

**INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
ICAP**



ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**PROGRAMA DE GERENCIA MODERNA Y
GESTIÓN DEL CAMBIO EN SALUD**

**Desarrollar una propuesta para mejorar la capacidad resolutiva en la
consulta externa especializada de Gineco-Obstetricia del Hospital Monseñor
Sanabria de Puntarenas**

José Miguel Villalobos Brenes

**San José, Costa Rica
Mes Junio, año 2008.**

Esta Tesina fue aprobada por el Tribunal Examinador del Programa de Postgrado en Gerencia de la Salud del ICAP, como requisito para obtener el título de Especialista en Administración de Servicios de Salud.

MSc. Gustavo Elizondo Fallas
Presidente del Tribunal

MSc. Sergio Vega Mayorga
Director de Tesina

Dra. Esmeralda Bonilla Vargas
Examinadora Designada

José Miguel Villalobos Brenes
Sustentante

Agradecimientos

Agradezco a mis compañeras y amigas Adela, Liliana, Kathia por su gran compañerismo, y a Florcita así como a todas aquellas personas que, de un modo u otro, contribuyeron a que se realizara el presente estudio.

Al MSc. Sergio Vega Mayorga, por el apoyo y guía en el desarrollo de la investigación para culminar mi meta.

Dedicatoria

Doy gracias a Dios por haberme permitido culminar con éxito mi meta, por darme sabiduría y fortaleza en mis momentos de debilidad para así terminar el presente estudio.

A mi esposa Doina y mi hija Diana Alexandra, quienes en todo momento me apoyaron y colaboraron, sacrificando sus días de ocio a mi lado en silencio, las amo con todo mi corazón.

A mis padres biológicos y mis suegros que fueron mis segundos padres, durante mi formación profesional, porque de ellos aprendí que con constancia y perseverancia se logran alcanzar las metas.

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación se propone desarrollar una propuesta mediante la evaluación de la actual gestión institucional que se desarrolla en la atención médica recibida por las usuarias de la consulta de ginecología y obstetricia en el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas, así como el uso de los recursos financieros que le han sido asignados a efecto de brindar una atención oportuna y eficiente, mediante la verificación del cumplimiento de los objetivos establecidos y su contribución al desarrollo de la calidad de vida de la población usuaria que le han sido asignados a efecto de brindar una atención oportuna y eficiente.

Para tales efectos se realizó un diagnóstico situacional de la consulta especializada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia que comprendió los siguientes indicadores:

- Indicadores de infraestructura
- Indicadores de equipo
- Indicadores de recurso humano
- Indicadores de recurso financiero

A través de estos indicadores podemos obtener información sobre posibles situaciones críticas existentes en la consulta externa de ginecología y obstetricia y así tomar medidas correctivas con el propósito de evaluar el cumplimiento de las responsabilidades individuales del personal contratado y así la población pueda obtener una efectiva respuesta a las necesidades de las usuarias, cuya atención médica se realizará con diligencia y humanismo.

En base a los resultados del diagnóstico de la consulta externa de Ginecología y Obstetricia se hace una propuesta metodológica a través de la evaluación periódica de distintos tipos de indicadores e instrumentos de recogida

de información, con el propósito de optimizar los recursos humano y financiero y mejorar la calidad de los servicios brindados a nuestra población.

Materiales y Métodos

La presente investigación realizada es de tipo descriptiva por lo cual se analizaron y describieron distintas variables de interés.

Para efecto de la presente investigación se realizó un análisis comparativo del rendimiento de la consulta de ginecología y obstetricia del Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas en relación al rendimiento alcanzado por los otros hospitales regionales durante el año 2007 y una encuesta directa tanto al cliente interno como externo que hace uso de los servicios médicos brindados.

- Se utilizó información brindada por la Dirección de Información Estadística de la C.C.S.S, consistente en consolidado de producción de los hospitales regionales que incluyen:

- número de horas programadas
- número de horas laboradas
- número de consultas realizadas

-Igualmente la Jefatura de Consulta Externa del Hospital Monseñor Sanabria, facilitó: informe de producción anual-2007 que incluye:

- número de horas programadas
- número de horas utilizadas
- número de consultas realizadas
- porcentaje de rendimiento

-Muestra representativa de la totalidad de usuarias que asistieron a su cita médica a la consulta de ginecología y obstetricia durante el año 2007

Conclusión

Se puede concluir que existe una evidente sub-utilización de los recursos financieros otorgados a los distintos establecimientos de salud, que a su vez incide en el deterioro de la imagen que percibe el cliente interno sobre los servicios de salud brindados por nuestra institución.

A la luz de la presente investigación, las debilidades detectadas podrían corregirse a corto plazo y no implicaría inversión de nuevos recursos financieros dado que se trata de que las Jefaturas de Consulta Externa y de cada servicio respectivamente, en el cual se evidenció bajo rendimiento del personal a su cargo, implemente las acciones correctivas pertinentes oportunamente y aplique el concepto de administración por resultados.

Propuestas de Mejora

- Concienciar a aquellos funcionarios poco comprometidos con la misión de nuestra institución, a efecto de hacerles cambiar su actitud hacia las usuarias. Lo anterior se lograría mediante: desarrollo de talleres y/o charlas sobre calidad y calidez.
- Análisis de quejas, reclamos y sugerencias, mediante la colocación de un buzón de quejas en el área de la consulta externa de Ginecología y Obstetricia.
- Retroalimentación al personal involucrado en el proceso de la consulta médica con el propósito de evaluar la calidad de los servicios prestados.

- Evaluación de la eficiencia del rendimiento por especialista en la consulta de ginecología y obstetricia en forma semanal, mediante solicitud al Departamento de Estadística del envío de dicho informe a la Jefatura de Ginecología y Obstetricia.
- Implementar la administración por resultados, por parte de la Jefatura de Servicio, apoyado por la Dirección Médica del Hospital, a todo aquel personal en el cual se evidencie bajo rendimiento en su productividad, según el número de horas programadas para la Consulta Externa Especializada.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

| | |
|---|---|
| 1.1 Identificación de la institución | 4 |
| 1.2 Justificación | 6 |
| 1.3 Objetivos del estudio | 7 |
| 1.4 Alcances y limitaciones del estudio | 8 |

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

| | |
|---|----|
| 2.1 Aspectos situacionales | 11 |
| 2.1.1 Consulta Externa Especializada en Ginecología y Obstetricia del Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas | 12 |
| 2.1.1.1 Cadena de atención en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia | 13 |
| 2.1.2 Red de Salud (REDES) | 14 |
| 2.2 Marco Conceptual | 15 |
| 2.2.1 El proceso de modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social y su influencia en el cambio | 15 |
| 2.2.1.1 Antecedentes de la Caja Costarricense del Seguro Social | 15 |
| 2.2.1.2 Modernización de la Caja Costarricense del Seguro Social | 16 |
| 2.2.1.3 Objetivos del proceso de modernización | 17 |
| 2.2.1.4 La Reforma al Sector Salud de Atención | 19 |
| 2.2.1.5 El Modelo de Atención | 21 |
| 2.2.1.5.1 Redefinición del Modelo de Atención | 21 |

| | |
|--|----|
| 2.2.1.5.2 Principios del Nuevo Modelo de Atención | 22 |
| 2.2.1.5.3 Características Generales del Nuevo Modelo de Atención | 24 |
| 2.2.1.6 Proceso de planificación de los servicios de salud | 26 |
| 2.2.1.7 Descentralización administrativa y regionalización | 27 |
| 2.2.1.8 El Nuevo Modelo de Atención y su relación con la Salud de las Mujeres | 32 |
| 2.2.1.8.1 Desarrollo Humano y salud | 32 |
| 2.2.1.8.2 La mujer, salud y desarrollo | 33 |
| 2.2.1.8.3 Construcción social del proceso salud-enfermedad | 36 |
| 2.2.1.9 Organización Hospitalaria | 36 |
| 2.2.1.9.1 Función Gerencial | 38 |
| 2.2.1.9.2 Elementos de la Organización Hospitalaria | 39 |
| 2.2.1.9.3 Organización Estructural y funcional | 41 |
| 2.2.1.9.3.1 Organización estructural | 42 |
| 2.2.1.10 Productos y servicios hospitalarios | 44 |

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

| | |
|--------------------------------------|----|
| 3.1 Tipo de investigación | 55 |
| 3.2 Sujetos y fuentes de información | 56 |
| 3.2.1 Sujetos | 56 |
| 3.2.1.1 Población de los sujetos | 56 |
| 3.2.1.2 Muestra | 57 |
| 3.3. Variables | 58 |
| 3.4. Descripción de los instrumentos | 60 |
| 3.5 Validación de los instrumentos | 61 |
| 3.6 Tratamiento de la información | 1 |

CAPÍTULO IV DIAGNÓSTICO

| | |
|--|-----|
| 41. Aspectos situacionales | 64 |
| 4.1.1 Área física de la Consulta Especializada de gineco-Obstetricia | 64 |
| 4.1.2 Personal encargado de la Consulta Externa Especializada de Gineco-Obstetricia | 66 |
| 4.1.3 Información de los Funcionarios de la Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia | 67 |
| 4.1.4 Información comparativa anual de las consultas gineco-obstétricas en otros hospitales del mismo nivel de complejidad clínica durante el año 2007 | 68 |
| 4.1.5 Comparación de consultas y rendimiento obtenido en la consulta gineco-obstétrica durante los años: 2005-2007 | 69 |
| 4.1.6 Información comparativa de hospitales regionales según contratación y rendimiento de la consulta especializada de Gineco-Obstetricia | 70 |
| 4.1.7 Consultas brindadas por los hospitales regionales según horas contratadas durante el año: 2007 | 71 |
| 4.2 Percepción de usuarias sobre el servicio | 74 |
| 4.2.1 Tipo de paciente | 74 |
| 4.2.2 Características del servicio que se recibe | 79 |
| 4.3 Funcionarios (as) | 93 |
| 4.3.1 Características de los funcionarios (as) | 93 |
| 4.3.2 Factores que inciden en la motivación en el puesto de trabajo | 97 |
| 4.3.3 Características del lugar de trabajo | 100 |

| | |
|---|-----|
| 4.4 Médicos (as) | 108 |
| 4.4.1 Características de los funcionarios (as) | 108 |
| 4.4.2 Factores que inciden en la motivación en el puesto de trabajo | 110 |
| 4.4.3 Características del lugar de trabajo | 113 |

CAPÍTULO V SOLUCIONES DE LA SITUACIÓN ACTUAL

| | |
|---|-----|
| 5.1 Gestión de la Calidad | 123 |
| 5.1.1 Área Física de la Consulta Externa Gineceo-obstétrica | 123 |
| 5.1.2 Dimensión administrativa | 123 |
| 5.1.3 Recursos Humanos | 125 |
| 5.1.4 Ambiente laboral | 125 |

CAPÍTULO VI IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES

| | |
|-----------------------------|-----|
| 6.1 Valores Visión y misión | 127 |
| 6.2 Plan | 128 |

CAPÍTULO VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|---------------------|-----|
| 7.1 Conclusiones | 132 |
| 7.2 Recomendaciones | 134 |
| Bibliografía | 135 |

| | |
|--------|-----|
| ANEXOS | 139 |
|--------|-----|

ANEXO 1

| | |
|---|-----|
| Cuestionario a funcionarios (as) de la consulta gineco-obstétrica | 140 |
|---|-----|

ANEXO 2

| | |
|---|-----|
| Cuestionario a pacientes de la consulta gineco-Obstétrica | 146 |
|---|-----|

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Las limitaciones económicas a las que se ha visto sometido el sector salud, en nuestro país, en los últimos años, incide directamente sobre la salud de nuestros habitantes, lo cual no significa que, por ello, el derecho a la protección de la salud en Costa Rica se vea alterada. Este es un derecho de todos, sin excepción, y el Estado es el responsable de garantizarlo.

La misión del Estado, a través de la Caja Costarricense de Seguro Social, es brindar protección a toda la población, no sólo procurando prevenir y curar la enfermedades físicas y mentales de la población, sino también contribuyendo al logro del bienestar general que le permita a la población disfrutar de las oportunidades que le sean asequibles: educación, trabajo, hogar, libertad de cultos, deportes, etc.

La integración de los servicios de prevención, con lo de rehabilitación y curación son pivotes de la "Reforma del Sector Salud". El sistema de atención médica especializada debe ser accesible a los usuarios de los servicios médicos, ya que los costos hospitalarios están alcanzando cifras que no dejan recursos para los programas preventivos y educativos. A pesar de los grandes aciertos y avances de la Caja Costarricense de Seguro Social, presenta debilidades y, por ello, debe ser reestructurada para una mayor prontitud y eficiencia de los diferentes servicios médicos brindados, con el propósito de garantizar a todos los habitantes un servicio óptimo, según los criterios de calidad aceptados.

La identificación de fortalezas y oportunidades le permiten a la Caja Costarricense de Seguro Social, mantener un claro prestigio y desempeño, en los servicios brindados a cada uno de los usuarios, de la misma forma, el conocer sus debilidades le permite diseñar los planes estratégicos pertinentes para eliminar la ineficiencia y redireccionar la utilización de los recursos económicos y humanos donde mas requiere la población.

La Región Pacífico Central cuenta con un hospital periférico(Hospital Max Terán Valls), nueve clínicas periféricas y un hospital regional(Hospital Monseñor Sanabria).

Dichos centros médicos tienen como meta, la utilización en forma racional y oportuna de los recursos del área de atracción, mejorar la capacidad resolutive del hospital periférico, disminuir la demanda al hospital regional y al tercer nivel.

El Hospital Monseñor Sanabria y el tercer nivel de atención presentan una importante demanda de servicios lo que ha generado listas de espera que en algunas especialidades superan los tres meses.

Cada nivel aqueja su problemática especial, de acuerdo con el recurso humano y los medios disponibles.

El poder mantener un incremento en la capacidad resolutive de los hospitales, en la consulta especializada, permite una disminución de la demanda en los niveles superiores y representa una alternativa en la reducción de las listas de espera, en el nivel regional y en el tercer nivel de atención.

De lo anterior se deduce, la importancia de conocer cuáles son los factores determinantes y/o limitantes que impiden al centro hospitalario resolver diversas situaciones, para lo cual debemos evaluar: grado de resolución, calidad de los servicios prestados, accesibilidad y oportunidad de las usuarias a la consulta especializada de ginecología y/o obstetricia.

Los especialistas en Ginecología y Obstetricia son los profesionales que se encuentran debidamente capacitados para resolver una diversidad de patologías gineco-obstétricas que no han podido ser solucionadas por los médicos generales del primer nivel de atención.

En la actualidad no se cuenta con ningún estudio de costos hospitalarios que nos refleje la importancia que tiene para la institución contar con este tipo de estudios a nivel nacional, a efecto de poder optimizar el recurso humano existente y implementar la estrategia mas idónea con el propósito de mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios gineco-obstétricos.

1.1 Identificación de la institución

- Visión de la CCSS

Para el próximo decenio, la Caja Costarricense de Seguro Social habrá fortalecido el liderazgo en la conducción y facilitación del cumplimiento de políticas, planes y estrategias nacionales en el campo de la Salud y de las Pensiones, que contribuyan a mejorar el nivel de vida de la población costarricense.

Habrá alcanzado la cobertura universal de trabajadores y patronos, así como la integración de la comunidad, por medio de la atención integral, en los programas de fomento, prevención, promoción y atención de la salud.

Para entonces, habrá logrado una estructura y prácticas gerenciales y asistenciales ágiles y flexibles, que respondan oportuna y efectivamente a la demanda; y que generen cambios sustantivos en los hábitos, estilo y prácticas de vida, que permitan a la población fomentar la salud y prevenir el daño.

Se dispondrá de una solidez financiera, que permitirá asegurar los recursos necesarios para el crecimiento y desarrollo institucional, con alto nivel de calidad, que garanticen las pensiones, acorde a la situación económica del país y a la dignidad humana.

Los recursos se estarán administrando en forma honesta, transparente y eficiente, estimulando el ahorro, la productividad y la calidad, a través de mecanismos estrictos de control, interno y externo.

Se contará con un capital humano con excelente desempeño, honestidad, creatividad, responsabilidad, compromiso, respeto y espíritu de equipo; para lo cual nos comprometemos a brindarle oportunidades permanentes de desarrollo integral.

- Misión de la CCSS

Brindar atención integral de la salud y promover su conservación en el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, así como garantizar la protección económica a los diferentes grupos de la población del país, mediante:

1. El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la CCSS: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, Obligatoriedad, Equidad y Subsidiaridad.
2. El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo en los funcionarios de la Institución.
3. La orientación de los servicios a la satisfacción de los clientes.
4. La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.
5. La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios.
6. El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.
7. La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa.

La Caja Costarricense del Seguro Social brinda los servicios de atención de salud a la población se encuentran divididos en tres niveles, a través de sus 8

hospitales nacionales y hospitales especializados, 21 hospitales regionales, 104 áreas de salud y 940 EBAIS.

1.2 Justificación

La consulta médica especializada en Gineco-Obstetricia todavía hoy en día, no cuenta con el suficiente personal especializado requerido para poder canalizar y satisfacer las necesidades de las usuarias adscritas a la Región Pacífico Central, cumpliendo con el escalonamiento desde el primer nivel hasta el tercer nivel de atención médica, según el grado de complejidad de la patología a tratar.

Por lo anterior se hace imprescindible optimizar el recurso humano existente con el propósito de brindar una atención oportuna y de calidad a nuestras usuarias. Por lo anterior se plantea en este proyecto determinar la capacidad resolutive de los especialistas Gineco-Obstétricos del Hospital Monseñor Sanabria, ante la demanda por accesibilidad de atención médica de las usuarias de la Región Pacífico Central, a la consulta especializada, evidenciando los diferentes factores que inciden en la capacidad ociosa de dicha consulta, hecho que conlleva desmejoramiento de la calidad de los servicios médicos brindados, incremento de las referencias al tercer nivel, bajo rendimiento del recurso humano contratado, así como listas de espera prolongadas.

Una de las facetas más importantes para el manejo de centros relacionados con servicios de este tipo es la capacidad resolutive. Este concepto está básicamente asociado a la facultad que tiene un establecimiento de salud de responder de manera integral, oportuna y con calidad a una demanda de atención de salud. Vale decir, que permita diagnosticar y dar tratamiento adecuado a un determinado grado de complejidad del daño (MINSA, 2005, p.2)

Es muy importante que haya un cambio de paradigma que impulse una atención más resolutive en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) ,

incluyendo la atención ginecológica y obstétrica, ya que esto significa que se cuenta con la capacidad para darle a los usuarios lo que necesitan en un tiempo y con una calidad adecuada, lo que sin duda promueve el bienestar de las personas, y además contribuye a un servicio más personalizado que toma en cuenta cada caso y sus necesidades en lugar de buscarse un modelo masificado que tenga respuestas predeterminadas.

Un estudio de este tipo conlleva, la necesidad de que el usuario de los servicios sea atendido de manera adecuada, algo que solo puede darse si la administración está en la capacidad administrativa de poder cumplir de acuerdo con una serie de objetivos definidos. De lo contrario, simplemente lo planeado se quedará en las buenas intenciones.

En la medida en que un trabajo de este tipo pueda ayudar a mejorar esta capacidad resolutoria se permitirá solucionar las diversas necesidades de los usuarios de la mejor forma, meta de cualquier sistema de salud pública.

1.3 Objetivos del estudio

- Objetivo general

Determinar la eficiencia y la calidad en la atención de la consulta gineco-obstétrica del Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas, para satisfacer las demandas de los pacientes en el 2007, con el fin de establecer sus costos y orientar la toma de decisiones y ejecución de acciones oportunas dirigidas a mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad de nuestras usuarias.

- Objetivos específicos

- Establecer los recursos con que cuenta el hospital Monseñor Sanabria para atender la demanda de atención médica especializada en la consulta gineco-obstétrica.
- Analizar la eficiencia de la consulta gineco-obstétrica del Hospital Monseñor Sanabria en relación con otros hospitales nacionales.
- Medir la satisfacción del personal médico y administrativo de consulta gineco-obstétrica en el Hospital Monseñor Sanabria.
- Determinar la calidad percibida del servicio brindado por parte del cliente externo de la consulta gineco-obstétrica en el Hospital Monseñor Sanabria.

1.4 Alcances y limitaciones del estudio

Dentro de los alcances del presente trabajo se espera implementar en la consulta especializada de ginecología y obstetricia, un plan de mejora dirigido al cambiar la imagen que tienen la usuarias del servicio brindado por nuestra institución. La implementación del plan de mejora favorecerá tanto al cliente interno que es nuestra razón de existir como institución así como al externo mejorando sus condiciones laborales.

