

Calidad de servicio como estrategia en la administración pública de los servicios de salud en Maracaibo (Venezuela)*

Quality of service as a strategy in the public administration of the health services
in Maracaibo (Venezuela)

Ada Maritza Pérez Cárdenas

Resumen: La investigación tiene como propósito determinar la calidad de servicio como estrategia en la administración pública de los servicios de salud con el fin de establecer la relación mutua entre los hospitales tipo cuatro (4) y los ambulatorios tipo tres (3) con sus diferentes públicos. La investigación presenta un paradigma emergente con enfoque cualitativo y cuantitativo, interpretativo; por tanto se plantea una triangulación metodológica, el tipo de investigación se define como exploratoria en su fase inicial y en su segunda fase según el método descriptiva, en la modalidad de campo. Se estructuró un diseño no experimental, transversal; la población estuvo compuesta por siete (7) Directores cuatro (4) de los hospitales, tres (3) de los ambulatorios y cuatrocientos (400) Pacientes. La recolección de datos se realizó a través de la técnica de la entrevista, con preguntas abiertas para la primera población, y así medir la calidad de servicio que imparten los centros de salud. En la segunda población se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario el cual se estructuró mediante una combinación de escala, permitió medir lo que se deseaba que era verificar la percepción que tienen los pacientes en cuanto al servicio que reciben y cuáles son los factores que inciden en relación a la calidad de dicho servicio elaborado por Pérez (2005). Se aplicó la prueba de confiabilidad mediante el coeficiente de las dos mitades arrojando 0.90% para el segundo. Como conclusión, se determinó que no tienen al servicio como lo principal, como una estrategia, sino como una obligación, hay que hacer cambios tanto a nivel de valores, como el proceso perceptivo. Por ello se recomienda que es primordial que los hospitales o ambulatorios tomen acciones sobre

* Recibido el 17 de Abril de 2008. Aprobado el 19 de Junio de 2008.

los aspectos donde los usuarios del servicio perciben debilidades que son la mayoría en este caso particular. Son los pacientes los que en definitiva evalúan periódicamente el servicio que reciben.

Abstract: The purpose of this research is to determine the quality of service as a strategy in the public administration of the Public Health Services, in order to establish the mutual relationship between Type 4 Hospitals and Type 3 Ambulatory clinics, with their different clients. The research shows an emerging paradigm with an interpretative, quantitative and qualitative focus, which lead to the use of methodological triangulation. This is an exploratory research on its first phase, and a descriptive one on its second phase, the field work. A non-experimental, transversal design was structured. The population was composed by seven (7) Directors: four (4) of hospitals, three (3) of the national health clinics, as well as four hundred (400) patients. The collection of data was carried out through the technique of interviews, with open questions for the first population, so as to measure the quality of service offered by the health centers. The technique used for the second population was a survey and the questionnaire was the instrument. This instrument was structured by means of a scale combination, which allowed first to measure the perception the patients have for the service they receive, and second to determine the factors that impact the quality of this service. The test of dependability was applied by means of the coefficient of the two halves throwing 0.90% for the second. As a conclusion, it was determined that the administrators don't perceive service as a main variable or strategy, but rather as an obligation, so it is necessary to make changes both at the level of moral values, and at the perceptive process. Therefore, it is recommended that hospitals and national health clinics respond with actions on aspects where the users of the service perceive weaknesses, which is in most of the cases. It is patients who evaluate the quality of service.

Palabras Clave: Calidad, Servicio, Calidad de Servicio, Estrategias, Salud, Pacientes, Administración Pública.

Key words: Quality, Service, Quality of Service, Strategies, Health, Patient, Public administration.

Introducción

El desarrollo económico de los países depende de tres condiciones, a) un arreglo institucional que provea incentivos económicos para la asignación eficiente de recursos, defina y proteja los derechos de la propiedad de la sociedad; b) un entorno macroeconómico estable para la toma de decisiones y la planeación a largo plazo y c) una continua acumulación de capital humano.

El gozar de una buena salud, es una parte para la acumulación de capital humano porque determina el tiempo que una persona dedica a la actividad productiva durante su vida. La garantía de protección a la salud mediante un sistema de salud con cobertura universal y de alta calidad es fundamental para mejorar o

restablecer el bienestar de las personas tras episodios de enfermedad para dar así continuidad a sus actividades económicas.

En Venezuela el marco institucional no ofrece incentivos para la acumulación de capital humano en salud y por ende limita el desarrollo potencial del país. Las estrategias del sector público de proveer servicios de salud directamente a la población, no ha sido capaz de garantizar la protección del servicio mediante una alta calidad. Sus incentivos actúan en contra de la calidad y de su asignación eficiente de recursos en las instituciones. Además lo anterior debe estar respaldado por el comportamiento de sus autoridades y personal quienes lo imparten.

La presente investigación se estructuró en cuatro capítulos: el primero presenta el problema; el segundo, el marco teórico y el tercero, el marco metodológico. Por último, en el cuarto capítulo se reseñan los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos, las estrategias que le dan respuesta al objetivo seis (VI); proceso sobre el cual se sustentan las conclusiones y recomendaciones emitidas, culminando con la bibliografía que se utilizó como soporte para el desarrollo de la investigación.

El problema

El crecimiento de los servicios a finales del siglo XX, principios del XXI, ha sido impresionante, como resultado de la influencia del mayor tiempo de ocio y la complejidad de los productos que requiere de ellos este sector ha ido evolucionando con mayor rapidez en la economía mundial constituyéndose en una cuarta parte del comercio internacional.

La segunda Guerra Mundial influyó en el surgimiento de la industria de servicios; al final de ésta se da un crecimiento y expansión que, una vez finalizada totalmente, generó grandes cambios económicos y sociales dando como origen la transformación de las economías de occidente. La economía en Europa había quedado destrozada lo que trajo como consecuencia nuevos proyectos masivos, que colocaba la demanda en el sector servicio tanto público como privado.

Durante los últimos 40 años el sector servicio ha dominado la economía, siendo las más avanzadas, las que poseen el mayor crecimiento en esta actividad, lo que generó que se conozca como la segunda revolución industrial, por la transición que se dio pasando de una economía industrial a una economía de servicio, donde se cobra mayor importancia las relaciones, que los productos físicos. (Albrecht y Zenke, 1992. p. 51).

En los países Latinoamericanos el mercado de servicio todavía está estancado en algunos sectores, en este sentido las estrategias que permitan a los directivos el cuestionamiento y la solución a sus problemas empresariales ha eliminado las decisiones intuitivas en las organizaciones de servicio. (Cobra y Zwarg, 1999.p. 117).

Según Arellano (2001, p, 521) el servicio o sector terciario en América Latina, está poco desarrollado aunque está creciendo muy rápido, en los últimos tiempos.

Para algunos países como Panamá, este sector es elemento fundamental de su economía, al igual que en México, el servicio está muy diversificado y, en su mayoría, es una fuente de ingresos muy grande.

En las entidades sin fines de lucro, en América Latina, el sector público constituye una fuente de negocio cuya finalidad principal es la satisfacción de las necesidades del usuario del servicio.

En el caso de Venezuela, las empresas de servicios se encuentran en crisis, donde no se les confiere un privilegio sino más bien un desafío de sustituir en los análisis de mercado al competidor, por el usuario que es quien exige del servicio calidad, eficiencia y efectividad. (Gotera, 1999.p 77).

Actualmente se observa cómo la participación de los servicios ha ido creciendo, estando presente en el incremento de todos los servicios que ofrecen los hospitales tipo IV y los ambulatorios tipo III, además del crecimiento de las actividades tanto en los sectores de la economía pública como privada; donde su importancia se hace merecedor de la atención de los inversionistas, del gobierno y de los consumidores. El crecimiento de la administración de los servicios de salud pública, aún está lejos de una fase de madurez tal como ocurre en los países desarrollados con una clara economía de mercado; donde el servicio debe cumplir con la exigencia y satisfacción de una población con características propias.

Donde el cliente es para el mercado, el paciente para los hospitales y ambulatorios, y los que imparten el servicio no se dan cuenta de lo que son realmente y de cómo se deben tratar. Entre los profesionales de la salud existe una inquietante tendencia a rechazar y a veces negarse a considerar la persona que están tratando como uno más, el médico se resiste a verlos como un cliente, el profesional sea médico, enfermera o técnico, piensa que pierde prestigio rebajándose a un nivel que no es digno de su profesión. Estas razones si bien son comprensibles, son parte del problema de la calidad de servicio ofrecido por estas instituciones.

El paciente en los hospitales y ambulatorio no es más que un número, desconocen cuáles son las necesidades de ese individuo y por ende cuál es la calidad de servicio que se debe impartir. Cuando el paciente o enfermera o cualquiera de los empleado empiece a darse cuenta de los cambios en la atención o reconocerlos, se va a dar cuenta que la calidad del servicio va a tener como recompensa la satisfacción en el usuario.

Al respecto (Horovitz, 2001. p. 117) plantea que la calidad es el nivel de excelencia que una empresa decide alcanzar para satisfacer a su clientela clave. Es también la medida en la que consigue alcanzarla; el servicio es el conjunto de soportes que rodea al acto de comprar, se mide por la despreocupación y el valor añadido en el caso de los productos, por la prestación y la experiencia en el caso de los servicios.

