decir, les queda muy cerca. Es por esta razón que el 92% de los pacientes están satisfechos con el lugar donde se encuentra el centro médico⁵⁵.

A continuación se presenta el Gráfico N° 2 que muestra el costo de traslado ida y vuelta desde el domicilio del paciente hasta el Policlínico.

GRÁFICO N° 2. Acceso económico.

FUENTE: Elaboración propia basada en resultados de Encuesta 1, Anexo 5. Pregunta 6. Mayo 2005.

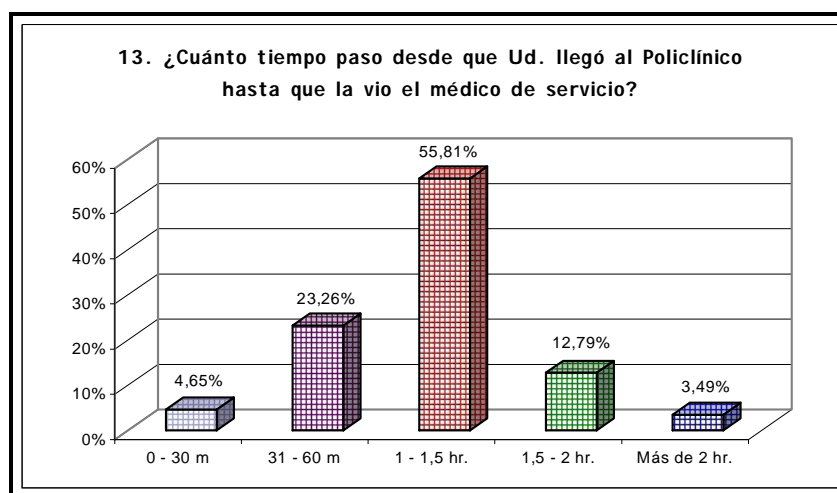
⁵⁵ Véase Anexo 5, Encuesta 1, pregunta 7.

El costo de trasladarse, ida y vuelta, desde su domicilio hasta el Policlínico para el 55% es de 1,5 Bs. a 3 Bs. solamente; y a un 31% no les cuesta nada, lo que significa ser muy accesible para los bolsillos de los pacientes.

Según la teoría, otra de las barreras de acceso a los servicios, es la barrera **organizacional**⁵⁶, referido al tiempo de espera, horario de trabajo, señalización, etc., por esto es que a continuación se pasará a analizar estas variables.

El Gráfico N° 3 muestra el *tiempo* que los pacientes esperan, desde el momento que llegan al Policlínico hasta el momento que son atendidos por los médicos de servicio.

GRÁFICO N° 3. Tiempo de Espera



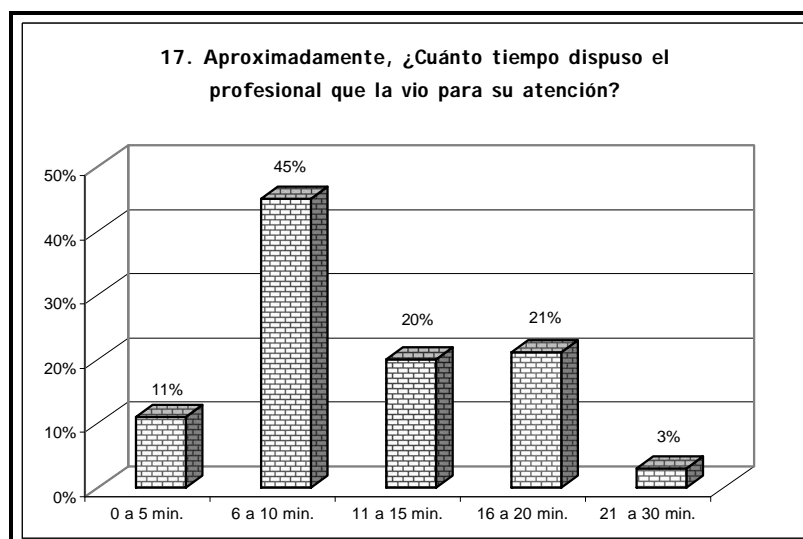
FUENTE: Elaboración propia basada en Resultados Encuesta 1, Anexo 5, Pregunta 13. Mayo 2005.

⁵⁶ Véase Capítulo N° 1: Calidad, Pág. 6-7.

Los datos reflejan que más de la mitad de los encuestados, el 56% de los pacientes, esperan de una hora a una hora y media, pero hay un 16% de estos que esperan hasta más de dos horas, y sólo hay un pequeño porcentaje (28%) que esperan menos de una hora para recibir la atención médica solicitada.

El Gráfico N° 4 a continuación, muestra el tiempo aproximado que el profesional dispone para atender al paciente.

GRÁFICO N° 4 Duración de la Consulta Médica.



FUENTE: Elaboración propia basada en Resultados Encuesta 1, Anexo 5, Pregunta 17. Mayo 2005.

Si comparamos con el tiempo que el médico de servicio dispone para la atención médica que el paciente solicita, los resultados son sorprendentes, ya que el 51% de los encuestados indican que fueron atendidos entre 5 a 10 minutos, y algunos pacientes (en un 41%) mencionan que fueron atendidos entre 10 a 20 minutos.

Por lo tanto, los pacientes de la C.N.S. se quejan de este prolongado tiempo de espera, para recibir al final unos cuantos minutos de atención.

Las principales causas de espera se da básicamente por la solicitud de atención de los pacientes “a libre demanda” al inicio de la jornada o del turno, así también por el número limitado de atenciones por consultorio.

Este problema tiene dos efectos negativos:

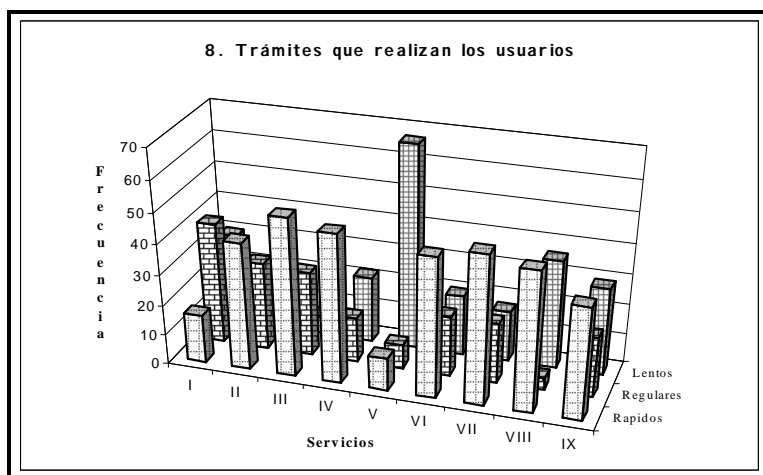
- a. La saturación de las salas de espera con la consecuente irritación de los usuarios, fricciones con el personal o entre ellos mismos.
- b. La presión sobre los prestadores de servicio para acelerar la consulta, disminuyendo el tiempo efectivo de atención y en consecuencia la calidad de la misma.

De acuerdo a las normas y procedimientos del INASES, el médico deberá controlar el *tiempo de duración de una consulta*⁵⁷, sugiere que el tiempo óptimo de una consulta médica deberá ser de quince minutos. Como sugerencia, el Consultorio de Dental, utilizará más de 15 minutos si fuese necesario, de acuerdo al requerimiento del tratamiento del paciente, conforme al tipo de enfermedad de cada uno.

Los usuarios deben realizar algunos *trámites* para obtener atención médica, entre estos está la presentación del: Carnet de Identidad, Última papeleta de pago y el Carnet de asegurado. A continuación, el Gráfico N° 5 muestra los trámites que realizan los pacientes para obtener la consulta médica.

⁵⁷ INASES. “Evaluación de los servicios de salud en la Seguridad Social”. La Paz - Bolivia. 1998

GRÁFICO N° 5. Trámites que realizan los usuarios.



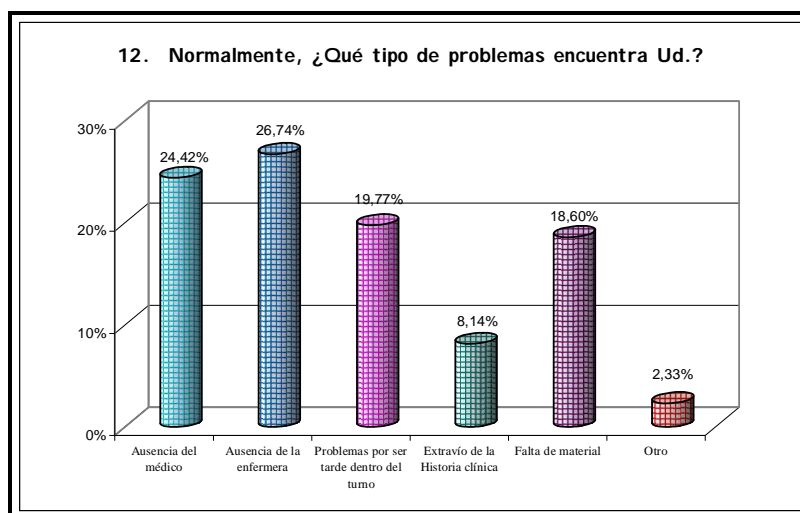
- Dirección, I.
- Enfermera, II.
- Farmacia, III.
- Laboratorio, IV.
- Odontología, V.
- Rayos X, VI.
- Trabajo Social, VII.
- Vigencia de Derechos, VIII.
- Otras Secciones, IX.

FUENTE: Elaboración propia basada en resultados de Encuesta 1, Anexo 5, Pregunta 8. Mayo 2005.

El resultado indica que el mayor embotellamiento se encuentra en Odontología (78%) y en Vigencia de Derechos (42%).

El Gráfico N° 6, muestra algunos problemas que atraviesan los pacientes para recibir la consulta médica..

GRÁFICO N° 6. Problemas para recibir consulta médica.



FUENTE: Elaboración propia basada en Resultados de Encuesta 1, Anexo 5. Pregunta 12. Mayo 2005.

El Gráfico anterior muestra algunos de los problemas que encuentran los pacientes para recibir la consulta médica satisfactoria, podemos citar los siguientes: la ausencia del médico (24%) y/o de la enfermera (27%), problemas por ser tarde dentro del turno, falta de insumos, etc.; provoca descontento e insatisfacción de los pacientes.

Según la observación realizada, la señalización es una barrera organizacional, que se debe superar, ya que en el Policlínico Central no existen medios de información, comunicación ni educación como: gráficos, material educativo y otros de manera permanente y visible en los ambientes de espera. No existen afiches visibles enmarcados, donde expliquen programas y servicios del policlínico y derechos de los usuarios con lenguaje claro y que permiten información y educación permanente.

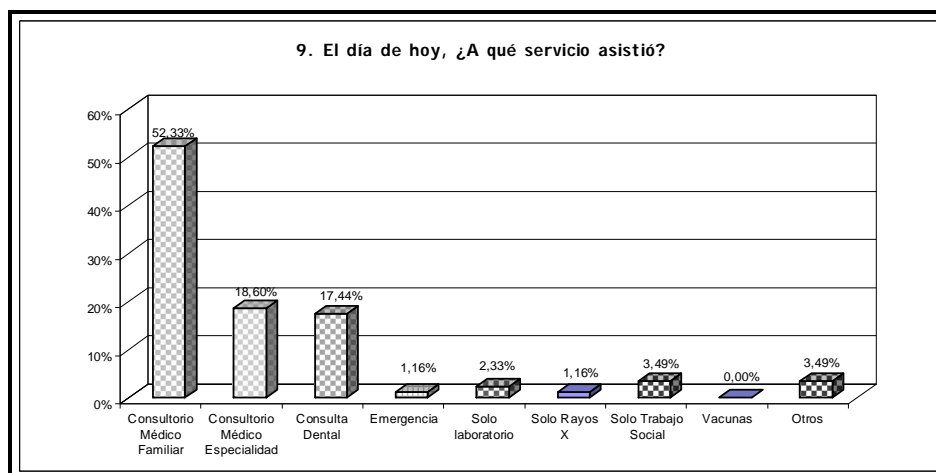
6.2. EFICIENCIA.

La **eficiencia**⁵⁸ se refiere a que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. Por lo tanto los servicios eficientes son los que suministran atención óptima al paciente, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que cuenta.

A continuación se presenta el Gráfico N° 7, que muestra cuáles son los servicios médicos más requeridos.

⁵⁸ Véase Capítulo N° 1: Calidad, Pág. 6.

GRAFICO N° 7. Servicios Médicos



FUENTE: Elaboración propia basada en Resultados de Encuesta 1, Anexo 5. Pregunta 9. Mayo 2005.

En el Policlínico Central, diariamente, la población asegurada acude a distintos servicios, como por ejemplo el servicio mayor demandado es el de medicina familiar (52%), luego le sigue el servicio de especialidades (19%) y el de consulta dental (17%).

El 94% afirma que obtuvo el servicio solicitado sin problemas⁵⁹, pero un 36% tuvieron algunas dificultades⁶⁰, como ser⁶¹: problemas por ser tarde dentro del turno, falta de material, ausencia del médico o de la enfermera, pero al final el 57% de estos obtuvieron el servicio requerido⁶² resolviendo su problema de salud. El restante 43% comenta que el médico no resolvió su problema⁶³, porque faltaban insumos, o porque el médico estuvo apurado, y porque el médico no le avisó.

⁵⁹ Véase Anexo 5, Encuesta 1, Pregunta 10.

⁶⁰ Véase Anexo 5, Encuesta 1, Pregunta 11.

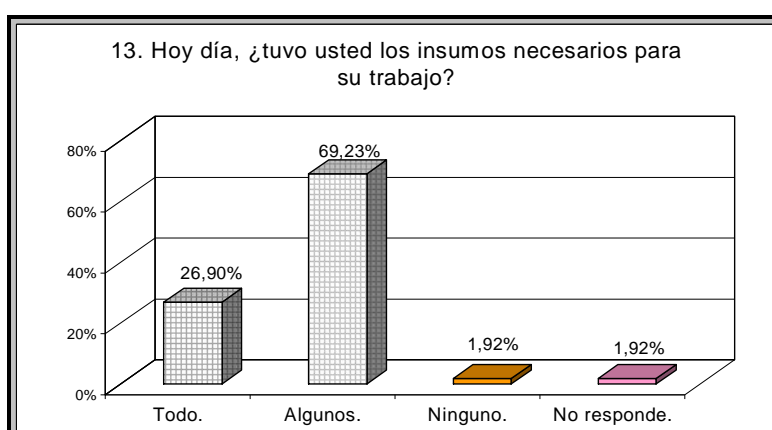
⁶¹ Véase Anexo 5, Encuesta 1, Pregunta 12.

⁶² Véase Anexo 5, Encuesta 1, Pregunta 18.

⁶³ Véase Anexo 5, Encuesta 1, Pregunta 19.

Seguidamente se presenta el Gráfico N° 8, que muestra el resultado de los insumos necesarios para que los profesionales realicen su labor.

GRÁFICO N° 8. Insumos necesarios para realizar su trabajo.



FUENTE: Elaboración propia basada en Resultados de Encuesta 2, Anexo 6. Pregunta 13. Mayo 2005.

Los suministros y la distribución de los recursos son limitados en la C.N.S., casi el 69% de los profesionales en salud recibe diariamente los insumos necesarios para realizar su trabajo, pero no completamente; esto provoca la insatisfacción de los pacientes al recibir una atención médica incompleta.

Los prestatarios⁶⁴ al igual que los pacientes, también están insatisfechos al no contar con todos los insumos necesarios y recursos para brindar una mejor atención médica⁶⁵. Aparte de los insumos, también se quejan porque consideran que los registros que llenan diariamente son suficientes y excesivos en un 92%, ya que la población asegurada acude regularmente al centro médico, y el personal es reducido.

⁶⁴ Llámese "prestatarios" a todo el personal médico, paramédico, administrativo, que brinda atención médica.

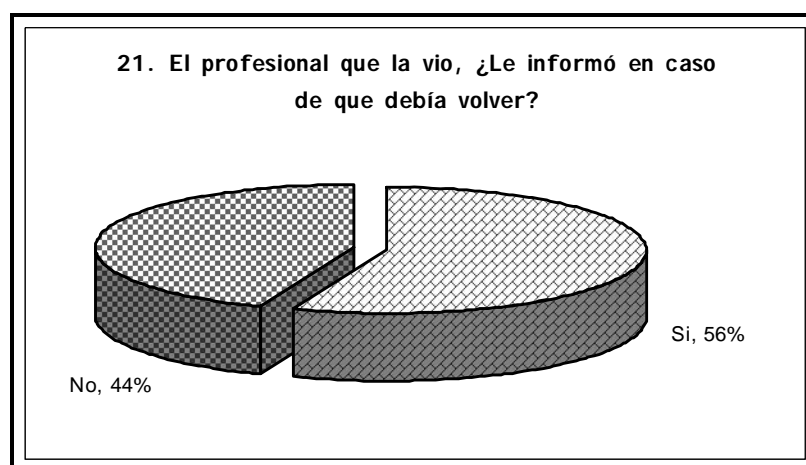
⁶⁵ Véase Anexo 6, Encuesta 2. pregunta 16, 17.

6.3. CONTINUIDAD Y OPORTUNIDAD.

El usuario puede recibir una serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones⁶⁶, suspensiones ni repeticiones innecesarias, que esté disponible y se mantenga continuo, es decir, que el servicio llegue el momento que es requerido, permanezca el tiempo necesario y uno pueda contar con el en otro momento

A continuación se presenta el Gráfico N° 9, que muestra la información sobre la próxima cita médica.

GRÁFICO N° 9. Próxima cita médica.



FUENTE: Elaboración propia basada en Resultados de Encuesta 1, Anexo 5. Pregunta 21. Mayo 2005.

Una vez que el paciente es atendido, el médico de servicio deberá informarle cuándo debe volver para realizar el seguimiento del tratamiento médico. Los resultados de la encuesta señalan que sólo el 56% de los pacientes son informados de cuándo deberían volver al Policlínico, pero el

⁶⁶ Véase Capítulo N° 1: Calidad, Pág. 6.

restante no sabía si debía o no volver al centro médico, lo que provoca descontento e incertidumbre en la población asegurada.

Generalmente, los servicios que ofrece la C.N.S. en el Policlínico Central se realiza con normalidad, salvo algunos contratiempos como ausencias del personal, insuficiente material, etc., como se muestra en el Gráfico N° 6 (Pág. 48)

6.4. COMPETENCIA PROFESIONAL

La competencia profesional⁶⁷ se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, el personal administrativo y del personal de apoyo.

La competencia profesional se desarrolla con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de confiabilidad, uniformidad, precisión y fiabilidad; además de establecer una buena relación con el paciente.