Se espera mejorar la calidad de la atención médica brindada a las usuarias por medio de la optimización de los recursos financieros asignados a nuestro centro hospitalario y recurso humano disponible.

Las limitaciones que se esperan, son las siguientes:

1. Falta de bibliografía internacional para la comparación de la capacidad de la demanda médica especializada en la seguridad social, en sus niveles de atención por ser nuestro sistema de salud diferente a los demás sistemas de salud social en la actualidad.

2. Carencia de actualización en el Reglamento de Perfiles Hospitalarios de nuestra institución.

3. Falta de estudios en los hospitales regionales y nacionales relacionados a capacidad resolutive de los especialistas a nivel del rendimiento individual.

4- Inexistencia de protocolos de calidad a nivel de la consulta externa especializada.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Aspectos situacionales

La provincia de Puntarenas, cuenta con una población de: 265.883 habitantes y tiene una extensión territorial de: 11.276,97 Km². Es la provincia sexta y consta de: 11 cantones y 43 distritos.

El Hospital Monseñor Víctor Sanabria Martínez, institución hospitalaria que ha servido de base para realizar el presente estudio fue inaugurado el día:12 de Octubre de 1973, bajo la presidencia del Lic. Daniel Oduber Quirós y como unidad asistencial abrió sus puertas a la comunidad costarricense el 01 de Julio de 1974.

Este centro hospitalario se encuentra ubicado en El Roble de Puntarenas y cuenta con una dotación de: 243 camas, para la atención médica de pacientes que requieren hospitalización, distribuidas en nueve pisos más una planta principal donde se localizan las oficinas administrativas.

Cuenta con empleados quienes en su mayoría tienen más 20 años de prestar servicios a esa institución. La población mediata de atracción de ese centro es de: 250.000 habitantes, a pesar que ofrece servicios aproximadamente a: 500.000 habitantes ubicados en dos regiones programáticas del país: la Pacífico Central y la Chorotega.

El Hospital Monseñor Sanabria es denominado un Hospital Regional por su ubicación geográfica y además por ser el centro asistencial de mayor diversidad en especialidades médicas y paramédicas fuera del área metropolitana.

En el Servicio de Emergencias y/o Urgencias se atienden casos cuya condición de salud del usuario requiere de la atención inmediata de éste por un profesional en medicina humana.

En el área de Hospitalización se ubican los pacientes que por su condición de salud deben permanecer más de un día internados en el Hospital, para recibir la atención médica necesaria a efecto de poder determinar su patología, tratamiento de la misma con el propósito de restablecer su condición de buena salud. Al interior del Hospital Monseñor Sanabria se ofrecen servicios especializados básicos como son: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia, Vascular Periférico, Urología, Otorrinolaringología, Fisiatría, Cirugía Infantil y Gineco-Obstetricia, todas de vital importancia para la salud de sus habitantes.

El Servicio de Consulta Externa Especializada, ofrece atención médica especializada a los usuarios que son referidos de las clínicas y hospital periférico(Max Terán Valls) adscritas al área de atracción geográfica , ya sea por médicos generales y/o especialistas, para ser tratados en consultas médicas de primera vez y/o control.

2.1.1 Consulta Externa Especializada en Ginecología y Obstetricia del Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas

La consulta especializada de ginecología y obstetricia tiene como objetivo brindar a las usuarias de la región Pacífico Central, atención médica, como parte de la promoción de la salud, prevención dada la alta incidencia de cáncer de cerviz en nuestra región y curación de la enfermedad.

La Consulta Externa atiende a las usuarias con previa cita vía trámite personal, presentando una referencia emitida por el médico general del nivel I de atención. Tiene un horario de atención de: 7:00 am a 4:00 pm de lunes a jueves y el día viernes de: 7:00 am a 3:00 pm.

Vale mencionar que el horario anterior, no es exclusivo para brindar atención médica especializada, dada la diversidad de labores que

se desarrollan a nivel hospitalario como son: realización de cirugía electiva, ambulatoria y urgencia, atención de la Sala de Partos, pase de visita medica, atención de inter-consultas de otras especialidades.

Desde que las usuarias son valoradas en alguna de las clínicas de nuestra área de atracción, si los médicos generales consideran que requiere atención médica especializada, refieren a las mismas a efecto de que se les otorgue una cita medica con el especialista en Ginecología y Obstetricia.

El sistema automatizado de la agenda permite asignar 4 citas por hora programada al especialista.

2.1.1.1 Cadena de atención en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia

El día que la paciente acude a su cita programada, se le solicita presentar a la Auxiliar de Remes, carné de asegurado, orden patronal, comprobante de citas y verifica si el nombre de la usuaria, se encuentra en la agenda enviada por la recepcionista de citas, caso contrario solicita al archivo clínico el expediente faltante.

Previa corroboración de los datos de la usuaria y su correspondencia con el expediente solicitado, sella el expediente en la última hoja de atención médica con el nombre del médico tratante y fecha correspondiente, luego procede a traslado del expediente médico al respectivo consultorio médico hasta que el paciente es llamado por la auxiliar de enfermería a solicitud verbal del especialista.

Una vez valorada la usuaria por el especialista, se define si la paciente amerita: internamiento, control médico posterior y/o alta médica al I nivel de atención.

2.1.2 Red de Salud (REDES)

Este servicio forma parte de la división de Servicios técnico de apoyo de la consulta externa del Hospital Monseñor Sanabria.

La misma depende administrativamente del Director Médico, quien delega en un técnico o profesional en Registros Médicos y Sistemas de Información, su administración.

Este servicio consta de las siguientes áreas:

1. Afiliación e identificación
2. Verificación de Derechos
3. Archivo clínico
4. Recepción de Consulta Externa
5. Bioestadística

Las principales funciones del Servicio de Redes son: la medición del grado de veracidad, oportunidad, eficiencia, confiabilidad y eficacia de la información estadística, como producto de las diferentes actividades que se realizan en este Centro Médico y que contribuyen a la toma de decisiones.

2.2 Marco Conceptual

El proceso de globalización que ha afectado en los últimos años a Costa Rica, no ha dejado de lado al sector salud y ha generado cambios en los servicios médicos que se brinda a la población, es por este motivo que en esta parte del trabajo se revisarán aspectos relativos a la modernización de la Caja Costarricense del Seguro Social, el Nuevo Modelo de Atención Integral y la gestión hospitalaria.

2.2.1 El proceso de modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social y su influencia en el cambio

2.2.1.1 Antecedentes de la Caja Costarricense del Seguro Social

Durante el periodo comprendido entre los años 1940 y 1970 se implemento la medicina preventiva institucionalizada, en esta época tuvo su origen el Sistema Nacional de Hospitales y la Caja Costarricense del Seguro Social.

En el año de 1941 entro en vigencia la ley sobre el Seguro Social Obligatorio. El 7 de julio de 1943, empezó a regir la ley N° 24 y por consecuencia incorpora la sección III en las garantías sociales de la Constitución Política, que en su artículo 63 señala:

“...el establecimiento del seguro social, reglamentado mediante el sistema de contribución obligatoria por el gobierno, los empleadores y empleados, para el beneficio de trabajadores, obreros e intelectuales, para protegerlos contra los riesgos de enfermedad, maternidad, discapacidad, vejez y muerte, y otras contingencias decididas por la Ley. La administración del seguro se encomendaría a una institución autónoma llamada Caja Costarricense de Seguro Social.”

El 22 de octubre de 1943 se establece la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense del seguro Social, de 1944 a 1947 se incluyó a la población rural y se estableció el seguro familiar, se amplió su cobertura al Valle Central. La Invalidez, Vejez y muerte entró en 1948. Para finales de los años 60, el 38% de la población trabajadora fueron protegido el régimen de enfermedad y maternidad y 28% por el seguro de Invalidez Vejez Muerte. A fines de los años setenta, el programa de enfermedad y maternidad ya había cubierto a 84,3% de la población total y el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte al 17,6%.

A partir de los años 70 se da un proceso de reorganización de la Caja Costarricense del seguro social, el 15 de julio de 1978, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de seguro Social creó el Consejo Coordinador de Servicios Médicos y se resolvió dividir el territorio nacional en cinco programas regionales: Noroeste, Occidente, Oriente, Central, Huetar del Norte; Chorotega (Pacífico Seco), Huetar Atlántico y Brunca (Pacífico Sur).

2.2.1.2 Modernización de la Caja Costarricense del Seguro Social

El proceso de modernización de ha venido dando durante los últimos años, las bases de este proceso de modernización se fijaron desde los años setenta con la discusión de temas de cobertura, la universalización del Seguro Social, la formación de un médico con visión integral de la salud, como también la implantación de los programas de atención primaria del Ministerio de Salud.

La difícil situación generada en el años ochenta tiene su repercusión provocando una disminución en los ingresos de las instituciones.

“Para 1990 se habían concluido los estudios acerca de la situación de los servicios de salud de la Caja y de los efectos de los acuerdos de integración entre el Ministerio de Salud y la CCSS. Se inició entonces para 1992, la preparación del proyecto de Reforma del Sector Salud. “ (Castro Valverde, 1998, p. 83)

Es entonces con la puesta en marcha del plan de reforma del sector salud en los años 90, proyecto que buscaba corregir y mejorar la capacidad de funcionamiento de las instituciones del sector salud y su financiamiento, que, comienza el proceso de modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social, marcando el inicio de este proceso la creación de la Gerencia de Modernización y Desarrollo de la Caja Costarricense del Seguro Social.

La Gerencia de Modernización y Desarrollo, fue creada el 1 de junio de 1998 por la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en sesión N°72028. Los principios que motivaron la creación de esta gerencia son: "...la necesidad de integrar programas y procesos estratégicos, que en su conjunto orienten a la Organización hacia el futuro, bajo criterios de modernización, utilización nacional de los recursos, excelencia, calidad en la prestación de los servicios y sostenibilidad financiera de los esquemas de protección, logrando así el cumplimiento de la misión de la Institución.

Sobre la finalidad de las funciones de esta Gerencia de Modernización, Aguirre, Alvarez y Rojas, exponen lo siguiente:

"Su fin obedece a la necesidad de integrar programas y procesos estratégicos que, en su conjunto, orienten a la Caja Costarricense del Seguro Social hacia el futuro, bajo criterios de modernización, utilización racional de los recursos, excelencia, calidad en la prestación de los servicios y sostenibilidad financiera de los esquemas de protección, para lograr el cumplimiento de la misión de la institución." (2001, p. x)

2.2.1.3 Objetivos del proceso de modernización

El proceso de modernización pretende cumplir con los siguientes objetivos:

- **Mejorar la equidad en el acceso y en la distribución de los recursos**

Si bien es cierto en el campo de salud se han visto avances importantes, aún se encuentran debilidades en el acceso a los servicios de salud, especialmente de aquellas familias más pobres. La equidad en la distribución, se estima presenta limitaciones importantes.

- **Mejorar la eficiencia en la gestión de los recursos públicos de la Salud**

Los estudios realizados han evidenciado en forma rotunda que el sector salud tenía variadas oportunidades para mejorar la eficiencia (técnica y asignativa) de los recursos del Seguro de Salud. Una medida que ha probado ser efectiva es introducir cierto nivel de competencia en el sector con el objeto de modificar el comportamiento y desempeño de los proveedores de servicios de salud.

- **Mejorar la calidad y eficacia de la provisión de los servicios de salud**

El concepto de calidad esta ligado a la exactitud del diagnóstico y a la conveniencia del tratamiento. Teniendo este marco claro, el objetivo de la reforma en esta área se dirige a mejorar la calidad en sus dos vertientes. Técnica: Mediante la introducción de protocolos, guías clínicas de actuación, medicina basada en la evidencia y gestión clínica.

- **Fortalecer la regulación sanitaria**

El servicio de salud es un bien con algunas características públicas, su producción presenta rendimientos crecientes a escala existen fuertes indivisibilidades y se decide su nivel en base a argumentos de equidad y seguros. Estas razones se traducen en términos de políticas en fortalecer la regulación y evaluación con el objeto de que las reformas en curso beneficien la equidad y eficiencia.

- **Generar mecanismos e instrumentos para mejorar la participación social**

La finalidad de este objetivo es diseñar, desarrollar e implementar mecanismos e instrumentos que promuevan y faciliten la participación social en el quehacer de los servicios de salud.

2.2.1.4 La Reforma al Sector Salud

Como parte del proceso de deterioro económico enfrentado por Costa Rica en la década de los años 80, el estado se vio en la necesidad de fomentar un proceso de modernización y un nuevo estudio de las políticas de financiamiento del sector Público, lo anterior con la finalidad de aumentar la eficiencia en la administración de los recursos.

En el campo de la salud se plantean una serie de desafíos, que conllevan a al búsqueda de una definición política que garantice la superación de estos desafíos. Es así como se plantea el Plan nacional de reforma al Sector Salud, “...cuyos componentes traducidos en proyectos específicos, han sido presentados para su apoyo y financiamiento, a organismos de cooperación técnica y financiera y gobiernos amigos, para que en conjunto con los esfuerzos y recursos nacionales, se garantice la real aplicación de las medidas de reforma sectorial.” (El Proyecto de Reforma del Sector Salud, Resumen, junio, 1993, p.1)

La finalidad del Proyecto de Reforma del Sector Salud, era corregir y mejorar el funcionamiento de aquellas entidades de este sector y generar los cambios necesarios al modelo existencia de atención y su forma de financiamiento, así como todo lo relacionado con la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Sobre este proyecto de reforma se señala lo siguiente:

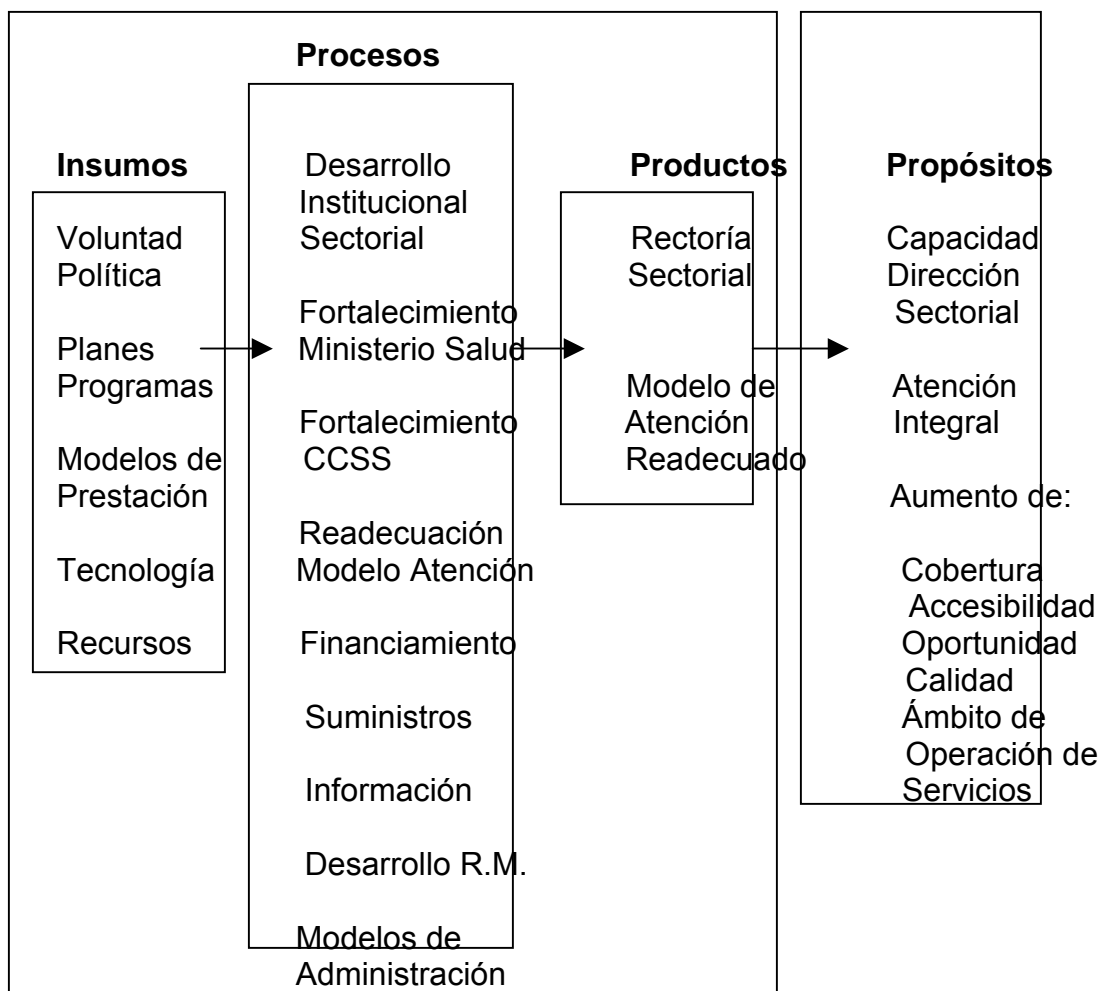
“...representa un amplio proceso de desarrollo institucional a nivel Sectorial, el cual tiene como propósito garantizar el ejercicio de la rectoría del Sector por parte del Ministerio de Salud y la opción de un enfoque de atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, a partir de la ejecución de un conjunto articulado de reformas políticas, institucionales y

operacionales en la prestación de los servicios de salud...” ((El Proyecto de Reforma del Sector Salud, Resumen, junio, 1993, p.2)

La finalidad de esta reforma en el sector salud, era :

- Fortalecimiento de la capacidad de dirección y planeación sectorial.
- Mejoramiento de la cobertura. Accesibilidad, la oportunidad, la calidad y el ámbito de operación de los servicios de salud, tomando en cuenta las necesidades de los usuarios y acorde con la situación económica del país.

Figura N
Proyecto de Reforma Sector Salud



Es así como dentro de los aspectos principales que llevaron a la modernización y la reforma de todo el sector salud y por ende a la Caja Costarricense del seguro Social, se encuentra el modelo de atención.

2.2.1.5 El Modelo de Atención

El modelo de atención se puede definir como “...una representación o caracterización teórica del sistema de servicios de salud de un país, con base en sus principales elementos políticos, filosóficos, éticos, culturales, estructurales, organizativos y funcionales; especialmente aquellos que definen, condicionan o afectan la forma como la sociedad desarrolla, organiza, distribuye y controla los recursos que destina a atender las necesidades de salud de los ciudadanos.” (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de las Mujeres, Caja Costarricense de Seguro Social y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, 2001, p. 62)

La crisis enfrentada por este modelo de atención de la caja se atribuye que solo se le daba un enfoque curativo a los problemas de salud, a un énfasis en la atención médica, donde la obtención de un medicamento era lo primordial. Se brindaba bajo este modelo una atención desintegrada del paciente, no dándole seguimiento a su dolencia y teniendo que recorrer un largo camino visitando varios especialistas, esto provoco que la atención en los hospital paulatinamente se fuera saturando, sobre todo lo pertinente al nivel básico, llevando la operación de la red de servicios de salud a un caos.

2.2.1.5.1 Redefinición del Modelo de Atención

La redefinición del .modelo de atención genero toda una movilización de las diferentes áreas del salud del país con la finalidad de ofrecer a los pacientes una serie de servicios de importancia apara todos.

El modelo de atención tradicional “..concibe al individuo como un ente aislado de su medio familiar, comunal y laboral, sin considerar integralmente sus características biológicas, psicológicas y sociales.” (Aguirre, Alvarez y Rojas, 2001, p. 47)

Lo anterior motivo que el país hiciera grandes avances en el mejoramiento de la prestación de servicios con la finalidad de responder a la nuevas demandas que ya no cumplía el modelo de atención tradicional. Entre estos avances se pueden citar dos:

1. Desarrollo del proceso de integración de los servicios prestados por la Caja Costarricense del seguro Social y el Ministerio de Salud.
2. La creación de los Sistemas Locales de Salud.