La calidad de servicio, se puede considerar como una estrategia de beneficio para la administración de salud pública puesto que afecta directamente a la población que hace uso de los servicios impartidos por estas instituciones. De tal forma el efecto será positivo si el servicio es bueno, negativo si este es deficiente. (Dr. Gruber, 2005 entrevista personal)

El servicio de calidad es uno de los pocos medios que un organismo público tiene para diferenciarse suficientemente; la calidad del servicio de salud se puede determinar conforme a estándares estadísticos de ocurrencia y cura de una enfermedad por encima o por debajo del promedio (para servicios de baja calidad) además puede decirse que la calidad en salud tiene un fuerte componente subjetivo y emocional cuando el cliente juzga la atención. En este caso, los resultados que se alcancen pueden estar dentro de patrones de calidad y el cliente quizás no los valore adecuadamente por motivos emocionales.

Para ello la administración pública, debe contar con información básica y fundamental sobre la calidad en el servicio que permita avanzar hacia una mejora de la salud, donde se base en la evidencia y se implemente una metodología necesaria para elaborar una buena estrategia basada en la estructuración, homogeneización y sistematización de la práctica de los programas de salud pública establecer estrategias de marketing interno.

Así como plantear criterios mínimos de los servicios ofertados, evaluar la utilidad de los procesos que se establecen donde se evalúe la calidad desde la perspectiva del usuario, para que logre los resultados deseados, si se aplican en forma correcta.

Tratar la calidad de servicio en salud es un tanto complejo pues ésta implica efectividad, eficiencia, calidad científico-técnico, gestión, percepción, expectativas, comunicación, adecuación, coordinación, accesibilidad, disponibilidad, distribución, satisfacción, privacidad, credibilidad, competencia profesional, acreditación, apoyo estructural y seguridad. Es un componente importante de valor para el usuario por lo que afecta las evaluaciones de satisfacción del cliente. Es más, la calidad no significa necesariamente lujo, ni algo inmejorable, ni el nivel superior de la gama; este alcanza su nivel de excelencia cuando responde a las demandas de un grupo seleccionado. (Dr. Gruber 2005, entrevista personal)

En la actualidad, el servicio representa uno de los principales aspectos que distingue a las empresas u organizaciones con éxito. La base de la supervivencia de ellas, es la existencia de los clientes cada vez más satisfechos. Donde tanto las instituciones públicas como las privadas deben aplicar estrategias que sean fundamentales, por cuanto se está en un mercado tan competitivo en el caso del sector salud las estrategias le van ayudar a avanzar hacia una mejora del servicio que presta a la comunidad, estableciendo así oportunidades de calidad de vida en la población.

El servicio de salud debe abordarse desde perspectivas diferentes, como: ampliación de la infraestructura básica en salud incluyendo aspectos como

mantenimiento, dotación y recuperación de equipos, seguridad e higiene y horarios de atención al público. La calidad de servicio como estrategia, aumenta la eficiencia en la prestación de los servicios no como un enfoque estrictamente sistémico o de propuesta de cambios estructurales sino conjuntamente con cambios organizacionales.

En consecuencia, la presente investigación se considera relevante, porque la misma garantiza al establecimiento de condiciones para lograr objetivos y niveles deseados por las instituciones de salud; así como también se plantean estrategias de dirección por objetivos que hagan que los profesionales se sientan implicados en el desarrollo de las mismas, permitiendo mejorar la calidad del servicio que presta la organización minimizando los efectos negativos y aumentando los elementos positivos tomando siempre en cuenta la opinión de sus usuarios, que son el efecto multiplicador de la calidad que estos ofrecen.

Las interrogantes que sirven para lograr esta investigación son:

¿Cuál es la situación actual del servicio que presta la administración pública de los servicios de salud?

¿Cuál es la percepción que tienen los usuarios sobre el servicio que ofrece la administración pública en el área de salud?

¿Cuáles son los factores que inciden en la calidad de servicio de la Administración Pública en el área de salud?

¿Están identificados realmente los directores con lineamientos semipermanentes y permanentes en la administración pública en el área de salud?

¿Conocen los directores de las distintas dependencias de la Administración Pública en el área de salud las diferentes estrategias utilizadas para optimizar la calidad de su servicio?

¿Cómo mejorar el nivel de calidad del servicio prestado?.

Alcance de la Investigación

En este orden de ideas el núcleo de la salud pública, se puede concentrar en tres campos claves: a) valoración de la situación de la salud, desde la perspectiva del usuario de salud b) el desarrollo de políticas de salud por los directores de hospitales y ambulatorios c) garantía de la provisión de servicio para alcanzar los objetivos de salud. Para ello se debe enfocar el trabajo basándose en ciertas técnicas orientadas hacia diferentes aspectos tales como: hacia el abordaje de problemas, hacia la definición de objetivos, tener en cuenta la variabilidad de las prácticas de los profesionales, orientación a una mayor satisfacción de los usuarios-cliente-paciente. Donde las quejas de los pacientes van a ser parte importante en la evaluación del servicio.

Un paciente descontento con el servicio que recibe probablemente busque soluciones por otro lado y nunca vuelva hablar de ese hecho. La calidad es un principio fundamental en el servicio, donde debe involucrar la comunidad haciéndole ver el interés por servirle mejor y tratando que participen pero, sobre todo, ser francos; es asegurarse que siempre estén bien informados de

sus derechos y deberes; de la calidad de los servicios y cómo se les garantizan estos. La comunidad puede colaborar haciendo las encuestas, si los resultados van a ser usados para su beneficio. Deben dárseles a conocer sus resultados.

Fundamentación teórica

Calidad

Feigebaum (1999) afirma que la calidad es el resultante total de las características del producto o servicio, en cuanto a la mercadotecnia, ingeniería, fabricación y mantenimiento; por medio de los cuales el producto o servicio en uso satisface las expectativas del cliente. En este sentido la calidad la determina el cliente no el ingeniero, no la mercadotecnia, no la gerencia general; la misma está basada en la experiencia real del cliente con el producto.

De la misma manera Berry (2000) plantea una definición amplia de calidad que consiste en satisfacer las necesidades de los clientes y sus expectativas razonables. El cliente que adquiera un bien o utiliza un servicio tiene en mente ciertas necesidades y expectativas si el producto o servicio satisface o sobrepasa estas expectativas una y otra vez, entonces en la mente del cliente hay un producto o servicio de calidad, por lo tanto la calidad se relaciona con la satisfacción del cliente.

Se puede deducir de las afirmaciones de los autores anteriores, que la calidad representa el grado de satisfacción de los clientes con respecto al servicio que recibe, siendo ellos los que definen la calidad y exigen mejoramiento constante.

Así mismo Lepeley (2001) señala que la calidad es el beneficio o la utilidad que satisface la necesidad de una persona al adquirir un producto o servicio, por tanto, la calidad de acuerdo con esta autora, está relacionada con la satisfacción de las necesidades de los clientes y constituyen además el resultado de un proceso de gestión para llegar a producir un producto o generar un servicio. Y a su vez verlo, como un sistema de administración de organizaciones que se basa en el principio de hacer las cosas bien.

Asevera, además, que para hacer las cosas bien es importante tomar en cuenta la integridad de las personas que participan en el proceso de producción del producto o servicio para conducir el objetivo de las organizaciones fundamentado en la satisfacción de las necesidades de los clientes.

Por otra parte Rosander (2000) afirma que en la medida que la dimensión de una cosa satisface una necesidad, resuelve un problema o agrega valor para alguien.

De la misma manera Denton (1999) Considera que el punto de partida de toda gestión de calidad, consiste en captar las exigencias de los clientes y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades. La evaluación de la calidad del servicio se lleva a cabo por el consumidor a partir de los diferentes modelos que han sido desarrollados en los últimos quince (15) años; propone

que la calidad que se percibe de un servicio es el resultado de una comparación entre las expectativas del cliente y las cualidades del servicio (Manual del Taller de Calidad de Servicio basado en siete Herramientas Gerenciales, 2000).

En virtud de la relevancia de la información que aporta el presente manual y como no ha salido una nueva edición se toma como referencia el manual de calidad de Servicio que plantea el Modelo Sasser, Olsen y Wyckoff (1978), el cual se basa en la hipótesis de que el consumidor traduce sus expectativas en atributos ligados tanto al servicio base (el que es el porqué de la existencia de la empresa) como a los servicios periféricos para evaluar la calidad del servicio, el cliente puede optar por uno de los siguientes planteamientos:

- a Seleccionar un único atributo de referencia (el que para el consumidor tenga un peso específico mayor que el resto de atributos del servicio).
- b Seleccionar un único atributo determinante con la condición de que el resto de atributos alcancen un mínimo de satisfacción.
- c Considerar el conjunto de atributos según un modelo compensatorio (es decir, que el consumidor aceptará tener menor cantidad de unos atributos a cambio de una mayor cantidad de otros / atributos).

Por otra parte el modelo de Grönross (1999) propone tres factores que determinan la calidad de un servicio.

- a Calidad Técnica, que puede ser objeto de un enfoque objetivo del consumidor. Su apreciación se basa sobre las características inherentes al servicio (horario de apertura, rapidez de paso por caja, gran surtido, entre otros).
- b Calidad Funcional (también conocida como Calidad Relacional), que resulta de la forma en que el servicio es prestado por el cliente (por ejemplo aspectos o comportamiento de las recepcionistas o cajeras en las grandes superficies). La imagen de la empresa que percibe el cliente, basada en sus anteriores experiencias (es resultante de los anteriores factores). El autor reseña que la calidad funcional es más determinante que la calidad técnica y que el encuentro entre el prestatario del servicio y el cliente constituye el fundamento de la calidad, originando la calidad de la relación.
- c Calidad de la Relación, resulta del encuentro entre el oferente y cliente.