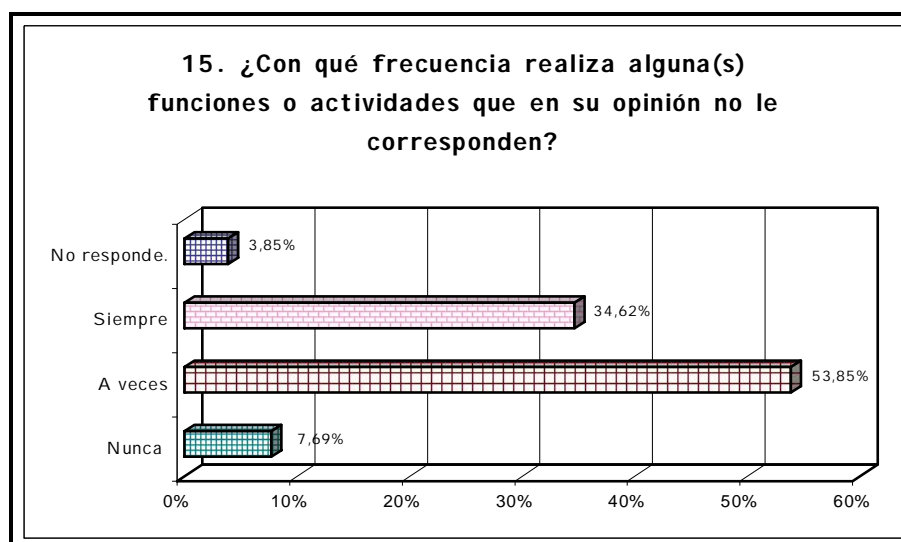
La capacidad y el desempeño de las funciones de los prestatarios se relacionan con la experiencia laboral⁶⁸ de los mismos, esto determinará el grado de confianza por parte de los pacientes a dicho médico, como también al equipo de apoyo. Para brindar una atención de calidad, el funcionamiento del equipo multidisciplinario que coopera diariamente al médico deberá ser bueno y oportuno⁶⁹.

A continuación se presenta el Gráfico N° 10 que muestra la frecuencia en la que algunos profesionales realizan actividades que no le corresponden.

⁶⁷ Véase Capítulo N° 1: Calidad, Pág. 6.

⁶⁸ Véase Anexo 6, Encuesta 2, Pregunta 4, 8.

⁶⁹ Véase Anexo 6, Encuesta 2, Pregunta 14.

GRÁFICO N° 10. Actividades que no le corresponden.

FUENTE: Elaboración propia basada en Resultados de Encuesta 2, Anexo 6. Pregunta 15. Mayo 2005.

El Gráfico anterior muestra que el 54% de los funcionarios realizan actividades o funciones que en su opinión no le corresponden⁷⁰, a causa de la falta de personal, debido a varios factores, la C.N.S. no cuenta con presupuesto para la contratación de mayor personal, también por la ausencia de personal médico por causas injustificadas, bajas médicas, declaratoria de comisiones, etc.

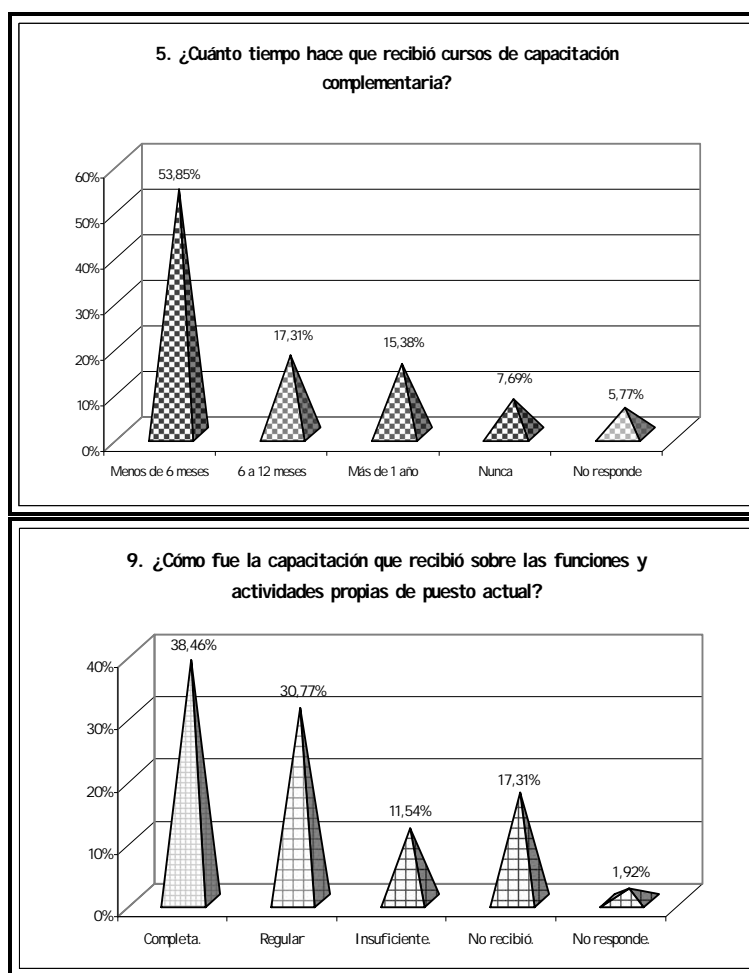
Este problema generalmente empieza cuando el Encargado de Personal comunica al Director la ausencia de algún trabajador, pero éste no toma en cuenta o no se percata de la ausencia de algún médico, quedando el consultorio vacío y por ende dejando a los pacientes en espera para ser atendidos o hasta sin atención médica. Para que esto no suceda otro médico deberá ocupar su lugar o caso contrario los pacientes deberán ser derivados a otro consultorio de la misma especialidad.

⁷⁰ Véase Anexo 6, Encuesta 2, Pregunta 15.

La C.N.S. regularmente dicta cursos de capacitación y de actualización para mejorar la calidad de la atención médica, y así poder enriquecer el conocimiento de sus funcionarios.

A continuación se presenta el Gráfico N° 11 que muestra cómo fue la capacitación que recibieron los profesionales.

GRÁFICO N° 11. Capacitación y/o actualización de cursos a los prestatarios.

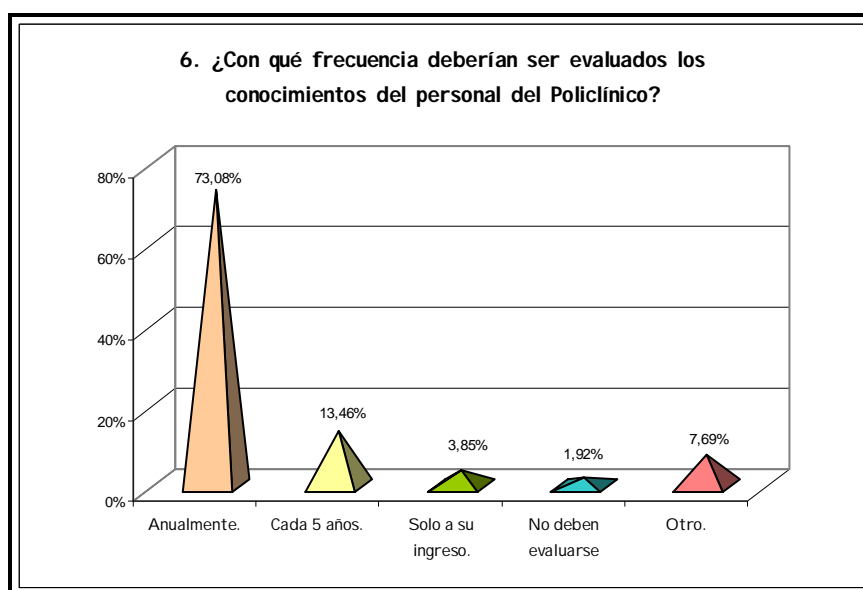


FUENTE: Elaboración propia basada en resultados de la Encuesta 2, Anexo 6, Preguntas: 5, 9. Mayo 2005.

El 54% de los prestatarios afirman haber recibido cursos de capacitación complementaria hace menos de 6 meses, esta capacitación fue completa y casi regular para el 69%, el 75% de éstos están satisfechos con los conocimientos profesionales que se relacionan con su actividad actual en el Policlínico⁷¹.

A continuación el Gráfico N° 12 muestra que la C.N.S. evalúa periódicamente a su personal.

GRÁFICO N° 12. Frecuencia de Evaluación al personal del Policlínico.



FUENTE: Elaboración propia basada en resultados de la Encuesta 2, Anexo 6, Preguntas: 6. Mayo 2005.

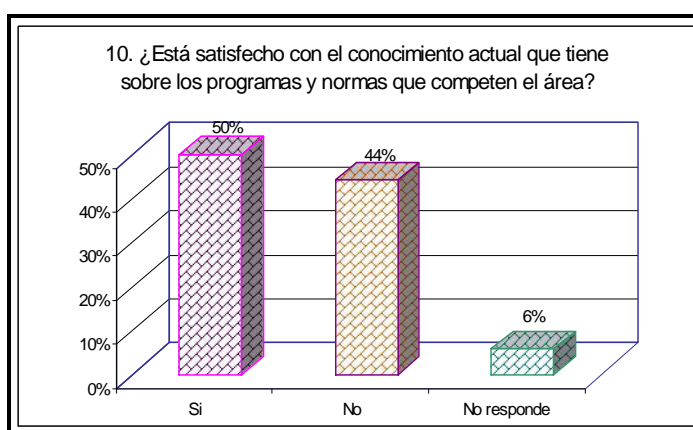
Del Gráfico anterior se puede interpretar lo siguiente, que la C.N.S. no sólo organiza cursos de actualización y de capacitación, sino también regularmente evalúa a los profesionales médicos. Gran porcentaje de los profesionales médicos (73%) prefieren que la frecuencia de evaluación de

⁷¹ Véase Anexo 6, Encuesta 2, Pregunta 7.

los conocimientos del personal debiera ser anualmente y no sólo a su ingreso.

A continuación se presenta el Gráfico N° 13 que muestra el grado de conocimiento que tiene el personal del Policlínico sobre los programas y las normas.

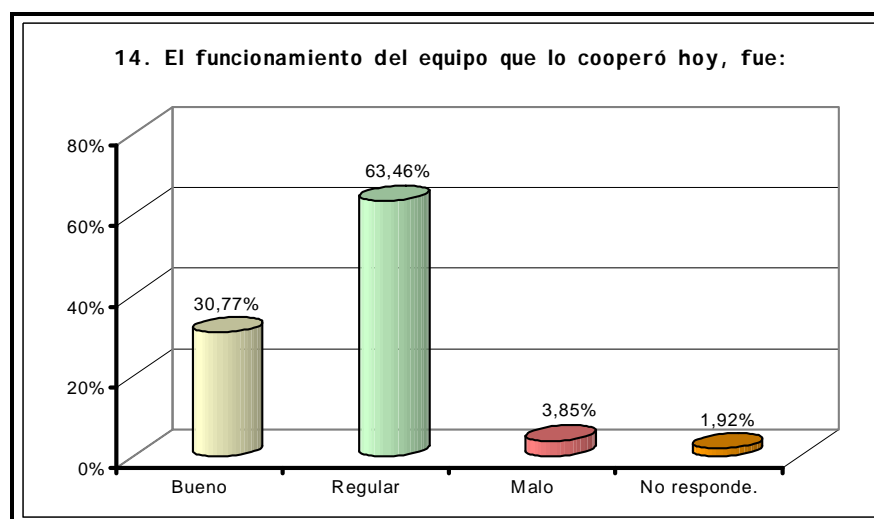
GRÁFICO N° 13. Conocimiento de programas y normas



FUENTE: Elaboración propia basada en Resultados de la Encuesta 2, Anexo 6, pregunta 10. Mayo 2005.

El 50% de los prestatarios están satisfechos con el conocimiento actual que tienen sobre los programas y normas que competen en su área, el restante 50% no tienen conocimiento de los programas ni normas ya que generalmente a este grupo pertenecen los trabajadores administrativos: manuales, ujieres, chofer, etc. y el resto del personal que llegaron a trabajar recientemente, o quizás nunca escucharon hablar de esto.

A continuación se presenta el Gráfico N° 14 que muestra el funcionamiento del equipo de trabajo.

GRÁFICO N° 14. Funcionamiento del equipo multidisciplinario.

FUENTE: Elaboración propia basada en Resultados de la Encuesta 2, Anexo 6, pregunta 14. Mayo 2005.

El médico de servicio no es el único que brinda atención médica al paciente, si no también existe un equipo multidisciplinario⁷² que lo coopera diariamente, este equipo deberá ser bueno y competente así podrán ofrecer una atención médica de calidad. Actualmente éste equipo multidisciplinario recibió una calificación de regular para el 63% de los mismos, aspecto que debería mejorarse, ya que resta calidad de atención al paciente.

⁷² El equipo multidisciplinario está conformado por: médicos, odontólogos, enfermeras graduadas, trabajadora social, laboratoristas, bioquímicas.

6.5. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.

- El tiempo de espera prolongado de atención médica es uno de los factores que produce que el servicio sea considerado de baja calidad.
- Los servicios médicos están saturados al presentarse un excesivo número de pacientes en un turno, para un médico, provocando las largas esperas.
- El suministro de material es deficiente y limitado, y la reposición tarda bastante tiempo.
- La atención médica es poco satisfactoria para los usuarios, algunas veces existe maltrato por parte del personal del centro médico.
- El personal del centro médico, está debidamente capacitado y muy competente, es evaluado regularmente; por la experiencia laboral que presentan su labor deberá ser reconocido.

CAPÍTULO VII

EXPECTATIVAS DEL CLIENTE RESPECTO AL SERVICIO MÉDICO

7.1. FIABILIDAD.

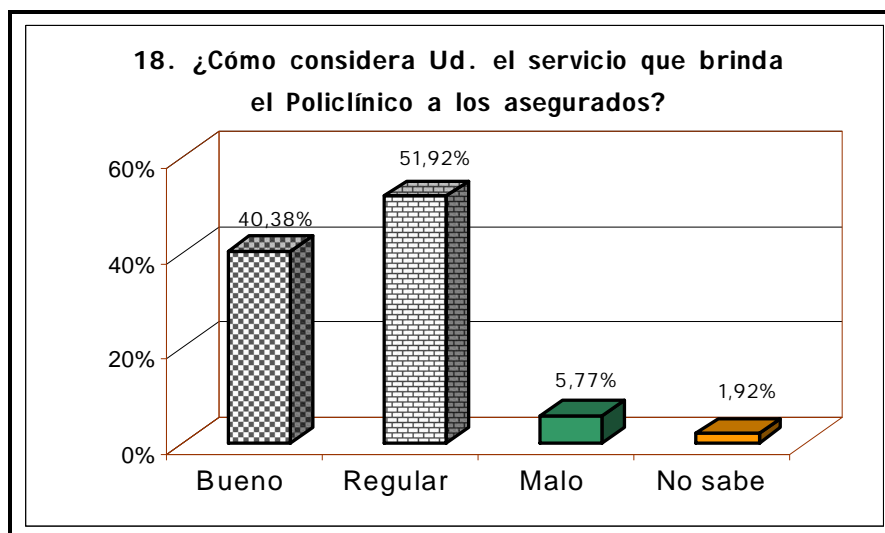
La fiabilidad⁷³ implica la realización del servicio prometido con formalidad y exactitud, que sirva a quien más lo necesite, sobre todo si el servicio es de interés público o social; es decir, que de prioridad a las necesidades sentidas (para el médico y el equipo de salud) del usuario (aquellas de índole técnica), satisfaciendo las mismas aunque el paciente no lo perciba (un servicio puede ser de alta calidad aunque no necesariamente satisfaga las necesidades percibidas para el paciente, mientras si satisfaga las necesidades técnicamente esenciales).

Ahora bien, si además de satisfacer las necesidades sentidas del usuario, es capaz de satisfacer las percibidas para aquel, es, posible que, además pueda ser considerado para el paciente, como un servicio de excelencia.

A continuación se presenta el Gráfico N° 15, que muestra el servicio que brinda el Policlínico a sus pacientes.

⁷³ Véase Capítulo N° 2: Servicios, Pág. 13.

GRÁFICO N° 15: El servicio que brinda el Policlínico



FUENTE: Elaboración propia basado en los Resultados de la Encuesta 2, Anexo 6, pregunta 18. Mayo 2005.

El resultado de las encuestas muestra en un 52% que el servicio que brinda el Policlínico a los asegurados es regular; pero un 40% piensa que es bueno. Esto puede deberse a que en algunas situaciones el profesional médico no contó con los insumos necesarios e imprescindibles para realizar su trabajo en forma adecuada, también por el trato de parte del personal.

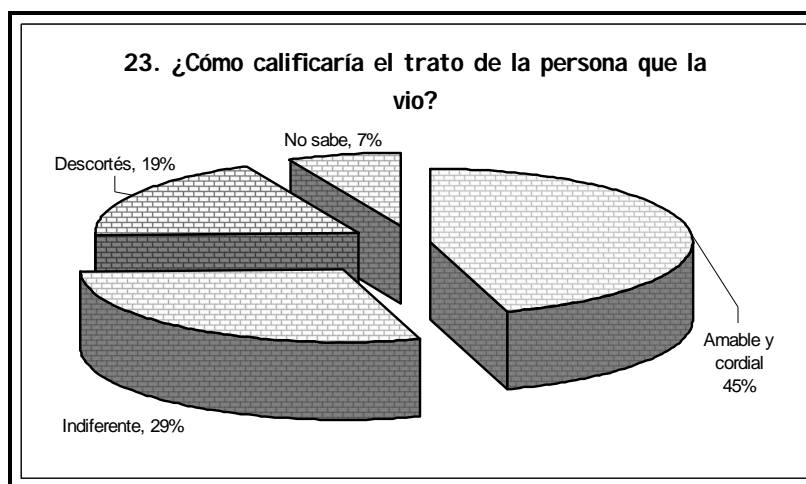
La fiabilidad en el servicio tiene que ver con la eficiencia del mismo, el servicio no sólo es cuestión del que ofrece, sino también del que recibe, los usuarios afirman que los profesionales médicos que los atendieron resolvieron su problema de salud.

7.2. SEGURIDAD, COMODIDAD Y EMPATÍA.

La **seguridad**⁷⁴ se refiere a la competencia y cortesía del personal de servicio que infunde confianza en el usuario. Es decir, que el trato del personal a cargo del paciente y del personal auxiliar esté ajustado a las circunstancias y sea en todo momento amable, cordial, tolerante pero firme, inteligente y protector

A continuación el Gráfico N° 16 muestra el trato que brinda el personal del Policlínico.

GRÁFICO N° 16. El trato por parte del personal del Policlínico.



FUENTE: Elaboración propia basado en los Resultados de la Encuesta 1, Anexo 5, pregunta 23. Mayo 2005.

El personal médico en un 45% el trato que brinda es amable y cordial y con respeto⁷⁵; pero un 48% se comporta de manera descortés e indiferente. Se

⁷⁴ Véase Capítulo N° 2: Servicios, Pág. 13.

⁷⁵ Véase Anexo 5, Encuesta 1, Pregunta 22, 23.

pudo evidenciar que el personal de enfermería es quien demuestra un trato indiferente, descortés, y hasta a veces se llegó al maltrato de los pacientes.

La **empatía**⁷⁶ es un compromiso con el usuario, es el deseo de comprender las necesidades precisas del usuario y encontrar las respuestas más adecuada. La empatía es la capacidad de ponerse uno mismo en el lugar de otro.

A continuación se presenta el Gráfico N° 17, que muestra si el médico resolvió el problema a sus pacientes.

GRÁFICO N° 17. ¿El médico resolvió su problema de salud?



FUENTE: Elaboración propia basado en los Resultados de la Encuesta 1, Anexo 5, pregunta 18. Mayo 2005.