Aguirre y otros exponen la redefinición del modelo de atención, tiene sus principios en “...un modelo de atención integral; dicho modelo esta orientado en un proceso de cambio y fortalecimiento del sistema de salud costarricense, especialmente en los relacionado con el nuevo rol del Ministerio de salud, como este rector. El modelo planteado tiene como idea principal la atención integral, al mismo tiempo pretende garantizarla a todos los costarricenses bajo el concepto de universalidad, solidaridad y derecho a la atención básica, para protegerlos del riesgo de enfermar, con lo cual facilita el pleno desarrollo de sus metas y el logros de sus aspiraciones.” (2001, p.27)

2.2.1.5.2 Principios del Nuevo Modelo de Atención

El nuevo modelo de atención tiene como fin “..mantener y fortalecer los principios que han privado en la prestación de servicios de salud, como reconocimiento a su logro social, incorporado como un derecho en todos y cada uno de los costarricenses.” (Jiménez fonseca, s.a, 229)

Se rige por tres principios básicos:

- **Universalidad**

Este principio señala que el Sistema Nacional de Salud tiene la responsabilidad de atender a todas las personas de una manera integral e imparcial. Garantizando a todos los servicios que presta el Ministerio de Salud y los beneficios del Régimen de Enfermedad y Maternidad y del Régimen de Riesgos del Trabajo. Para el cumplimiento de este principio, se debe tratar de dar un servicio de más calidad, efectivo y garantizar el acceso a los usuarios de todo el país a este.

- **Solidaridad**

El grado de compromiso de este nuevo modelo es elevado de ahí que se puede afirmar que es altamente solidario. Una forma de lograr esto es la obligatoriedad de los seguros sociales. El ser solidario implica el buscar sistemas más eficientes de evitar la evasión de la cotización y el reporte de salarios inferiores a los percibidos.

- **Equidad**

Este principio guarda estrecha relación con los principios de universalidad y solidaridad y es un aspecto esencial del Nuevo Modelo. Tiene como finalidad cumplir con dos metas:

1. Reducir las diferencias existentes en los niveles de salud, entre las distintas regiones y grupos de la población nacional, que puedan ser evitadas o minimizadas con la intervención del Sistema.
2. Asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, oportuna, eficiente y de buena calidad, para iguales necesidades de los usuarios. (Jiménez fonseca, s.a, 249)

2.2.1.5.3 Características Generales del Nuevo Modelo de Atención

La integridad, la continuidad y el sujeto de la atención son elementos esenciales para caracterizar el nuevo modelo de atención donde se da un enfoque bio-social al proceso de salud enfermedad; se interesa también en brindar a los pacientes una atención integral, enfocándose a la promoción a la prevención.

Presenta la característica de centrar su atención a la familia, la comunidad y en general al entorno en que esta vive y se desempeña.

Pretende el nuevo modelo ofrecer la posibilidad al paciente de elegir libremente el personal de salud y el lugar de atención donde desea recibirla, si bien es difícil y es una meta que se cumplirá a largo plazo, el nuevo modelo pretende garantizar mayor libertad al paciente por medio de modificar las normas administrativas actuales.

“Dentro de las disposiciones y alternativas a implementar se encuentran:

a. En una primera etapa:

- Elección del médico general o de cabecera:

Toda persona podrá escoger dentro de la lista de médicos generales del Área de Salud, en la cual resida.

Además, el Sistema fortalecerá y ampliará las modalidades complementarias de atención (Medicina ;Mixta y Medicina de Empresa), para aquellas personas que no quieran acudir a los servicios ambulatorios de la C.C.S.S..

b. En una segunda etapa:

- Elección del Médico Especialista y de los servicios de apoyo.”
(Jiménez fonseca, s.a, 250)

Este nuevo modelo pretende también generar un cambio de actitud en las personas en el campo de salud, para que la salud pase de ser algo que solo preocupe al individuo y pase ser algo colectivo, donde todos se preocupen por igual y muestre el mismo grado de responsabilidad.

Esta participación social que propone este nuevo modelo esta enfocada en tres áreas importantes:

1. Auto cuidado de la salud
2. Ejecución de las actividades
3. Gestión de los servicios

La responsabilidad para promover esta participación social recae en la Dirección y Equipo de Salud del Área de Salud.

Requiere también este nuevo modelo de atención para asegurar su desarrollo un sistema nacional de información en salud, que trabaje de forma unificada, sectorial, normativamente desconcentrado y que garantice información a tiempo y con un nivel de confianza alto.

La calidad es un aspecto muy importante dentro del nuevo modelo:

“El concepto de garantía de calidad significa asegurar que las condiciones bajo las cuales se brinda la atención de la salud, son las propicias para lograr que el usuario de los servicios reciba el máximo beneficio al menor riesgo y costo. <dicho de otra manera, que reciba una atención de calidad total.” (Jiménez fonseca, s.a, 251)

El garantizar la atención de los diferentes servicios de salud que se brinda a los usuarios es todo un reto que se debe enfrentar. Se puede afirmar que el nuevo modelo de atención esta enfocado a mejorar la calidad de los servicios que se brinda, garantizando esto por medio de la implementación de criterios establecidos

con anterioridad de racionalidad, oportunidad, suficiencia, integridad, continuidad y atención personalizada.

Sobre la cuestión de la gestión de recursos, a nivel local, la unidad administrativa correspondiente o dirección local será la encargada, las funciones de presupuesto, ejecución y evaluación serán realizadas por el nivel local o regional.

2.2.1.6 Proceso de planificación de los servicios de salud

Debe ser este un proceso de integral y donde se de una participación de todos los implicados tanto sociales como administrativos. Este proceso deberá identificar las prioridades, actuar y evaluar los resultados obtenidos. Se deberá tener siempre presente los objetivos inmediatos y a largo plazo.

El doctor Elías Jiménez, expone:

“Se requiere que la planificación sea flexible y adaptable a cada realidad local, que se desarrollen las tecnologías y los instrumentos necesarios, para que pueda ser asumida por los niveles regional y local, en sus respectivas áreas de competencia, transformándose en la base de la formulación presupuestaria.” (, p. 255)

La planificación del nuevo modelo de atención integral, incluye los siguientes aspectos:

- Diagnostico y priorización de problemas
- Identificación de sus factores condicionantes
- Diseño y costeo de alternativas de solución
- Presupuestación (análisis de menor costo y de costo-efectividad)

- Monitoreo, control y evaluación de la gestión (producción, rendimiento, satisfacción, calidad e impacto de los programas)

2.2.1.7 Descentralización administrativa y regionalización

La descentralización es un requisito indispensable para el funcionamiento del nuevo modelo, este debe ser un proceso agresivo ya que la finalidad es fortalecer el aparato de gestión y contar con un mejor administración de los servicios de salud.

La Caja Costarricense del seguro Social al igual que el Ministerio de Salud cuentan con varias regiones administrativas por todo el país, dispuestas geográficamente y en base a la división regional del MIDEPLAN.

Utilizando como base la división político administrativa del país, cada zona se dividirá en Areas de salud, cada una de estas áreas contará con uno o varios sectores, contando con una población aproximada de 15 a 40 mil habitantes en zona rural y de 30 a 60 mil en zonas urbanas.

- **Niveles de atención**

Se cuenta con tres niveles de atención:

- ▶ **Primer nivel de atención**

Brinda los servicios básicos de salud, los establecimientos propios de este nivel serán puestos de salud y las clínicas de atención integral tipo 1,2 y 3, como también la consulta de medicina general y de las clínicas tipo 4 y de los hospitales periféricos y regionales.

- ▶ **Segundo nivel de atención**

Sirve de apoyo al primer nivel realizando además intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas; medicina interna,

pediatría, gineco-obstetricia, psiquiatría, cirugía general, neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología y otras. Este nivel está integrado por clínicas 4 y los hospitales periféricos 1, 2 y 3.

▶ **Tercer nivel de atención**

Brinda servicio ambulatorio y de internamiento en todas las demás subespecialidades, como por ejemplo: gastroenterología, nefrología, urología, neurología, etc. También da apoyo en el diagnóstico servicios terapéuticos, en donde se emplea alta tecnología y que requieran un grado de especialización según la complejidad.

- **Programas prioritarios**

Tomando como base la salud de los costarricenses se dictaron doce aspectos relacionados con la salud como prioritarios:

1. Problemas o necesidades de atención relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, afecciones del período perinatal.
2. Infecciones respiratorias agudas
3. Infecciones intestinales
4. Hipertensión arterial, enfermedad isquémica y enfermedad cerebrovascular
5. Cáncer de cerviz y cáncer de mama
6. Enfermedades y trastornos mentales
7. Problemas y deficiencias del desarrollo integral del niño, violencia y abuso.
8. Enfermedades prevenibles por vacunación.
9. Planificación familiar.
10. Problemas buco dentales.
11. Accidentes y envenenamiento
12. Tabaquismo y fármaco dependencia.

Para poder dar atención a estas prioridades, se ha definido un Programa de Atención Integral de Salud, subdivididos a la vez en cinco programas específicos:

- Programa de Atención Integral del niño
- Programa de Atención Integral del Adolescente
- Programa de Atención Integral de la mujer
- Programa de Atención Integral del adulto
- Programa de Atención Integral de la tercera edad

Dentro del programa básico de atención integral en el caso de la mujer, que para la finalidad de este trabajo es lo que interesa, se señalan los siguientes aspectos:

- Atención prenatal
- Atención y orientación en anticoncepción
- Vacunación
- Atención odontológica
- Curso de preparación psicofísica para el parto
- Atención postnatal
- Consulta de morbilidad propia de la mujer
- Detección de cáncer de cerviz
- Detección y seguimiento de cáncer de mama
- Detección y valoración básica de la pareja infértil
- Prevención y detección de riesgos y enfermedades laborales
- Detección y referencia en la violencia y agresión a la mujer, en todas sus formas
- Rehabilitación

La modernización de la Caja Costarricense del Seguro Social ha conllevado toda una serie de actividades y la implementación de un Nuevo Modelo de Atención Integral, es base esto el siguiente cuadro resume los principales logros del proceso de modernización en cuanto al mejoramiento de la accesibilidad, al eficiencia y el clima de la organización:

Cuadro 1

Resumen de los principales logros del proceso de modernización

| Componente | Logros |
|-----------------------------------|---|
| Modelo de Atención | <ul style="list-style-type: none"> • Estarán funcionando 64 áreas de salud para inicios de 1998, equivalente a 525 Ebais: Se ha iniciado la operación en el área Metropolitana. • Integración de los procesos de trabajo y el recurso humano en el nivel local en áreas de salud y hospitales • Participación de las comunidades en juntas hospitalarias y en la organización y funcionamiento de las áreas de salud. • Carta de derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud. (Reglamento de Salud) |
| Financiamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de recaudación en proceso de diseño. • Plan piloto del modelo de asignación de recursos financieros con compromiso de gestión en 10 hospitales y 14 áreas de salud, 4 Cooperativas de servicios que representan cerca del 54% del presupuesto Institucional • Un modelo de incentivos en proceso de implementación. |
| Fortalecimiento de la institución | <ul style="list-style-type: none"> • Los funcionarios de salud visualizan posibilidades reales de cambio. • Los gestores de las áreas de salud y de los hospitales ubican los principales problemas de gestión. • Programas de capacitación en gestión, atención al cliente, mejoramiento de la capacidad resolutive. • Proyecto para el equipamiento de los hospitales por 40 millones de dólares para modernizar y sustituir equipo. • Desarrollo del proyecto para la gestión de listas de espera. • Equipos de calidad operando en todas las regiones. • Los establecimientos con Compromiso de Gestión cuentan con medio internos para la difusión de problemas y logros. |

Fuente: Castro Valverde, 1998, p. 97

Es importante señalar también que durante el período 1997-2000, el desempeño de la Institución, en las áreas de: equidad, inversión, asignación de recursos, calidad clínica, transparencia y rendición de cuentas, participación social, modernización de la planificación y regulación institucional ha sido satisfactorio. Lograr conciliar resultados en objetivos disímiles e incluso contrapuestos, por ejemplo mejoramiento de la equidad a través del aumento de la cobertura del Modelo Readequado de Atención de la Salud y al tiempo mejorar algunos indicadores de calidad, como la infección intra-hospitalaria que se traduce en ahorros estimados de ¢4.500 millones, es un resultado notable en el marco el proceso de reforma.

“Asimismo, la reforma ha creado e incentivado nuevos espacios para la participación social. La creación, difusión e implementación de las Juntas de Salud, constituye un paso esencial en la promoción de la participación social en el quehacer de los servicios de salud. Es evidente, que este proceso que recién inicia presenta áreas de mejora, no sólo las vinculadas con el mejoramiento del reglamento, sino también en la instauración de una nueva cultura de gestión. Una gestión donde la participación social, tiene voz y voto.

La mejoras introducidas en el circuito de planificación se dirigen a promover una planificación basada en la demanda y las necesidades de salud. La aprobación por la Junta Directiva de nuestra Institución del Plan Estratégico Corporativo, del Plan de Atención a las Personas, constituyen señales adecuadas en esta dirección.” (Arce Ramírez, Arturo- Sánchez Arguedas, Juan Carlos, Avances del proceso de Reforma de la Caja Costarricense de seguro Social, Unidad Coordinadora Proyecto de Reforma Avances del Proceso de Reforma de la Caja Costarricense de seguro Social, Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia de Modernización Y Desarrollo, 2001.

<http://geosalud.com/Reforma%20Sector%20Salud/Avances%20Proceso%20de%20Reforma%202.PDF>)

2.2.1.8 El Nuevo Modelo de Atención y su relación con la Salud de las Mujeres

Por estar relacionado estrechamente ligado el tema de este trabajo con la salud de las mujeres, se considera importante el analizar el enfoque de la salud de la mujer en forma individual.

“La mujeres en su diversidad, tienen necesidades e intereses particulares, así como también, problemas de salud propios de su condición de ser mujeres. Necesitamos políticas públicas y acciones concretas que hagan la diferencia y promuevan respuestas integrales, efectivas y oportunas.” (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de las Mujeres, Caja Costarricense de Seguro Social y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, 2001, p.7)

Como se señaló anteriormente dentro la lista que expone el modelo de atención como prioridades nacionales, se encuentra en los primeros lugares de importancia problemas de salud o necesidades de atención que afectan directamente a las mujeres. Es por este motivo que se analizaran una serie de aspectos teóricos y conceptuales del Modelo de Atención Integral de Salud de las Mujeres.

2.2.1.8.1 Desarrollo Humano y salud

Como un aspecto determinante dentro de los variados sectores que conforman la sociedad, esta el desarrollo humano. El desarrollo humano es parte del quehacer de la sociedad, generando desarrollo social y oportunidades para que las personas que puedan realizar a cabalidad.

Todos los seres humanos deben contar con tres opciones básicas para poder realizarse:

1. Poseer una vida larga y saludable
2. Adquirir conocimiento
3. Contar con la posibilidad de tener acceso a los recursos que garanticen una vida digna.

Enfocado desde este punto la salud es un aspecto básico y esencial de la calidad de vida, la salud viene a ser el medio de satisfacción de necesidades como la protección ante las enfermedades, carencia de alimentos y para la superación de la pobreza.

Por lo tanto como señala Guzmán y otros, el desarrollo "...no se reduce a garantizar la sobrevivencia de las personas, sino que, desde una perspectiva más amplia y comprensiva, se busca generar una mejor calidad de vida y la recuperación de todas las dimensiones humanas que puedan garantizarlo."

(citado por Ministerio de Salud, Instituto Nacional de las Mujeres, Caja Costarricense de Seguro Social y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, 2001, p.14)

2.2.1.8.2 La mujer, salud y desarrollo

Desde la década de los años 70 se han venido realizando una serie de movimientos en referencia a las mujeres como parte del proceso de desarrollo. Durante los años de 1976 a 1985 como parte del decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, se generaron conceptos y programas que pretendían que la mujer tuviera más participación en asuntos del desarrollo.

Fue así como se reconocieron cinco tendencias como parte de este proceso de desarrollo:

- Enfoque al bienestar: se centra en el papel reproductor de la mujer, se visualiza como madre, su vulnerabilidad y como receptor pasivo del desarrollo.
- Enfoque de la equidad: Busca disminuir la brecha que existe entre los hombres y las mujeres, incorporando estas al proceso laboral.
- Enfoque antipobreza: Se centra en buscar una equiparación económica entre el hombre y la mujer.
- Enfoque de eficiencia: Propone que la equidad se da con participación económica mayor de las mujeres.
- Enfoque de empoderamiento: Concibe el poder para las mujeres como el aumento de su capacidad y el incremento de su autoconfianza.

La base de estas acciones es la autodeterminación, la autoestima y la toma de decisiones.

“Dentro de esta visión de “ empoderamiento” o habilitación de las mujeres en el campo de la salud, se reconoce que los problemas de salud de las mujeres son expresiones concretas de la situación de falta de equidad genérica en que estas se encuentran. La atención de la salud y de las prácticas de auto cuidado, en el amplio sentido del término, deben favorecer los procesos que permitan a las mujeres construir “una relación para sí y fortalecer la capacidad de decidir lo que compete a su cuerpo, su salud, sus afectos y su vida. El sustento de estas acciones es la “autodeterminación, la autoestima y la toma de decisiones”. (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de las Mujeres, Caja Costarricense de Seguro Social y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, 2001, p.16)

Esta transformación contribuye a potenciar la equidad y la participación de las mujeres y el desarrollo de la salud, al favorecer el acceso y control de los recursos para el cuidado de su salud. El problema no es la falta de integración de las mujeres en los programas de salud, sino las desventajas que tienen las mujeres para ejercer control sobre su salud.

Cuando se busca cambiar las actitudes y los comportamientos de personas que obligatoriamente se relacionan entre sí, como el personal de servicios de salud y las mujeres usuarias, que forman dos grupos separados por diferencias de clase, condición, etnia, conocimiento y género, es esencial hacer un análisis que visualice cómo cada grupo se constituye internamente, en relación con sus conocimientos, su posición y en relación con otro grupo, para que los cambios sean asumidos por ambos.

El Modelo de atención Integral de la salud de las mujeres señala que:

“Para que las mujeres usuarias lleguen a ser beneficiarias de los derechos básicos de respeto, intimidad, confidencialidad e información plena sobre las opciones y servicios disponibles, es importante saber qué entienden ellas por sus derechos, cuáles son sus expectativas, esperanzas y cuáles son las áreas donde se sienten ellas impotentes y sin autodeterminación. Se debe tener presente que una mujer usuaria de los servicios de salud lleva consigo a una cita médica, su socialización como mujer y su historia de vida.” Ministerio de Salud, Instituto Nacional de las Mujeres, Caja Costarricense de Seguro Social y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, 2001, p.24)

2.2.1.8.3 Construcción social del proceso salud-enfermedad

La forma en que analice y se traten los problemas y las necesidades de salud depende de la concepción que se tenga de salud, la enfermedad y el origen de esta.

Existen en este campo tres orientaciones, la primera presenta que el centro y la base del trastorno es lo biológico, se observa el cuerpo como un espacio neutral, que no guarda ninguna relación con el texto social. Se centra en la enfermedad y no en la salud, ha servido esta orientación para prevenir, el tratamiento y la disminución de las secuelas de la enfermedad.

Por lo años cincuenta surge en América Latina un nuevo enfoque que pretende reconocer la relación entre lo social y lo biológico, señalando que lo biológico está determinado por lo social.

En años recientes ha surgido una corriente de pensamiento mas integral y dinámica ubicando la salud-enfermedad en su verdadera extensión.

“Este enfoque postula que: la salud enfermedad se conforma como un proceso, ya que al igual que los procesos sociales, la biología humana no es estática, sino que esta tiene una “plasticidad diferente y cambiante” frente a las condiciones de vida de las personas.” (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de las Mujeres, Caja Costarricense de Seguro Social y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, 2001, p.19)

2.2.1.9 Organización Hospitalaria

Las instituciones hospitalarias cumple con la vital función de preservar las condiciones físicas ideales del individuo y su principal finalidad es el resguardar la vida humana, el término hospital abarca una gama variada de funciones, recursos,

elementos que enfocados de una forma correcta conllevan a la salud integral, dicho en otras palabras, al :

- Fomento
- Prevención
- Recuperación
- Rehabilitación

“En el hospital moderno se educa a la población sana sobre pautas para conservación de la salud, se atiende a quien viene a verificar sus condiciones físicas, se presta asistencia clínica y quirúrgica a enfermos, se investiga, se administra, se da docencia a estudiantes de ciencias de la salud, se desarrollan programas de educación continua con trabajadores de la institución, se forman especialistas, se ventilan problemas económicos, laborales y disciplinarios, se ofrecen servicios religiosos, se abren los ojos a la vida de un ser y se cierran para siempre los de quien cumplió su jornada.” (Malagón-Londoño, 2000, p. 26)

Todas estas actividades tan importantes y tan diferentes, necesitan por su puesto ser entendida y organizadas, controladas y evaluadas. “Un hospital es una organización invertida, como todas las empresas de servicios, aunque con una estructura organizativa particular: la capacidad de decisión radica en su personal de contacto que es quien establece la relación con el cliente externo y quien canaliza sus expectativas, deseos y necesidades.” (Cosialls, 2000, p. 47)

En base a lo anterior se puede afirmar que los hospitales son una organización convencional de servicios, por eso es importante el analizar el aspecto organizacional de estos centros de atención de salud.