Parasuraman, Zeithami y Berry (1999), consideran que la calidad del servicio es una noción abstracta debido a las características fundamentales del servicio, como la intangibilidad, heterogeneidad e inseparabilidad, conocido lo anterior como modelo SERVQUAL. El modelo SERVQUAL distingue la calidad esperada de la calidad percibida, a partir de la observación de cuatro factores que implican la ausencia de calidad: a. La ignorancia de las expectativas del cliente por parte de la empresa. b. La inexistencia de normas. c. La discordancia entre el servicio ofrecido y las normas. d. El incumplimiento de las promesas por parte de la empresa.

Servicio

El servicio se encuentra presente en todas las circunstancias de la vida del ser humano, desde el nacimiento (que requiere un servicio de parto) hasta la muerte (que demanda un servicio funerario), los servicios están presentes en momentos de alegría y dolor.

Se emplean en transporte, turismo, recreación, alquiler de automóviles y restaurante; así como hoteles y hospitales. En el hogar utilizamos servicios de acueducto, energía eléctrica, teléfono y correo postal. También necesitamos los servicios de arreglo de ropa, calzado, reparación de electrodomésticos; no descartando que los servicios financieros bancarios forman parte de la vida cotidiana, así como los de suministro, mantenimiento y reparación de vehículos, Cobra (2000).

El servicio es uno de los pilares fundamentales en el posicionamiento de las empresas tanto públicas como privadas, la inversión para ellos representa el 50% de los ingresos en los países desarrollados.

Calidad de servicio

Crosby, Ivancevich, Lorenzi y Sinner (2001) señalan que es la conformidad del servicio con las especificaciones y expectativa del usuario o cliente. De la misma forma Horovitz (1999) plantea que existen seis grandes principios en los cuales descansa la calidad del servicio:

- a El cliente es el único juez de la calidad del servicio, su percepción por lo tanto es fundamental.
- b El cliente es el que determina el nivel de excelencia del servicio y siempre quiere más.
- c La empresa debe formular promesas que le permitan alcanzar sus objetivos, ganar dinero y distinguirse de sus competidores.
- d La empresa debe gestionar las expectativas de sus clientes, reduciendo, en lo posible, la diferencia entre la realidad del servicio y las expectativas del usuario.
- e Nada se opone a que las promesas se transformen en normas de calidad; pasa a ser en parte subjetiva, pero no impide que se definan normas precisas.
- f Debe eliminarse errores, hay que aspirar a la excelencia al cero defecto, atendiendo cada uno de los detalles es como se logra mejorar la calidad de los servicios.

Modelo de Brecha de la calidad del servicio

La calidad del servicio, en el llamado modelo de brecha, identifica cinco (5) brechas que causan problemas en la entrega del servicio e influye en la evaluaciones de la calidad del servicio que el cliente realiza (Lamb, Hair y McDaniel, 2001).

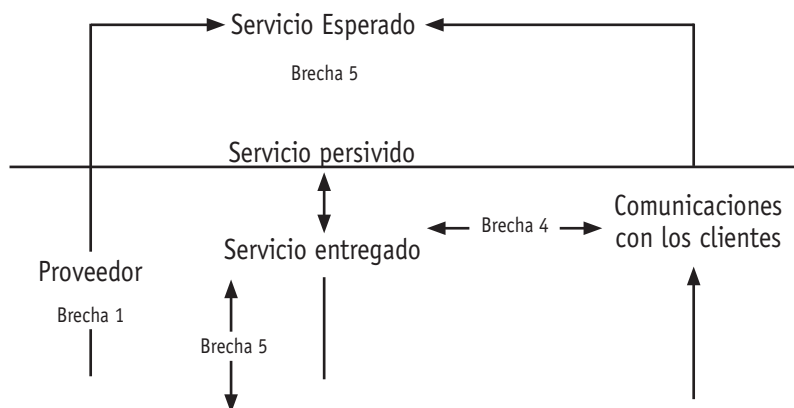
De la misma forma V. Zeithaml (2002) plantea que la brecha sobre la calidad en el servicio, es el tercer modelo para abordar los retos de los servicios en el

denominado modelo de las brechas sobre la calidad en el servicio; centrando su atención en las estrategias y en los procesos que las instituciones pueden emplear para alcanzar un servicio de excelencia. El modelo y sus componentes pueden emplearse tanto como para conducir la estrategia como para poner en práctica las decisiones.

La misma autora plantea que la brecha sobre la calidad del servicio es un marco de referencia conceptual con el propósito de abordar los singulares retos que enfrenta el marketing de servicio el cual constituyen la base de una relación natural. Constituir relaciones es, en consecuencia partir de un buen servicio de salud, de allí se deriva todas las técnicas del marketing orientadas al pragmatismo de satisfacer al cliente.

—| **Figura 1.**

Modelo de Brecha de Calidad de Servicio.



Fuente: Lamb, Hair y McDaniel (1998).

Brecha 1. La Brecha entre lo que los consumidores quieren y lo que los administradores piensan que quieren. Esta brecha provoca la falta de entendimiento o la mal interpretación de las necesidades o deseos de los consumidores. Si las organizaciones investigan poco la satisfacción del cliente o no lo hace, muy probablemente experimentará esta brecha. Para cerrarla consiste en mantenerse en contacto con lo que los clientes quieren, investigando sus necesidades y sus satisfacciones.

La brecha 1 se genera por muchas razones, a) la falta de interacción directa con los pacientes, b) falta de indagar sobre sus expectativas c) falta de preparación para dirigir las; todas pueden desencadenar una serie de decisiones equivocadas.

Brecha 2. La brecha entre lo que los administradores piensan que los usuarios quieren y las especificaciones de calidad que los administradores crean o le

dan al servicio. Esta brecha resulta de la incapacidad de la administración para interpretar las necesidades de los pacientes y traducirlas en sistemas de entrega de la institución.

La causa que genera esta brecha en las organizaciones se debe a que los responsables de establecer los estándares por lo regular los administradores, algunas veces creen que las expectativas de los pacientes son excesivas o irreales. También pueden creer que el grado de variabilidad inherente al servicio, desafía la estandarización.

Brecha 3. La brecha que existe entre las especificaciones de calidad y el servicio que realmente se brinda. Si se cerraron las brechas uno (1) y dos (2), la brecha tres (3) se origina en la incapacidad de la administración y los empleados para hacer lo que debían. Los trabajadores mal capacitados o mal motivados son la causa de esta brecha. La Administración necesita asegurarse de que los empleados tengan la capacidad y las herramientas adecuadas para llevar a cabo su tarea. Capacitar a los empleados es una técnica fundamental que ayuda a cerrar la brecha 3, para conocer lo que la administración espera de ellos y se fomente el trabajo en equipo.

Aun cuando existan directrices para el buen desempeño de los servicios y el trato correcto al paciente el desempeño en un servicio de alta calidad no es una certeza; los estándares deben respaldarse con recursos adecuados tales como personas, sistemas y tecnología que garanticen su efectividad.

Brecha 4. La brecha entre lo que la Institución proporciona y lo que se le dice al cliente que proporciona, es la comunicación que incluye campañas publicitarias confusas o engañosas que promete más de lo que las compañías entrega o hace “cualquier cosa” con tal de hacer negocios. Para cerrar esta brecha, las compañías deben crear expectativas realistas en los consumidores mediante comunicaciones honestas y precisas acerca de lo que la empresa es capaz de proveer.

Brecha 5. Es la brecha entre el servicio que los consumidores reciben y el que desean. Esta brecha es positiva o negativa.

Cuando una o más de estas brechas son grandes, la calidad del servicio se percibe como baja, pero si las brechas disminuyen, la calidad del servicio mejora.

Estrategias

Según Francés (2001) la estrategia debe definirse en dos formas amplia o restringida:

- a En forma amplia: la estrategia se centra en la definición de los objetivos, acciones y recursos que orientan el desarrollo de una organización.
- b En forma restringida: La estrategia se centra en la formulación de planes de acción para alcanzar los objetivos en presencia de incertidumbre.

Por otra parte Chandler (1999) define la estrategia como la determinación de los fines y objetivos básicos de largo plazo de la empresa y la adopción de cursos de acción y asignación de recursos, necesarios para alcanzar esos fines.

De la misma forma David (1998) las define como los medios por los cuales una organización pretende lograr sus objetivos. Por su parte Stanton (1996), define estrategias “como un plan general de acción en virtud del cual una organización trata de cumplir con sus objetivos”. Sallenave (2000) señala que una estrategia es positiva para la empresa si a su término dicha empresa se encuentra relativamente mejor respecto de su competencia que al comienzo.

Metodología

El objetivo general de la investigación es determinar la efectividad de la calidad del servicio como estrategia en la administración Pública de los servicios de salud, en el Municipio Maracaibo del Estado Zulia.

Paradigma emergente

La investigación presenta un aspecto que la relaciona con el paradigma emergente con enfoque cuantitativa e interpretativo, que se utiliza comúnmente para designar una postura, una opción o un modo de sistematización de la investigación. También se puede definir que expresa una típica vía de técnicas-instrumento que responde a un fondo filosófico al conocimiento humano y a sus procesos de producción, además, se utiliza al hablar de enfoques o modelos.