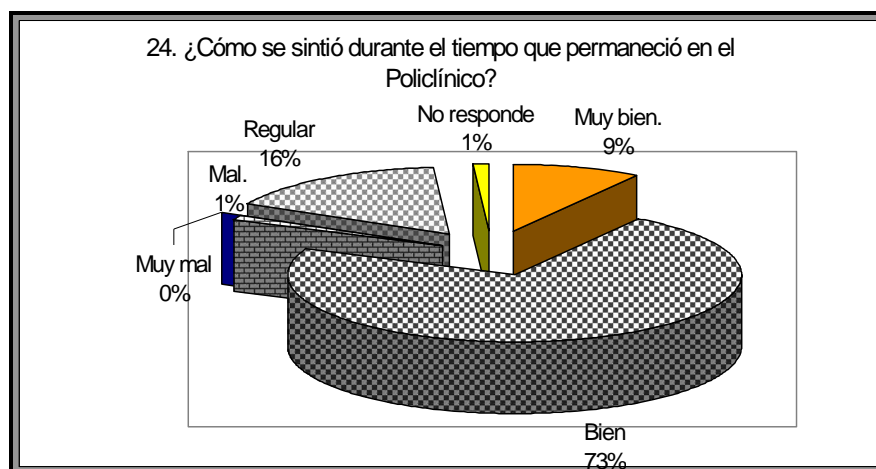
Un 57% de los pacientes responden afirmativamente que el profesional médico resolvió su problema de salud, pero existe un 36% al decir que no resolvió su padecimiento, por diversas razones como: la falta de insumos, porque no le prestó atención al escucharle, por problemas por ser tarde dentro del turno, por la pérdida de la historia clínica, etc.

⁷⁶ Véase Capítulo N° 2: Servicios, Pág. 13.

La **Comodidad**⁷⁷ son las características de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente. Las comodidades pueden influir en las expectativas que tiene el paciente.

El Gráfico N° 18 muestra, la comodidad en la permanencia en el Policlínico.

GRÁFICO N° 18. Comodidad en la permanencia en el Policlínico.



FUENTE: Elaboración propia basado en los Resultados de la Encuesta 1, Anexo 5, pregunta 24. Mayo 2005.

En la encuesta realizada da como resultado que el 72% de las personas que asisten al centro médico se sienten bien durante el tiempo que permanecen, y regular el 16%, más que todo por la infraestructura o el ambiente que es cómodo y amplio. Por el trato y la atención el 57% de los usuarios se sienten medianamente satisfechos⁷⁸, esto se debe a que los prolongados tiempos de espera ocasionan que las personas lleguen a irritarse, a quejarse constantemente, a molestarse uno a otros.

⁷⁷ Véase Capítulo N° 2: Servicios, Pág. 13.

⁷⁸ Véase Anexo 5, Encuesta 1, pregunta 25.

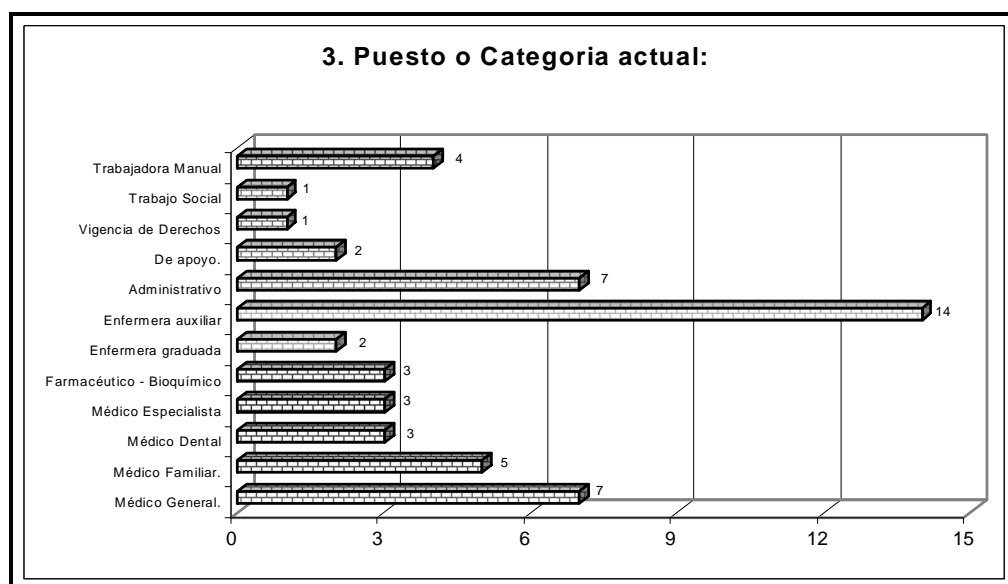
7.3. CAPACIDAD DE RESPUESTA.

La **capacidad de respuesta**⁷⁹ se refiere a estar listo para servir pronta y eficazmente, implica hacer patente al usuario que sus asuntos se aprecian y quieren. Este punto está relacionado con la competencia profesional, visto en el siguiente capítulo.

El servicio médico se debe a la categoría y/o puesto actual de parte de los profesionales en salud; como también a la experiencia laboral, es decir, el tiempo que trabajaron desde que terminaron su carrera profesional⁸⁰.

A continuación se presenta el Gráfico N° 19, que muestra el puesto y/o la categoría actual del personal del Policlínico.

GRÁFICO N° 19. Puesto o Categoría Actual



FUENTE: Elaboración propia basado en los Resultados de la Encuesta 2, Anexo 6, pregunta 3. Mayo 2005.

⁷⁹ Véase Capítulo N° 2: Servicios, Pág. 13.

⁸⁰ Véase Anexo 6, Encuesta 2, Pregunta 3, 4.

El 44% de todos los prestatarios trabajan en la C.N.S. de 11 a 20 años, el 25% más de 20 años, y un 25% menos de 10 años, estos datos nos refleja la experiencia laboral que tiene el personal del Policlínico, lo que hace que el servicio que ofrece sea confiable, pero esto no se demuestra como tal ya que el médico, en algunas situaciones, muestra un maltrato verbal a los pacientes al no brindar una atención clara y transparente, pero cabe recalcar que éste maltrato mayormente es dado por el personal de apoyo.

Pero en algunos casos no existe personal médico oportuno para la atención médica eficiente; ya que, el consultorio se encuentra vacío por la ausencia del médico o de la enfermera, a veces por faltas injustificadas.

7.4. ELEMENTOS TANGIBLES.

Lo tangible⁸¹ es la parte visible de la oferta del servicio, las cosas tangibles influye en la percepción de la calidad. La infraestructura es un factor muy importante dentro de una organización, tanto para el que brinda el servicio como para el que lo recibe.

La infraestructura del Policlínico Central fue recientemente refaccionada, es accesible y muy decorativo, pero la limpieza y mantenimiento son deficientes, porque los baños no se encuentran funcionando y tampoco están disponibles para el público. No sólo el baño es un problema, si no también la no existencia de agua potable disponible para beber⁸².

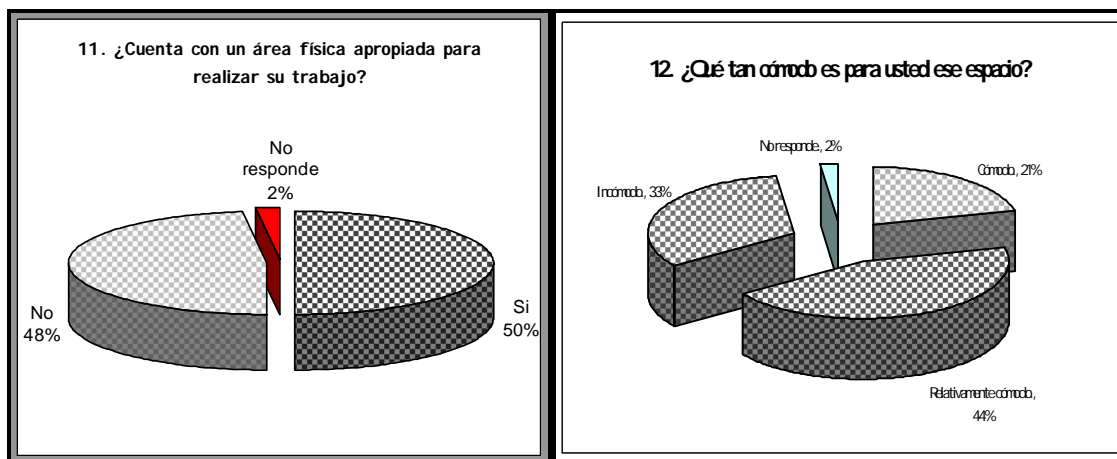
⁸¹ Véase Capítulo N° 2: Servicios, Pág. 13.

⁸² Véase Anexo 5, Encuesta 1, pregunta 14. 16.

A continuación se presenta el Gráfico N° 20, que muestra la comodidad en el ambiente físico de trabajo.

GRÁFICO N° 20.

Comodidad en el ambiente físico.



FUENTE: Elaboración propia basado en los Resultados de la Encuesta 2, Anexo 5, pregunta 11, 12. Mayo 2005.

En cuanto al ambiente físico de trabajo, se constató que el 50% de los prestatarios afirman contar con un espacio apropiado para realizar su trabajo, un gran porcentaje (44%) de los profesionales considera relativamente cómodo el área física donde desempeñan su trabajo, pero el 33% consideran incómodo este espacio físico.

El paciente tiene que sentirse cómodo cuando entra a un consultorio, esto enriquece el servicio; al igual que el médico; los ambientes deberán ser acogedores.

7.5. CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.

- Existe maltrato verbal, irritabilidad y mala atención por parte del personal de apoyo hacia los asegurados del Policlínico, provocando insatisfacción y baja calidad.

- Existe ausencia en la cobertura del personal médico, debido a causas como: Vacaciones y/o bajas, comisiones, faltas injustificadas, etc., lo que provoca descontento en los pacientes y hasta en algunas situaciones no se resuelve el problema de éste.

- La falta de supervisión en cuanto a la limpieza y mantenimiento del policlínico, proyecta una mala imagen del centro médico. La infraestructura del Policlínico es moderno pero no satisface en su totalidad al personal del mismo centro ni a sus asegurados.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES DEL MARCO PRÁCTICO Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

8.1. CONCLUSIONES DEL MARCO PRÁCTICO.

De acuerdo a las encuestas realizadas, se obtuvieron las siguientes conclusiones del marco práctico:

- ✓ El exceso de personas en las salas de espera por la mala programación de las citas de Consulta Externa producen desorden y por lo tanto una atención que no es de calidad, afectando la accesibilidad y la oportunidad.
- ✓ El hecho de que los pacientes no se vayan satisfechos influye en la imagen del Policlínico.
- ✓ Los pacientes opinan que el trato que se les brinda desde que ellos ingresan al establecimiento va de regular a malo.
- ✓ Casi el total de los pacientes vuelven a utilizar el servicio, no por la calidad del mismo sino por razones económicas.
- ✓ En el caso de las enfermeras el trato brindado es malo, por lo que tampoco tienen una orientación a la satisfacción del cliente.

- ✓ Los médicos que tienen un nivel de educación más alto, brindan un mejor trato al cliente, claro que esto no sucede en un buen porcentaje, existen casos en los que incurren en la negligencia y el mal trato.
- ✓ El personal no hace todos los esfuerzos para atender al paciente de la mejor manera posible produciendo una insatisfacción en ellos.
- ✓ Los médicos no demuestran dedicación para con los clientes, ya que no les otorgan el tiempo necesario para la explicación de cuáles son sus problemas y en algunos casos los médicos no les explican claramente a los clientes cuál es su diagnóstico y cuál es el tratamiento a seguir.
- ✓ Los pacientes no saben con certeza cuando deben regresar al centro médico para realizar su control, o para cualquier otra contingencia.
- ✓ El Policlínico cuenta con un personal médico debidamente capacitado, y reconocido.
- ✓ Si bien se realizan diferentes cursos de capacitación, estos están desarrollados especialmente para el personal médico del centro, por tanto altamente especializados. El personal administrativo no se favorece de esta capacitación.

- ✓ El personal administrativo está más preocupado de satisfacer a sus superiores que satisfacer a los asegurados.
- ✓ El personal no cuenta con algunos materiales necesarios para realizar su trabajo y por ende para lograr un servicio de calidad, teniendo que subsanar esta carencia por medio de la improvisación.
- ✓ La falta de supervisión en cuanto a la limpieza y mantenimiento del policlínico, hace que la imagen del Policlínico se vea afectada.
- ✓ La falta de organización por parte del personal médico – administrativo da como resultado que el tiempo de espera sea prolongado, además de la inadecuada señalización que existe en el Policlínico y de los deficientes procedimientos existentes.
- ✓ El tiempo de espera prolongado, provoca irritabilidad, desorden y fricciones entre el personal y los asegurados, lo que lleva al descontento e insatisfacción en el paciente, debiendo estos perder gran parte de su tiempo esperando para ser atendidos.
- ✓ La falta de cobertura en la ausencia del personal médico; debido a: Vacaciones y/o bajas, comisiones, ausencias injustificadas, etc., ocasiona saturación en la sala de espera.

8.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS.

A partir de los resultados obtenidos y de la interpretación de los mismos, se procederá a continuación a realizar la prueba de la hipótesis.

CUADRO N° 4: DOCIMASIA DE HIPÓTESIS

VARIABLES	ACEPTA	RECHAZA	ARGUMENTOS
Acceso a los servicios		✓	La población asegurada tiene un fácil acceso a los servicios, en cuanto a la ubicación geográfica y en cuanto al costo de traslado. (Véase P. 6.1.)
Eficiencia	✓		La falta de organización por parte del personal médico y administrativo, da como resultado que el tiempo de espera sea demasiado prolongado provocando la insatisfacción de los pacientes, además de la inadecuada señalización y procedimientos deficientes. Relacionado con las barreras organizacionales. (Véase P. 6.2.)
Continuidad y Oportunidad	✓		Los pacientes del Policlínico Central no tienen conocimiento sobre la próxima cita previa, excluido cita próxima. (Véase P. 6.3.)
Competencia profesional		✓	En el Policlínico Central, el personal médico familiar – especialista y el equipo multidisciplinario, está debidamente capacitado para realizar sus funciones. (Véase P. 6.4.)
Fiabilidad	✓		La calidad en la atención médica que presta el centro médico a los asegurados es regular, debido a varios aspectos como: la falta de organización, relaciones humanas pésimas, tiempo de espera prolongado, etc. (Véase P. 7.1.)
Elementos tangibles	✓		La infraestructura es completa y moderna, pero la limpieza y el mantenimiento del Policlínico son deficientes. (Véase P. 7.4.)
Capacidad de respuesta	✓		La falta de cobertura en la ausencia del personal médico (vacaciones, bajas, comisiones, ausencias injustificadas), sin reemplazo inmediato. (Véase P. 7.3.)
Seguridad, comodidad y empatía.	✓		El maltrato verbal, irritabilidad y mala atención por parte del personal del Policlínico hacia el paciente, provocan insatisfacción del asegurado. (Véase P. 7.2.)

El 75% acepta la hipótesis, y el 25% rechaza la hipótesis. Por lo tanto, a partir de los argumentos presentados se ha podido dar confiabilidad y validar la hipótesis que afirma que:

"La calidad del servicio de Consulta Externa del Policlínico Central de la C.N.S., no genera satisfacción en el público usuario"

CAPÍTULO IX

INTRODUCCIÓN A LA PROPUESTA

9.1. INTRODUCCIÓN.

En el presente capítulo se desarrolla la propuesta de la tesis para la cual se ha tomado como base conceptos de calidad de los servicios, y procesos.

La investigación realizada mediante encuestas en el “Policlínico Central” confirma la deficiente calidad en los servicios de Consulta Externa y la poca confianza y credibilidad que muestran los usuarios; argumentando la inexistencia de procesos de atención médica.

La propuesta, se orienta en brindar un proceso de atención médica que oferte una opción viable, que permitir mejorar la calidad de los servicios médicos del Policlínico Central, recuperando la confianza y credibilidad de los pacientes de dicho centro.

9.2. CUADRO N° 5: RELACIÓN CAUSA – EFECTO – SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO.

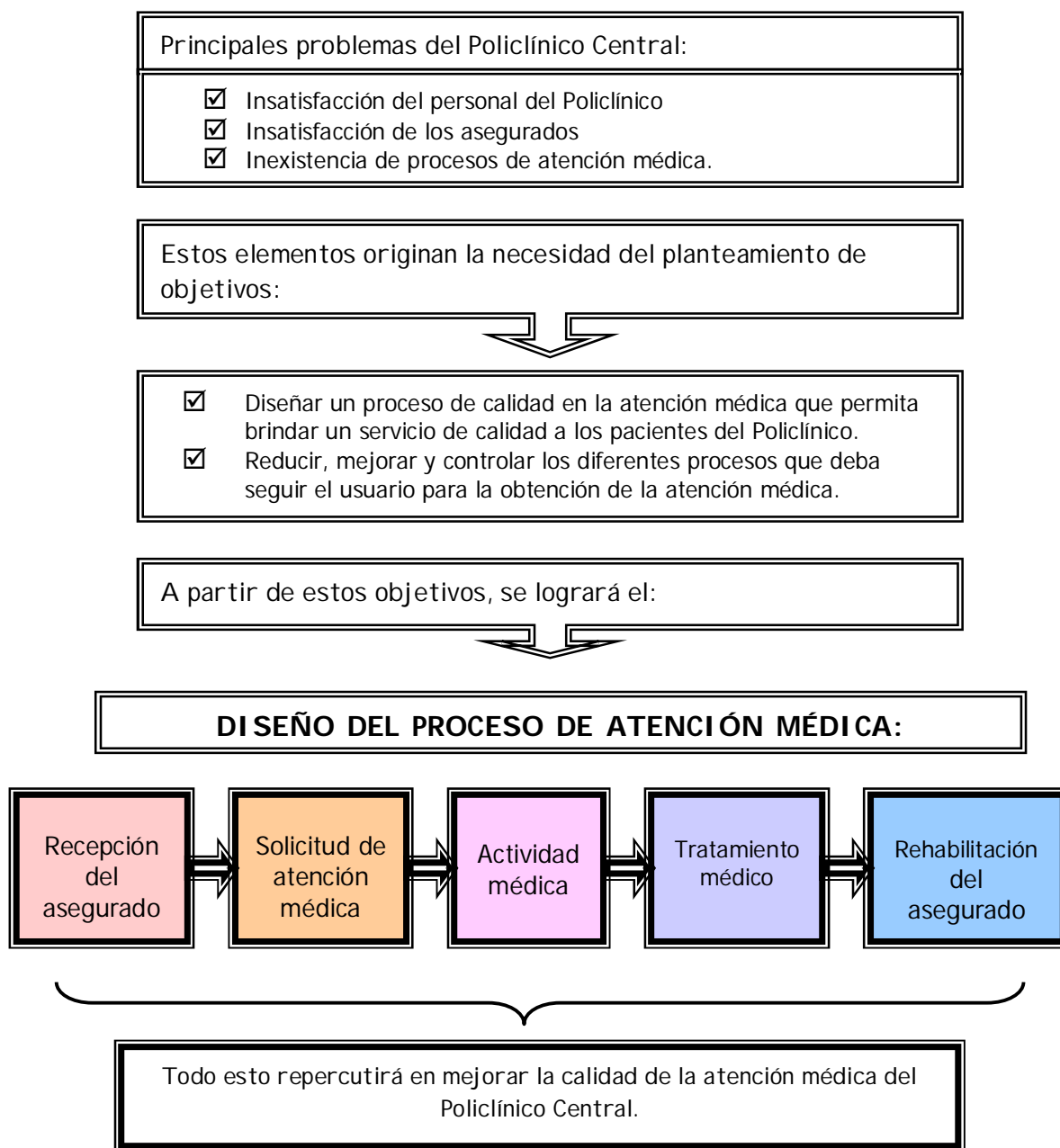
PROBLEMA	CAUSA	EFECTO	SOLUCIÓN
Insatisfacción del personal del policlínico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El personal no cuenta con un proceso escrito. ➤ No existe comunicación con todo el personal. 	El personal no se siente identificado ni comprometido.	Lograr que el personal de servicio conozca todos los procesos para la atención médica. <i>Ver punto 10.</i>
Mala percepción del asegurado respecto al servicio que brinda el policlínico.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trato indiferente del personal del policlínico a los asegurados. ➤ Prolongado tiempo de espera para la atención médica. 	Proyección de una mala imagen de la institución.	Concienciar al personal respecto a la importancia de la satisfacción del paciente. <i>Ver punto 10.</i>

FUENTE: Elaboración propia. 2005.