Robins define la organización de la siguiente manera: “La organización es la estructura formal de coordinación planeada entre dos o más personas para alcanzar una meta común.” (1998, p.4)

Por su parte resulta importante analizar también la consideración de Delfí Cosialls, sobre la organización, este autor señala:

“Una organización es la forma estructurada de regular, en un grupo de personas, las relaciones de poder, entendidas como la habilidad para hacer prevalecer, en ese modelo de relación social, la propia voluntad contra la resistencia de su miembros para, mediante una cierta confluencia de intereses, conseguir el fin institucional” (2000, p.1)

Se puede afirmar entonces que la organización presenta dos características :

1. Existen relaciones de autoridad
2. Se da cierto grado de división del trabajo

La administración de una organización hospitalaria implica la dirección coordinada y eficaz de todas las funciones institucionales donde los beneficios obtenidos sean óptimos.

2.2.1.9.1 Función Gerencial

En este sentido la función gerencial dentro de la organización , consiste en “... guiarla hacia la misión; en obtener información externa e interna; en planear la estrategia, los programas y las políticas; en organizar y crear la estructura necesaria, así como en dirigirla, motivarla y estimularla para crear bienes y servicios: el fin institucional.” (Cosialls, 2000, p. 1)

En base a lo anterior la función gerencial se concreta a acciones:

- Ordenar: Colocar información específica y guiarla para alcanzar la finalidad deseada.

- Actuar, crear y estructurar: Consiste en el manejo de la información colocada para controlar los resultados.
- Retroalimentar: Es un proceso interactivo entre los resultados obtenidos aplicados a las políticas, los programas y las estrategias hospitalarias con el fin optimizar el servicio.

En la actualidad la función gerencial se basa en los siguientes aspectos:

- Información para la decisión.
- Perspectiva estratégica de la gestión
- Busca establecer una relación flexible, evitando la burocracia, entre la organización y la gestión

2.2.1.9.2 Elementos de la Organización Hospitalaria

Los elementos que conforman una organización son principalmente seis:

1. Entorno
2. Propiedad
3. Dirección
4. Cliente Interno
5. Cliente externo
6. Proveedores

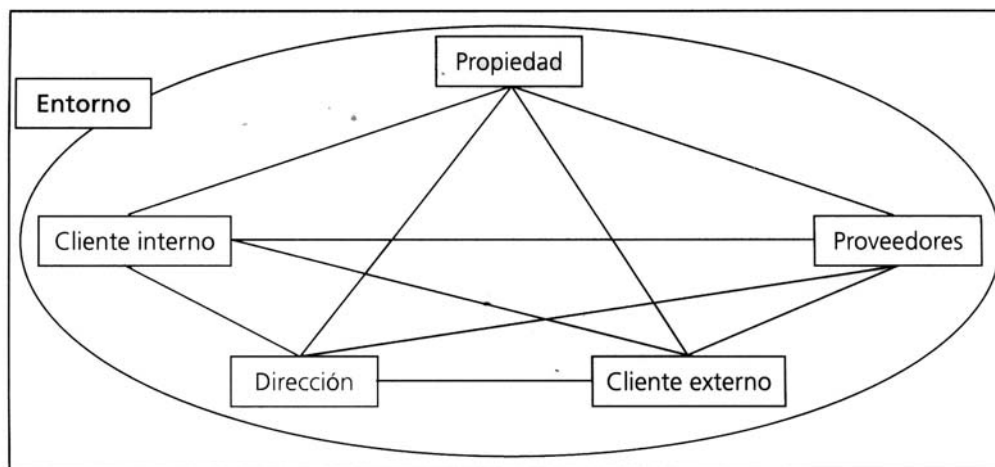
Estos elementos aplicados a la empresa de servicios como son los centros hospitalarios toman una forma en particular, identificándose principalmente los siguientes cuatro elementos:

- a) El sujeto: En el caso de los hospitales este sujeto puede ser múltiple: el cliente externo, entorno, usuario, el Ministerio de Salud, políticos,

sumado a la diversidad se presenta el elemento que distingue a un centro hospitalario de cualquier otro tipo de organización, la relación médico- empresa.

- b) El objeto: El objeto de cualquier centro hospitalario es el servicio, ya sea tanto el requerido como el esperado. El servicio es un elemento amplio, variable y en algunos casos difícil de satisfacer y de medir el nivel de satisfacción.
- c) El soporte: El hospital juega un rol de facilitador de medios y de red de conocimientos y de habilidades.
- d) El personal de contacto: Este personal de contacto esta conformado por clientes internos, proveedores internos, proveedores de conocimiento, etc. El personal de contacto juega un rol muy importante dentro de los centros hospitalario, quienes presentan una cadena de servicios muy superior a la de cualquier otro tipo de empresa.

Figura
Elementos de la Organización Hospitalaria



Fuente: Cosialls, 2000, p.2

“Una organización se comporta como un sistema dentro de un entorno que la nutre; contiene en sí misma un conjunto de procesos tendentes a obtener unos fines y unos objetivos institucionales concretos. Este esquema se reproduce dentro de la propia organización tantas veces como subsistemas podemos identificar; cada uno con sus propias características: los proveedores, los clientes internos e incluso los clientes externos son todos ellos subsistemas relacionados con un objetivo común.” (Cosíalls, 2000, p. 2)

2.2.1.9.3 Organización Estructural y funcional

La organización estructural y funcional de un centro hospitalario depende de dos aspectos: la misión y la visión, estos aspectos serán el punto de funcionamiento y estructura de un hospital.

Otro aspecto que se debe tomar en cuenta es la demanda en el medio, Gómez Triviño, señala que esta demanda incluye las siguientes características:

- a)** Demográficas: Tasas de natalidad, mortalidad, migración, fecundidad, la estructura de las poblaciones y su distribución según sexo, edad y procedencia urbana o rural.
- b)** Condiciones de salud de la comunidad a servir bajo los siguientes puntos de vista: morbilidad, mortalidad, e incapacidad. (2000, p. 110)

Tomando en cuenta entonces la visión, la misión y la demanda, se marca entonces el nivel de atención médica y el grado de complejidad del centro hospitalario. Otro factor determinante en el nivel hospitalario esta marcado por los recursos con que se cuente para cumplir con un servicio de calidad.

2.2.1.9.3.1 Organización estructural

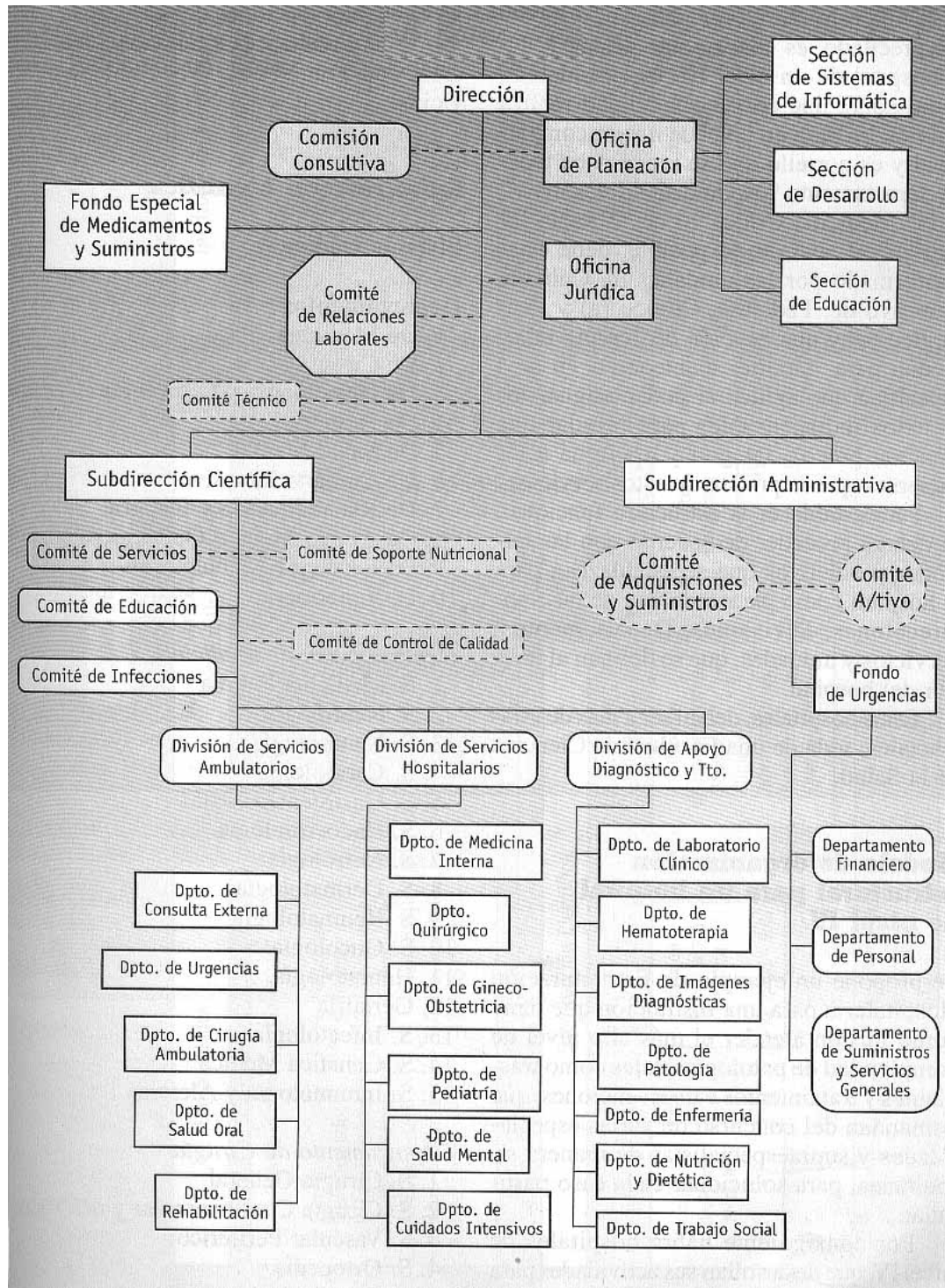
Cuando un centro hospitalario ha cumplido con los requisitos funcionales, se procede a asignar responsabilidades y establecer la autoridad con el fin de alcanzar las metas propuestas por los objetivos.

Se han establecido modelos de estructura separando las instituciones hospitalarias tres niveles de acuerdo a los servicios que preste, por la finalidad de estudio se revisará el modelo de estructura organizativa para un hospital nivel III. Expone el Dr. Héctor Gómez, lo siguiente:

“El modelo de organización estructural y funcional para un hospital de nivel III, debe tomar en consideración los servicios de atención que va a prestar exclusivamente en salud. Por esta razón consideramos que los hospitales de este nivel no deben tomar en cuenta entre sus objetivos la atención al medio ambiente, sino profundizar en el conocimiento científico y la tecnología que demandan aquellas patologías que no han podido ser atendidas en niveles inferiores...” (2000, p. 122)

En base a lo anterior, un centro hospitalario de esta categoría realiza actividades de un nivel de complejidad elevado y contar con servicios de Terapia Intensiva.

Figura
Modelo de Estructura Orgánica para un Hospital de Nivel III



Fuente: Gómez Triviño, 2000, p. 120

La estructura funcional será dada basándose en la misión y objetivos que se establezcan para el hospital como para cada una de las subdirecciones, divisiones, departamentos, servicios y unidades, con que cuente el centro hospitalario. Es importante señalar que dentro de este nivel los hospitales a parte de la función asistencial que brindan, deben contar con una Facultad de Ciencias de la Salud.

2.2.1.10 Productos y servicios hospitalarios

Un servicio se puede definir de la siguiente manera:

“Una actividad o un proceso que lleva a cabo el hombre y que tiene valor de utilidad tangible e intangible para alguien: para resolver un problema, una necesidad, satisfacer un interés o un deseo y que tiene también un valor de intercambio que le viene proporcionado por la existencia de una cierta capacidad de elección o por la posibilidad de establecer un contrato.”
(Cosialls, 2000, p. 73)

El servicio presenta las siguientes características:

- a) Es intangible, nunca se sabe cual será el resultado ya que este depende del profesional, el momento y el mismo cliente.
- b) No existe separación entre la producción y la venta y el consumo, son consecutivos, uno dependerá del otro.
- c) Cuenta con un aparte evidente que es cuando el personal de contacto ofrece al cliente y otra no evidente.
- d) No se ve lo que se escoge, por lo tanto se debe garantizar la calidad al cliente.

- e) Expira rápidamente deja de tener valor en el mismo momento en que se produce.
- f) Las funciones del productor y del vendedor, no se puede separar, en este sector la capacidad de escoger es limitada, además el termino de una exploración o de un tratamiento esta limitado por el criterio del intermediario; el vendedor se ofrece también a si mismo.
- g) El servicio es un proceso que se realiza ante el cliente, por lo ante la forma como se brinde este servicio y la actitud del vendedor será vital no solo para la satisfacción del cliente en ese momento, sino también garantizará que este vuelva otra vez.
- h) Es un producto único y original hecho especialmente para el cliente en ese momento y que dependerá de quien lo haga.
- i) En un proceso por medio del cual el cliente selecciona y forma parte del proceso del servicio, teniendo participación en el resultado que se obtenga, necesitando por esta condición especial un proceso muy elevado de garantía de calidad.
- j) Las variables externas le afectan; el entorno se le incorpora.
- k) El servicio no se compra, se vive, se usa, no puede apropiárselo nadie, ni da derecho a ningún tipo de propiedad sobre sus elementos técnicos.

Los servicios hospitalarios son "... el conjunto de las actividades o procesos que realiza un profesional o una institución hospitalaria para satisfacer las necesidades o las expectativas de cuidados, de atención y de información de un

tipo especial de clientela, los pacientes, por las que éstos están dispuestos a pagar un precio: honorarios e impuestos, entre otros.” (Cosialls, 2000, p. 74)

Se puede decir entonces que los servicios hospitalarios están conformados por procedimientos, diagnósticos la utilización de la tecnología y que tienen como finalidad el actuar en la resolución de problemas específicos:

Alterar el curso de la enfermedad, prevenir, curar y rehabilitar.

Sobre las premisas que sirven de pauta para examinar los servicios médico hospitalarios, Jaramillo Antillón expresa:

“Las premisas que deben guiarnos al analizar los servicios médicos hospitalarios en la época actual tienen que ver con que el hospital debe ser considerado como una empresa social, donde primordialmente: a) se recupera la salud, b) se rehabilita al paciente, y c) se forman los especialistas que la institución necesita en las áreas médicas y se imparte enseñanza a los estudiantes de medicina y otros profesionales como enfermeras y técnicos.” (Jaramillo, 1998, p. 43)

Es importante por la relación de los servicios que brinda un centro hospitalario con la visión de esta como una empresa social, tener presente la definición que sobre el término empresa da Borrero Cabal, señala este:

“Empresa es aquella que el hombre acomete, por lo general en común y que organizadamente sostiene de manera eficaz y eficiente, para producir con calidad, asumiendo eventuales riesgos, bienes o servicios en beneficio del individuo (cliente) y del orden y desarrollo social en general. Sin son justos y distributivos los servicios sociales de la empresa, la recompensa que es el retorno, está significado en el pago de la prestación del servicio.” (Citado por Dueñas, 2000, p. 98)

De las anteriores definiciones se extraen las dos premisas básicas de los servicios de un centro hospitalario:

1. El cliente del hospital el paciente, es el eje central de la prestación de los servicios y punto importante de la primera premisa. Es importante

tener en cuenta que no es relevante el hecho de que el cliente o paciente sea asegurado o no, **todos los pacientes son importantes** y esta el primer indicio por donde se infieren los servicios hospitalarios.

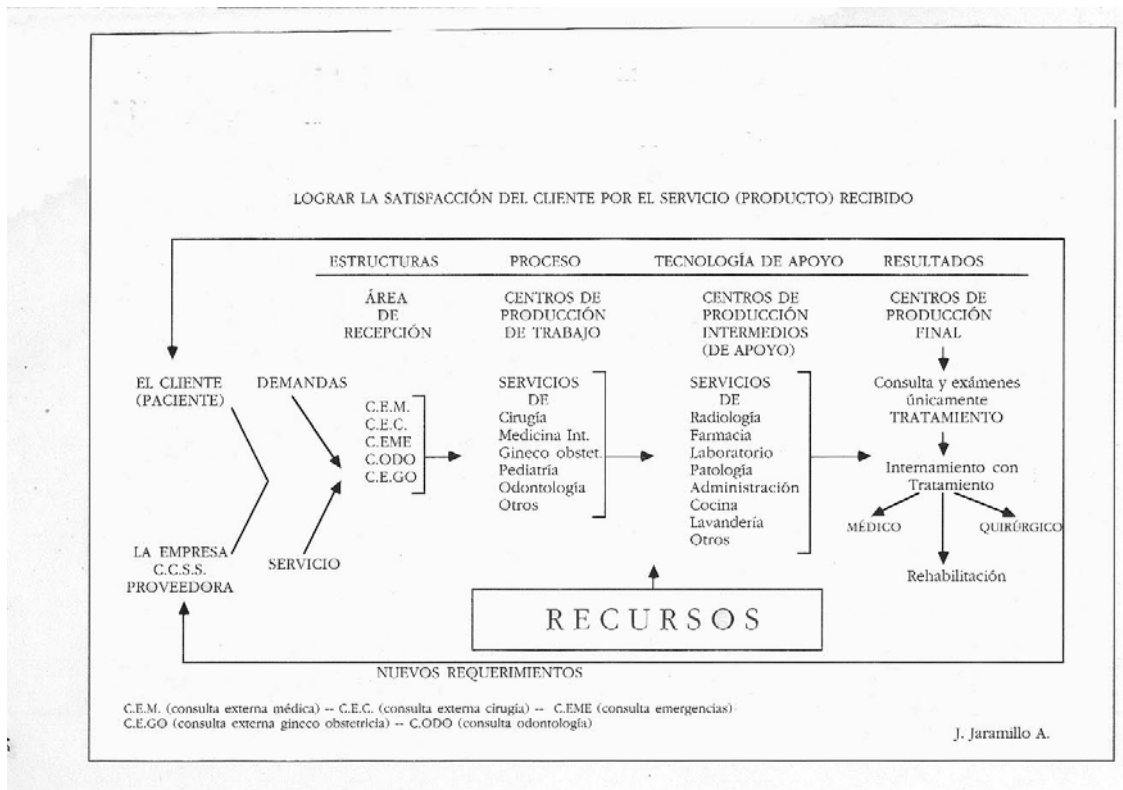
2. La segunda premisa esta relacionada con **el tipo de atención que se da al paciente** y la obligación que tienen los médicos de aplicar todo el conocimiento y las herramientas tecnológicas con que cuentan para garantizarle su cura.

El hospital es un lugar donde el paciente va a tratar de curar o sobrellevar su enfermedad y pasar por un proceso de recuperación y rehabilitación si es necesario. Interactúa en este proceso con la institución hospitalaria, todo el entorno que le rodea (comunidad), formando parte de este entorno también: otras instituciones, las oficinas centrales para efectos presupuestarios y de norma, con todos estos se intercambia información, materiales, recursos.

Con base en este proceso de interacción se puede afirmar que el hospital es considerado como un sistema de servicios abierto.

Un sistema es la interrelación de diversos elementos que al actuar tienen como meta la misma finalidad. “En el caso del hospital que actúa como sistema, se trata de los mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo, y una tecnología médica para ofrecer prestaciones en salud, integrales a sus pacientes y a un costo compatible con los medios económicos (el presupuesto) que el hospital o la institución posee.” (Jaramillo, 1998, p. 44)

Figura
El Hospital como Sistema de Servicios Abierto



Fuente: Jaramillo, 1998, p. 45

Se puede concluir entonces que el proceso de producción de servicios médicos en un centro hospitalario, está relacionado directamente con tres aspectos interrelacionados entre sí:

1. recursos con que cuenta,
2. servicios que brinda,
3. resultados esperados,

Si los resultados obtenidos fueron eficientes y de acuerdo con los recursos disponibles con calidad reconocida, se puede afirmar que este centro hospitalario ha cumplido con su proceso administrativo a cabalidad.