Bigne (1996) lo define como el estudio de las frecuencias de los distintos valores de las variables que aportan una valiosa información sobre el fenómeno u objeto de estudio, este tipo de investigación contribuye al análisis general de los datos recolectados.

En el mismo orden de ideas, se supone que el paradigma emergente con enfoque cuantitativo, cualitativo e interpretativo es la dicotomía que radica en que la primera se cuantifica y la segunda se califica. En realidad no hay una producción de conocimiento que sólo aborde cantidades excluyendo las cualidades ni viceversa.

Tal situación se evidencia en el escenario mundial que contiene aspectos cuantitativos indisolubles mezclados con aspectos cualitativos, de tal modo, que resulta imposible reconstruirlo atendiendo un solo aspecto. En las investigaciones cualitativas suelen emplearse técnicas de estudio de casos y generalmente, el término del procesamiento de datos suele formularse mecánicamente lo que hace posible la transferencia de los resultados del caso hacia otros casos dotados de las mismas características.

Tipo y diseño de investigación

Es descriptiva, de campo, aplicada con fase documental y de paradigma emergente con un enfoque cuantitativo, cualitativo e interpretativo. Padrón

(1992); y se realizó entre enero del 2004 y enero del 2006. El diseño de la investigación utilizado es el no experimental, a tal efecto. Hernández y otros (1998) plantean que los diseños no experimentales, se realizan sin manipular deliberadamente las variables, es decir, una investigación donde no se hacen variar intencionalmente la variable independiente, se observa el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlo.

Población y muestra

La población objeto de estudio está conformada por dos tipos de poblaciones la primera (1ª) por los médicos directores de los centros dispensadores de salud del sector público específicamente hospitales tipo cuatro (4) y ambulatorios urbanos tipo tres (3) considerándose dicha población como finita, además es determinada y accesible; ya que según lo reseña Sierra Bravo (1992) los universos son iguales o inferiores a cien mil (100.000) unidades, y accesible porque está ubicada en áreas geográficas susceptibles a ser abordados.

La segunda (2ª) población está conformada por los usuarios del servicio de salud pública; la cual se define como infinita determinada y accesible ya que según lo reseña Sierra Bravo (1999), los universos son iguales o superiores a cien mil unidades y accesible porque está ubicada en áreas geográficas susceptibles a ser abordada.

Para el desarrollo de la presente investigación, el cálculo de la muestra se realizará utilizando la fórmula de Sierra Bravo (1992), citada por Chávez (2001) la cual depende de la amplitud del universo infinito; nivel de confianza adoptado, error de estimación, desviación típica así como el muestreo que se ha de seleccionar.

Fórmula:

$$n = \frac{4(p \cdot q)}{E^2}$$

El tamaño adecuado de la muestra está representada por un total de cuatrocientos sujetos que asisten a los diferentes centros de salud.

Muestreo

El muestreo en esta investigación es de tipo no probabilístico estratificado de tipo intencional el cual es definido por Malhotra (2000) como aquel muestreo cuyo criterio para seleccionar los elementos que formaran parte de la muestra depende de la conveniencia del investigador ya que el cuestionario se aplicó por conveniencia a la población seleccionada.

Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada por el investigador para la primera (1ª) población es la observación por encuesta y el instrumento utilizado es la entrevista; la cual según Kinnear y Taylor (2000) se define como una entrevista personal estructurada que utiliza una indagación exhaustiva para lograr que un solo encuestado hable libremente.

En la segunda (2°) población se utilizó como instrumento el cuestionario, según lo señala Sierra Bravo (1998); la observación por encuesta consiste en la obtención de los datos de interés en la investigación, mediante la interrogación a los miembros del universo en estudio. El instrumento básico de la observación es el cuestionario, el cual consiste en un conjunto de preguntas preparadas sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación para su contestación.

Resultados de la investigación

La investigación arrojó los siguientes resultados:

En primer lugar se podrá visualizar las tablas correspondientes al primer universo Directores de los hospitales tipo IV y Ambulatorio Tipo III. A cada uno de ellos se les aplicó una entrevista en el sitio el cual tuvo como ventaja el poder obtener información adicional además de la de interés; seguidamente se presentan los resultados de las entrevistas en tablas de frecuencia de comentarios.

Sobre la base de lo antes planteado, Albrecht (1998) señala que las entrevistas en el sitio tienen ventajas, que el entrevistado aprecia el esfuerzo para llegar hasta ellos y como desventaja el tiempo gastado.

En el segundo análisis se presentan los resultados en tablas continuas del segundo universo pacientes, usuarios del servicio donde se muestran todos y cada uno de los ítems que respondieron los sujetos encuestados dando con ello respuesta al logro de cada uno de los objetivos.

Primer Universo Directores (Hospitales tipo IV y ambulatorios tipo III):

Análisis y discusión de los resultados cualitativos

Para el autor Boudon (1999) plantea que es ingenuo, evaluar los métodos de las Ciencias Sociales con parámetros de las Ciencias Naturales. La investigación cuantitativa se apoya en un conjunto de principios lógicos establecidos; la investigación cualitativa también obedece a una lógica implícita pero menos unificable por tanto la naturaleza del objeto y la eficacia de los métodos orientarán la reflexión del investigador.

Este análisis corresponde a los Ítems de respuestas abiertas del instrumento 1 (entrevistas) relacionados con todos y cada uno de los hallazgos obtenidos de dichas preguntas, aplicadas a un censo poblacional conformado por siete (7) sujetos, todos ellos Directores de los hospitales tipo IV y ambulatorio tipo III, dichos resultados fueron divididos en categorías, subcategorías y unidad de análisis, los mismos se presentan en tablas de frecuencia de comentarios.

Las categorías tratadas son las siguientes. Foda, Lineamientos Semipermanentes, Lineamientos Permanentes y Estrategias Actuales, estos se clasificaron en sub-categorías: Análisis interno, Análisis externo, Visión, Políticas, Fines, Misión y valores; estas se clasificaron en temas como, Fortalezas, Debilidades, Oportunidades, Amenazas, Imagen, Objetivos, Recursos humanos, Suministros,

Financieros, Supervivencia, Beneficios, Crecimientos, Prestigio, Bienestar de la Sociedad, Historia de la organización, Capacidad Distintivas, Entorno, Equidad, Responsabilidad, Calidad respeto, Eficiencia, Eficacia y a su vez se dividieron en categorías generadas por los mismos entrevistados.

Resultados relacionados con el FODA:

Los resultados que a continuación se presentan pretende identificar las fortalezas, debilidades oportunidades y amenazas, que según respuesta de sus directores tienen los hospitales y ambulatorios.

—|Tabla No.1

Categoría: FODA

Sub-categoría; Análisis interno y Análisis externo

	SJ1 NC/NS	SJ2 NC/NS	SJ3 NC/NS	SJ4 NC/NS	SJ5 NC/NS	SJ6 NC/NS	SJ7 NC/NS	TOTAL NC% (NS)
Fortalezas	1/1	1/1	0/1	0/1	1/1	1/1	1/1	5/25 (7)
Debilidades	1/1	1/1	0/1	0/1	1/1	1/1	1/1	5/25 (7)
Oportunidades	1/1	1/1	0/1	0/1	1/1	1/1	1/1	5/25 (7)
Amenazas	1/1	1/1	0/1	0/1	1/1	1/1	1/1	5/25 (7)
			Total					20/100

Segundo Universo Pacientes (Hospitales Tipo IV y Ambulatorios tipo III): Análisis y Discusión de los resultados cuantitativos

A continuación, se presenta el análisis de los resultados de todos los indicadores que conforman la variable en estudio:

Dimensión: Factores que inciden en la calidad del servicio.

En la tabla siguiente (2) se presenta el análisis frecuencial, de los sujetos encuestados, en relación al indicador distribución física en su ítems 11 se pudo observar que 110 de los individuos manifestaron que en su mayoría los hospitales o ambulatorios cuentan con una buena distribución física representado en el 27,50%, no obstante 120 dijeron que estos cuentan con un gran números de consultorios representado en un 30,5% , de la misma manera 150 personas que cuentan con salas de hospitalización representadas en un 37,5% y solo 20 sujetos señalaron que donde ellos asisten cuentan con las oficinas necesarias.

Al analizar el ítem 12 del mismo indicador. De las personas encuestadas 237 respondieron que cuentan estas instituciones con salas sanitarias pero que para el volumen de personas que frecuentan son insuficientes representados en un 50,25%, no obstante 145 manifestaron que cuentan con salas de hospitalización pero que son insuficientes por la cantidad de personas que necesitan de esos servicios representados en un 36,25%, y solo 18 señalaron que si hay estacionamientos pero que estos también son insuficientes representados en un 4,5%.

Al analizar el objetivo número tres (3), Identificar los factores que inciden en la calidad de servicio de la Administración Pública del Sector salud en su Sub-dimensión infraestructura donde un 37,5% hace referencia a las salas hospitalarias por el gran número de afluentes por el servicio y 59,25% a las salas sanitarias por la misma condición del gran número de visitantes.

El análisis anterior se basa en los planteamientos que hace el autor Zeithaml (2002) donde señala que es el conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para la creación y funcionamiento de una organización que desarrolle cualquier actividad económica.