9.3. ESQUEMA GENERAL DE LA PROPUESTA.

A continuación se presenta el Esquema N° 6 que integra toda la Propuesta.

ESQUEMA N° 6. ESQUEMA GENERAL DE LA PROPUESTA



FUENTE: Elaboración propia. 2005.

9.4. LIMITANTES DE LA PROPUESTA

- * No se podrá realizar un estudio de los tiempos, debido a que ciertas actividades del proceso dependen de las características de la patología del paciente y no así del responsable del proceso.

- * El proceso de atención médica propuesto a continuación, será aplicable a los siguientes consultorios: de medicina familiar, medicina general, dental.

9.5. SUPUESTOS NECESARIOS PARA QUE LA PROPUESTA SEA APLICABLE.

- No existe un proceso de atención médica previamente definido.

- Debe existir un compromiso asumido por parte del Director y Jefes médicos del Policlínico Central, para aceptar y aplicar los cambios propuestos.

- Tiene que tener soporte financiero o posibilidades de conseguirlo para hacerlo realidad.

- La población asegurada del Policlínico Central, provienen de empresas afiliadas al seguro de la C.N.S., (no incluye a las personas que estén inscritas al Seguro Básico de Salud y al Seguro Gratuito de Vejez)

9.6. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.

- "Diseñar un proceso de calidad en la atención médica, que permita al Policlínico Central brindar un servicio de calidad a sus pacientes".
- Reducir, mejorar y controlar los diferentes procesos que deba seguir el usuario para la obtención de la atención médica.

CAPÍTULO X

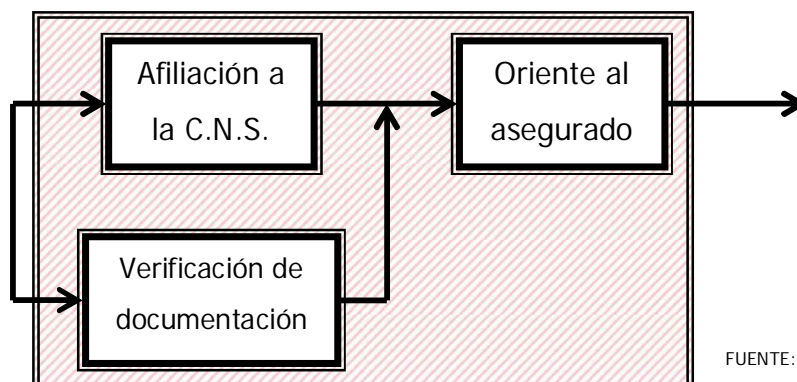
DESARROLLO DE LA PROPUESTA

El modelo que se plantea pretende brindar una guía para realizar un proceso de atención médica del Policlínico Central, aplicable al resto de los centros médicos.

Tomando en cuenta que el Policlínico Central es una instancia que brinda servicios de salud, los cuales requieren una interrelación directa entre el personal médico, paramédico, administrativo y los asegurados; la propuesta estará enfocada principalmente al personal y en crear un ambiente adecuado para lograr mejoras en la calidad del servicio, pero sin dejar de lado a los pacientes.

10.1. ETAPA 1: RECEPCIÓN DEL ASEGURADO.

A continuación se presenta el Esquema N° 7, que muestra la Etapa N° 1 referido a la Recepción del asegurado:

ESQUEMA N° 7: Recepción del asegurado

FUENTE: Elaboración propia

El siguiente Cuadro N° 6, da una explicación breve de la Etapa N° 1, que será explicada seguidamente:

CUADRO N° 6: RECEPCIÓN DEL ASEGURADO (PACIENTE)

Número	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Afiliación a la C.N.S. ⁷³	Tienen derecho al seguro los trabajadores de las empresas afiliadas a la C.N.S, la afiliación hará mediante la presentación de: Carnet de Asegurado, Carnet de Identidad, última papeleta de pago, certificado de nacimiento...	Oficina de Afiliación – Vigencia de Derechos.
2	Verificación de documentación.	Mediante la presentación de los documentos del seguro vigente, el asegurado podrá recibir atención médica.	Oficina de Afiliación – Vigencia de Derechos.
3	Orientación al asegurado.	Una vez afiliado el asegurado, se le indicará el número de consultorio, el nombre del médico familiar, el nombre de la Auxiliar de enfermería. El asegurado deberá acudir únicamente a su consultorio designado para cada consulta médica.	Oficina de Afiliación – Vigencia de Derechos.

FUENTE: Elaboración propia.

10.1.1. **Afiliación a la C.N.S.**

Todas las personas nacionales y extranjeras tienen el derecho de tener un seguro de salud, mediante la afiliación de los trabajadores a través de las empresas inscritas en la C.N.S. El trabajador asegurado tiene derecho a las prestaciones en: servicios, especie y dinero.

La inscripción de trabajadores en la C.N.S. es requisito indispensable para adquirir el derecho a las prestaciones de servicios de salud. Cuando ingresa por primera vez un trabajador a una empresa, el

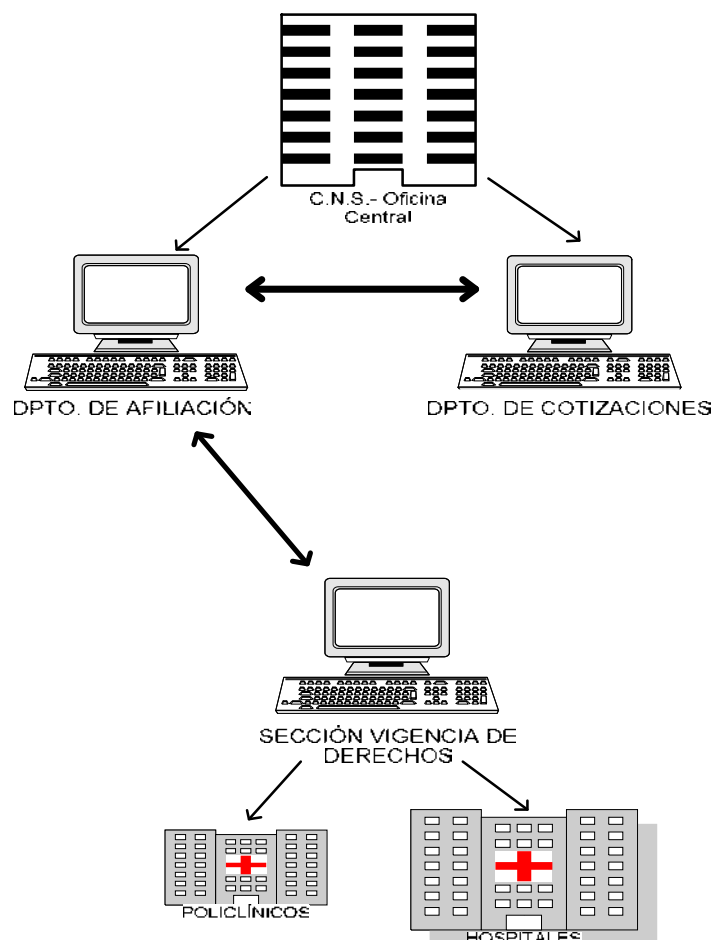
⁷³ La afiliación, es un subproceso necesario para que se realice el proceso de atención médica, pero que será brevemente detallado en el presente trabajo.

empleador tendrá la obligación de llenar el formulario de "Afiliación del trabajador que se remitirá a la administración Regional, a momento de enviar las planillas de cotizaciones correspondientes al mes en que ingresó el trabajador.

El formulario de "*Afiliación del trabajador*", deberá contener necesariamente los siguientes datos: Número patronal, nombre y/o razón social del empleador, Centro de trabajo, rama de actividad, nombres y apellidos del trabajador, estado civil, fecha y lugar de nacimiento, edad, nacionalidad, nombre de los padres, número de Carnet de identidad, domicilio del trabajador, profesión u ocupación actual, cargo que desempeña en la empresa, salario / sueldo que percibe mensualmente a tiempo de afiliarse, fecha de ingreso de su actual trabajo, cónyuge o conviviente o familiares a cargo del trabajador, enumeración de los documentos legales presentados. Los datos personales indicados serán comprobados, como prueba de afiliación se hará la entrega de una "Carnet de Asegurado".

En cuanto a las cotizaciones se refiere, todos los empleadores deberán pagar mensualmente las cotizaciones patronales y laborales que tienen obligación de descontar a sus trabajadores en un plazo de 30 días, vencida la mensualidad correspondiente.

FIGURA N° 3. OFICINA CENTRAL DE LA C.N.S.



FUENTE: Elaboración propia.

La información deberá ser compartida entre el Departamento de Afiliación y el Departamento de Cotizaciones, juntamente con la sección de Vigencia de Derechos, para tener un control en cuanto a la vigencia del seguro de salud. Para facilitar la labor de la Sección de Vigencia de Derechos en cuanto al control de las cotizaciones al día de las empresas afiliadas, se deberá implantar una base de datos en un sistema de información computarizada. Como se muestra en la Figura N° 3.

Este sistema de información tendrá conexión con la Oficina Central de la C.N.S., el Dpto. de Afiliación, el Dpto. de Cotizaciones y la Sección de Vigencia de Derechos, y a su vez, estará conectada con todos los Hospitales y Policlínicos de la ciudad de La Paz, y posteriormente a nivel nacional. Esta base de datos agilizará la labor de Vigencia de Derechos, en cuanto a la verificación del seguro vigente se trata. La base de datos deberá contener la siguiente información:

- Número de asegurado
- Código de asegurado
- Nombre y apellido del asegurado – beneficiario.
- Número del empleador
- Razón social del empleador
- Sector de la empresa
- Monto de cotización mensual
- Verificación del pago.

FIGURA N° 4. BASE DE DATOS, VERIFICACIÓN DE COTIZACIONES AL DÍA.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	NÚMERO DEL ASEGURADO	CODIGO DEL ASEGURADO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	NUMERO DEL EMPLEADOR	RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR	SECTOR DE LA EMPRESA	COTIZACION MENSUAL
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

FUENTE: Elaboración propia.

Este sistema moderno computarizado ayudará al registro de empresas afiliadas, inspección, supervisión, verificación y control de planillas de trabajadores y empleados; de forma ágil, oportuna y eficiente en el cobro de aportes.

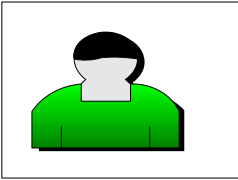
El asegurado deberá actualizar su adscripción de acuerdo a su nueva dirección domiciliaria, para que pueda hacerse el traslado de su expediente clínico al nuevo policlínico correspondiente, y principalmente para que el paciente continúe con el seguro médico. Deberá exigir al empleador que esté al día con sus aportes a la C.N.S para no ingresar en mora. Deberá respetar las normas, procedimientos y los flujogramas de atención en Policlínicos y Centros Hospitalarios.

La C.N.S. como prueba de la afiliación, otorgará al trabajador inscrito en sus libros, un "Carnet de Asegurado" y a cada uno de sus familiares, con derecho, un "Carnet de Beneficiario". Ambos Carnet consignará el "Número Individual"⁷⁴ que corresponde tanto al asegurado como a sus beneficiarios.

El Carnet de Asegurado deberá contener la **fotografía** de la persona asegurada – beneficiaria; como medio de control en cuanto a la presentación de documentación; en los últimos años se registraron varios intentos de fraude en cuanto a la solicitud de atención médica se refiere, al presentar el antiguo Carnet de asegurado el que no lleva la fotografía.

⁷⁴ *Número Individual*, consiste en una clave compuesta de 9 cifras que será formulada de la siguiente manera: año de nacimiento, mes de nacimiento, día de nacimiento, la primera letra del apellido paterno, la primera letra del apellido materno y la primera letra del nombre.

FIGURA N° 5. CARNET DE ASEGURADO

CAJA NACIONAL DE SALUD		
CARNET DE ASEGURADO		
NÚMERO ASEGURADO		
C.I.		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
LUGAR Y FECHA	DPTO. DE AFILIACIÓN	

FUENTE: Elaboración propia

Este Carnet de asegurado tendrá las siguientes características:

- Serán plastificadas, para mayor duración.
- El tamaño será de 9 cm. x 7 cm. (mismo tamaño del Carnet de Identidad)
- Contendrá una fotografía a colores.
- Tendrá validez de 3 años.

10.1.2. Verificación de los documentos del seguro

Los documentos del seguro vigente que se presenta para la solicitud de la atención médica son:

- Carnet de Identidad.
- Carnet de asegurado.
- Última papeleta de pago.

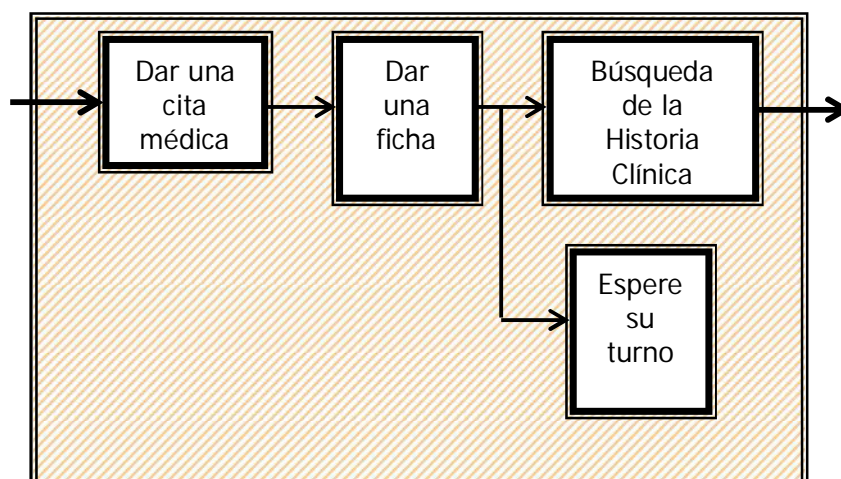
El paciente deberá portar estos documentos siempre que desee una atención médica.

Con la implantación del sistema de información computarizada, vía redes, tan solo con la presentación del Carnet de asegurado *modificado*, podrán acceder los pacientes a una atención médica.

10.2. ETAPA 2: SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA.

A continuación se presenta el Esquema N° 8 que muestra la Etapa N° 2, referido a la "Solicitud de Atención médica".

ESQUEMA N° 8: Solicitud de atención médica



FUENTE: Elaboración propia.

El Cuadro N° 7, da una breve explicación de la Etapa N° 2, como se muestra a continuación:

CUADRO N° 7: SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA.

Número	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
4	Dar una cita médica	Una vez presentada la documentación del seguro, la Auxiliar de Enfermería le dará una cita médica para el día requerido.	Auxiliar de Enfermería.
5	Dar una ficha.	Se repartirá como máximo 25 fichas, y como mínimo 12 fichas en todo el turno correspondiente (mañana – tarde). Las fichas estarán puestas en un lugar visible para que el asegurado este alerta al número que le corresponderá.	Auxiliar de Enfermería.
6	Búsqueda de la Historia Clínica.	La Historia Clínica es una base de información sobre la cual se planifican el Diagnóstico, tratamiento... La Historia Clínica se encuentra ubicado en estantes ordenadas de acuerdo al Número del Carnet del asegurado.	Auxiliar de Enfermería.
7	Espere su turno	El asegurado después de haber recibido una ficha deberá esperar su turno. El Policlínico Central utilizara medios de comunicación (TV) para informar y aconsejar sobre la salud.	Paciente – asegurado.

FUENTE: Elaboración propia.

10.2.1. Cita médica.

La cita médica será otorgada a las personas aseguradas y beneficiarias a la C.N.S que presenten los documentos al día.

La Auxiliar de Enfermería dará una cita médica al paciente, el día requerido, ésta actividad se la realizará manualmente, mediante el llenado del siguiente formulario:

FIGURA N° 6. CITAS MÉDICAS

CAJA NACIONAL DE SALUD							
CITAS MÉDICAS							
Policlínico:				Servicio:			
Dr.:				Fecha:			
HORA	# FICHA	PACIENTE			CARNET ASEGURADO		
		Apellido Paternc	Apellido Maternc	Nombre	Númerc	Iniciales	

FUENTE: Elaboración propia

La fecha de la cita depende de la necesidad del paciente y de la disponibilidad de fichas.

El paciente recibirá la "*Libreta de usuario*", en el que registrará su próxima consulta. En esta libreta se indicará el día y la hora del servicio requerido. También será usado para registrar los servicios de solicitud de Exámenes Auxiliares de Diagnóstico, a citar: Laboratorio, Rayos X, Ecografía; y/o los servicios especializados.

FIGURA N° 7: "Libreta de Usuario"

Nombre del asegurado: _____			CLAVE DEL MÉDICO
Número del asegurado: _____		Código: _____	
LIBRETA DE USUARIO			
FECHA	HORA	SERVICIO	

FUENTE: Elaboración propia.

Cuando sean requeridos los servicios del médico familiar, por enfermedad que imposibilite al asegurado a asistir al Policlínico, el médico efectuará la visita profesional requerida a domicilio, portando en su maletín un Stock mínimo de urgencia, que una vez utilizados será inmediatamente repuesto por la Enfermera del Policlínico a través de la Farmacia previo descargo en recetarios.

La re-consulta que son las citas otorgadas por el médico, cuando los pacientes deban retornar para el seguimiento y control médico. La Auxiliar de enfermería deberá registrar la próxima cita en la "Libreta de usuarios".

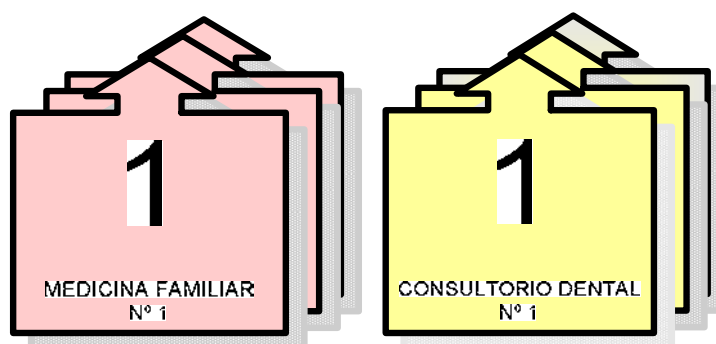
10.2.2. **Ficha médica.**

Cada consultorio médico del Policlínico Central repartirá un máximo 25 fichas, y un mínimo 12 fichas en cada turno (mañana o tarde).

Las fichas estarán puestas en un lugar visible para que el asegurado conozca con anterioridad el número que le corresponderá cuando se acerque a la Auxiliar de Enfermería.

El paciente deberá conservar su ficha durante el tiempo de espera para ser atendido.

FIGURA N° 8: FICHAS MÉDICAS



FUENTE: Elaboración propia

Estas fichas servirán para tener el control del número de pacientes en un turno.