Cuadro
Proceso de producción de servicios médicos hospitalarios

| RECURSOS | | SERVICIOS | RESULTADOS |
|-------------------------|----------------|------------------------------|--|
| A) Humanos: | Médicos | Atención a los pacientes en | Protección de la salud |
| | Enfermería | | A) De los asegurados de su área de atracción |
| | Auxiliar | A) Emergencias | |
| | | B) Consulta externa | |
| | Administrativo | C) Hospitalización | |
| | Técnico | D) Rehabilitación | B) Atención de las enfer-medad de los |
| | Otros | E) Investigación | pacientes |
| B) Plana física | | F) Educación para la salud y | |
| C) Equipos (Tecnología) | | G) Programas de | C) Recuperación de la salud total o parcial |
| D) Otros insumos | | prevención | |
| | | | D) Rehabilitación |

Fuente: Jaramillo, 1998, p. 53

Otros

En los tiempos modernos; si se desea lograr eficiencia en la acción hospitalaria, debe considerarse al hospital como una empresa social, visto así, debemos recordar que el objetivo principal de la gestión empresarial, es poder lograr un equilibrio entre el costo y el beneficio.

Por lo anterior el presente estudio se propone determinar los diversos factores que inciden en la disminución de la eficiencia, calidad de la atención y insatisfacción de nuestras usuarias, lo que permitirá implementar una propuesta en la consulta externa especializada, con el propósito de mejorar la capacidad resolutive de nuestro hospital regional dentro del proceso de atención médica especializada de Gineco-Obstetricia, mejorando la satisfacción del cliente interno y externo así como la optimización de los recursos financieros y disminución de los costos variables por internamientos, exámenes de laboratorio, gabinete y otros innecesarios.

En momentos en que la Sociedad Costarricense atraviesa procesos de cambio a efecto de ser más competitiva, participativa, dado el sentimiento de insatisfacción respecto a los sistemas de salud en lo correspondiente a estructura, financiamiento, organización, gestión y por ende a sus resultados, el Sistema de Salud debe avocarse a la búsqueda de mayor equidad, competitividad y solidaridad.

Con la implementación en el Hospital Monseñor Sanabria del Compromiso de Gestión, a partir del año 1997, la Caja Costarricense de Seguro Social ha venido más que nada a interesarse por lo que es medición de la productividad, dejando de lado la calidad por lo que actualmente es conciente que la organización y gestión de las responsabilidades públicas está cambiando con el fin de ser más eficaz y eficiente.

Igualmente es evidente que la ausencia de un programa de educación continua y de inducción al puesto de trabajo por parte del Departamento de Recursos Humanos y las respectivas Jefaturas Médicas, induce al desmejoramiento de la respuesta operativa y motivación del nuevo personal contratado.

A pesar que el actual modelo de atención médica promueve el desarrollo de una organización orientada a resultados y satisfacción del cliente, observamos que en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Monseñor Sanabria se carece de instrumentos administrativos que permitan a nuestras usuarias ejercer sus derechos de asegurado. Cabe mencionar que a pesar de la existencia de una Contraloría de Servicios, es ínfimo el número de usuarias que acuden a dicha oficina por temor a que su médico tratante ejerza represalias en futuras consultas médicas con el galeno reportado ante la Contraloría de Servicios.

Ante la inexistencia de un buzón de sugerencias y/o quejas, día con día se perpetúan los mismos vicios de algunos médicos especialistas como son:

a-) incumplimiento de horarios por parte de los médicos especialistas a pesar de la existencia de un cronograma de labores previamente elaborado por parte de la Jefatura de Servicio

b-) inadecuada atención médica a nuestras usuarias dada la limitación y/o premura con que son valoradas las pacientes a efecto de poder compensar la llegada tardía del médico especialista

c-) excesiva solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete, muchas veces innecesarios producto de orientar el diagnóstico médico presumptivo, únicamente por los síntomas referidos por la paciente y no en base a un concienzudo examen físico y gineco-obstétrico

d-) disminución en la tasa de altas por parte de los médicos tratantes, lo que conlleva a tiempos de espera prolongados por la perpetuidad de los bien conocidos "carruseles"

e-) complicidad de las recepcionistas de la Consulta Externa para con el especialista al omitir la hora real de inicio de la atención médica brindada a nuestras usuarias, en el llenado del informe diario de Consulta Externa

Se hace imprescindible el diseño y/o adopción de un sistema que permita tanto la evaluación como la certificación de la calidad de los servicios médicos brindados a todas nuestras usuarias en la consulta especializada, mediante parámetros y/o estándares internacionales de calidad preestablecidos por la Dirección de Compras de la C.C.S.S y que la asignación de recursos financieros por parte del ente comprador hacia sus instituciones proveedoras (clínicas y hospitales) sea acorde con el alcance de cumplimiento de esos estándares de calidad en la atención médica brindada y no por el alcance de la productividad.

En base a lo anterior se hace la siguiente propuesta de acciones dirigidas a mejorar la atención a las usuarias de los servicios médicos especializados:

1. Encuestas de satisfacción periódicas a las usuarias externas y internas de la consulta especializada de Gineco-Obstetricia del Hospital Monseñor Sanabria

2. Análisis cualitativos y cuantitativos de los resultados de las encuestas periódicas de satisfacción del cliente interno y externo así como sus respectivas medidas correctivas por parte de la Jefatura de Gineco-Obstetricia y Dirección Médica del hospital

3. Existencia de programas de mejoramiento continuo, orientado a la atención de las usuarias y evidencia escrita del porcentaje de capacitación del personal en ese tema

4-) Evidencia por escrito del:100% de resoluciones, con tiempos de respuesta máximos de:10 días, a la reclamaciones generadas por la insatisfacción de las usuarias en el servicio brindado

5. Establecer tiempos máximos de espera y atención, por prioridades según patología a descartar y/ o confirmada por médico tratante, garantizando a los usuarios la protección del derecho a la vida, bajo condiciones de equidad

6. Implementar guías de atención médica con criterios explícitos de calidad en la consulta médica especializada

7-) Implementar un sistema de certificación y evaluación de la calidad de los servicios médicos brindados por el médico especialista.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

Se procede a describir los principales referidos a la forma en que se realizó la investigación

3.1 Tipo de investigación

De acuerdo con las características de este estudio, se le considera de tipo descriptivo, ya que se realiza un análisis exhaustivo e interpretativo de la capacidad resolutoria en la consulta gineco-obstétrica en el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas.

Rodríguez (1985, p.60), define la investigación descriptiva de la siguiente manera: “un estudio descriptivo es aquel que tiene como objetivo describir en forma precisa y sistemática, hechos y características de un población o de un tema de interés”

La investigación descriptiva no es simplemente una descripción de carácter informativo, sino que es un trabajo preciso y objetivo de recolección de datos en expresiones cuantitativas y cualitativas para llegar a obtener conclusiones relacionadas con el tema.

El paradigma positivista es el predominante en esta investigación. Es decir se buscan generalizaciones a partir de una serie de casos concretos mediante la deducción cuantitativa centrada en las semejanzas y diferencias (Barrantes, 2005, p.60).

Esto hace que predomine el uso de técnicas cuantitativas, donde se busca la calidad en el rigor con que se apliquen, y en la prueba y validación de los instrumentos. (Barrantes, 2005, p.60).

En lo relativo al análisis: "... este se orienta a la verificación, la confirmación, reduccionismo, el inferencial y el hipotético deductivo. Le da gran énfasis al análisis de resultados." (Barrantes, 2005, p.60).

3.2 Sujetos y fuentes de información

3.2.1 Sujetos

Tamayo define los sujetos como organismos vivos, objetos de estudio o experimento (2004, 137). Los sujetos de información son así aquellas personas físicas o instituciones que brindan la información que se requiere para desarrollar con claridad el objeto de estudio.

El primer grupo de sujetos de investigación está constituidos por funcionario de la consulta gineco-obstétrica que atienden a las pacientes en el Hospital Monseñor Sanabria. Un segundo grupo la conforman las pacientes que acuden a recibir el servicio.

3.2.1.1 Población de los sujetos

La población se concibe como todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. (Hernández y otros, 2006, p.239). Estas deben situarse de acuerdo a sus características de contenido, lugar y tiempo.

Se consultará al personal médico de gineco-obstetricia durante el mes de mayo de 2007. Con respecto a las pacientes se considera que la población está formada por el promedio semanal de consultas durante los primeros tres meses del año 2008, para tener una idea de su cantidad, se acudirá a las estadísticas del mismo mes del año anterior (2007).

Debe indicarse que en la primera población existen tanto hombres como mujeres, mientras que en la segunda por la naturaleza del servicio solo se presentan mujeres.

En total se tienen 14 funcionarios en la consulta gineco-obstétrica constituidos por enfermeras (os) y secretarias. Además se tienen 5 médicos en esa área.

Con respecto a la población de mujeres el promedio semanal es de 215.

3.2.1.2 Muestra

Se considera la muestra como “un subgrupo de la población del cual se recolectan datos y debe ser representativo de dicha población” (Hernández y otros, 2006, p.236). A este respecto, se pretende los resultados de la muestra puedan extrapolarse o generalizarse a la población.

Con respecto a los (as) funcionarios (as) por su reducido número no fue necesario realizar ninguna muestra. En el caso de las usuarias, se procede a un muestreo aleatorio simple.

El procedimiento empleado es el siguiente: 1) se asigna un número a cada individuo de la población y 2) a través de algún medio mecánico (bolas dentro de una bolsa, tablas de números aleatorios, números aleatorios generados con una calculadora u ordenador, etc.) se eligen tantos sujetos como sea necesario para completar el tamaño de muestra requerido. Para lo anterior, debe definirse previamente el tamaño de la población muestral. (Tamayo, 2004, p.99)

Para un universo finito es decir cuya población sea menor a 100.000 individuos, el tamaño de la muestra viene dado por la siguiente fórmula general:

$$n = \frac{\sigma^2 pqN}{E^2(N-1) + \sigma^2 pq}$$

Para poder evaluar esta fórmula es necesario asignar un nivel de confianza σ que es el límite o intervalo donde figura la probabilidad e que la media de la muestra corresponda con la media de la población. También es necesario seleccionar un error de estimación permitido E, que es representa la diferencia máxima que la muestra va tener con respecto a la población. Es necesario estimar p que es el porcentaje del universo que posee la característica a estudiar y que se expresa como $q=100-p$ (porcentaje que no posee la característica).

Se tiene que $\sigma = 2$, por lo tanto la fórmula queda de la siguiente forma:

$$n = \frac{4pqN}{E^2(N-1) + \sigma^2 pq}$$

Para este caso se elige el error máximo usualmente permitido que es del 10%, con una confianza del 90%, y tomando $p=q=0.5$ ya que no existen estudios anteriores en que basarse, por la tanto evaluando la fórmula queda simplificada de la siguiente forma:

En este caso se conoce que el tamaño de la población es 215 pacientes ($N=215$). Se utilizó el programa estadístico Stats para sacar la muestra. Aplicando la fórmula del programa, se tiene un valor de 51.88, lo que se redondea a 52, que se pueden dividir por igual entre los hombres y mujeres.

3.3. Variables

A continuación se presentan las variables, o aspectos que son objetivo de variación o medición de cada uno de los objetivos desarrollados en la investigación.

Cuadro 2
Operatividad de las variables

| Objetivo | Variable Definición conceptual | Definición operacional | Definición instrumental |
|---|---|--|--|
| Definir los recursos con que cuenta el hospital Monseñor Sanabria para atender los pacientes en el servicio de la consulta gineco-obstétrica. | Recursos: Conjunto de personas, bienes materiales, financieros y técnicos con que cuenta y utiliza una dependencia, entidad, u organización para alcanzar sus objetivos y producir los bienes o servicios que son de su competencia. | Se refiere a la infraestructura, los equipos médicos, los (as) secretarias (os) y los médicos (as) del hospital Monseñor Sanabria. | Datos estadísticos de la institución |
| Indicar la eficiencia de la consulta gineco-obstétrica del Hospital Monseñor Sanabria en relación con otros hospitales nacionales. | Eficiencia: Capacidad de alcanzar los objetivos y metas programadas con el mínimo de recursos disponibles y tiempo, logrando su optimización. | La capacidad que se tienen de cumplir con los objetivos de la institución de acuerdo al uso de los recursos. | Datos estadísticos de la institución |
| Establecer la satisfacción del personal médico y administrativo de consulta gineco-obstétrica en el Hospital Monseñor Sanabria. | Satisfacción: Gustar, agradar a una persona algo o alguien. | Es la satisfacción que tiene el personal con el ambiente laboral y los recursos que existen en el hospital | Cuestionario aplicado a personal médico y administrativo |
| Determinar la calidad percibida del servicio por parte del cliente externo de consulta gineco-obstétrica en el Hospital | Calidad percibida: Se refiere a la respuesta subjetiva de las personas con respecto a los objetos y es, por | Es la opinión sobre lo adecuado de la respuesta que reciben en los diferentes aspectos de la atención | Cuestionario aplicado a clientes externos |

| Objetivo | Variable Definición conceptual | Definición operacional | Definición instrumental |
|--------------------|---|---|----------------------------|
| Monseñor Sanabria. | ello, un fenómeno totalmente relativo que define entre los juicios de valor | médica en el hospital Monseñor Sanabria | |

3.4. Descripción de los instrumentos

Para realizar este trabajo de investigación se requirieron instrumentos para la recolección de datos, los cuales deben ser minuciosos y completos, que sean un registro para el investigador.

En la investigación de campo, para la recopilación de información pueden utilizarse las entrevistas, los cuestionarios y el muestreo, entre otros.

1. La entrevista

La entrevista puede ser conceptualizada como: ..“La relación directa establecida entre el investigador y su objeto de estudio a través de individuos o grupos con el fin de obtener testimonios orales”. (Tamayo, 1994, p.123)

La entrevista es básica, por cuanto no se tiene constancia de muchos aspectos que preocupan al investigador, o donde son fundamentales las valoraciones de las personas involucradas.

En este sentido existe la entrevista formal, dirigida o estructurada según preguntas previamente establecidas, mediante dos cuestionarios que se explicarán más adelante (anexos 1 y 2) cuyas respuestas son recogidas en un cuestionario para tal efecto. (Balcells, 1994, p.223). Las preguntas son muy concretas y se tienden de acuerdo a una serie de opciones.

En el caso de la entrevista a los especialistas se combinan las preguntas cerradas con las abiertas en torno a cada una de las variables. En el caso de los

pacientes se usan solo preguntas cerradas, sobre todo porque en pruebas pilotos se demostró que no existía disposición a escuchar mucho tiempo al entrevistador.

Como se ha expresado, la entrevista fue aplicada por medio de un cuestionario, conceptualizando este como: “El instrumento formado por una serie de preguntas que se contestan por escrito, a fin de obtener la información necesaria para la realización de una investigación”. (Tamayo, 1994, p.208)

3.5 Validación de los instrumentos

En este caso, se pretendió que realmente los instrumentos llegarán a medir lo que proponían, tomando en cuenta que las preguntas eran entendibles y brindaban respuestas acordes con los objetivos. (Tamayo, 2004, p.149).

Primeramente el instrumento fue sometido a la revisión de expertos en la materia que tengan capacidad para evaluar y hacer recomendaciones pertinentes, estos fueron académicos con conocimiento en el tema.

Antes de aplicar los cuestionarios se hizo una prueba piloto de validación a cinco especialistas de otras secciones del Hospital Monseñor Sanabría, y a los pacientes de otras área.

3.6 Tratamiento de la información

La información que se recolectó producto de a aplicación de los instrumentos se represento en cuadros y gráficos con frecuencias absolutas y relativas. Se está así ante una estadística descriptiva.

Se analizó la información de los cuestionarios aplicada a cada grupo de estudio para después cruzarla encontrando coincidencias y diferencias, las que posibilitaron llegar a un análisis.

En el caso de las preguntas abiertas, fue necesario agruparlas de acuerdo a su temática, para luego proceder a definir si estas categorías eran definitivas, o sino se podían volver a agrupar de otra manera. Al final se reviso el lenguaje de la clasificación final, procediéndose a sacar los números absolutos y los porcentajes. Como expresa Gómez:

"El investigador reúne los datos codificados pertenecientes a cada categoría. Hacemos esto manualmente: se recortan las notas de campo, las transcripciones y otros materiales y se colocan los datos de cada categoría en carpetas de archivo o en sobres de papel manila". (2007, p.6).

Es importante, mencionar, que todo el análisis de la información se relaciona con las variables, las cuales se definen conceptual y operacionalmente, para saber o determinar bien el contexto del trabajo que se realiza.

CAPITULO IV

DIAGNÓSTICO

41. Aspectos situacionales

4.1.1 Área Física de la Consulta Especializada de Gineco-Obstetricia

Del total de consultorios de que dispone el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas para brindar consulta médica en sus diferentes especialidades, tres consultorios se encuentran asignados al Servicio de Ginecología y Obstetricia, se ubican estratégicamente en la planta baja del Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas a efecto de favorecer la valoración de la paciente embarazada.

La consulta médica es brindada por cuatro especialistas en ginecología y obstetricia y un especialista gineceo-obstetra con una subespecialidad en perinatología que a diferencia de los cuatro anteriores especialistas es el encargado de realizar los estudios de ultrasonido obstétrico y otros estudios que se encuentran descritos en su respectivo perfil de funciones como: perfil biofísico, amniocentésis etc que nos permiten evacuar el feto oportunamente, disminuyendo así la tasa de morbi-mortalidad fetal

El horario de atención a nuestras usuarias se brinda de Lunes a Jueves de: 7:00am a 4:00pm y el día Viernes de: 9:00am a 3:00pm en forma alterna según cronograma de labores elaborado por la Jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia y enviado al Jefe de la Consulta Externa a efecto de la apertura de las agendas médicas por parte de la recepción de la consulta externa y respectiva distribución de los consultorios médicos.

La demanda de la consulta gineceo-obstétrica es generada por varias vías:

- Referida por alguna de los EBAIS (establecimientos básicos de atención integral en salud) del nivel primario y o clínicas mayores del nivel secundario según nuestra área de atracción

- Referida de la consulta privada, bajo el sistema de atención de medicina mixta por medio de una referencia de envió,
- Referida por parte del médico general del Servicio Urgencias, previa valoración de la paciente por éste y comentario del caso al especialista gineco-obstétrica
- Referida por cualquier otro especialista de cualquier otra especialidad de nuestro hospital
- Referida por cualquier otro especialista de nuestro hospital, al considerar que su paciente presenta alguna patología gineco-obstétrica

Forma parte esencial del diagnóstico situacional, citar las experiencias negativas vividas día con día por parte de nuestras usuarias, en nuestra consulta generadas por parte del personal administrativo de apoyo y algunos médicos especialistas, como son las siguientes:

a-) incumplimiento de horarios por parte de los médicos especialistas a pesar de la existencia de un cronograma de labores previamente elaborado por parte de la Jefatura de Servicio

b-) inadecuada atención médica a nuestras usuarias dada la limitación y/o premura con que son valoradas las pacientes a efecto de poder compensar la llegada tardía del médico especialista

c-) excesiva solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete, muchas veces innecesarios producto de orientar el diagnóstico médico presumptivo, únicamente por los síntomas referidos por la paciente y no en base a un concienzudo examen físico y gineco-obstétrico

d-) disminución en la tasa de altas por parte de los médicos tratantes, lo que conlleva a tiempos de espera prolongados por la perpetuidad de los bien conocidos "carruseles"

e-) complicidad de las recepcionistas de la Consulta Externa para con el especialista al omitir la hora real de inicio de la atención médica brindada a nuestras usuarias, en el llenado del informe diario de Consulta Externa

f-) valoración excesiva de recargos por parte del médico especialista a pesar de existir una agenda previamente planificada según número de horas contratadas

4.1.2 Personal encargado de la Consulta Externa Especializada de Gineco-Obstetricia

CUADRO N°3
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA

| PÉRFIL DEL PERSONAL | HORARIO LUNES a JUEVES | HORARIO VIERNES |
|------------------------|------------------------|-----------------|
| Médico Asistente | 4 | 3 |
| Especialista | | |
| Supervisora de Área | 1 | 1 |
| Auxiliar de Enfermería | 4 | 3 |
| Auxiliar de Redes | 2 | 2 |
| Asistente de pacientes | 2 | 2 |
| Miscelánea | 1 | 1 |

Fuente: Cronograma de labores del Servicio de Gineco-Obstetricia

En la consulta especializada de Gineco-Obstetricia la Supervisora de Área, se encarga de realizar la rotación de las auxiliares de enfermería, según las necesidades del momento a nivel de las diferentes consultas que brinda el Hospital Monseñor Sanabria.