Atendiendo a los indicadores que son elementos de evidencia física planteados por Zeithaml (2002) en los hospitales, ambulatorios así como los dispensarios la infraestructura comprende; distribución del espacio físico, número de consultorios, salas de hospitalización, número de oficinas, salas sanitarias, salida de emergencia y puertas de acceso, estacionamientos, información. Es importante que en cada uno de estos organismos debe existir aparatos computarizados que le permitan a los prestadores del servicio obtener resultados rápidos y confiables. (Tabla 2).

—|Tabla No.2

Sub-dimensión: Infraestructura

INDICADOR	ÍTEMS	FA	TOTAL	FR	TOTAL
Distribución del espacio físico	11	110	400	27.50%	100%
-N° de Consultorios		120		30.5%	
-Sala de Hospitalización		150		37.5%	
-N° de Oficinas		20		5%	
-Salas sanitarias	12	237	400	59.25%	100%
-Salida de Emergencia y puerta de acceso		145		36.25%	
Estacionamiento		18		4,5%	

Fuente: Pérez (2005)

Al analizar el **indicador Información**, en su ítems 13 de pudo detectar que 189 de los sujetos encuestados manifestaron que el personal es amable en determinados momentos.

Sub-dimensión: Infraestructura

Indicador información en el ítems 13 refleja que 189 sujetos de los encuestados respondieron que el personal es amable y responde a sus necesidades representado en un 47,25%, De la misma manera 177 personas respondieron que son más

atentos los de los ambulatorios y menos los de los hospitales; no obstante, responde a sus necesidades, representado en el 44,25%.

El indicador **Teléfono público**, ítems 14, de los 400 sujetos encuestados todos manifestaron que los hospitales o ambulatorios tienen este medio de comunicación, pero que la mayoría de las veces está dañado, representados en un 100%.

Continuando con los análisis en su **indicador Disponibilidad de horarios**, Ítems 15, se detectó que 125 sujetos de los encuestados respondieron que siempre tienen horarios de atención al público, representados en un 31,25%; 89 manifestó que casi siempre tienen horarios de atención a los usuarios, representados en un 22,25%. No obstante, 99 dijo que a veces este horario está dispuesto al público porque en su mayoría es en función de los empleados y médicos, y 60 sujetos respondieron que casi nunca este horario los favorece porque siempre hay tanto público en espera que tienen que irse con su dolor, representado en un 15% y solo 27 respondieron que nunca hay un horario acordes con sus necesidades, representados en un 6,75%.

Todos los encuestados manifestaron que el horario, debe ser establecido de acuerdo con las necesidades del usuario del servicio.

Ítem 16, **Indicador emergencias las 24 horas**, al analizar este ítem se pudo constatar que 237 personas respondieron que el servicio del hospital es bueno, representado en un 59,25%, de los sujetos encuestados. 153 manifestaron que el servicio que imparten los hospitales y ambulatorios es regular, representados en un 38,25%; y sólo 10 sujetos respondieron que es malo, representado en un 2,5%.

Al analizar el objetivo (3), en la sub-dimensión oferta de servicio se puede detectar que el 47,25% manifestaron que el personal es amable pero que depende del ánimo que estos tengan, además todos los encuestados 100% afirman que no hay teléfonos porque casi siempre están dañados y no se puede hacer uso de ese servicio; no obstante, un 31,25% señalan que si hay disponibilidad de horarios pero estos están también sujetos a las reglas y normas de los hospitales y ambulatorios y las enfermedades no tienen hora, ni días; a su vez 59,25%, manifestaron que el servicio es bueno pero que tiene que mejorar mucho más en función del paciente.

El análisis anterior se fundamenta en los planteamientos de Zeithaml (2002) el cual plantea, que es de suma importancia ofrecer seguridad en cuanto a lo que oferta de servicio se refiere y que está debe estar representada en la comodidad del sujeto quien es el que solicita el servicio en cuanto a información, medios de comunicación interna (teléfono), disponibilidad de horarios, debe estar acordes con el número de población que no es más que los usuarios que requieren del servicio del sector salud (tabla 3).

Tabla No.3
Sub-dimensión: Oferta de Servicio

INDICADOR	ALTERNATIVAS	ITEMS	FA	TOTAL	FR	TOTAL
Información	Amable	13	189	400	47.25%	100%
	Atento		177		44.25%	
	Colaborador con usted		34		8.5%	
Teléfono Público	SI	14	0			
	NO		400	400	100%	100%
Disponibilidad De horarios	Siempre	15	125		31.25%	
	Casi siempre		89		22.25%	
	A veces		99		24.35%	
	Casi nunca		60	400	15%	
	Nunca		27		6.75%	100%
Emergencia las 24 horas	Excelente	16	0		0	
	Bueno		237		59.25%	
	Regular		153	400	38,25%	
	Malo		10		2.5%	100%

Fuente: Pérez (2005)

Estrategias

Las estrategias utilizadas actualmente por estas organizaciones y las respuestas obtenidas en las encuestas realizadas a los usuarios de los servicios de salud y las entrevistas hechas a los directores de dichas instituciones son la base de este acápite.

Esta propuesta va a contar con dos partes: la primera, luego de esta visión de conjunto, se plantean aspectos cómo la importancia de conocer al paciente, como medio para la acumulación del capital humano y para el desarrollo económico en el país; así como también el contexto riesgo protección y seguridad que deben de tener dentro de estas instituciones. La segunda parte se plantean algunas alternativas de solución para ofrecer la calidad de servicio como una estrategia y se expone la propuesta para mejorar los servicios de salud en la administración del sector de salud.

Primera Parte

Atención al paciente

Los objetivos fundamentales de los sistemas de salud en cualquier país es mejorar la salud de la población, asegurar la transparencia en la asignación financiera a los servicios de salud y responder a las expectativas de las personas no vinculadas con la salud.

La calidad de los servicios de salud Pública, depende del desarrollo económico, tomando en cuenta los siguientes aspectos: a. arreglo institucional, provee incentivos económicos para la asignación eficiente de recursos, define y protege los derechos de propiedad de la sociedad b. un entorno macroeconómico estable para la toma de decisiones y la planeación a largo plazo y c. una continua acumulación de capital humano.

La garantía de protección a la salud mediante un sistema de salud con cobertura universal de alta calidad es fundamental para mejorar o restablecer el bienestar de las personas tras episodios de enfermedad y dar así continuidad a sus actividades económicas.

Venezuela no ofrece incentivos para la acumulación de capital humano en salud y por ende limita el desarrollo potencial del país; lo lleva a plantearse **la calidad de servicio como estrategia en la administración pública del sector salud** y provee directamente el servicio a la población minimizándose todos los riesgos y así garantizar la protección de la salud mediante un servicio de alta calidad.

I. La atención al paciente o usuario y los cambios actitudinales

La atención al paciente o usuario muchas veces impide que se dé funcionalmente, pues la primera dificultad que se puede enfrentar es cómo se imparta la Ética, bajo esta perspectiva se crean paradigmas muchas veces alejados de las necesidades de los pacientes el cual se le debe informar acerca de los servicios de salud disponibles y como debe alcanzarlos.

Es necesario ayudar a cada paciente a recibir un servicio de calidad ayudándoles a identificar las necesidades de salud, desarrollando un buen servicio que dé como resultado ser atractivo y agregue valor que satisfaga al paciente. Y así asegurar el valor percibido por el paciente del servicio de salud es estimulante.

Un plan en salud es óptimo cuando la inversión en investigación ayuda a identificar necesidades no atendidas para brindar servicios de salud, en los hospitales o ambulatorios y a su vez agregar valor; tomando en cuenta cada tipo de servicio que existe y un análisis de demanda, donde no se puede generalizar recordando que una de las principales características de un servicio de salud es mejorar la calidad de vida de las personas, dándoles alternativas.

Segunda Parte

II. Estrategias para mejorar el nivel de calidad del servicio

Las estrategias que se proponen formular para la administración de los Servicios de salud parte de la calidad tomando esta como la propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Esta propiedad se puede definir como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con lo que cuenta para proporcionar la atención con los valores sociales imperantes.

En salud la calidad debe distinguirse de dos maneras íntimamente relacionadas como: a. técnica b. relaciones interpersonales.

- a. La técnica se refiere a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente.
- b. La segunda alude a la relación personal, se establece entre el proveedor del servicio y el paciente.

Es importante destacar, mientras para los proveedores de los servicios de salud privilegia la dimensión técnica, para los usuarios se hace la dimensión interpersonal. De acuerdo con el concepto de epidemiología de la calidad, esta se distribuye de manera diferente entre cada uno de los dos grupos poblacionales: los proveedores y los usuarios. La dimensión técnica de la calidad es mejor cuando: los profesionales, proporcionan la atención están mejor entrenados, mas especializados, tienen más experiencia en el ejercicio profesional sin ser demasiado viejos, trabajando en hospitales de enseñanza o asociados con otros colegas.

En cuanto a la distribución de calidad entre el grupo poblacional de los usuarios de los servicios no se ha encontrado correlación con edad, sexo, ocupación o grupo étnico de los pacientes, pero si con la situación económica, donde la calidad es más deficiente en los estratos más pobres. Esto hace que la calidad se distribuya inequitativamente entre los diferentes grupos de población. Por otra parte la mayor accesibilidad a los servicios de salud, tienen por lo general los grupos de mayores recursos, los hace de alguna manera más vulnerables al exponerlos a mayores riesgos debido a la multiplicidad de alternativas tecnológicas para su atención; se puede considerar, si existe una relación entre calidad y la cantidad de los servicios proporcionados.