Las fichas serán:

- de preferencia plastificadas (para conservarlos por más tiempo),

- ☑ de diferentes colores para diferenciar los múltiples servicios médicos (medicina familiar, consultorio dental, ...)
- ☑ tendrán números grandes y visibles.
- ☑ el tamaño será de 8 cm. x 8 cm.
- ☑ serán numeradas del uno al veinticinco,
- ☑ cada una identificadas para cada uno de los servicios médicos que presta el Policlínico Central.

10.2.3. ***Búsqueda de la Historia Clínica.***

El principal instrumento de registro de las consultas médicas es la historia clínica del paciente.

La Historia Clínica es una base de información sobre la cual se planifican la Evaluación, el Diagnóstico, el Tratamiento y el Seguimiento del paciente. Se constituye en el único documento legal, válido para cualquier accionar, incluso para aspectos de carácter judicial y para calificar la calidad de atención médica a los pacientes.

La C.N.S. debe proporcionar una atención médica de calidad, analizando a través de las Historias Clínicas el apego a los protocolos de atención, diagnóstico y tratamiento en consulta externa.

La Historia Clínica será elaborada por el médico, de preferencia con maquina de escribir, usando terminología médico – científica, correcta, consignando en ella todos los signos y síntomas obtenidos. Deberá llenar los rubros contenidos en el mismo, hora y fecha de la

La Historia Clínica deberá contener, en forma clara y precisa:

- Datos del asegurado, y el orden de llenado
- Hoja clínica, de Evaluación médica, contiene la anamnesis (interrogatorio) y la exploración (examen físico) y de Diagnóstico.
- Hoja de Evolución y Tratamiento
- Hoja de Referencias (Transferencias)
- Hoja de Epicrisis (Contrarreferencias)

Las Historias Clínicas estarán ubicadas en gavetas dispuestas para las mismas, en los que tendrá acceso únicamente el personal autorizado.

10.2.4. ***Espere su turno.***

Una vez entregada una "**ficha**" al paciente, éste deberá esperar su turno.

El Policlínico Central podrá informar a los pacientes en las salas de espera, brindando servicios educativos y de planificación familiar. Entre los métodos más efectivos para la educación de los pacientes tenemos: videos y películas, exhibiciones y afiches, charlas y otros.

Cualquiera que sea la forma del programa educativo, éste debe ser interesante debiendo asimismo proporcionar la información que la gente necesita para tomar decisiones, como por ejemplo, en cuanto a la conveniencia de la planificación familiar para sus familias y la selección del método adecuado.

Además, se tendrá presente la comodidad de las personas que están en la sala de espera, se deberá proporcionando asientos cómodos.

Mantener las instalaciones sanitarias abiertas, e instruir la frecuencia con estas deben ser limpiadas.

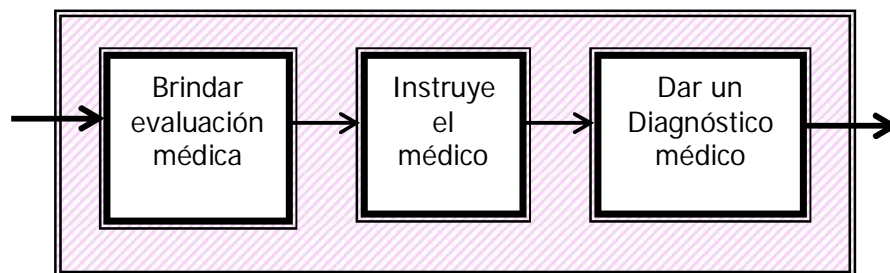
Capacitar al personal a cargo del registro para que indique a los clientes cuánto tiempo deberán esperar y sugerirles algunas actividades que pueden realizar en dicho tiempo.

Capacitar al personal para asegurarse de que los clientes sean informados sobre cualquier cambio en su tiempo de espera.

10.3. ETAPA 3: ACTIVIDAD MÉDICA.

A continuación se presenta el Esquema N° 9 que muestra la Etapa N° 3, referido a la "Actividad médica".

ESQUEMA N° 9: Actividad médica.



FUENTE: Elaboración propia.

El Cuadro N° 8 presenta una breve síntesis de la Etapa N° 3, como se muestra a continuación:

CUADRO N° 8: ACTIVIDAD MÉDICA – CONSULTORIO MÉDICO

Número	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
8	Brindar Evaluación Médica	Es la evaluación médico – paciente, tomando como base la historia clínica. Se realiza la Anemnesis y la Exploración física.	Médico – paciente
9	Instruye el médico.	Una vez realizada la evaluación médica, el médico familiar solicitará o no, Exámenes Auxiliares de Diagnóstico: Laboratorio, Rayos X, Ecografía.	Médico – paciente
10	Dar un Diagnóstico médico.	En base a la Evaluación médica, el Médico Familiar diagnosticará el padecimiento del paciente. En algunos casos, el paciente será transferido a un Médico Especialista, para que éste brinde un diagnóstico más completo.	Médico – paciente

FUENTE: Elaboración propia.

10.3.1. Evaluación médica.

El médico deberá brindar una evaluación médica en un lugar que deba cumplir por lo menos los siguientes requisitos: (a) privado, (b) cómodo, (c) tranquilo, (d) donde nadie más pueda escuchar lo que se dice y (e) donde no exista ningún tipo de interrupciones.

El médico familiar, especialista que otorga atención primaria, personal y continua a los asegurados, dentro o fuera del Policlínico, será el directo responsable de la salud del asegurado, tanto en la Acción, Cultiva, Preventiva o de Rehabilitación.

La evaluación médica será integral, porque toma en cuenta los factores físicos, emocionales y sociales relevantes en cada uno de los asegurados y su entorno familiar.

La primera parte de la evaluación médica es la actividad que realiza el médico con el asegurado, denominada "Anamnesis" o Interrogatorio, referida a:

- Antecedentes generales, familiares, personales.
- Motivo de la consulta.
- Signos – síntomas referidos.
- Inspección.
- Observación de las características físicas y psicológicas del enfermo.
- Registro de datos generales, en la Historia Clínica.
- Evaluación nutricional.

La segunda parte será la "Exploración o Examen físico general", deberá realizarse los siguientes estudios cuando el motivo de la consulta y la sintomatología sean altamente sugestivos: examen sensorial: visual, auditivo, piel, boca, respiración bucal, músculo esquelético, etc.

Durante la consulta, para fortalecer la relación médico – paciente, será importante que el médico maneje técnicas de comunicación.

Para una comunicación efectiva se deberá recurrir a la *escucha activa* y al uso de diferentes *tipos de preguntas*.

La *escucha activa*, deberá ser:

- La demostración de un genuino interés en apoyar, dedicando atención, comprensión y respeto.
- El parafraseo o repetición, repitiendo lo que expreso el paciente sin cambiar el contenido,

- El reflejo o identificación de sentimientos, como si se tratara de un espejo de lo dicho mediante el lenguaje verbal o no verbal.
- La clarificación, aclarando alguna frase o termino que no tenga significado único
- El resumen, sintetizando lo más relevante.

Saber preguntar es una destreza que el médico debe desarrollar, los *tipos de preguntas* pueden ser:

- *Abiertas*, que permita obtener mayor información sobre las necesidades del paciente y mayor conocimiento sobre su problema
- *Cerradas*, que generen respuestas breves y precisas, del tipo: SI, NO.
- *De profundización*, que se dan a partir de una respuesta a una pregunta abierta, con ellas se da lugar a la explicación de sentimientos y preocupaciones; por lo tanto; demandan mayor reflexión.

Durante la evaluación médica el paciente deberá informar al médico de todos sus malestares, el médico utilizara la maquina de escribir para anotarlos en la Historia Clínica (de evaluación médica) correspondiente, en caso de no contar con una llenará con letra clara.

10.3.2. **Instrucción del médico.**

El médico instruirá al paciente Exámenes Auxiliares de Diagnóstico⁷⁵ en los casos en los que se requiera de estos, a través del llenado de la boleta que se aprecia en la Figura N° 10, mismos que se realizarán en los diferentes consultorios de:

- * Laboratorio
- * Rayos X
- * Ecografía

FIGURA N° 10: **SOLICITUD DE EXÁMENES AUXILIARES**

CAJA NACIONAL DE SALUD		N° DE ASEGURADO <input style="width: 40px;" type="text"/>	
SOLICITUD DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS		CÓDIGO DE BENEFICIARIO <input style="width: 40px;" type="text"/>	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Sexo
Edad			
Clave Médico Solicitante	Policlinico	Consultorio o Servicio	
Fecha solicitada	Urgente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diagnóstico Presuntivo	Muestra a examinar		
1) Examen Solicitado	_____		
2) Datos de orientación diagnóstica	_____		
3) Obtención de la muestra	_____		
4) Tratamientos efectuados	_____		
Firma y aclaración del médico solicitante			

FUENTE: Elaboración propia

⁷⁵ Véase Anexo 7.

El médico familiar llenará y sellará la "Solicitud de Exámenes Auxiliares"; anotará también en la "Libreta de usuario" la transferencia a un consultorio especializado (Laboratorio, Rayos x...).

El paciente se trasladará al respectivo consultorio y pedirá una cita, anotándolo en la Libreta de usuario. El día y la hora acordada el paciente cumplirá con su cita⁷⁶.

Una vez realizado los exámenes auxiliares solicitados, el paciente deberá retornar al consultorio de medicina familiar, para escuchar el diagnóstico del médico.

10.3.3. **Diagnóstico médico.**

El Diagnóstico médico será dado al paciente una vez realizada la evaluación médica.

Llegar a un diagnóstico correcto y asegurar el mejor tratamiento y resultado final para todo paciente son los deberes finales de los cuidados médicos.

Se concluirá con un diagnóstico o con una sospecha diagnóstica a ser confirmada clínicamente por personal especializado o con ayuda de exámenes auxiliares. Para esta conclusión se integrarán los hallazgos de la inspección, Anamnesis y examen clínico.

⁷⁶ Véase Anexo 7.

10.3.4. **Exámenes Auxiliares de Diagnóstico.**

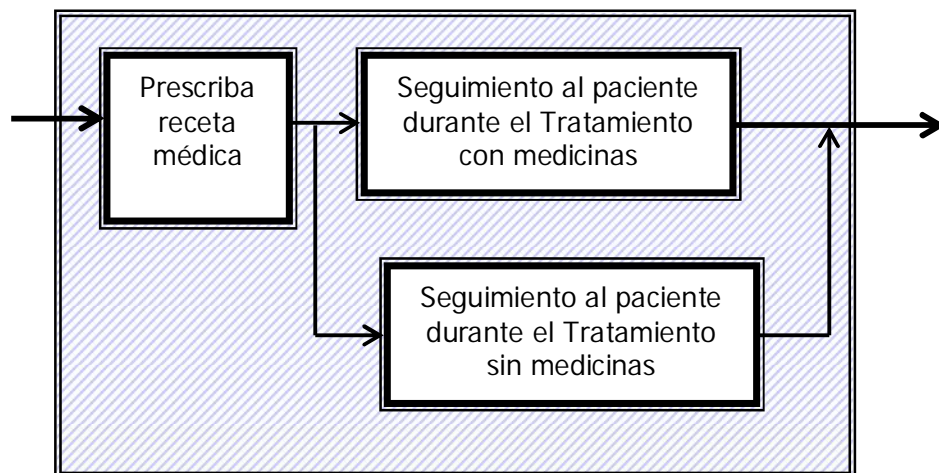
Los Exámenes Auxiliares de Diagnóstico sirven para que se clarifique el diagnóstico y asegurar que se brinde el mejor tratamiento disponible.

Una vez realizado los Exámenes Auxiliares de diagnóstico, el paciente deberá retornar al consultorio solicitante, para escuchar el diagnóstico y el tratamiento del médico.

10.4. **ETAPA 4: TRATAMIENTO MÉDICO.**

A continuación se presenta el Esquema N° 10, que muestra la Etapa N° 4, referido a la "Tratamiento médico".

ESQUEMA N° 10: Tratamiento médico.



FUENTE: Elaboración propia.

El Cuadro N° 9 presenta una breve síntesis de la Etapa N° 4, como se muestra a continuación:

CUADRO N° 9: TRATAMIENTO MÉDICO

Número	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
11	Prescriba Receta médica.	El Médico Familiar, deberá prescribir como máximo de tres recetas. El paciente deberá recoger de la Farmacia la receta prescrita.	Médico
12	Seguimiento al paciente durante el Tratamiento con medicinas.	El Médico Familiar realizará un control al paciente durante el tratamiento con medicinas, de acuerdo a un intervalo de tiempo necesario. Esto deberá ser registrado en la " tarjeta de control de dosis ".	Médico – paciente
13	Seguimiento al paciente durante el Tratamiento sin medicinas.	El Médico Familiar realizará un control al paciente, durante el tratamiento sin medicinas, para cerciorarse de que éste se recuperará satisfactoriamente.	Médico – paciente

FUENTE: Elaboración propia.

La evolución y tratamiento médico, deberá registrarse en la siguiente hoja clínica (Figura N° 11), en ésta se anotará el tratamiento medical y no medical.

Esta hoja contará con la descripción minuciosa de:

- La prescripción de medicamentos (tratamiento medical)
- El tratamiento dietética.
- Descripción de los síntomas observados.
- Y posibles observaciones, como por ejemplo la dosificación.

FIGURA N° 11: HOJA DE TRATAMIENTO MÉDICO

CAJA NACIONAL DE SALUD		N° DE ASEGURADO			
HOJA DE TRATAMIENTO MÉDICO				HISTORIA CLÍNICA	
-----		-----		-----	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	APELLIDO ESPOSO		
-----		-----		-----	
POLICLÍNICO	SERVICIO	NOMBRE DEL MÉDICO	NOMBRE DE LA ENFERMERA		

FECHA	HORA	MEDICACIÓN	DESCRIPCIÓN DE SÍNTOMAS OBSERVADOS	OBSERVACIONES	

FUENTE: Elaboración propia

10.4.1. Prescripción de Receta Médica.

Se ajustará al diagnóstico médico, comprenderá recomendaciones contenidas en el tratamiento específico tanto médico como quirúrgico.

El tratamiento apropiado incluye más que decidir simplemente el fármaco, la operación u otro tratamiento que se elija.

La prescripción de medicamentos por parte del médico, deberá ser usado de manera inteligente y deberá evitar desperdicios.

El desperdicio o mal uso de los medicamentos causará la escasez de suministros, con el consiguiente resultado de que algunos pacientes no pueden ser tratados de manera apropiada. Las causas del desperdicio de medicamentos podrán ser: usar demasiados medicamentos diferentes en un paciente, prescribir medicamentos antes de hacer un diagnóstico, dar medicamentos a pacientes que no tienen fe en ellos y que los tiran u olvidan tomarlos.

Toda receta emitida por el médico, deberá llevar la firma y el número de matrícula profesional, y el sello respectivo. El médico podrá emitir máximo tres recetas.

El médico deberá esmerarse en informarles a los pacientes cómo tomar sus medicamentos, explicando de manera sencilla el por qué algunos medicamentos en particular deben tomarse en cierta forma.

La **Farmacia**⁷⁷ estará encargada de la entrega de medicamentos, previa verificación de los requisitos.

La entrega de medicamentos deberá ser válida 24 horas, después de ser emitida por el médico, caso contrario la receta médica quedará nula.

⁷⁷ Véase Anexo N° 7.

10.4.2. **Seguimiento del paciente durante el tratamiento con medicinas.**

Se intentará hacer un seguimiento al curso de la enfermedad y al proceso de recuperación del paciente como consecuencia del tratamiento instaurado.

Generalmente los pacientes suelen tomar los medicamentos de manera equivocada, ya sea reduciendo la dosis para hacer que el tratamiento dure más tiempo, o aumentándola con la esperanza de una curación más rápida. Los pacientes toman los medicamentos a la hora equivocada u olvidan una dosis.

Los pacientes con tratamientos largos a menudo dejan de tomar sus medicinas demasiado pronto. Esto sucede debido a que los pacientes no entienden la acción de los medicamentos en el organismo. Como resultado algunas veces los pacientes no se curan y se derrochan los medicamentos.

Mediante la entrega de la "**Tarjeta de control de dosis**" otorgado a los pacientes, se podrá realizar un control, tanto para el médico como para el paciente, de la hora correcta que deberán tomar la dosis de los medicamentos.

Esta "tarjeta de control de dosis" tendrá las siguientes características:

- Será presentada en forma de calendario mensual
- serán de cartulina prensada.

- ☑ serán de tres tipos, clasificados de acuerdo al intervalo de hora de la dosis: cada doce horas, cada ocho horas y cada seis horas.
- ☑ incluirá en la parte superior, el nombre del paciente, el nombre del medicamento y la dosis del mismo
- ☑ El médico deberá marcar el día y la hora que empezará y terminará el tratamiento medical.

Como por ejemplo, a un paciente que se le prescribe un fármaco durante 20 días, y cada seis horas, éste deberá marcar en cada casilla después de ingerir una dosis. A continuación se detalla este ejemplo:

FIGURA N° 12: TARJETA DE CONTROL DE DOSIS

Empieza e. Tratamiento medical

Nombre del paciente: _____
 Medicamento: _____ Dosis: _____

Octubre 2002

	dom	lun	mar	mié	vie	sáb	dom
06:00	<input type="checkbox"/>						
12:00	<input checked="" type="checkbox"/>						
18:00							
24:00							

Termina e. tratamientc medical.

FUENTE: Elaboración propia.

El Médico/Auxiliar de Enfermería, hará un seguimiento al paciente durante el tratamiento con fármacos; realizando visitas domiciliarias cada cierto tiempo, o mediante llamadas telefónicas; para verificar que el paciente esta siguiendo correctamente el tratamiento prescrito, mediante la verificación de la *tarjeta de control de dosis*.

10.4.3. Seguimiento del paciente durante el tratamiento sin medicinas.

El seguimiento del paciente durante el tratamiento puede seguir sin medicinas, controlando la educación nutricional.

La nutrición correcta será uno de los requerimientos básicos de salud. Las necesidades nutricionales están directamente relacionadas con los cambios en la composición corporal y guardan un vínculo más estrecho con la edad fisiológica.

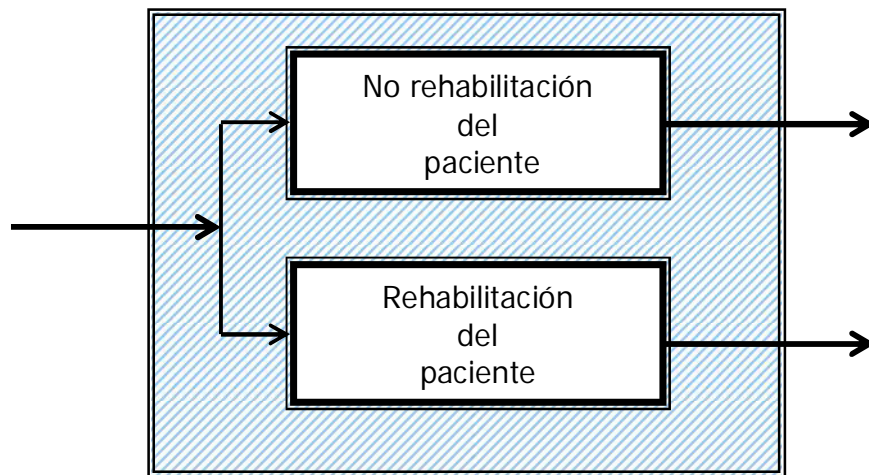
Es importante el trabajo de orientación nutricional que debe realizarse de manera integrada con los pacientes, considerando la cantidad y calidad ideal de alimentos para atender las necesidades nutricionales, de acuerdo a las condiciones de la realidad local.