La rotación del personal de enfermería se realiza según horario de rotación confeccionado por la Supervisora de Área de la Consulta Externa.

Para el desarrollo de la consulta especializada en cada consultorio de Gineco-Obstetricia, el especialista respectivo se acompaña de una auxiliar de enfermería según norma institucional, que tiene la función de la toma de signos vitales, colocación de vías intravenosas, llenado y control de diferente papelería (ej. Formulario de Citología Vaginal, boletas de biopsia), esterilización de los diferentes insumos utilizados en la consulta de ginecología y obstetricia.

El personal auxiliar de Redes se encuentra conformado por dos recepcionistas que se encargan de: solicitar los documentos de identificación pertinentes a las usuarias que acuden a sus citas médicas, atienden el teléfono, trasladan los expedientes médicos a sus respectivos consultorios de las usuarias que tienen cita médica ese día y al finalizar la consulta médica se ocupan del llenado de la diversa papelería (recetas, solicitud de exámenes de laboratorio, radiografías, formularios de incapacidad y otros).

4.1.3 Información de los Funcionarios de la Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia

El cuadro N°1, representa el número de funcionarios que participan diariamente en el proceso de la consulta externa especializada.

Una fortaleza de la consulta externa especializada de Gineceo-Obstetricia la constituye la experiencia profesional y antigüedad laboral como funcionarios de la Caja Costarricense de Seguro Social, de la mayoría de los médicos especialistas que brindan el servicio de consulta médica especializada.

CUADRO N°4
ANTIGÜEDAD MÉDICOS ASISTENTES ESPECIALISTAS
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA

| NOMBRE DEL MÉDICO | FECHA DE INGRESO | ANTIGÜEDAD |
|--------------------------------------|------------------|------------|
| Dr. José Miguel Villalobos Brenes | 08-02-1994 | 14 años |
| Dra. Carla Verónica Gríos Dávila | 25-01-1991 | 17 años |
| Dr. David Enrique Valverde Hernández | 07-02-1981 | 27 años |
| Dr. Rodolfo Villalta Solano | 19-01-1978 | 30 años |
| Dr. Juan Arturo Miranda Paniagua | 01-01-1973 | 35 años |

Fuente: Oficina de RR.HH.

4.1.4 Información comparativa anual de las consultas gineco-obstétricas en otros hospitales del mismo nivel de complejidad clínica durante el año 2007

Como puede observarse en el siguiente cuadro, la producción obtenida por cada establecimiento de salud a pesar de tratarse de hospitales de la misma complejidad, su producción es bastante heterogénea.

Más adelante estableceremos que la heterogeneidad de la producción en los diferentes hospitales de la misma complejidad, obedece a las diferencias en los rendimientos de los médicos especialistas en la consulta de ginecología y obstetricia

CUADRO N°5

| CENTRO HOSPITALARIO | N° DE CONSULTAS | ACUMULADO DE CONSULTAS | PORCENTAJE |
|---------------------------------|-----------------|------------------------|------------|
| Hosp. San Rafael Alajuela | *1.915 | 43096 | 4.4% |
| Hosp. San Carlos | 10.323 | | 24.0% |
| Hosp. Monseñor S Puntarenas | 12.168 | | 28.2% |
| Hosp. Enrique B Liberia | 8.429 | | 19.5% |
| Hosp. Tony Facio Limón | 3.428 | | 8.0% |
| Hosp. Escalante P Pérez Zeledón | 6.833 | | 16.0% |

Fuente: Dirección de Información Estadística de CC.SS.

*Por fallas en los programas informáticos SIS y MEDESYS, se registro únicamente la producción de Enero y Febrero en el SIS.

La restante producción se digitó utilizando el programa MEDESYS, sin embargo la misma no se pudo extraer para su registro.

4.1.5 Comparación de consultas y rendimiento obtenido en la consulta gineco-obstétrica durante los años: 2005-2007

Como puede observarse la demanda de la consulta gineco-obstétrica ha experimentado un comportamiento constante durante los años: 2005, 2006 y 2007, dándose una disminución en el rendimiento de la consulta brindada por los especialistas gineco-obstetras de: 4.9 puntos porcentuales durante el año 2007, hecho que se explica por el incremento de las horas ociosas en relación a las horas programadas hecho que constituye la base de la presente investigación a efecto de poder establecer los factores determinantes que conllevan a dicho desfase.

CUADRO N°6

| ESPECIALIDAD | AÑO | N° DE CONSULTAS | % RENDIMIENTO |
|--------------------|-------|-----------------|---------------|
| GINECO-OBSTETRICIA | 2.005 | 7.170 | 84,1% |
| | 2.006 | 8.487 | 90,0% |
| | 2.007 | 8.660 | 85,1% |

Fuente: Anuario Estadístico del Hosp. Monseñor Sanabria.

4.1.6 Información comparativa de hospitales regionales según contratación y rendimiento de la consulta especializada de Gineco-Obstetricia

El análisis del cuadro comparativo adjunto evidencia el objeto de la presente investigación, dado que permite evidenciar el comportamiento homogéneo del rendimiento obtenido de la consulta especializada a nivel de los hospitales de igual complejidad clínica y el número de horas subutilizadas que contribuyen a aumentar la problemática de la atención médica de nuestras usuarias, aumento de los costos hospitalarios y deficitario apoyo a los niveles de menor complejidad localizados en nuestra región.

CUADRO N°7

| CENTRO HOSPITALARIO | HORAS CONTRATADAS | HORAS LABORADAS | % RENDIMIENTO |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------|---------------|
| Hosp. San Rafael Alajuela | 560.00Hrs | 460.19Hrs | 82,1% |
| Hosp. San Carlos | 3.030Hrs | 2.520Hrs | 83,1% |
| H. Monseñor S. Puntarenas | 2.111.00Hrs | 1.795.79Hrs | 85,0% |
| H. Dr. Escalante P. Pérez Zeledón | 3.136.00Hrs | 2.573.00Hrs | 82,0% |
| H. Dr. Tony F. Limón | 1.458.00Hrs | 1.189.00Hrs | 81,5% |
| H. Enrique Baltodano B. Liberia | 2.212.00Hrs | 1.756.00Hrs | 79,3% |

Fuente: Dirección de Información Estadística.

4.1.7 Consultas brindadas por los hospitales regionales según horas contratadas durante el año: 2007

CUADRO N°8
CONSULTAS GINECO-OBSTÉTRICAS
AÑO 2007

| CENTRO HOSPITALARIO | N° HORAS CONTRATADAS | N° HORAS LABORADAS | N° DE CONSULTAS |
|--------------------------------|----------------------|--------------------|-----------------|
| H. San Rafael ALAJUELA | 560.00Hrs | 460.19Hrs | 1.915 |
| H. San Carlos SAN CARLOS | 3.030.00Hrs | 2.520.00Hrs | 10.323 |
| H. Monseñor S PUNTARENAS | 2.111.00Hrs | 1.795.79Hrs | 8.600 |
| H. Escalante P Pérez Zeledón | 3.136.00Hrs | 2.573.00Hrs | 9.312 |
| H. Tony Facio Limón | 1.458.00Hrs | 1.189.00Hrs | 5.824 |
| H. Enrique Baltodano B LIBERIA | 2.212.00Hrs | 1.756.00Hrs | 8.429 |
| | | | |
| TOTAL | 12.507.00Hrs | 10.293.98Hrs | 44.403 |

Fuente: Dirección de Información Estadística.

El anterior cuadro representa el número de consultas en ginecología y obstetricia que se brindaron en todos los hospitales regionales durante el año 2007. Se puede observar que hay centros hospitalarios como el Hospital de San Carlos que a pesar de haber utilizado menos horas que el Hospital Escalante Pradilla de Pérez Zeledón brindo un mayor número de atenciones médicas. Lo anterior no significa que el Hospital de San Carlos sea más eficiente que el Hospital Escalante P, todo lo contrario dado que al analizar el número de consultas brindadas por hora por los respectivos establecimientos obtenemos que los profesionales del Hospital Escalante P, dedican mayor tiempo por consulta a sus usuarias.

CUADRO N° 9
 CONSOLIDADO DE HORAS OCIOSAS
 CONSULTA DE GINECO-OBSTETRICIA
 HOSPITALES REGIONALES

AÑO 2007

| CENTRO HOSPITALARIO | N° HORAS CONTRATADAS | N° HORAS LABORADAS | N° HRS OCIOSAS | COSTO COLONES PROM/HORA | COSTO ANUAL (colones) |
|----------------------------------|----------------------|--------------------|----------------|-------------------------|-----------------------|
| HOSP. SAN RAFAEL ALAJUELA. | 560:00Hrs | 460:19Hrs | 99:81Hrs | | 4,846.474.10 |
| HOSP. SAN CARLOS SAN CARLOS. | 3.030:00Hrs | 2.520:00Hrs | 510:00Hrs | | 24,764.070.00 |
| H. MONSEÑOR SANABRIA PUNTARENAS. | 2.111:00Hrs | 1.795:79Hrs | 315:21Hrs | 48,557.00 | 15,305.651.00 |
| H. ENRIQUE B LIBERIA. | 2.212:00Hrs | 1.756:00Hrs | 456:00Hrs | | 22,141.92 |
| H. TONY FACIO LIMÓN. | 1.458:00Hrs | 1.189:00Hrs | 269:00Hrs | | 13,061.833.00 |
| H. ESCALANTE PRADILLA PÉREZ Z. | 3.136:00Hrs | 2.573:00Hrs | 563:00Hrs | | 27,337.591.00 |
| TOTAL GENERAL | 12.507:00Hrs | 10.293:98Hrs | 2.213:02Hrs | | 107,457.610.00 |

Fuente: Dirección de Información Estadística

Llama la atención el hecho que a nivel de establecimientos de salud semejantes, se observa una sub-utilización de las horas programadas que anualmente, lo que hace que los hospitales regionales resulten menos costo efectivo, es decir los hospitales regionales están haciendo un uso ineficiente de los recursos financieros presupuestados.

La ineficiencia en el uso de los recursos financieros incide negativamente directamente en la calidad de la atención recibida por nuestras usuarias y determina aumento de los costos directos por consulta.

CUADRO N° 10
 CUADRO COMPARATIVO DEL RENDIMIENTO
 SEGÚN PROYECCIÓN DE LAS CONSULTAS
 HOSPITALES REGIONALES
 AÑO 2007

| CENTRO HOSPITALARIO | N° HRS PROGRAM | N° CONSULTAS PROYECTADAS | N° CONSULTAS REALIZADAS | % DE RENDIMIENTO |
|---------------------------------|----------------|--------------------------|-------------------------|------------------|
| H.SAN RAFAEL ALAJUELA. | 560:00Hrs | 2.240 | 1.915 | 85,4% |
| H.AN CARLOS SAN CARLOS. | 3.030Hrs | 12.120 | 10.323 | 85,1% |
| H MONSEÑOR SANABRIA PUNTARENAS. | 2.111:00Hrs | 8.444 | 8.660 | 102,5% |
| H ENRIQUE B LIBERIA. | 2.212:00Hrs | 8.848 | 8.429 | 95,2% |
| H TONY FACIO LIMÓN. | 1.458:00Hrs | 5.832 | 5.824 | 99,8% |
| H ESCALANTE PRADILLA PÉREZ Z. | 3.136:00Hrs | 12.544 | 9.312 | 74,2% |
| Total General | 12.507:00Hrs | 50.028 | 44.463 | 88,8% |

Fuente: Dirección de Información Estadística

El cuadro N° 8 nos permite realizar un análisis comparativo del número de consultas realizadas en relación con el total de horas programadas para atender la demanda de la consulta de Ginecología y Obstetricia para el año 2007. Se puede observar que todos los hospitales regionales a excepción del Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas, presentan un bajo rendimiento a pesar de haber planificado semejante número de horas.

Vale señalar el hecho que al realizar un análisis e interpretación del cuadro N°8, estamos valorando producción es decir número de consultas brindadas, dado que desconocemos la calidad de la atención brindada a cada una de las usuarias de nuestros servicios médicos.

4.2 Percepción de usuarias sobre el servicio

4.2.1 Tipo de paciente

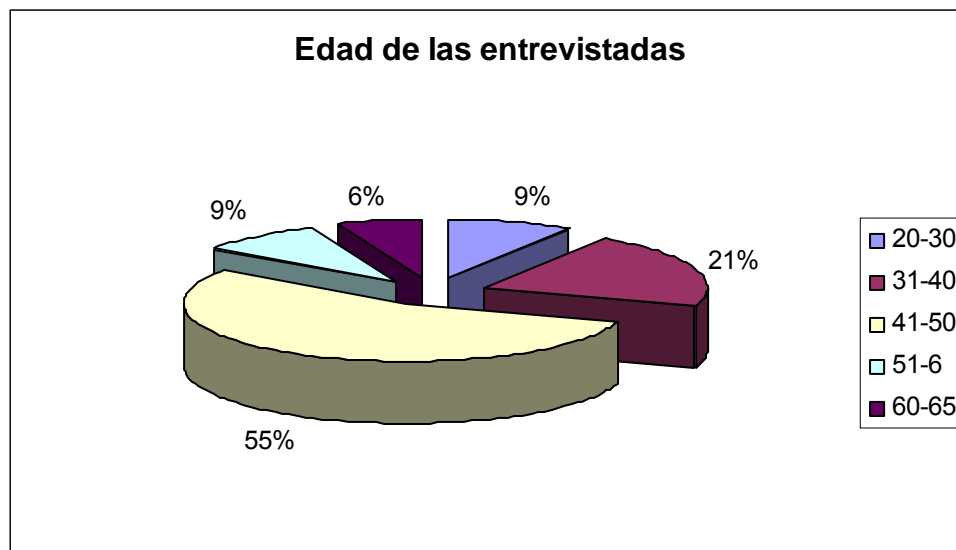
Cuadro 11

| Edad de las entrevistadas | | |
|---------------------------|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| 20-30 | 6 | 9,09 |
| 31-40 | 14 | 21,21 |
| 41-50 | 36 | 54,55 |
| 51-6 | 6 | 9,09 |
| 60-65 | 4 | 6,06 |
| Total | 66 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 14/05/08 al 17/05/08.

La edad de los entrevistados se ubica sobre todo en el rango de 41-50 años (54,55%), es decir mujeres de edad madura. Otro grupo representativo es el que va de los 31 a los cuarenta años (21,21%). Los demás porcentajes fueron minoritarios.

Gráfico 1



Fuente: Cuadro 1

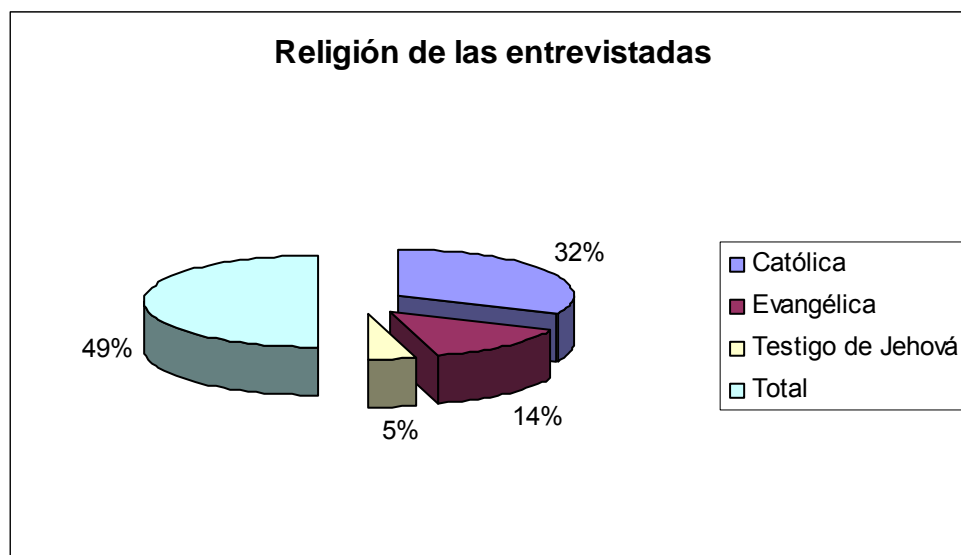
Cuadro 12

| Religión de las entrevistadas | | |
|-------------------------------|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Católica | 42 | 63,64 |
| Evangélica | 18 | 27,27 |
| Testigo de Jehová | 6 | 9,09 |
| Total | 66 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 14/05/08 al 17/05/08.

La religión mayoritaria (63,64%) es la católica aunque también existen extranjeros y testigos de Jehová (27,27% y 9,09% respectivamente).

Gráfico 2



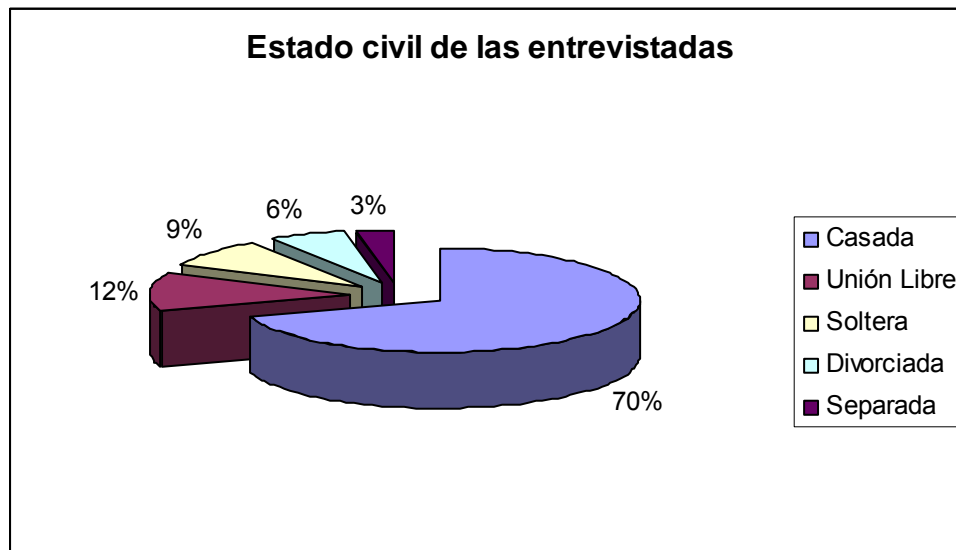
Fuente: Cuadro 2

Cuadro 13

| Estado Civil de las entrevistadas | | |
|-----------------------------------|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Casada | 46 | 69,70 |
| Unión Libre | 8 | 12,12 |
| Soltera | 6 | 9,09 |
| Divorciada | 4 | 6,06 |
| Separada | 2 | 3,03 |
| Total | 66 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 14/05/08 al 17/05/08.

La mayor parte de las mujeres son casadas (69,70%), seguidas por las que están en unión Libre (12,12%), las solteras (9,09%), las divorciadas (6,06%) y las separadas (3.03%).

Gráfico 3

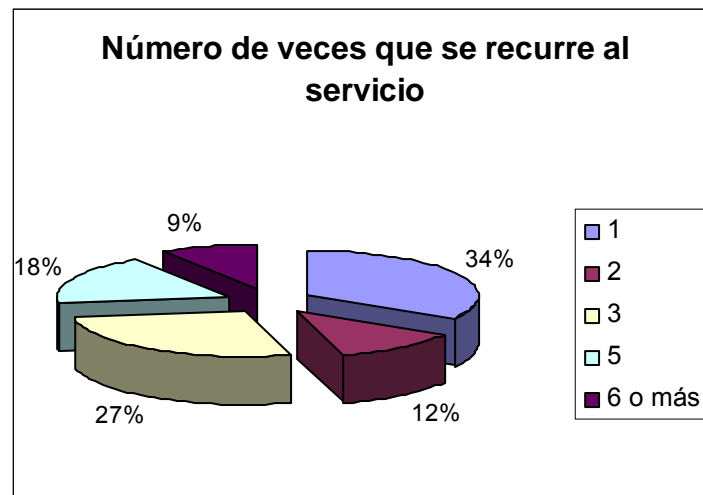
Fuente: Cuadro 3

Cuadro 14

| Número de veces que se recurre al servicio anualmente | | |
|---|-----------|---------------|
| Opción | Nº | % |
| 1 | 22 | 33,33 |
| 2 | 8 | 12,12 |
| 3 | 18 | 27,27 |
| 5 | 12 | 18,18 |
| 4 | 0 | 0 |
| 6 o más | 6 | 9,09 |
| Total | 66 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 14/05/08 al 17/05/08.

Un dato interesante es que las consultadas no acuden mucho a consulta, ya que el 72,72% asiste menos de tres veces al año. Un 18,18% va 5 veces al año, y solo un grupo minoritario lo hace seis veces o más.