Si la cantidad de servicios proporcionados es insuficiente, los beneficios esperados tienden a disminuir. Por el contrario, una excesiva cantidad de servicios puede conducir a un incremento en los riesgos a los que se expone al paciente.

Esta relación entre cantidad y calidad también implica necesariamente una relación entre costos y calidad. Así cuando la atención es excesiva y dañina, es más costosa y de menor calidad; cuando la atención es excesiva pero no produce daños es también más costosa pero ese costo no corresponde a los beneficios esperados, y ello significa desperdicio.

Es interesante destacar la relación entre la calidad y los costos que se manifiesta no por el impacto de una pobre calidad en los costos sino a la inversa, el impacto de los costos sobre la calidad. Esto toma gran auge en los países con severas crisis económicas.

En la aplicación del instrumento se pudo constatar, en los ambulatorios son más eficientes, mostraron mejor calidad en el servicio, impartiendo y demostrando con ello si la organización es eficiente; aprovecha los recursos de la mejor manera posible. La eficiencia y la calidad son dos componentes indisolubles

de la atención en la salud. Cuando se habla de calidad de los servicios de salud en el marco de las políticas de salud, es imposible aislarla de consideraciones sobre la equidad o accesibilidad, requisitos donde la calidad adquiera sentido concreto; la calidad del servicio debe verse como una estrategia la cual promete abarcar todos los campos en los servicios de salud, entre ellas tenemos:

1. Dimensión de la calidad
2. Elementos de la calidad de atención
3. Elementos de la calidad del servicio
4. Investigación y análisis de procesos de calidad
5. Identificación de los problemas y elecciones de las oportunidades para efectuar mejoras
6. Herramientas y metodología para la calidad
7. Trabajo en equipo
8. Estrategias para iniciar el proceso de mejora de los servicios.

1. Dimensiones de la Calidad

- a. **Dimensión Técnica.**- Aplicación de la ciencia y tecnología de salud, incluye al prestador de servicios de salud, cuenta con conocimiento y habilidades que le permitan realizar los procedimientos clínicos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades del paciente.
- b. **Dimensión Interpersonal.**- interacción social, que ocurre entre el paciente y el prestador de servicios de salud, la actividad de atención, el respeto y la cordialidad mutua.
- c. **Dimensión de Infraestructura.**- Influye las características del lugar, condiciones físicas de limpieza, iluminación y ventilación del ambiente.

2. Programas de mejoramiento en calidad de atención

Manejo de Quejas: Una manera fácil para iniciar el proceso de mejorar en cualquier aspecto es cambiando los aspectos que menos le gustan a los pacientes.

- a. Las quejas se registrarán y se les buscará soluciones.

Con mayor frecuencia los pacientes ya no hacen quejas simplemente dejan de asistir al servicio por eso es recomendable buscar quejas activamente a través de encuestas o de otras ayudas con las siguientes preguntas:

- ¿Qué es lo que menos le gustó del servicio que se ofrece?
- ¿Qué se debe mejorar en el servicio que se imparte?
- ¿Qué recomienda para la mejorarlo en su beneficio?

Enfoque al Cliente: Todo lo que se realice en los centros de salud debe estar enfocado a los pacientes y visitantes en todos los servicios que se prestan. Demuéstreles que ellos son la razón de ser y que la calidad técnica es tan importante como el trato, y el ambiente que se vive en los centros de salud.

Haga encuestas y divulgue los resultados al personal: Esta estrategia tiene mucho poder, el conocer sus resultados de forma sencilla le permite al personal tomar correctivos, mejorando al impartir el servicio.

Establecer programas de actividades e incentivos: Se pueden clasificar estos de acuerdo con el tipo de empleado y actividad que realice, estas pueden ser como dar premios a los mejores empleados en forma de certificados, menciones honoríficas, becas para estudios entre otros.

Definir estándares de calidad: Haga que el personal conozca de las actividades y participe en el acuerdo de metas para el cumplimiento de los estándares. Este compromiso del personal y su participación generan cambios favorables que benefician a la población.

Involucre a la comunidad: Hágale ver que su interés por servirle mejor y con calidad, solicítele su colaboración, haga que participe, demuéstrele que sus derechos son respetados y tomados en cuenta; la comunidad se puede encargar de hacer las encuestas y ser vigilante del buen funcionamiento, si los resultados van a ser usados en su beneficio.

Comunicación: Es la clave de todo, no haga promesas que no pueda cumplir, sea transparente con la comunidad y con el personal, la intención de tomar la calidad del servicio como una estrategia.

Flexibilidad: El director de un hospital o ambulatorio además de ser flexible debe ser riguroso, en cuanto al cumplimiento de metas, si estas se tornan imposibles se debe flexibilizar

Estrategias para mejorar el nivel de calidad de servicio prestado en la administración del sector salud

Las estrategias se basan en el modelo de las brechas sobre calidad en el servicio. El foco central del modelo es la brecha del cliente, las diferencias que existen entre expectativas y percepción del cliente, son los puntos de referencia que los clientes han obtenido poco a poco a través de sus experiencias.

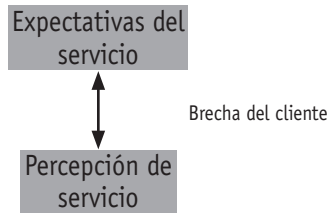
El modelo propone cerrar la brecha del cliente, es decir, el vacío que existe entre percepción y expectativas del cliente, si el proveedor quiere cerrar la anterior es necesario que cierre las cuatro brechas del proveedor de servicio.

En esta sección se presentan cinco estrategias para iniciar el proceso de mejorar la atención a los pacientes o visitantes, estas obligan al personal a centrar su atención en la detección y mejoramiento de problemas que afectan la calidad de los servicios, y una última la escalonada, que es aplicada en circunstancias especiales.

Estrategia 1.

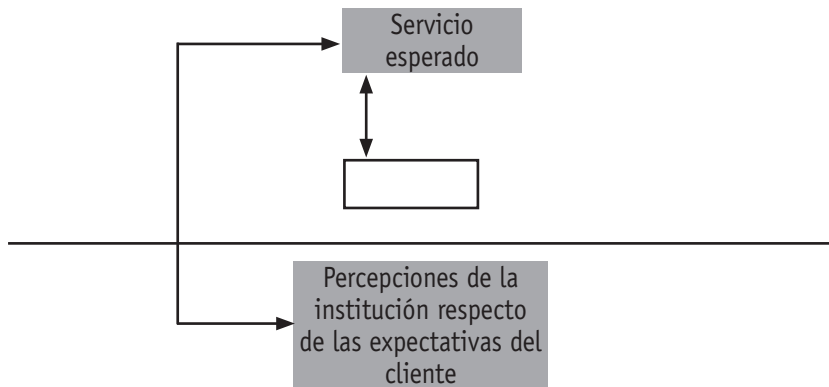
Estrategia aplicar Marketing de relaciones, porque la institución retiene a los clientes y fortalece las relaciones entre ellos. Cuando la institución sostiene buenas relaciones con el cliente es menos probable que ocurra la brecha 1.

Brecha del cliente



Fuente: Zeithaml (2002)

Brecha 1 del Proveedor



Fuente: Zeithaml (2002)

Brecha 1

La información presentada con las quejas se usa para fortalecer las actividades que no están recibiendo la atención debida en las instituciones de salud y para mejorar la calidad del cuidado de las instituciones acreditadas. Los hospitales o ambulatorios deben estudiar todas las quejas que tienen que ver con la calidad del servicio dentro del ámbito de sus estándares. Esto incluye asuntos tales como los derechos de los pacientes, cuidado de los pacientes, seguridad, control de infección, uso de medicamentos y seguridad.

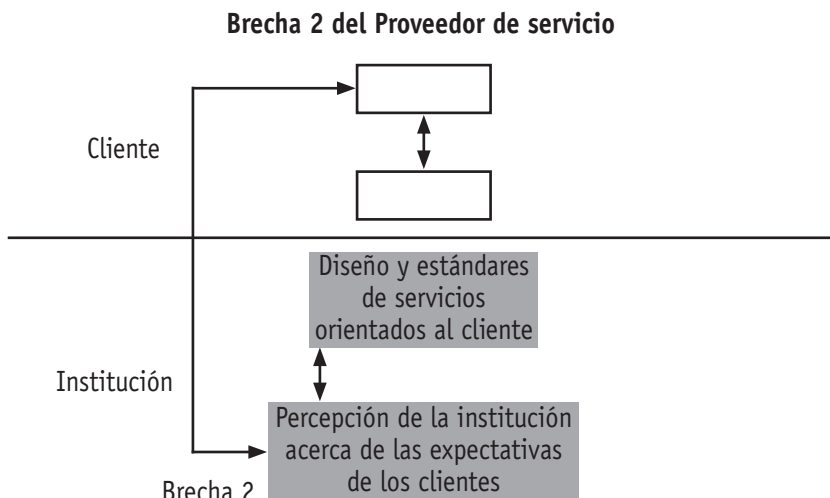
No deben tratar asuntos de facturación de personas particulares ni disputas de pagos, en el área privada con las relaciones laborales o sobre el manejo clínico individual de un paciente, debe investigar todas las quejas de diferentes clases en los hospitales como los ambulatorios.