La valoración del estado nutricional debe formar parte obligatoria de la atención integral de la salud, la que debe incluir: la historia dietética, los signos clínicos y los estudios de laboratorios.

10.5. **ETAPA 5: REHABILITACIÓN DEL PACIENTE.**

A continuación se presenta el Esquema N° 11, que muestra la Etapa N° 5, referido a la "Rehabilitación del paciente".

ESQUEMA N° 11: Rehabilitación del paciente.



FUENTE: Elaboración propia.

El Cuadro N° 10 presenta una breve síntesis de la Etapa N° 5, como se muestra a continuación:

CUADRO N° 10: REHABILITACIÓN DEL PACIENTE.

Número	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
14	Rehabilitación del paciente.	La rehabilitación será cuando el paciente haya seguido correctamente el tratamiento médico.	Médico – paciente
15	No rehabilitación del paciente	La rehabilitación será cuando el paciente no ha seguido correctamente el tratamiento médico.	Médico – paciente

FUENTE: Elaboración propia.

10.5.1. **Rehabilitación del paciente**

El éxito en el diagnóstico y tratamiento sólo puede lograrse considerando todas las circunstancias personales y familiares de los pacientes.

El papel del médico no terminará con el diagnóstico y la prescripción de un régimen terapéutico.

Nunca se insistirá bastante en su importancia para ayudar a los pacientes y familiares a soportar la carga de enfermedades graves. El dicho es: "Curar a veces; aliviar con frecuencia, y consolar siempre".

El éxito de la rehabilitación del paciente, consistirá con la recuperación de la confiabilidad y credibilidad que dará el paciente al médico, y por ende al Policlínico Central – C.N.S.

10.5.2. **No Rehabilitación del Paciente.**

Cuando la rehabilitación del paciente no fue exitosa, el asegurado deberá repetir el proceso.

Generalmente la no rehabilitación del paciente, se da por varias causas, como por ejemplo, cuando el paciente no siguió correctamente el tratamiento con/sin medicinas, o cuando el paciente no acudió al médico para su respectivo control.

10.6. RECOMENDACIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA PROPUESTA.

- Es necesario que todo el personal del Policlínico haga suyo el proyecto, lo que implica asumir responsabilidad para su efectivización.
- Evitar exigencias al personal más allá de lo normal, para no agotarlos. Crear un ambiente agradable para el desarrollo del trabajador.
- Crear desde un principio estímulos para mejorar el desempeño del personal.
- La posible implantación de cualquier mejoramiento en el proceso afectará a las personas, éste efecto debe anticiparse y controlarse, en consecuencia resulta importante fortalecer la lealtad del personal y lograr que cada persona comprenda las implicaciones de su trabajo.
- Es importante tener presente, que si bien el modelo propone cambiar la forma de trabajo, la naturaleza del trabajo se mantiene y lo productivo debe conservarse, hasta en unos casos mejorarse.
- El director del Policlínico, deberá conformar un comité de control de calidad, para hacer un seguimiento en cuanto al proceso de atención médica se refiere.

- ☑ En el futuro, ampliar la gama de servicios y especialidades y dotar de camas al policlínico, para así poder facilitar la atención de una gran cantidad de casos sencillos, partos normales, cirugía ambulatoria, etc.

- ☑ Se deberá realizar la acreditación en el policlínico, usando como instrumento el Manual de Vigilancia de la Calidad, éste ayudará a desarrollar la capacidad y el ejercicio de funciones gerenciales, para responder a nuevas demandas y necesidades institucionales y comunitarias, permitiendo crear instituciones fuertes, capaces de garantizar servicios eficientes y de calidad. A través de la acreditación, tendremos mejor conocimiento de los problemas organizacionales, ayudará a crear un clima de seguridad y confianza y credibilidad por parte de los pacientes.

CAPÍTULO XI

CONCLUSIONES FINALES

La presente investigación se realizó con el propósito de diseñar un proceso de calidad en la atención médica, demostrando la necesidad de mejorar el servicio en el Policlínico Central, y tomando ésta como base para la implantación en los ocho centros de salud que cuenta la C.N.S. – Regional La Paz; y posteriormente a nivel nacional.

La aplicación de los conceptos administrativos permitió elaborar un modelo que ayude a mejorar los servicios que ofrece el policlínico.

Un aporte muy importante de la administración, es el de permitir a la C.N.S. la posibilidad de continuar, actualizarse y mantener la doctrina y filosofía en tiempos donde aparentemente todo es adverso a ello.

La C.N.S. tiene el deber social de proporcionar servicios de excelencia, seguros, confiables y oportunos, su responsabilidad en ese sentido es más colectiva que individual y se debe tener presente que la calidad no es una simple técnica para incrementar la productividad de los servicios, sino que constituye en sí mismo una sublime expresión de la naturaleza humana, pues cuando una persona es de calidad, no solamente se refleja en su trabajo sino en todos sus roles de su vida.

La C.N.S. cubre a más del 85% de la población asegurada, por su mayor cobertura geográfica, posee equipamiento técnico adecuado, y reúne el personal médico mejor preparado del país. Ésta se constituye en uno de los recursos más valiosos que pueda tener una organización, contar con personal calificado.

Mejorará la atención al usuario que se expresa como sinónimo de efectividad, como el compromiso de prolongar la vida, restaurar la salud y evitar incapacidades de los servicios de consulta externa.

Elevará la calidad profesional y técnica del personal del policlínico, con el uso eficiente de los recursos, reduciendo al mínimo los riesgos en los servicios de salud ofertados.

El aporte al país está dado porque esta opción no solo repercutirá en una mejor prestación de servicios de los 76.000 asegurados, sino del 25% de la población boliviana. Población conformada principalmente por trabajadores y sus familias, el total de embarazadas y personas mayores de 60 años que residen en zonas suburbanas, en muchos casos personas de estratos bajos.

Se ha establecido la importancia de los procesos a lo largo del trabajo de investigación, debido a que son éstos, y no las personas, la clave de un desempeño libre de errores. Por otro lado los procesos resultan importantes también por el elevado costo que implica hacer mal las cosas, por la ventaja

competitiva que produce brindar a los clientes procesos de calidad que no incurran en errores, y por lo que significa lograr un mayor rendimiento de la inversión.

El proceso de atención medica es una opción viable que permitirá mejorar la calidad de los servicios médicos del Policlínico, para recuperar la confianza y la credibilidad de los pacientes.

El aporte al país está dado porque ésta opción no solo repercutirá en una mejor prestación de servicios de los 75.000 asegurados, sino del 25% de la población boliviana. Población conformada principalmente por trabajadores y sus familias, el total de embarazadas y personas mayores de 60 años que residen en zonas suburbanas, en muchos casos personas de estratos bajos.

5.7. Operacionalización de variables.

Variable	Definición Operacional	Indicadores	Dimensiones	Fuente	ÍTEMS
Dimensiones de la calidad.	La calidad tiene varias y diferentes dimensiones dentro de una organización.	Grado en el cual están instituidas la dimensión de la calidad en una organización.	Acceso a los servicios	ENC. 1	5. Cuánto tiempo le toma llegar a UD. Desde su Policlínico? <input type="checkbox"/> 0-10 m, <input type="checkbox"/> 11- 20 m <input type="checkbox"/> 21-30 m, <input type="checkbox"/> más de 30 m UD. Cree que el Policlínico le queda: <input type="checkbox"/> Muy cerca, <input type="checkbox"/> Cerca, <input type="checkbox"/> Ni cerca ni lejos, <input type="checkbox"/> Lejos, <input type="checkbox"/> Muy lejos.
			Barreras geográficas, económicas y Organizacionales		6. ¿Cuánto le cuesta trasladarse al Policlínico ida y vuelta desde su domicilio? <input type="checkbox"/> Nada, <input type="checkbox"/> 1.5-3 Bs., <input type="checkbox"/> Más de 3 Bs.
			Eficiencia	ENC. 1	7. ¿Está UD. Satisfecho con el lugar donde se encuentra su Policlínico? <input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> No responde.
					8. Los trámites que tuvo que realizar para obtener el servicio fueron: <input type="checkbox"/> Rápidos, <input type="checkbox"/> Lentos, <input type="checkbox"/> No responde.
					13. ¿Cuánto tiempo paso desde llego al Policlínico hasta que la vio el médico de servicio? <input type="checkbox"/> 0-15 m, <input type="checkbox"/> 16-30 m, <input type="checkbox"/> 31-60 m, <input type="checkbox"/> Más de 60 m, <input type="checkbox"/> No responde
					17. Aproximadamente, ¿Cuánto tiempo dispuso el profesional para su atención? <input type="checkbox"/> 0-5 m, <input type="checkbox"/> 6-10 m, <input type="checkbox"/> 11-15 m, <input type="checkbox"/> 16-20 m, <input type="checkbox"/> 21-30 m.
					9. El Día De Hoy, ¿A Qué Servicio Asistió? <input type="checkbox"/> C. Médico Familiar, <input type="checkbox"/> C. Médico Especialista, <input type="checkbox"/> Consulta Dental, <input type="checkbox"/> Vacunas, <input type="checkbox"/> Emergencia, <input type="checkbox"/> Solo Laboratorio, <input type="checkbox"/> Solo Rx, <input type="checkbox"/> Solo Trabajo Social, <input type="checkbox"/> Otro.
					10. ¿Obtuvo el servicio solicitado? <input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> No
				11. ¿Cuan fácil o difícil fue que le atendieran? <input type="checkbox"/> Fácil, <input type="checkbox"/> Muy difícil, <input type="checkbox"/> Con algunas dificultades, <input type="checkbox"/> No responde	
				12. Normalmente, ¿Qué tipo de problemas encuentra UD? <input type="checkbox"/> Ausencia Del Médico, <input type="checkbox"/> Ausencia De La Enfermera, <input type="checkbox"/> Problemas por ser tarde dentro del Turno, <input type="checkbox"/> Extravió De La Historia Clínica, <input type="checkbox"/> Falta De Material, <input type="checkbox"/> Otro.	
				18. ¿El profesional que la vio resolvió su problema de salud? <input type="checkbox"/> Sí, <input type="checkbox"/> No.	
				19. ¿Por qué cree usted que no resolvió su problema de salud? <input type="checkbox"/> No me aviso, <input type="checkbox"/> Estaba apurado, <input type="checkbox"/> Faltaba insumos <input type="checkbox"/> No me escucho, <input type="checkbox"/> Otro.	
				20. ¿Le explicó qué es lo que tenía? <input type="checkbox"/> Me explico y entendí, <input type="checkbox"/> Me explico pero no entendí <input type="checkbox"/> No me explico, <input type="checkbox"/> No responde.	

...CONTINÚA....

... CONTINUACIÓN...

				ENC. 2	13. Hoy día, ¿tuvo los insumos necesarios para realizar su trabajo? <input type="checkbox"/> Todos, <input type="checkbox"/> Algunos, <input type="checkbox"/> Ninguno, <input type="checkbox"/> No responde			
					16. En su opinión, los registros que llena diariamente son: <input type="checkbox"/> Pocos, <input type="checkbox"/> Suficientes, <input type="checkbox"/> Excesivos, <input type="checkbox"/> No responde.			
					17. ¿Quedó satisfecho con los recursos con los que contó hoy? <input type="checkbox"/> Si, <input type="checkbox"/> No.			
						Continuidad y Oportunidad	ENC. 1	21. ¿Le informó en caso de que debería volver? <input type="checkbox"/> Si, <input type="checkbox"/> No 12. Normalmente, ¿Qué tipo de problemas encuentra UD? <input type="checkbox"/> Ausencia del Médico, <input type="checkbox"/> Ausencia de la Enfermera, <input type="checkbox"/> Problemas por ser tarde dentro del Turno, <input type="checkbox"/> Extravío de la Historia Clínica, <input type="checkbox"/> Falta De Material, <input type="checkbox"/> Otro.
						Competencia Profesional	ENC. 2	5. ¿Cuánto tiempo hace que recibió cursos de capacitación complementarias y/o actualización con duración de 24 horas o mas relacionado con su actividad actual? <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses, <input type="checkbox"/> 6-12 meses, <input type="checkbox"/> Más de 12 meses, <input type="checkbox"/> Nunca, <input type="checkbox"/> No responde.
								6. En su opinión, ¿Con qué frecuencia deberían ser evaluados los conocimientos del personal del Policlínico? <input type="checkbox"/> Anualmente, <input type="checkbox"/> Cada 5 años, <input type="checkbox"/> Solo a su ingreso, <input type="checkbox"/> No deben evaluarse, <input type="checkbox"/> No responde.
								7. ¿Está satisfecho con los conocimientos profesionales o técnicos que tiene y se relaciona con su actividad actual en el Policlínico? <input type="checkbox"/> Si, <input type="checkbox"/> No.
								9. En su opinión, ¿Cómo fue la capacitación que recibió sobre las funciones y actividades propias de su actual puesto? <input type="checkbox"/> Completa, <input type="checkbox"/> Regular, <input type="checkbox"/> Insuficiente, <input type="checkbox"/> No recibí, <input type="checkbox"/> No responde.
								10. ¿Está satisfecho con el conocimiento actual que tiene sobre los programas y normas que competen en su área? <input type="checkbox"/> Si, <input type="checkbox"/> No.
								8. En total, ¿Cuánto tiempo trabaja UD en la C.N.S? <input type="checkbox"/> 1-5 a, <input type="checkbox"/> 6-10 a, <input type="checkbox"/> 11-15 a, <input type="checkbox"/> 16-20 a, <input type="checkbox"/> Más de 20 a.
					14. El funcionamiento del equipo que lo coopero hoy fue: <input type="checkbox"/> Bueno, <input type="checkbox"/> Regular, <input type="checkbox"/> Malo, <input type="checkbox"/> No responde.			
					15. ¿Con qué frecuencia realiza algunas actividades o funciones que en su opinión no le corresponden? <input type="checkbox"/> Nunca, <input type="checkbox"/> A veces, <input type="checkbox"/> Siempre. <input type="checkbox"/> No responde.			
Expectativas del cliente respecto al servicio	Son actitudes que éste asume con respecto a una organización, ésta se relaciona con el producto, con el servicio dado y con el profesionalismo en el contacto con el cliente.	Grado en el cual el cliente utiliza algunas dimensiones para evaluar la calidad del servicio.	Fiabilidad	ENC 1	18. ¿El profesional que la vio le resolvió su problema de salud? <input type="checkbox"/> Si, <input type="checkbox"/> No. 19. ¿Por qué cree UD. que no le resolvió su problema de salud? <input type="checkbox"/> No me aviso, <input type="checkbox"/> Estaba apurado, <input type="checkbox"/> Faltaba insumos, <input type="checkbox"/> No me escucho.			
				ENC 2	18. ¿Cómo considera el servicio que brinda el Policlínico a los asegurados? <input type="checkbox"/> Bueno, <input type="checkbox"/> Regular, <input type="checkbox"/> Malo, <input type="checkbox"/> No responde.			

... CONTINÚA...

... CONTINUACIÓN...

			Seguridad, Empatía y Comodidad	ENC 1	22. ¿La persona que la vio la trato con respeto? <input type="checkbox"/> Si, <input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> No responde.
					23. ¿Cómo calificaría el trato de la persona que la vio? <input type="checkbox"/> Amable y cordial, <input type="checkbox"/> Indiferente, <input type="checkbox"/> Descortés, <input type="checkbox"/> No responde.
					18. ¿El profesional que la vio le resolvió su problema de salud? <input type="checkbox"/> Si, <input type="checkbox"/> No.
					19. ¿Por qué cree UD. que no le resolvió su problema de salud? <input type="checkbox"/> No me aviso, <input type="checkbox"/> Estaba apurado, <input type="checkbox"/> Faltaba insumos, <input type="checkbox"/> No me escucho.
					24. En términos generales, ¿cómo se sintió durante el tiempo que permaneció en el Policlínico? <input type="checkbox"/> Muy bien, <input type="checkbox"/> Bien, <input type="checkbox"/> Regular, <input type="checkbox"/> Mal, <input type="checkbox"/> Muy mal, <input type="checkbox"/> No responde.
					25. Por el trato, la atención, la calidad que recibió en este Policlínico, usted diría que está: <input type="checkbox"/> Muy satisfecho, <input type="checkbox"/> Medianamente satisfecho, <input type="checkbox"/> Poco satisfecho, <input type="checkbox"/> Nada satisfecho.
			Capacidad de Respuesta	ENC. 2	3. Puesto o categoría actual.
					4. ¿Cuánto hace que termino su carrera profesional?
					15. ¿Con qué frecuencia realiza algunas funciones o actividades que en su opinión no le corresponden? <input type="checkbox"/> Nunca, <input type="checkbox"/> A veces, <input type="checkbox"/> Siempre, <input type="checkbox"/> No responde.
			Elementos Tangibles	ENC 1	12. Normalmente, ¿Qué tipo de problemas encuentra UD? <input type="checkbox"/> Ausencia del Médico, <input type="checkbox"/> Ausencia de la Enfermera, <input type="checkbox"/> Problemas por ser tarde dentro del Turno, <input type="checkbox"/> Extravió de la Historia Clínica, <input type="checkbox"/> Falta De Material, <input type="checkbox"/> Otro.
					14. En su opinión, ¿lo baños para el público se encuentran limpios, disponibles y funcionando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			Elementos Tangibles	ENC 1	15. En el Policlínico, ¿Hay teléfono público disponible? <input type="checkbox"/> Si, <input type="checkbox"/> No.
					16. ¿El día de hoy encontró en el Policlínico agua potable disponible para beber? <input type="checkbox"/> Si, <input type="checkbox"/> No.
					11. ¿Cuenta con un área física apropiada para realizar su trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde.
ENC 2	13. ¿Qué tan cómodo es para usted ese espacio? <input type="checkbox"/> Cómodo, <input type="checkbox"/> Relativamente cómodo, <input type="checkbox"/> Incómodo, <input type="checkbox"/> No responde.				
	17. ¿Quedó satisfecho con los recursos con los que contó hoy? <input type="checkbox"/> Si, <input type="checkbox"/> No.				

FUENTE: Elaboración propia.

Referencias:

Enc1 = Encuesta dirigida a la población asegurada;
(Ver Anexo N° 5)

Enc2 = Encuesta dirigida a la población recursos humanos.
(Ver Anexo N° 6)

ANEXO 5
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA – UNIDAD DE POST
GRADO
LA PAZ – BOLIVIA

ENCUESTA 1: ENCUESTA PARA LA POBLACIÓN ASEGURADA

TURNOS:

Mañana	38	15	53	61,63%
Tarde	22	11	33	39,37%
TOTAL	60	26	86	100,00%

SEXO:

Mujer	Hombre	TOTAL
60	26	86

1. EDAD:

0 – 15 a.	0	0%
16 – 30 a.	15	17,44%
31 – 45 a.	36	41,86%
46 – 60 a.	24	27,91%
Mayor a 60 a.	11	12,79%
TOTAL	86	100,00%

2. ESTADO CIVIL:

Casado	49	56,98%
Divorciado	3	3,49%
Separado	6	6,98%
Soltero	14	16,28%
Conviviente	4	4,65%
Viudo	10	11,63%
TOTAL	86	100,00%

3. Idioma nativo que habla:

Español	85	98,84%
Aymará	24	27,91%
Quechua	7	8,14%
TOTAL	116	100,00%

4. Ocupación:

Empleado	26	29,07%
Ama de casa	22	25,58%
Profesional	9	10,47%
Estudiante	5	5,81%
Jubilado- rentista	14	16,28%
Profesor	11	12,79%
TOTAL	86	100,00%

ANEXOS

5. ¿Cuánto tiempo le toma llegar a UD desde su domicilio?