Gráfico 4

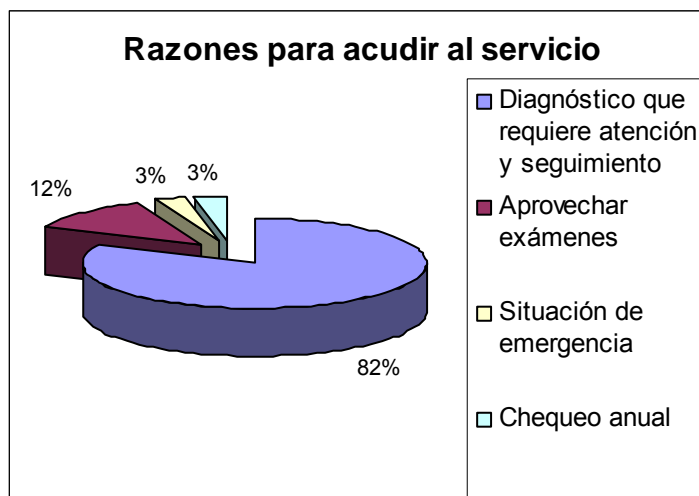
Fuente: Cuadro 4

Cuadro 15

| Razones para acudir al servicio | | | |
|---|----|--------|--|
| Opción | Nº | % | |
| Diagnóstico que requiere atención y seguimiento | 54 | 81,82 | |
| Aprovechar exámenes | 8 | 12,12 | |
| Situación de emergencia | 2 | 3,03 | |
| Chequeo anual | 2 | 3,03 | |
| Total | 66 | 100,00 | |

Fuente: Entrevista realizada del 14/05/08 al 17/05/08.

Las razones para acudir son sobre todo el diagnóstico de atención y seguimiento (81,82%), luego los exámenes (12,12%), las situaciones de emergencias (3,03%) y los chequeos anuales (3,03%). Relacionando esto con el cuadro anterior, se nota que a pesar de que se asiste para atención y seguimiento muchas van solo una vez al año, es decir, que no tienen una asistencia a cabalidad.

Gráfico 5

Fuente: Cuadro 5

4.2.2 Características del servicio que se recibe

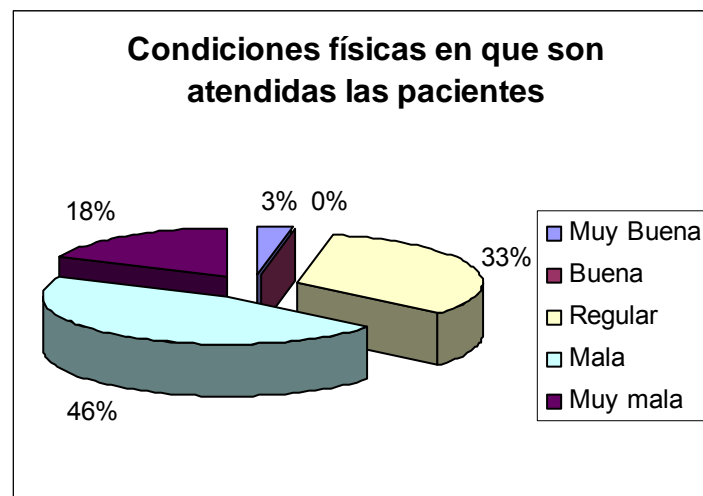
Cuadro 16

| Estado de las condiciones físicas en que son atendidas las pacientes (infraestructura y equipos de trabajo) | | |
|---|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Muy Buena | 2 | 3,03 |
| Buena | 0 | 0,00 |
| Regular | 22 | 33,33 |
| Mala | 30 | 45,45 |
| Muy mala | 12 | 18,18 |
| Total | 66 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 14/05/08 al 17/05/08.

Las condiciones físicas se calificaron sobre todo en el rango de malas o muy malas (63,63%), seguidas de regulares con 33,33%, y solo un 3,03% las catalogo de buenas o muy buenas.

Gráfico 6



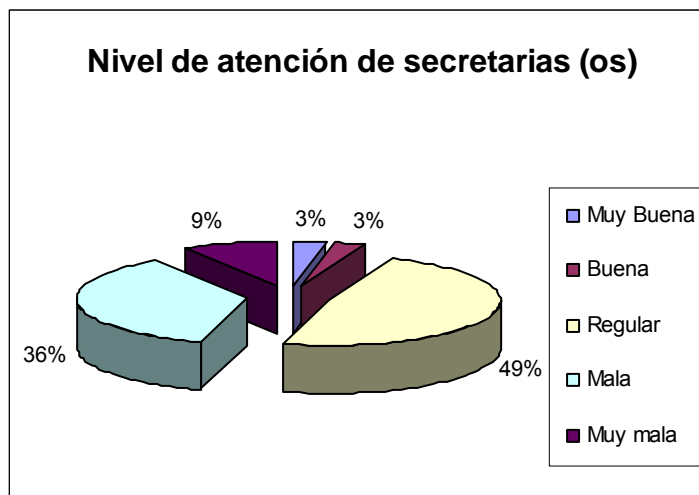
Fuente: Cuadro 6

Cuadro 17

| Nivel de atención por parte de las (os) Secretarias (os) del Hospital | | |
|--|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Muy Buena | 2 | 3,03 |
| Buena | 2 | 3,03 |
| Regular | 32 | 48,48 |
| Mala | 24 | 36,36 |
| Muy mala | 6 | 9,09 |
| Total | 66 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 14/05/08 al 17/05/08.

El nivel de atención de parte de las secretarias se ubicó sobre todo en el rango de regular (48,18%), seguido por el de malo o muy malo (45,45%). Únicamente el 6,06% catalogo lo anterior como muy bueno o bueno.

Gráfico 7

Fuente: Cuadro 7

Cuadro 18

| Factores para evaluar el servicio por parte de las (os) secretarias (os) del Hospital | | | | | |
|---|----|--------|-------------------------------|----|--------|
| Opción | | | | | |
| Positivos | | | Negativos | | |
| | Nº | % | | Nº | % |
| Buen trato | 24 | 36,36 | Falta de información adecuada | 14 | 21,21 |
| Amabilidad | 10 | 15,15 | Maltrato verbal | 14 | 21,21 |
| Brindan información necesaria | 6 | 9,09 | Incumplimiento de horarios | 10 | 15,15 |
| Ninguno | 2 | 3,03 | Falta de esmero | 2 | 3,03 |
| No responde | 24 | 36,36 | Irrespeto de orden de agenda | 2 | 3,03 |
| Total | 66 | 100,00 | No responde | 24 | 36,36 |
| | | | Total | 66 | 100,00 |

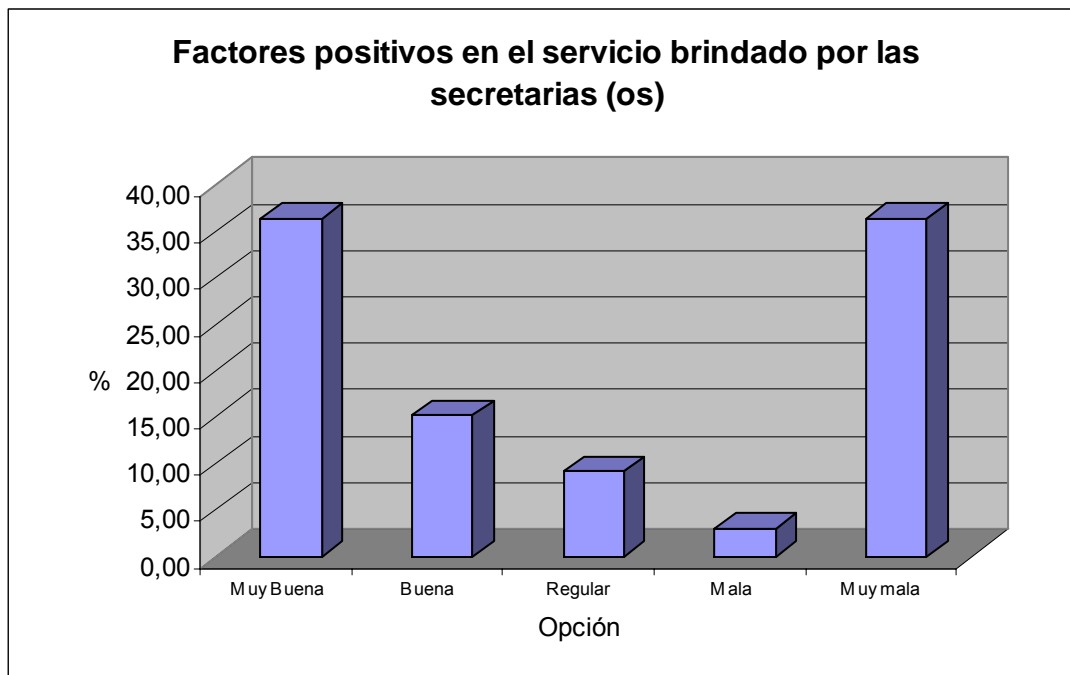
Fuente: Entrevista realizada del 14/05/08 al 17/05/08.

Los aspectos positivos al evaluar el servicio de las secretarias lo son sobre todo el buen trato (36,36%), además de la amabilidad (15,15%). En menor medida se cita el brindar la información necesaria (3,03%).

Los aspectos negativos más señalados son la falta de información adecuada y el maltrato verbal (21,21%) y el incumplimiento de horarios (15,15%). Poca significación tuvo la falta de esmero y el irrespeto en el orden de la agenda.

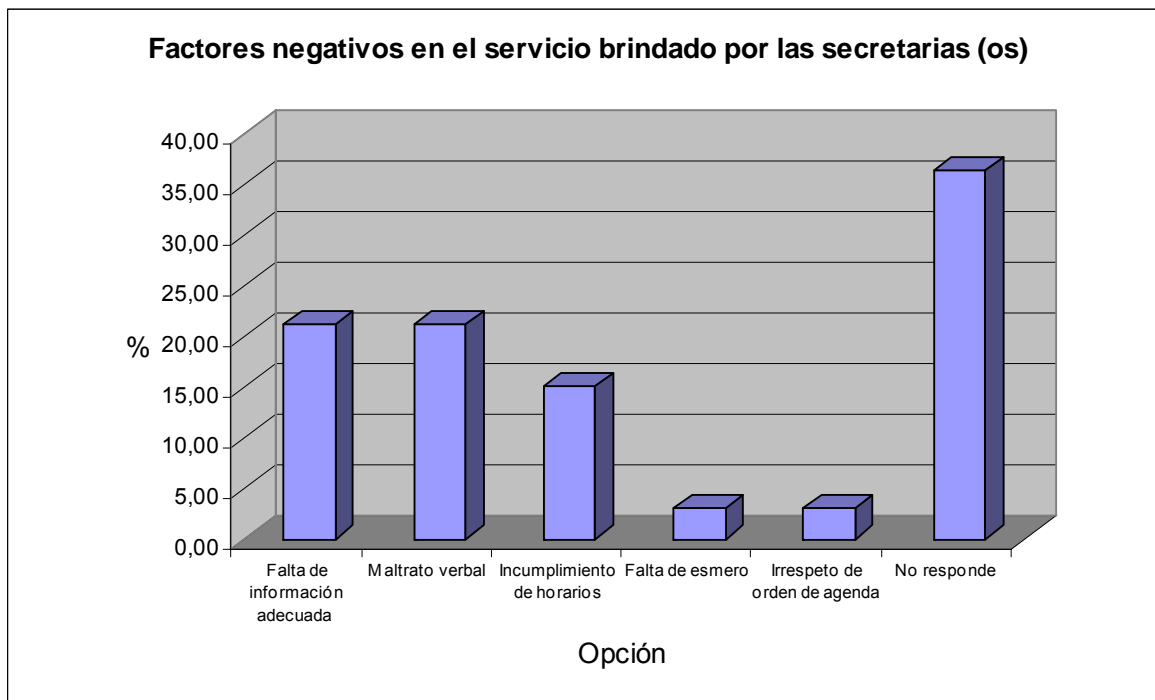
Se establece que existe un grupo de pacientes que valora positivamente la labor de las secretarias, y otro que las valora mal, tal como se expuso en el cuadro 7, de ahí que la mientras unos hablan bien del trato otros dicen lo contrario.

Gráfico 8



Fuente: Cuadro 8

Gráfico 9



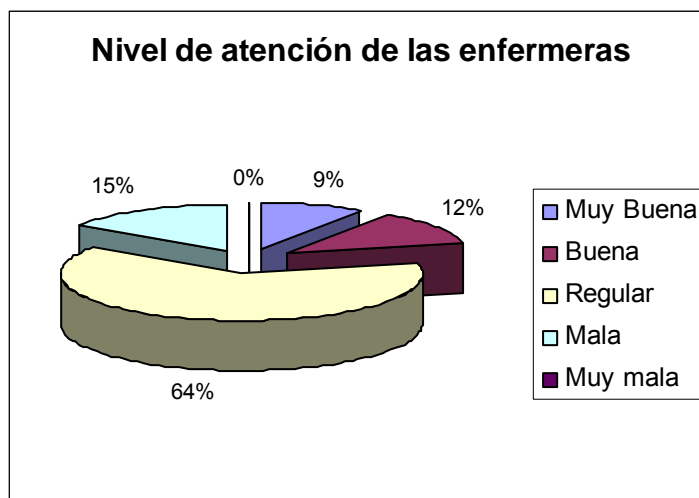
Fuente: Cuadro 8

Cuadro 19

| Nivel de atención por parte de las (os) enfermeras (os) del Hospital | | |
|--|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Muy Buena | 6 | 9,09 |
| Buena | 8 | 12,12 |
| Regular | 42 | 63,64 |
| Mala | 10 | 15,15 |
| Muy mala | 0 | 0,00 |
| Total | 66 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 14/05/08 al 17/05/08.

El nivel de atención de las enfermeras es calificado de superior al de las secretarias, ya que un 63,64% la considera regular, un 21,21% muy buena o buena, y un 15,15% mala o muy mala.

Gráfico 10

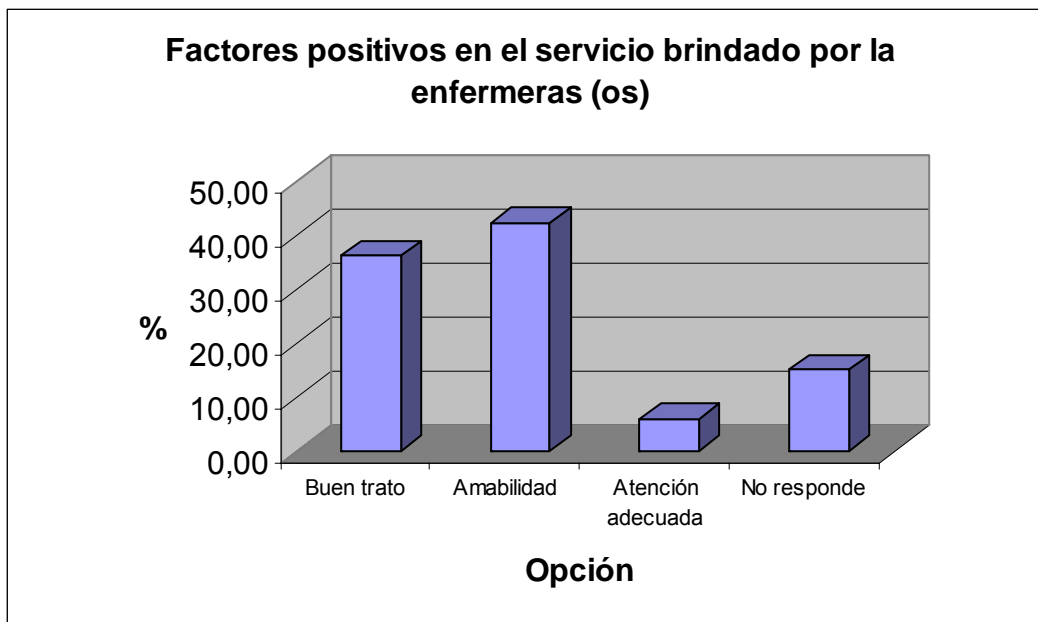
Fuente: Cuadro 19

Cuadro 20

| Factores para evaluar el servicio brindado por parte de las (os) enfermeras (os) del Hospital (menciones) | | | | | |
|---|----|--------|-------------------------------|----|--------|
| Opción | | | | | |
| Positivos | Nº | % | Negativos | Nº | % |
| Buen trato | 24 | 36,36 | Personal nuevo no supervisado | 4 | 6,06 |
| Amabilidad | 28 | 42,42 | Falta de información adecuada | 4 | 6,06 |
| Atención adecuada | 4 | 6,06 | Falta de atención adecuada | 2 | 3,03 |
| No responde | 10 | 15,15 | No responde | 56 | 84,85 |
| Total | 66 | 100,00 | Total | 66 | 100,00 |

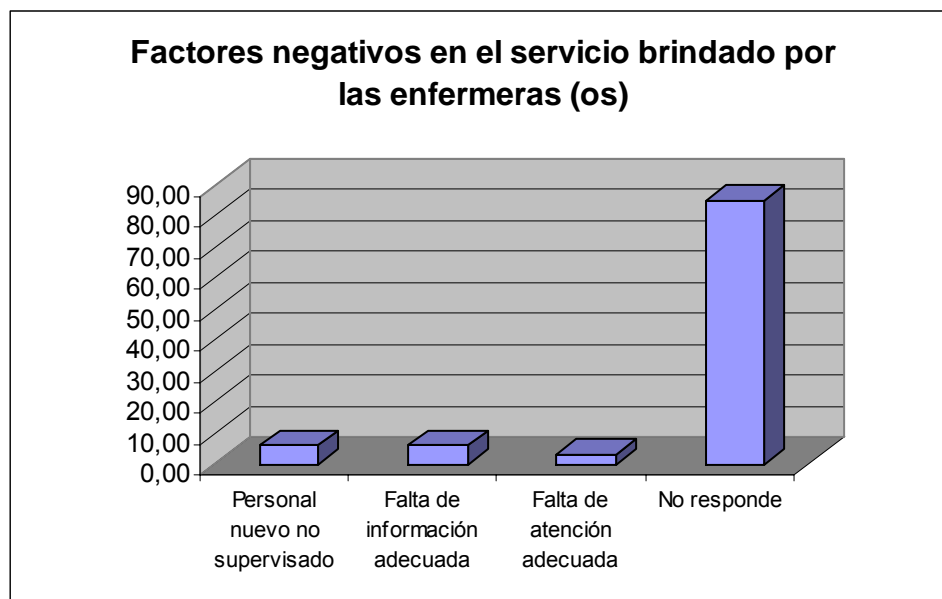
Fuente: Entrevista realizada del 14/05/08 al 17/05/08.

Los factores positivos fueron sobre todo el buen trato (36,36%), la amabilidad (42,42%) y luego se cito la atención adecuada (6,06%). Casi nadie respondió sobre los factores negativos, y las únicas referencias se refirieron al personal nuevo no supervisado, la falta de información adecuada y la poca atención. De nuevo se observa que el grupo que existe una división entre los que opinan positiva y negativamente en la percepción del servicio.

Gráfico 11

Fuente: Cuadro 10

Gráfico 12



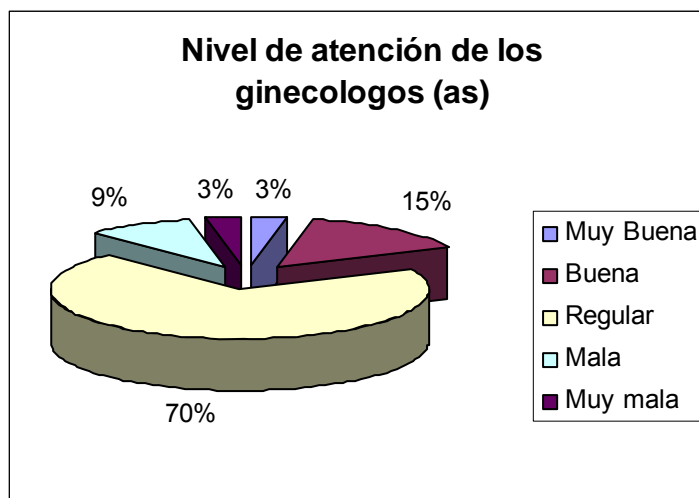
Fuente: Cuadro 1

Cuadro 21

| Nivel de atención por parte de las (os) ginecólogos (as) del Hospital | | |
|--|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Muy Buena | 2 | 3,03 |
| Buena | 10 | 15,15 |
| Regular | 46 | 69,70 |
| Mala | 6 | 9,09 |
| Muy mala | 2 | 3,03 |
| Total | 66 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 14/05/08
al 17/05/08.