Los hospitales o ambulatorios deben responder las quejas que presenten ante los líderes de la organización del cuidado de la salud. Si eso no lleva a la solución, presente su queja ante los superiores para que la investiguen. La investigación de una queja por parte de los directivos debe empezar con un estudio sobre las quejas anteriores presentadas sobre la organización.

Estrategia 2:

Diseño de estándares del servicio definidos por el cliente y diseñar la evidencia física y el ambiente del servicio con el fin de cubrir las expectativas de los clientes, mediante esta estrategia la brecha 2 se minimiza.

Los estándares, dependen de cuáles tareas y comportamientos efectuados se pueden estandarizar o llevar a cabo rutinariamente, muchas tareas son rutinarias pero otras no, la evidencia física comprende las instalaciones, exteriores de la instalación, interiores de la instalación.

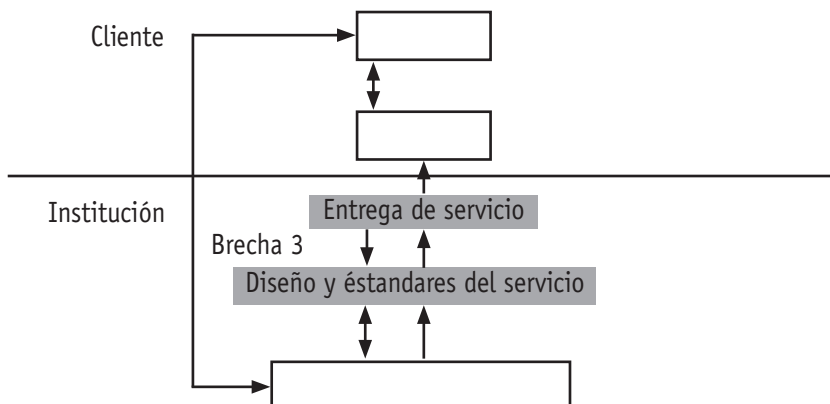


Fuente: Zeithaml (2002)

Estrategia 3:

Desarrollar programas de educación o comunicación hacia el cliente y personal interno con el fin de enseñarlos a participar y así mejorar la oferta del servicio cuando se incluye a los empleados y usuario.

Brecha 3 del Proveedor – Servicio

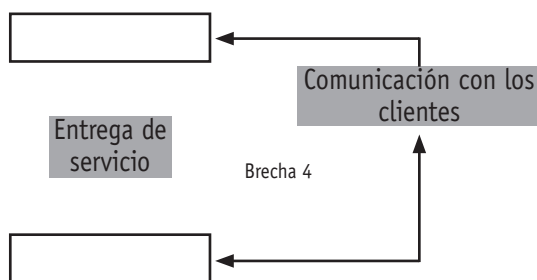


Fuente: Zeithaml (2002)

Estrategia 4:

Formular estrategias de comunicación, donde se reflejen tres características: a. casual b. informativa c. persuasiva.

- Casual: Cuando cualquier evento de estas instituciones deba conocerse sin ninguna interferencia.
- Informativa, cuando estas instituciones, tengan que emitir un comunicado para sus pacientes (usuarios) o visitantes; Además de informar lo que la institución es capaz de hacer por cada uno de los pacientes.
- Persuasiva: Cuando el objetivo de estas instituciones es convencer a sus pacientes (usuarios) o visitantes de que el servicio que allí se presta es bueno.

Brecha 4 - Comunicación con los clientes

Fuente: Zeithaml (2002)

Retroalimentación positiva: Se utiliza en situaciones problemática, se busca para que se den los envíos mensajes positivos.

La comunicación externa puede crear una brecha más grande en el usuario si eleva las expectativas en cuanto a la entrega del servicio. Por ello las comunicaciones deben ser controladas por la dirección de la institución.

Estrategia 5 - Escalonada

En circunstancias especiales, cuando no se ha obtenido el resultado esperado, es posible obtener cambios de actitudes en el personal que imparte el servicio. Debe darse por pasos que vaya reflejando cada situación presentada en la siguiente forma:

- Debe darse la discusión abierta:** Es importante en este tipo de institución por cuanto, se debe discutir sobre aspectos de trabajo de manera horizontal, con la finalidad de lograr el cambio.
- Persuasión:** Es la acción por parte del personal de nivel superior de convencer al personal de nivel inferior de actuar de una manera diferente, estableciendo claramente y con argumentos sólidos las pautas para lograr el cambio deseado.

- c. **Direccionamiento firme de las políticas institucionales, procedimientos y requerimientos:** Es necesario que las actividades de los Hospitales o ambulatorios, donde se plantee el problema y está es la actitud que se requiere de cambiar, la respuesta es dada una y otra vez hasta que se termine el dialogo.
- d. **Sanciones:** Aspectos que deben estar plenamente justificados y respaldados por el fracaso en los pasos anteriores.

Conclusiones

De los resultados obtenidos se puede concluir que las instituciones que prestan servicios de salud, en los hospitales tipo IV y ambulatorio tipo III en el Municipio Maracaibo, deben tomar la calidad de servicio como una estrategia, elevando sus estándares de calidad en pro del fortalecimiento de la organización

En relación al objetivo uno (1), se puede concluir que tanto los directores de los Hospitales como los directores de los ambulatorios toman como fortaleza vital el equipo de profesionales médicos con los que cuentan en cada una de sus especialidades, no obstante, de los siete entrevistados solo uno manifestó como fortalezas la paz laboral, la organización, la planificación y la supervisión.

Al concluir el análisis del Objetivo dos (2), que se refiere a los usuarios del servicio, se pudo concluir que cada uno de ellos sabe que hay un personal trabajando para atenderlos pero que estos tienen tantos vicios que no cumplen sus funciones como debe ser tomando al usuario-paciente la razón de que él se encuentre en el cargo que tiene.

Al hacer referencia al Objetivo tres (3) se concluye, que hay aspectos en cuanto a los factores que inciden en la calidad del servicio de acuerdo con los resultados de la entrevista en los médicos se dividen en tres categorías fundamentales para que imparta un servicio con calidad que responda a la percepción y expectativas de los pacientes tales como:

1. Para que el médico imparta el servicio en hospital o ambulatorio
2. Servicio para el paciente del médico
3. Servicio Esperado - paciente

Al concluir con el objetivo cuatro (4), se pudo detectar en las entrevistas que desde el punto de vista de la gerencia los directores fingen conocer terminología gerencial pero están muy lejos de manejarla, no obstante, creen que tienen conocimiento y como tal responden sí o no, porque suponen que la organización las tiene y en algún momento, se pueden familiarizar. Aspecto totalmente negativo porque eso hace que el servicio no se imparta con la calidad que debe ser.

En relación al objetivo cinco (5), tanto los directores de los hospitales como los de los ambulatorios, tienen como estrategia actual, por ejemplo, el reacondicionamiento de la estructura física y no el (Qué) hacer para mejorar el servicio.

El objetivo seis (6), es el aporte del investigador y se encuentra como complemento del capítulo IV. En la primera parte se presenta la atención del paciente en relación a los cambios actitudinales que deben darse en el personal que presta servicio en estas instituciones, cuales son las actitudes negativas y positivas.

Recomendaciones

Con base en las conclusiones previamente establecidas se emiten las siguientes recomendaciones:

Con relación al objetivo uno (1). Determinar a través del FODA la situación actual del servicio que prestan la administración pública del sector salud, se recomienda que cada seis (6) meses antes ajenos a la institución haga una auditoria del servicio donde se haga un análisis interno y externo

En relación al objetivo dos (2) determinar la percepción que tienen los usuarios sobre el servicio que ofrece la administración pública del sector salud; se recomienda: que tomen la percepción de calidad de servicio que tienen los usuarios como un componente de la satisfacción porque la atención se centra en el servicio percibido .y así el pacientes se sienta confiado y llega a tener seguridad, fiabilidad y empatía por lo que espera recibir.

Se recomienda en relación al objetivo tres (3) identificar los factores que inciden en la calidad de servicio de la Administración pública del sector salud. Tener muy en cuenta: a. La necesidad de los usuarios (pacientes del servicio). b. Tratar al usuario (pacientes) con atención y cariño c. Tomar en cuenta las necesidades individuales d. Garantizarle a los empleados entrenamiento, capacitación, becas de estudio orientados y motivados a satisfacer las necesidades de los pacientes (usuarios).

En relación al objetivo cuatro (4) Determinar la identificación de los directores con los lineamientos semipermanentes y permanentes de las diferentes dependencias a las cuales pertenece la Administración Pública del sector salud. Se recomienda. Que deben ser cambiados tomando en cuenta el tiempo establecido por Francés (2000), hacer una revisión de los semipermanentes Visión y políticas solo deben duran de 5 a 10 años y los permanentes también deben ser cambiados de 10 a 20 años, fines, misión y valores.

Se recomienda para el Objetivo cinco (5) Determinar la identificación de los directores de las diferentes dependencias de los servicios de salud con las estrategias utilizadas. Que estas deban ser evaluadas en la medida de su aplicación para ajustarlas a la situación que se este presentando en el país y por ende en la región. Utilizando un lenguaje que exprese la idea que le va a servir para orientar a la institución a las actividades futuras.

Con relación al Objetivo seis (6) Establecer las estrategias para mejorar el nivel de calidad de servicio prestado en la administración del sector salud. Se recomiendan a) tomar al paciente como su foco central b) Tomar como guía el

contenido programático presentado en el capítulo IV y c) plantearse estrategias por separado como se presentan de acuerdo al modelo conceptual, que ubica los conceptos, las estrategias y las decisiones clave en el marketing de servicio.