5 – 10 min.	23	26,74%
11 – 15 min.	23	26,74%
16 – 20 min.	20	23,26%
Más de 20 min.	20	23,26%
TOTAL	86	100,00%

UD cree que el Policlínico le queda:

Muy cerca	8	9,30%
Cerca	43	50,00%
Ni cerca ni lejos	27	31,40%
Lejos	7	8,14%
Muy lejos	1	1,16%
TOTAL	86	100,00%

6. ¿Cuánto le cuesta trasladarse al Policlínico ida y vuelta desde su domicilio?

Nada	27	31,40%
1,59\$ - 3\$	47	54,65%
3\$ - 5\$	12	13,95%
TOTAL	86	100,00%

7. ¿Esta UD satisfecho con el lugar donde se encuentra su Policlínico?

Si	79	91,86%
No	7	8,14%
TOTAL	86	100,00%

8. Los trámites que tuvo que realizar para obtener el servicio, fueron:

		Rápidos	Regulares	Lentos	Total
I	Dirección	16	40	30	86
II	Enfermera	42	29	15	86
III	Farmacia	52	28	6	86
IV	Laboratorio	49	15	22	86
V	Odontología	11	8	67	86
VI	Rayos X	46	20	20	86
VII	Trabajo Social	49	20	17	86
VIII	Vigencia de Derechos	46	4	36	86
IX	Otras secciones	37	20	29	86

9. El día de hoy, ¿A qué servicio asistió?

Consultorio médico familiar	45	52,33%
Consultorio médico especialista	16	18,60%
Consulta dental	15	17,44%
Vacunas	0	0%
Emergencias	1	1,16%
Solo laboratorio	2	2,33%
Solo rayos X	1	1,16%
Solo Trabajo social	3	3,49%
Otros	3	3,49%
TOTAL	86	100,00%

ANEXOS

10. ¿Obtuvo el servicio solicitado?

Si	81	94,19%
No	2	2,33%
No responde	3	3,49%
TOTAL	86	100,00%

11. ¿Cuán fácil o difícil fue que le atendieran?

Fácil	54	62,79%
Con algunas dificultades	29	33,72%
Muy difícil	2	2,33%
No responde	1	1,16%
TOTAL	86	100,00%

12. Normalmente, ¿Qué tipo de problemas encuentra UD?

Ausencia del médico	21	24,42%
Ausencia de la enfermera	23	26,74%
Problemas por ser tarde dentro del turno	17	19,77%
Extravío de la Historia Clínica	7	8,14%
Falta de material	16	18,60%
Otro	2	2,33%
TOTAL	86	100,00%

13. ¿Cuánto tiempo paso desde que UD llegó al Policlínico hasta que la vio el médico de servicio?

0 – 30 min.	4	4,65%
31 – 60 min.	20	23,26%
1 – 1,5 hr.	48	55,81%
1,5 – 2 hr.	11	12,79%
Más de 2 hr.	3	3,40%
TOTAL	86	100,00%

14. En su opinión, ¿Los baños para el público se encuentran limpios, disponibles y funcionando?

Si	20	23,26%
No	61	70,93%
No responde	5	5,81%
TOTAL	86	100,00%

15. En el Policlínico, ¿hay teléfono público disponible?

Si	78	90,70%
No	8	9,30%
No responde	0	0%
TOTAL	86	100,00%

16. ¿El día de hoy, encontró en el Policlínico agua potable disponible para beber?

Si	20	23,26%
No	31	36,05%
No responde	35	40,70%
TOTAL	86	100,00%

ANEXOS

17. Aproximadamente, ¿Cuánto tiempo dispuso el profesional que al vio, para su atención?

0 – 5 min.	9	10,47%
6 – 10 min.	39	45,35%
11 - 15 min.	17	19,77%
16 – 20 min.	18	20,93%
21 – 30 min.	3	3,49%
TOTAL	86	100,00%

18. ¿El profesional que la vio le resolvió su problema de salud?

Si	52	56,98%
No	26	36,05%
No responde	8	6,98%
TOTAL	86	100,00%

19. ¿Por qué cree UD que no le resolvió su problema de salud?

No me aviso	5	19,23%
Estaba apurado	4	15,38%
Faltaban insumos	9	34,62%
No me escucho	3	11,54%
Otro	5	19,23%
TOTAL	26	100,00%

20. ¿Le explicó qué es lo que tenía?

Me explicó y entendí	68	79,07%
Me explicó pero no entendí	5	5,81%
No me explico	11	12,79%
No responde	2	2,33%
TOTAL	86	100,00%

21. ¿Le informó en caso de que debía volver?

Si	48	73,26%
No	38	26,74%
No responde	0	0,00%
TOTAL	86	100,00%

22. ¿La persona que la vio la trato con respeto?

Si	62	72,09%
No	24	27,91%
No responde	0	0,00%
TOTAL	86	100,00%

23. ¿Cómo calificaría el trato de la persona que la vio?

Amable y cordial	39	45,35%
Indiferente	25	29,07%
Descortés	16	18,60%
No responde	6	6,98%
TOTAL	86	100,00%

ANEXOS

24. En términos generales, ¿Cómo se sintió durante el tiempo que permaneció en el Policlínico?

Muy bien	8	9,30%
Bien	62	72,09%
Mal	1	1,16%
Muy mal	0	0,00%
Regular	15	16,28%
No responde	1	1,16%
TOTAL	86	100,00%

25. Por el trato, la atención, la calidad, etc. que recibió en este Policlínico, UD diría que está:

Muy satisfecho	21	24,42%
Medianamente satisfecho	49	56,98%
Poco satisfecho	12	13,95%
Nada satisfecho	4	4,65%
TOTAL	86	100,00%

ANEXO 6
UNIVERSIDAD AMYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA – UNIDAD DE POST
GRADO
LA PAZ – BOLIVIA

ENCUESTA 2: ENCUESTA PARA EL PERSONAL DEL POLICLINICO CENTRAL

1. Estado civil.

Casado	34	65,38%
Conviviente	0	0,00%
Soltero	15	28,85%
Viudo	1	1,92%
Divorciado	1	1,92%
Separado	1	1,92%
TOTAL	52	100,00%

2. Idioma.

Aymará	8
Quechua	15
Español	52

3. Puesto o categoría actual

Médico general	5
Médico familiar	11
Médico dental	3
Médico especialista	
Farmacéutico o bioquímico	3
Enfermera graduada	2
Enfermera auxiliar	14
Administrativo	6
De apoyo	2
Vigencia de Derechos	1
Trabajo Social	1
Trabajadora Manual	4
TOTAL	52

4. ¿Cuánto hace que terminó su carrera profesional?

1 – 5 años	3	5,77%
6 – 10 años	10	19,23%
11 – 15 años	12	23,08%
16 – 20 años	11	21,15%
21 – 25 años	7	13,46%
Más de 25 años	6	11,54%
No responde	3	5,77%
TOTAL	52	100,00%

ANEXOS

5. ¿Cuánto tiempo hace que recibió cursos de capacitación complementaria y/o actualización con duración de 24 horas o más, relacionado con su actividad actual?

Menos de 6 meses	28	53,85%
6 – 12 meses	9	17,31%
Más de 1 año	8	15,38%
Nunca	4	7,69%
No responde	3	5,77%
TOTAL	52	100,00%

6. En su opinión, ¿Con qué frecuencia deberían ser evaluados los conocimientos del personal del Policlínico?

Anualmente	38	73,08%
Cada 5 años	7	13,46%
Solo a su ingreso	5	3,85%
No deben evaluarse	1	1,92%
Otro	4	7,69%
TOTAL	52	100,00%

7. ¿Está satisfecho con los conocimientos profesionales o técnicos que tiene y que se relacionan con su actividad actual en el Policlínico?

Si	39	75,00%
No	13	25,00%
TOTAL	52	100,00%

8. En total, ¿Cuánto tiempo trabaja usted en la C.N.S.?

1 – 5 años	5	9,62%
6 – 10 años	17	32,69%
11 – 15 años	10	19,23%
16 – 20 años	8	15,38%
Más de 20 años	8	15,38%
No responde	4	7,69%
TOTAL	52	100,00%

9. En su opinión, ¿Cómo fue la capacitación que recibió sobre las funciones y actividades propias de su actual puesto?

Completa	20	38,46%
Regular	16	30,77%
Insuficiente	6	11,54%
No recibió	9	17,31%
No responde	1	1,92%
TOTAL	52	100,00%

10. ¿Está satisfecho con el conocimiento actual que tiene sobre los programas y normas que competen su área?

Si	26	50,00%
No	23	44,23%
No responde	3	5,77%

ANEXOS

TOTAL	52	100,00%
--------------	-----------	----------------

11. ¿Cuenta con un área física apropiada para realizar su trabajo?

Si	26	50,00%
No	25	48,08%
No responde	1	1,92%
TOTAL	52	100,00%

12. ¿Qué tan cómodo es para Ud. ese espacio?

Cómodo	11	21,15%
Relativamente cómodo	23	44,23%
Incómodo	17	32,68%
No responde	1	1,92%
TOTAL	52	100,00%

13. Hoy día, ¿Tuvo Ud. los insumos necesarios para realizar su trabajo?

Todos	14	26,92%
Algunos	36	69,23%
Ninguno	1	1,92%
No responde	1	1,92%
TOTAL	52	100,00%

14. El funcionamiento del equipo que lo cooperó hoy, fue:

Bueno	16	30,77%
Regular	33	63,46%
Malo	2	3,85%
No responde	1	1,92%
TOTAL	52	100,00%

15. ¿Con qué frecuencia realiza alguna(s) funciones o actividades que en su opinión no le corresponden?

Nunca	4	7,69%
A veces	28	53,85%
Siempre	18	34,62%
No responde	2	3,85%
TOTAL	52	100,00%

16. En su opinión, los registros que llena diariamente son:

Pocos	2	3,85%
Suficiente	32	61,54%
Excesivos	16	30,77%
No responde	2	3,85%
TOTAL	52	100,00%

17. ¿Quedó satisfecho con los recursos con los que contó hoy?

Si	23	44,23%
No	26	50,00%
No responde	3	5,77%
TOTAL	52	100,00%

ANEXOS

18. ¿Cómo considera UD el servicio que brinda el Policlínico a los asegurados – beneficiarios?

Bueno	21	40,38%
Regular	27	51,92%
Malo	3	5,77%
No sabe	1	1,92%
TOTAL	52	100,00%

ANEXO 1
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA – UNIDAD DE POST
GRADO
LA PAZ – BOLIVIA

ENCUESTA EXPLORATORIA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN ASEGURADA.

1. ¿Cuánto tiempo espero para obtener su cita/ficha?

Menos de 30 min.	65%
De 30 min. a 1 Hr.	21%
De 1 hr. A 2 hr.	14%
Más de 2 hr.	0
Total	100%

2. ¿Qué tiempo pasó desde la hora de la cita hasta que fue atendido por el médico?

Menos de 30 min.	8%
De 30 min. a 1 Hr.	59%
De 1 hr. A 2 hr.	27%
Más de 2 hr.	6%
Total	100%

3. ¿El médico le puso atención a sus dolencias?

Si	80%
No	20%
Total	100%

4. ¿Le explicaron bien el tratamiento a seguir?

Si	91%
No	9%
Total	100%

5. ¿Cómo fue el trato del médico?

Buena	73%
Regular	26%
Malo	1%
Total	100%

6. ¿Cómo fue el trato de la enfermera?

Buena	52%
Regular	29%
Malo	19%
Total	100%

ANEXOS

7. Lo que menos le agrada de la atención en el Policlínico:

El maltrato de las enfermeras	31%
La larga espera para la atención	29%
El maltrato de los médicos, porque no tienen paciencia	3%
La falta de higiene y limpieza en los baños, y en general	19%
Las continuas reuniones del personal en horario de trabajo	18%
Total	100%

8. Qué cree usted que debería mejorar en la atención que se le ofrece:

Mejorar el trato de las enfermeras	39%
Evitar las colas y la larga espera	35%
Que los médicos tengan voluntad y paciencia para atender a los pacientes.	5%
Que mejore la atención médica, que examinen y den medicamentos	21%
Total	100%

9. Recomendaciones para mejorar la atención médica:

Mejorar la infraestructura para dar más comodidad	29%
Que el personal tome clases de relaciones humanas	41%
Comenzar la atención con puntualidad	30%
Total	100%

ANEXO 2

SERVICIOS QUE PRESTA LA CAJA NACIONAL DE SALUD

> **Seguro Social Obligatorio.** Que protege a los trabajadores afiliados y a sus beneficiarios, en las contingencias de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo y régimen de asignación familiares, llene derechos todas las personas nacionales o extranjeras que trabajan en el Territorio de la Republica y prestan servicios para otra persona natural o jurídica, o trabajan por cuenta propia y sus beneficiarios. Este derecho se adquiere mediante la afiliación de los trabajadores a través de las empresas, quienes previamente están obligadas a inscribirse a la Caja de Salud.

> **Seguro Social Voluntado** (Seguro de Enfermedad Común). Que protege a todos los trabajadores con o sin relación de dependencia obrero patronal, en los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo, relativo a las prestaciones en especie con el pago de Aporte Patronal y los que podrían regir para estos seguros.

> **Lev del Seguro Universal Materno Infantil** El Decreto Ley No. 2426 de fecha 21 de noviembre de 2002 incluyó al SUMI destinado a otorgar prestaciones esenciales de salud con calidad, calidez y adecuación cultural en el ámbito Nacional, cubre a los sectores más vulnerables de la población boliviana, con énfasis en niños y mujeres. El SUMI, es un derecho de toda la ciudadanía a recibir atención médica de calidad, sin costo alguno. Protege la salud de la familia y busca reducir la mortalidad de la niñez y la mujer. Ofrece consultas médicas esenciales, hospitalización, medicamentos, exámenes de laboratorio. Es un servicio gratuito, los costos son cubiertos con los impuestos que pagamos todos k bolivianos y con aportes del municipio. El SUMI. se financia con aportes del Gobierno Nacional, de los Gobiernos Municipales y de la Cooperación Internacional. Puede acudir a cualquier establecimiento de salud público y de seguridad social. La Caja Nacional de Salud demostrando plena convulsión y voluntad política de sus ejecutivos, participa activamente en la complementariedad de operaciones, tareas y acciones con el Sub Sector Salud Pública, Dirección General de Servicios de Salud y Unidad Nacional del SUMI del Ministerio de Salud y Previsión Social, para una gestión eficiente y eficaz. El SUMI cubre:

- + Niños menores de 5 años en prestaciones de un paquete básico (enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, infecciones bacterianas locales e infecciones bacterianas graves, vacunación en menores de un año, y consultas de nutrición y desarrollo).
- + Mujeres embarazadas (consultas prenatales, parto, cesárea, complicaciones del parto y consultas posparto exámenes citológicos, estudio anato- patológico para detección de cáncer de cuello de útero), hasta los seis meses posteriores al parto.

La Caja Nacional de Salud ha estructurado la red del Servido Básico de Salud en todas sus administraciones regionales y ha logrado una efectiva y eficaz coordinación de los programas del SUMI. En la coordinación extra institucional, se han fortalecido las estrategias para operativizar las políticas de salud con los municipios, los SEDES y las Prefecturas.

> **Seguro Medico Gratuito de Vejez** Entre las políticas públicas dirigidas a las personas mayores se promulgo el año 1998 la Ley 1886 de Derechos y Privilegios que otorga uno de los beneficios más importantes, el Seguro Medico Gratuito de Vejez, que constituye el derecho a recibir atención médica y el Decreto Supremo N° 25186 de 30-09-1998. Las normas contenidas en el presente Reglamento del Seguro Medico Gratuito de Vejez, tienen carácter obligatorio para todas las personas e instituciones comprendidas en su campo de aplicación. Intervienen en la gestión, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Salud y Previsión Social, los Gobiernos Municipales, las Cajas de Salud del Sistema Boliviano de Seguro Social a corto plazo y el Instituto Nacional de Seguros de Salud. *Beneficiarios:* están comprendidos en el campo de aplicación, con derecho a las prestaciones de este seguro, los bolivianos de ambos sexos, con radicatura permanente en el territorio Nacional, que tengan 60 años más de edad, y no se encuentren asegurados en el Sistema del Seguro Social Obligatorio ni otro Seguro de Salud.

Todos los gobiernos Municipales deberán necesariamente inscribirse y afiliarse a las personas de su jurisdicción a la Caja de Salud que determine el Ministerio de Salud y Previsión Social, a través del Viceministerio de Previsión Social, en consideración al Reglamento de Acreditación Sistémica. El Seguro Medico Gratuito de Vejez, comprende las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedad, de Medicina Preventiva y Accidentes no Profesionales, establecidos en el Código de Seguridad Social, su Reglamento y Disposiciones Conexas El otorgamiento de las prestaciones es de carácter absolutamente gratuito para los asegurados y se sujetará a las regulaciones establecidas en las citadas normas legales.

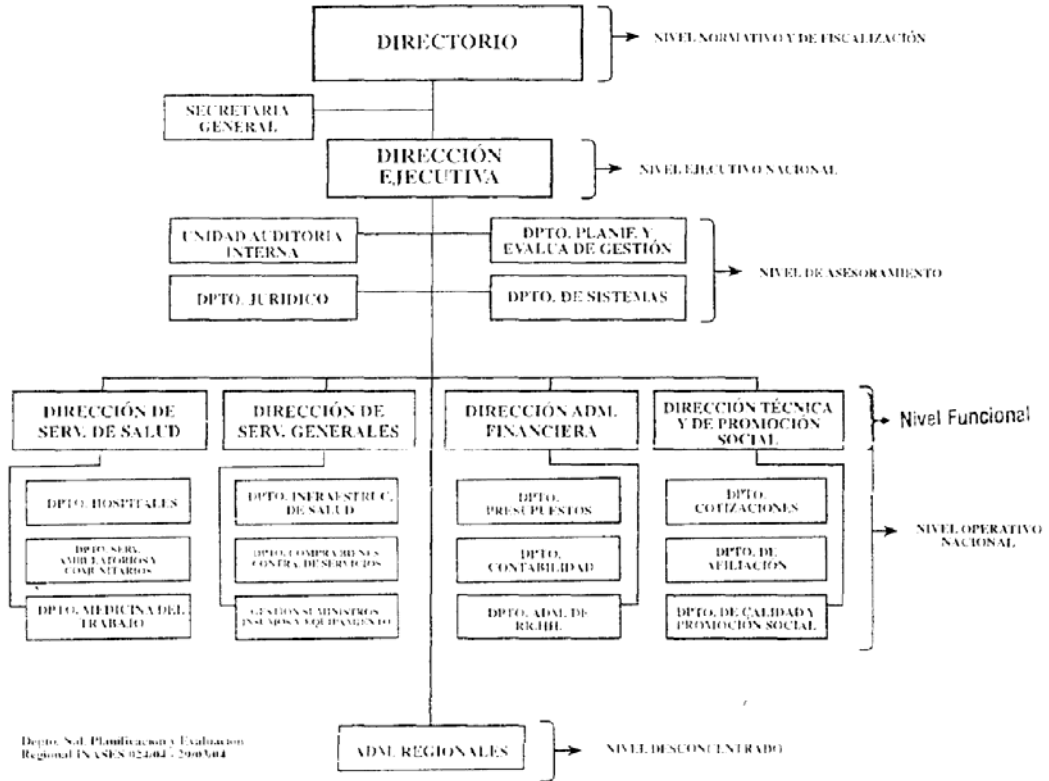
El Seguro Medico Gratuito De Vejez, se financiará mediante una prima anual por cada asegurado de \$us 56, que será pagada en la proporción del 60% por el TGN y el 40% por los Gobiernos Municipales, por los asegurados de su jurisdicción.