Bibliografía

- ALBRECHT, K Y BRACKFORD (2000) La Excelencia en el Servicio 3º edición. Fondo Editorial Legis. Colombia
- ALBRECHT, K Y ZEMKE (2001) Gerencia del Servicio. La Dirección de Empresas en una Economía donde las Relaciones son mas importantes que los Productos. Fondo Editorial Legis. Colombia.
- ARELLANO, R. (2000) Comportamiento del Consumidor y Marketing, Aplicaciones Practicas para América Latina. México. Harla Editores.
- ARELLANO, R. (2002) Comportamiento del Consumidor y Marketig. Editorial Mc Graw Hill. México.
- BAVARESCO, A. (1999) Proceso Metodológico en la Investigación.. Ediluz. Venezuela.
- BESLEY ,W y BRIGHAM, E (2000) Fundamentos de Administración Financiera. Doceava Edición. Mc Graw Hill. México.
- BOLTEN, S. (2000) Administración Financiera. Editorial Limusa. México.
- BORJA, A. (2001) La Autogestión Comunitaria.. Sitio Web. Adrianoborja.@hot.mail.com. Consulta: 13-02-2004. 10:30 AM.
- BUENO, J. (1999) Hacia un Modelo de Servicios Sociales de Acción Comunitaria. Una Aproximación Cualitativa. Madrid. Editorial Popular.
- BUSOT, A. (1995) Investigación Educacional. Universidad del Zulia. Venezuela.
- CAMACARO, J. (2001) La Formación de las Comunidades y su Participación en los Programas de Atención Integral a la salud. Tesis Doctoral. Universidad Dr. Rafael Belloso Chacín. Maracaibo. Venezuela
- CARRASQUERO, M. (2000) Vinculación Universidad, Servicios de Salud y Comunidad. Un Proceso de Gestión. Tesis Doctoral. Universidad Dr. Rafael Belloso Chacín. Maracaibo. Venezuela.
- CHAVEZ, N (1999) Introducción a la Investigación Educativa. 2da Edición. ARS. Gráfica. Maracaibo.
- CHIAVENATO, I. (2002) Administración. Proceso Administrativo, 3ª Edición, Editorial Mc.Graw. Hill Interamericana, Bogota Colombia
- COBRA, M, (2000) Marketing de Servicio, Editorial Mc.Graw-Hill.

- DAVID F, (1998) La Gerencia Estratégica. Novena Reimpresión, Editores Lewis. Colombia.
- DENTON, (1999) Citado Manual del Taller de Calidad de Servicio basado en 7 Herramientas Gerenciales (2000).
- DENTON, K. (1999) Calidad en el Servicio a los Clientes, España, Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- DONELLI, GIBSON E IVANCEVICH (1998) La nueva Dirección de Empresas 8ª Edición, Mc.Graw.Hill Interamericana, Bogota Colombia.
- DUBOIS, Y. (2000) Ministerio De Salud. Ecuador. Sitio Web. E-mail Yolanda.Dubois@undp.org. Consulta: 06-12-2003. 7:00 PM.
- FIGUEROA, D. (2002) Participación. Comunitaria y Salud. Universidad Nacional Federal de Pernambuco. Brasil. Sitio Web. Dixisnut @ plopma.com. Consulta: 13-02-2004. 11:23 AM.
- FRANCES, (2001) Estrategia para la Empresa de América Latina, Ediciones IESA, Caracas Venezuela.
- GRUBER, F. (1995). Una Nueva Gerencia en los Servicios Públicos de Salud en Venezuela. Resultados de Un Año de Experiencia. Caracas. Fundación Polar.
- HAWKINS, BEST, CONEY, (1994) Comportamiento del Consumidor, Editorial Adidison-Wesley Iberoamericana,S.A. Willminton, Delaware EUA.
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C Y BAPTISTA, P. (2001) Metodología de la Investigación. 2da Edición . Editorial Mc Graw Hill. México.
- HERRERA, H. (1998) La Comunidad Y Su Estudio. Personalidad-Educación-Salud. Editorial Ateneo. México.
- HOROVITZ, J. (1999) Satisfacción Total del Cliente. Editorial Mc Graw Hill. México Mc Graw-Hill
- KOTLER Y ARMSTRONG. (1998) Fundamentos de la Mercadotecnia. Análisis, Planeación Implementación y Control. 7ª Edición. México. Editorial Prentice may
- MALAVÉ, J. (1995) Un Modelo Innovador Gerencia en Salud. Ediciones IESA. Fundación Antonio Cisneros Bermúdez.
- MALHOTRA, N. (2003) Investigación De Mercado . Un Enfoque Practico. Editorial Prentice Hall. México.
- MENDEZ, C. (1999) Metodología, Editorial Kimpress Ltda. Colombia
- Ministerio De Salud Publica Y Bienestar Social. Paraguay. (1996) Sitio Web. Webmaster @paho.org. Consulta: 12-03-2004. 5:00 PM.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1995) La Introducción De Un Componente De Salud En La Atención Primaria. Ginebra: OMS.
- PÉREZ, A. (2003) Dimensión Ética y Calidad En La Salud Pública. Tesis Doctoral en Ciencias Gerenciales. Universidad Dr. Rafael Bellosó Chacín. Maracaibo. Venezuela.
- PRIMERA, M. (2000) La Participación Comunitaria Basada en el Desarrollo Sustentable. Tesis Doctoral en Ciencias de la Educación. Universidad Dr. Rafael Bellosó Chacín. Maracaibo. Venezuela.
- RAMÍREZ, J. (2003) El Gerente Público Municipal Como Motor Del Desarrollo Comunitario. Tesis Doctoral en Ciencias Gerenciales. Universidad Dr. Rafael Bellosó Chacín. Maracaibo. Venezuela.
- RIOS, E. (2003) Existe Gratuidad en el Sistema de Salud para la Comunidad. Sitio Web. erios@hotmail.com. Consulta: 07-12-2003. 9:00 AM.
- ROBBINS, W. (1998) Comportamiento Organizacional, Teoría y Práctica. México. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana.
- SABINO, C. (2001) Cómo Hacer Una Tesis. Editorial Panamericana. Santa Fe de Bogota.
- SACRISTÁN, M. (1999) Hacia Una Ventaja Competitiva En El Mercado. Editorial Madrid. España.
- SALLENAVE, (2000) Gerencia y Planificación Estratégica. Editorial Norma
- SÁNCHEZ, J. (2001) El Departamento de Trabajo Comunitario desde la Perspectiva de Flexner. Tesis Doctoral en Ciencias de la Educación. Universidad Dr. Rafael Bellosó Chacín. Maracaibo. Venezuela.
- SCHIFFMAN, L (2003) Comportamiento del Consumidor. Ediciones Prentice Hall Hispanoamericana. México.
- SERNA, (1999) Gerencia Estrategia de Planeación de Gestión. Teoría y Metodología, Sexta Edición, Colombia.
- SIERRA BRAVO; R. (1999) Técnicas De Investigación Social. Teorías y Práctica.
- SOLOMON, (1999) Comportamiento del Consumidor. Tercera Edición. México. Editorial Prentice may Hispanoamericana.
- TAMAYO, M. (2000) El Proceso de la Investigación Científica. México . Editorial Limusa
- ZEITHAML, V. (2002) Marketing de Servicio: Un Enfoque de Integración del Cliente a la Empresa. Editorial Mc.Graw-Hill. México.

Artículo de Reflexión

El historiador y sus retos* |

Historians and their challenges

Francisca López Civeira

Para quienes ejercemos el oficio de historiadores constituye una labor cotidiana el manejo de diversas fuentes históricas como las bibliográficas, las publicaciones periódicas y, especialmente, los documentos de archivo a los que se les atribuye una función probatoria fundamental. Actualmente es notable la ampliación y diversidad de las fuentes para el trabajo histórico cuya validez es aceptada, entre las que han alcanzado un lugar de privilegio en tiempos recientes las orales, lo que implica la aplicación de técnicas adecuadas a su naturaleza. Sin embargo, ¿cuántas veces nos hemos preguntado cuáles son los fundamentos teóricos de este oficio? Sin dudas, la historia requiere del trabajo empírico para el estudio de un proceso, coyuntura o acontecimiento específico, es decir, la investigación histórica concreta tiene sus requerimientos en la indagación de lo factual, pero esto resulta insuficiente si no partimos de conocer las características y bases teóricas del área del saber a la que nos dedicamos.

No me refiero a una Filosofía de la Historia cuyos puntos de partida y función son diferentes y, sobre todo, que se produce desde un área fuera de la Historia; hago referencia a los fundamentos teóricos de la Historia, que emanan del ejercicio de historiar y que parten del pensamiento de los propios historiadores para el desarrollo de su profesión. Sin basamentos teóricos, ¿Cómo nos podemos plantear los presupuestos metodológicos de nuestro trabajo? ¿Cómo definimos el cuerpo categorial que utilizamos? ¿Cómo asumimos nuestra interpretación histórica? ¿Cómo podemos entender nuestro propio oficio? Este problema, por tanto, tiene una importancia de primer orden para los historiadores, aunque no ha sido muy frecuente a lo largo del tiempo encontrar en nuestra historiografía un especial interés por adentrarse en este tipo de reflexión y sí por potenciar el trabajo empírico.

* Recibido 26 de Marzo de 2007. Aprobado Junio 28 de 2008.