La Caja Nacional de Salud con carácter pleno de solidaridad está empeñada en fortalecer y sostener una política social de asistencia oportuna, con eficiencia y permanente muestra de voluntad, impulsando programas dirigidos a mejorar las condiciones de vida de aquellos grupos desprotegidos y que no cuentan con ningún tipo de seguro de salud. Las prestaciones de salud que otorga la CNS en todo el país a los 76.782 asegurados al Seguro Medico Gratuito de Vejez son:

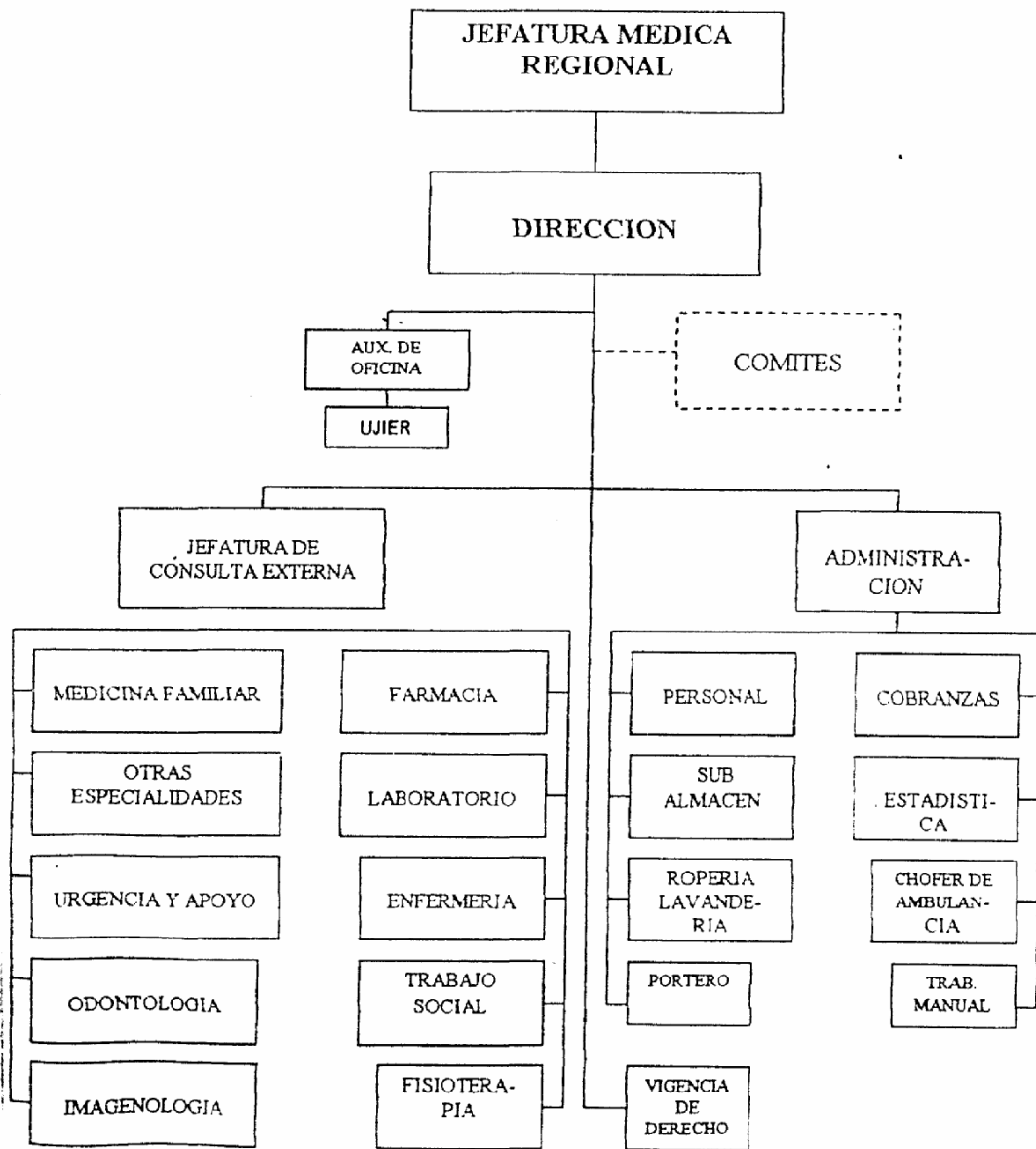
- Consultas médicas
- Hospitalización
- Intervenciones quirúrgicas
- Exámenes auxiliares de diagnóstico
- Provisión de medicamentos
- Atenciones odontológicas.

ANEXO 3. ORGANIGRAMA CNS

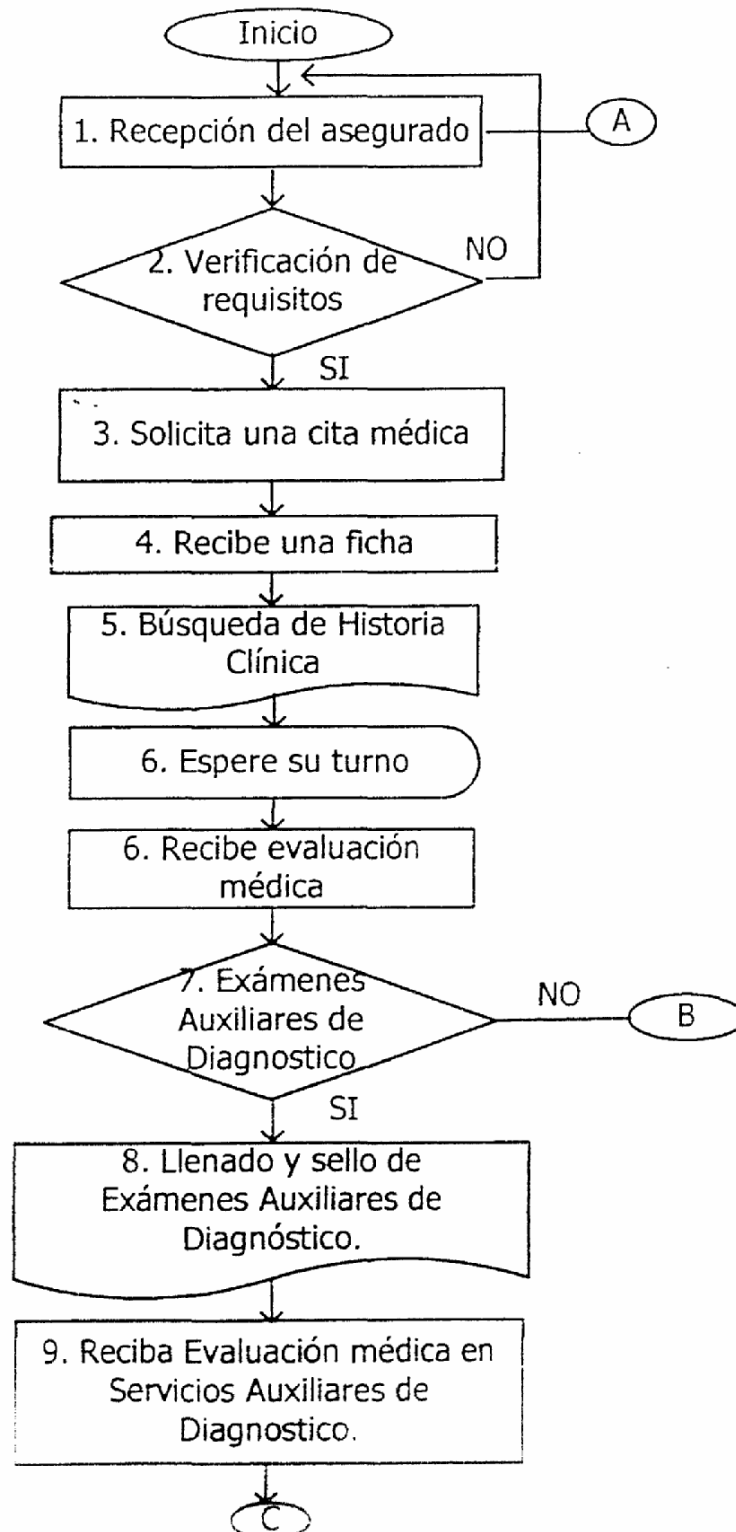
ESTRUCTURA ORGANICA DE LA C.N.S.

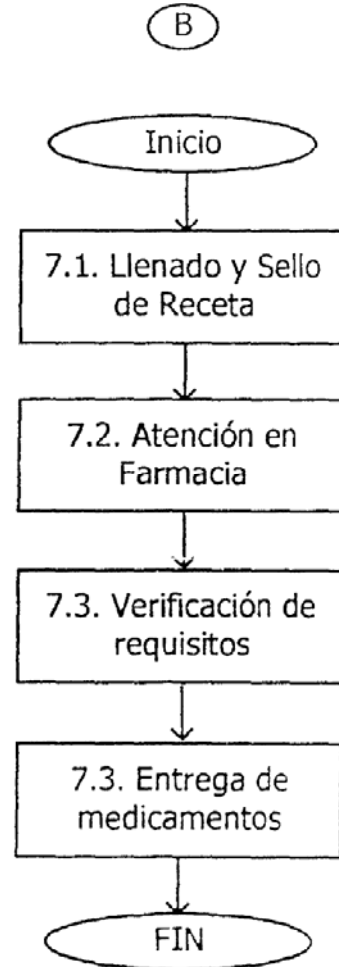
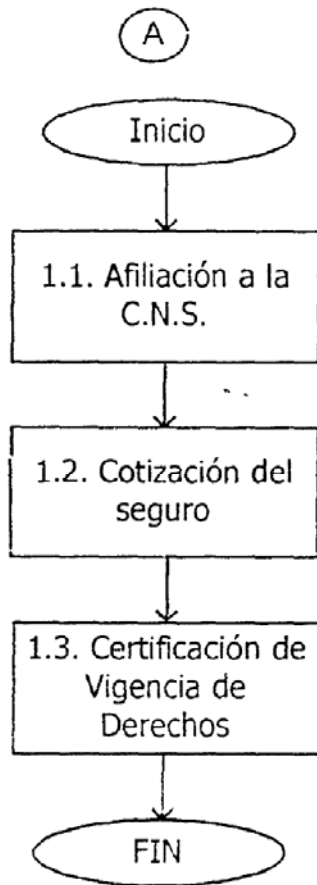


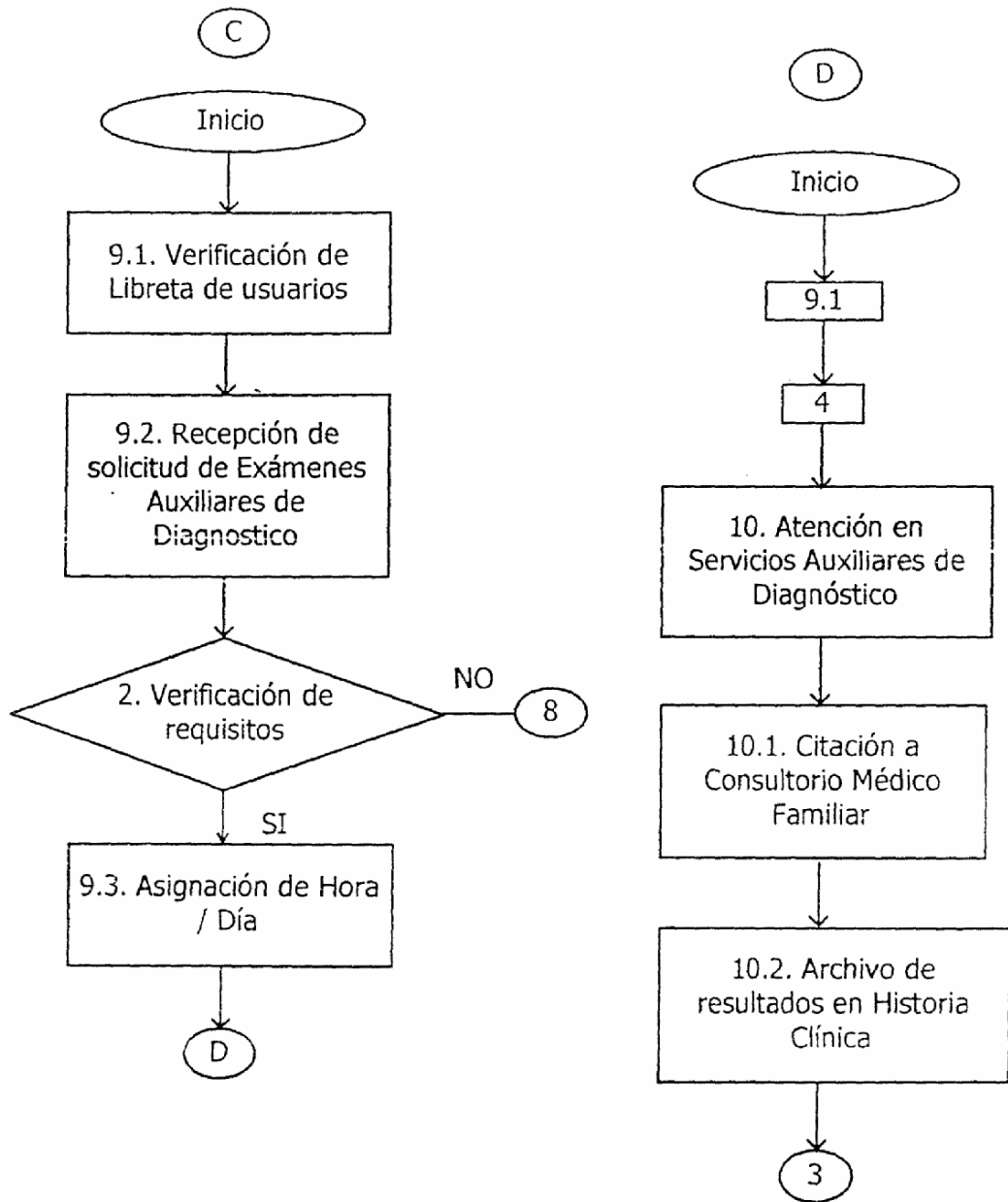
ANEXO 4.
ORGANIGRAMA DE POLICLINICAS



ANEXO 7: PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA







BIBLIOGRAFÍA

- BERRY, Thomas. "CÓMO GERENCIAR LA TRANSFORMACIÓN HACIA LA CALIDAD TOTAL". Ed. McGraw-Hill, Colombia 1994.
- BROWN, Di Prete Lori. "GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO". Ed. Bethesda. USA. 1993.
- BLOOM, Paúl; KOTLER, Philip. "MERCADEO DE SERVICIOS PROFESIONALES". Ed. Legis. Colombia. 1991.
- BERRY Leonard, "CALIDAD DEL SERVICIO", Ed. Díaz de Santos S.A., Madrid – España. 1989.
- COTLE, David. "EL SERVICIO CENTRADO EN EL CLIENTE". Ed. Díaz de Santos. Madrid. 1991.
- DE LA PARRA, Eric. "¿Qué ES EL SERVICIO? EN CALIDAD Y EXCELENCIA". Revista bimestral coleccionable. Perú. 1996.
- DEMING, Edwards. "CALIDAD, PRODUCTIVIDAD Y COMPETITIVIDAD". Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1989.
- EIGLER, Pierre. LANGEARD, Eric. "SERVICCIÓN, EL MARKETING DE SERVICIOS". Ed. McGraw-Hill. España. 1989.
- FAJARDO, Guillermo. "ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN Médica Y DE HOSPITALES". Ed. Fournier. Mexico. 1982.
- HARRINGTON, H. James. "MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS DE LA EMPRESA". Ed. Mc Graw Hill. 1993.
- HARRINGTON, H. James. "CÓMO INCREMENTAR LA CALIDAD - PRODUCTIVIDAD". Ed. Mc Graw Hill. 1990.

BIBLIOGRAFÍA

- HOROVITZ, Jacques. "LA CALIDAD DEL SERVICIO, A LA CONQUISTA DEL CLIENTE". Ed. McGraw - Hill. España. 1993. Pág. 2.
- KATZ, Bernard. "COMO GERENCIAR EL SERVICIO AL CLIENTE". Ed. Legis. Colombia. 1989. Pág. 20
- KLISBERG, Bernardo. "EL PENSAMIENTO ORGANIZATIVO". Tomo I. Ed. Paidós. Argentina. 1979.
- LOBOS; Julio. "CALIDAD A TRAVÉS DE LAS PERSONAS". Ed. Dolmen. Chile. 1993.
- MARIÑO, Hernando. "PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD TOTAL". Ed. TM. Colombia. 1993.
- MÉNDEZ Álvarez, Carlos Eduardo. "METODOLOGÍA, GUÍA PARA ELABORAR DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS ECONÓMICAS, CONTABLES ADMINISTRATIVAS". Ed. Mc Graw Hill. Colombia.
- MORRIS, Daniel. BRANDON, Joel. "REINGENIERÍA". Ed. Mc Graw Hill. Colombia. 1995.
- PICAZO, Luis. "INGENIERÍA DE SERVICIOS". Ed. McGraw-Hill.
- RICO, Rubén. "CALIDAD ESTRATÉGICA TOTAL" Ed. Machi. Argentina. 1991.
- RENDER, Barry. HEIZER, Jay. "ADMINISTRACIÓN DE OPERACIONES". Ed. Prentice Hall Hispanoamericana. 1997.
- SPLIEGEL, Murray, "ESTADÍSTICA". Ed. McGraw-Hill. México. 1993.

BIBLIOGRAFÍA

AUTORES INSTITUCIONALES

- CAJA NACIONAL DE SALUD. "PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL QUINQUENAL". Dpto. Nacional de Planificación. La Paz –Bolivia. 1999.
- CAJA NACIONAL DE SALUD. MEMORIA ANUAL 2000 - 2001". Ed. Offset C.N.S. Bolivia. 2000.
- CAJA NACIONAL DE SALUD. "NORMATIVA INSTITUCIONAL". Estatuto Orgánico de la Caja Nacional de Salud. Volumen I. Imprenta Papiro. La Paz – Bolivia. Diciembre 1994.
- CAJA NACIONAL DE SALUD. "REGLAMENTO INTERNO DEL PERSONAL".
- INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD. Normas y procedimientos. Bolivia.
- SECRETARIA NACIONAL DE SALUD. "MANUAL DE ACREDITACIÓN DE HOSPITALES DE BOLIVIA". Segunda Ed. 1996.
- SECRETARIA NACIONAL DE SALUD. "NORMAS LEGALES EN EL SECTOR SALUD. Bolivia". Ed. Cima. La Paz – Bolivia. 1997.
- UGARTECHE, G. Jorge. "GESTIÓN ESTRATÉGICA DE SEGUROS DE SALUD". O.I.S.S.
- USAID. Actualidad Gerencial en Planificación Familiar. "CÓMO CENTRAR LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO AL CLIENTE". Volumen V. 1996.