A similitud de las enfermeras (os) (cuadro 19). El servicio fue calificado básicamente como regular (69,70%), y luego como bueno o muy bueno por un 18,18%, y malo o muy malo por un 12,12%.

Gráfico 13

Fuente: Cuadro 11

Cuadro 22

| Factores para evaluar el servicio brindado por parte de las (os) ginecólogas (os) del Hospital (menciones) | | | | | |
|--|-----------|--------|-------------------------------|----|--------|
| Opción | Positivos | | Negativos | | |
| | Nº | % | | Nº | % |
| Buen trato | 20 | 30,30 | Falta de información adecuada | 10 | 15,15 |
| Amabilidad | 12 | 18,18 | Maltrato verbal | 10 | 15,15 |
| Brindan información necesaria | 6 | 9,09 | Incumplimiento de horarios | 6 | 9,09 |
| Diagnóstico oportuno | 4 | 6,06 | Ninguno | 6 | 9,09 |
| Cumplimiento de horarios | 2 | 3,03 | No responde | 34 | 51,52 |
| No responde | 22 | 33,33 | Total | 66 | 100,00 |
| Total | 66 | 100,00 | | | |

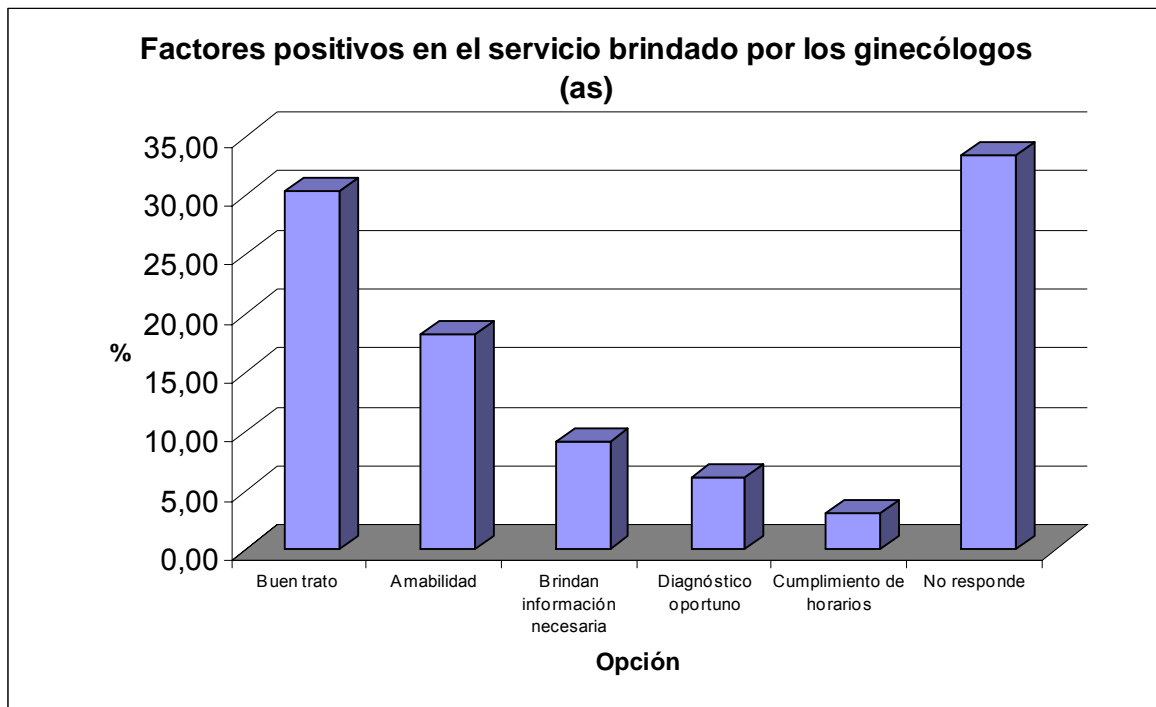
Fuente: Entrevista realizada del 14/05/08 al 17/05/08.

Los factores positivos más comentados fueron el buen trato y la amabilidad (30,30% y 18,18%), algo similar al de los casos de las secretarias (os) y enfermeras (os). Brindar la información necesaria, diagnosticar oportunamente y el cumplimiento de horarios son otros aspectos a tomar en cuenta.

La falta de información y el maltrato verbal son las situaciones que se juzgan más negativamente (15,15% cada una), y luego el incumplimiento de horarios (9,09%).

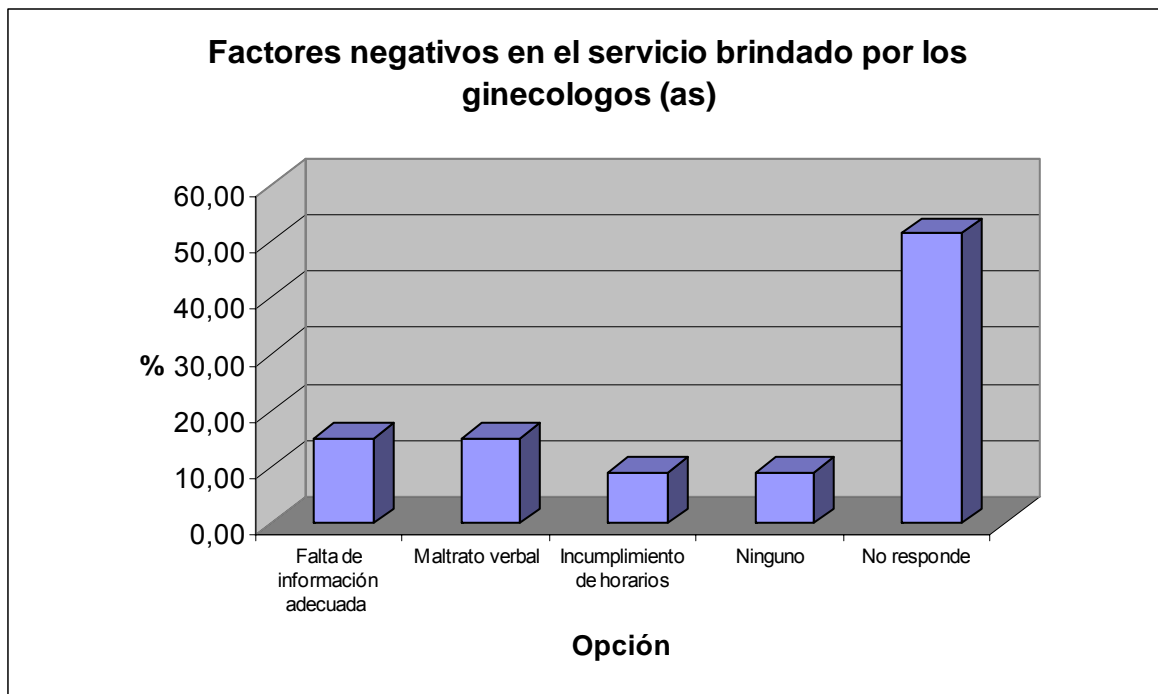
De nuevo se percibe un grupo que evalúa bien el trato y la atención, y otros que responde de forma negativa.

Gráfico 14



Fuente: Cuadro 12

Gráfico 15



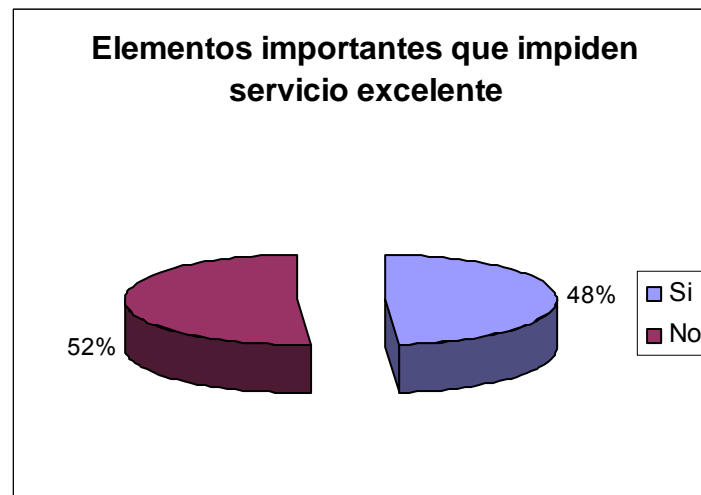
Fuente: Cuadro 12

Cuadro 23

| Existencia de elementos importantes que impiden un servicio excelente | | |
|---|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Si | 32 | 48,48 |
| No | 34 | 51,52 |
| Total | 66 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 14/05/08 al 17/05/08.

Un 51,52% de las consultadas cree que no existen aspectos relevantes que impidan un servicio excelente, en tanto un 48,48% considera que sí. De nuevo se vuelve a revelar que existe un grupo que está satisfecho con el servicio, a pesar de sus defectos puntuales, y otro que se expresa en forma opuesta.

Gráfico 16

Fuente: Cuadro 13

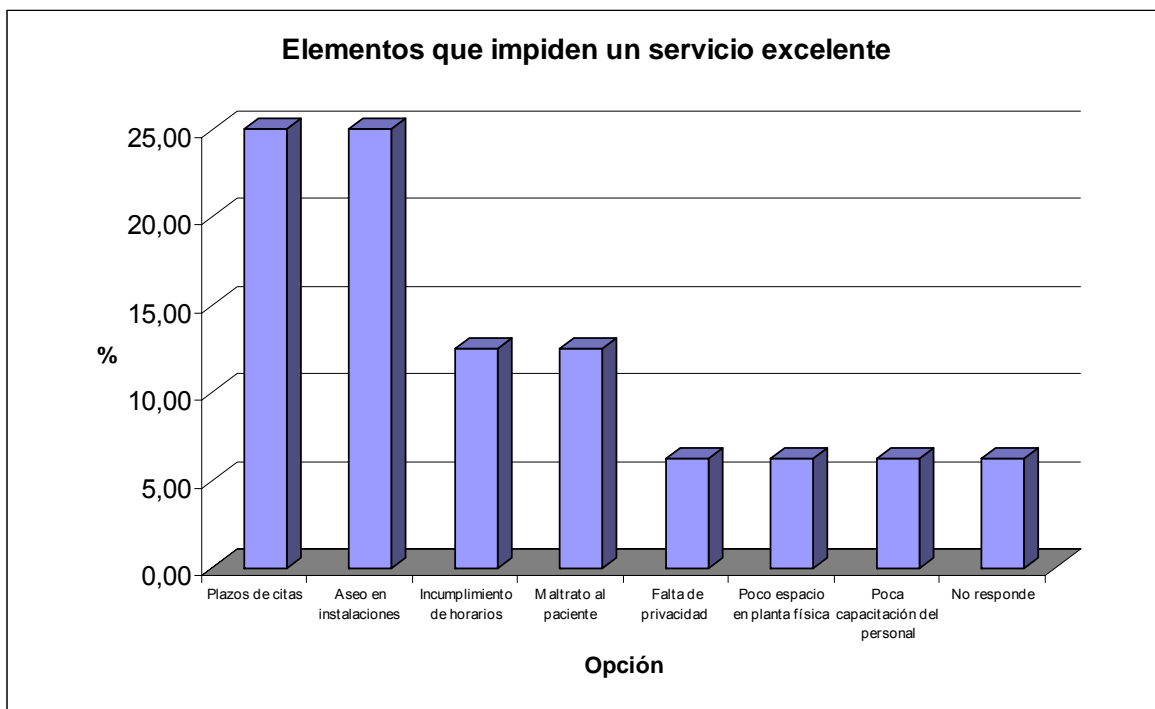
Cuadro 24

Elementos que impiden un servicio excelente

| Opción | Nº | % |
|--------------------------------|-----------|---------------|
| Plazos de citas | 8 | 25,00 |
| Aseo en instalaciones | 8 | 25,00 |
| Incumplimiento de horarios | 4 | 12,50 |
| Maltrato al paciente | 4 | 12,50 |
| Falta de privacidad | 2 | 6,25 |
| Poco espacio en planta física | 2 | 6,25 |
| Poca capacitación del personal | 2 | 6,25 |
| No responde | 2 | 6,25 |
| Total | 32 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 14/05/08 al 17/05/08.

Entre las personas que piensan que pueden hablar mejoras significativas, los puntos más citados son los plazos en las citas y el aseo en las instalaciones (25% cada uno). Luego sigue el incumplimiento de horarios y el maltrato al paciente (12,25% cada uno). En menor medida están la falta de privacidad, el poco espacio en planta física y la poca capacitación del personal.

Gráfico 17

Fuente: Cuadro 14

4.3 Funcionarios (as)

4.3.1 Características de los funcionarios (as)

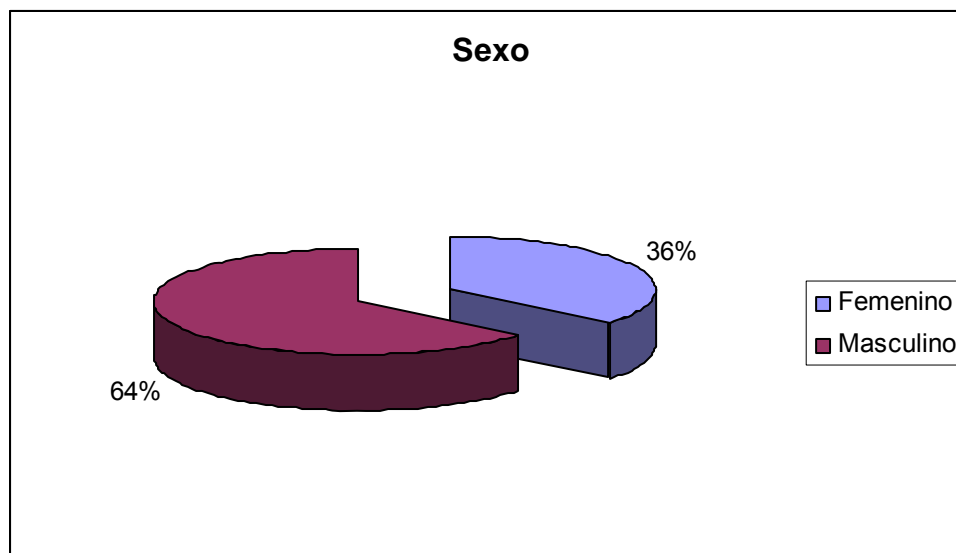
Cuadro 25

| Opción | Sexo | |
|-----------|------|--------|
| | Nº | % |
| Femenino | 5 | 35,71 |
| Masculino | 9 | 64,29 |
| Total | 14 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

La mayoría de los funcionarios (as) son masculinos (64,29%), aunque también son representativas las mujeres (35,71%).

Gráfico 18



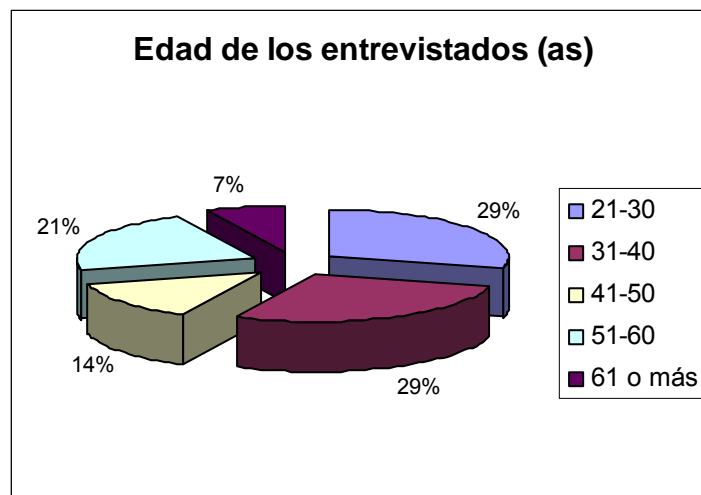
Fuente: Cuadro 15

Cuadro 26

| Edad de los (as) entrevistados (as) | | |
|-------------------------------------|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| 21-30 | 4 | 28,57 |
| 31-40 | 4 | 28,57 |
| 41-50 | 2 | 14,29 |
| 51-60 | 3 | 21,43 |
| 61 o más | 1 | 7,14 |
| Total | 14 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

Un 28,57% de los funcionarios se encuentran entre los 21 a 30 años y otro porcentaje igual entre 31 y 40. En orden sigue el de 51 a 60 años con un 21,43% de la población, el de 41 a 50 (14,29), y el de más de 60 (7,14). Existe así una gran diversidad de edades en los funcionarios administrativos del hospital Monseñor Sanabria.

Gráfico 19

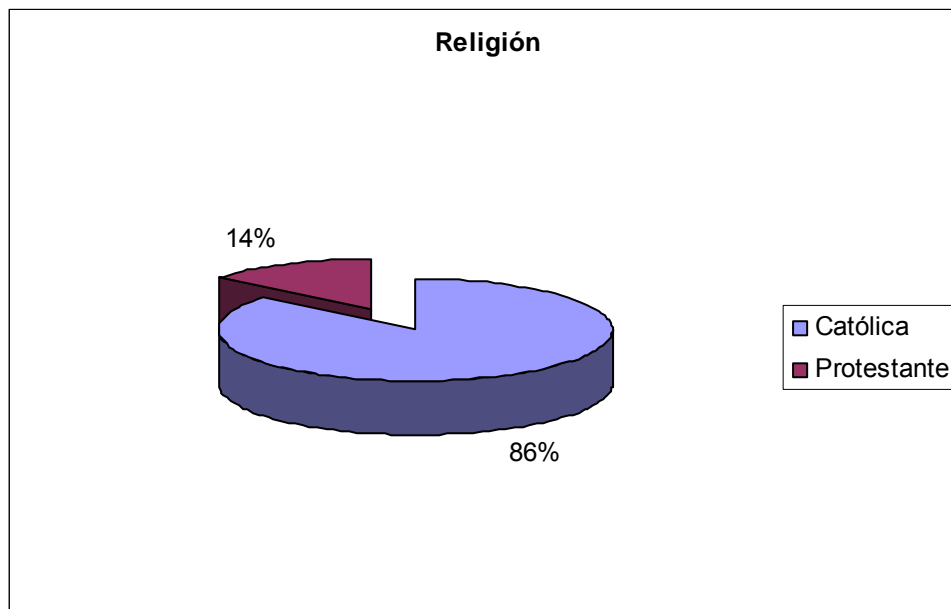
Fuente: Cuadro 16

Cuadro 27

| Religión de las entrevistados (as) | | |
|------------------------------------|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Católica | 12 | 85,71 |
| Protestante | 2 | 14,29 |
| Total | 14 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

El 85,71% de los funcionarios (as) es católico y el 14,29% es protestante. No existen religiones fueran del catolicismo.

Gráfico 20

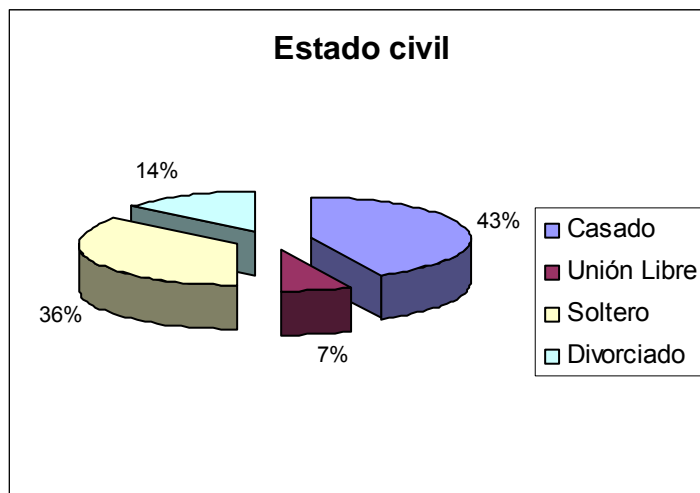
Fuente: Cuadro 17

Cuadro 28

| Estado civil de las entrevistados (as) | | |
|--|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Casado | 6 | 42,86 |
| Unión Libre | 1 | 7,14 |
| Soltero | 5 | 35,71 |
| Divorciado | 2 | 14,29 |
| Total | 14 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

El 42,83% de los entrevistados (as) son casadas (os), el 35,71% es soltero, el 14,29% divorciado, y el 7,14% vive en unión libre.

Gráfico 21

Fuente: Cuadro 18

4.3.2 Factores que inciden en la motivación en el puesto de trabajo

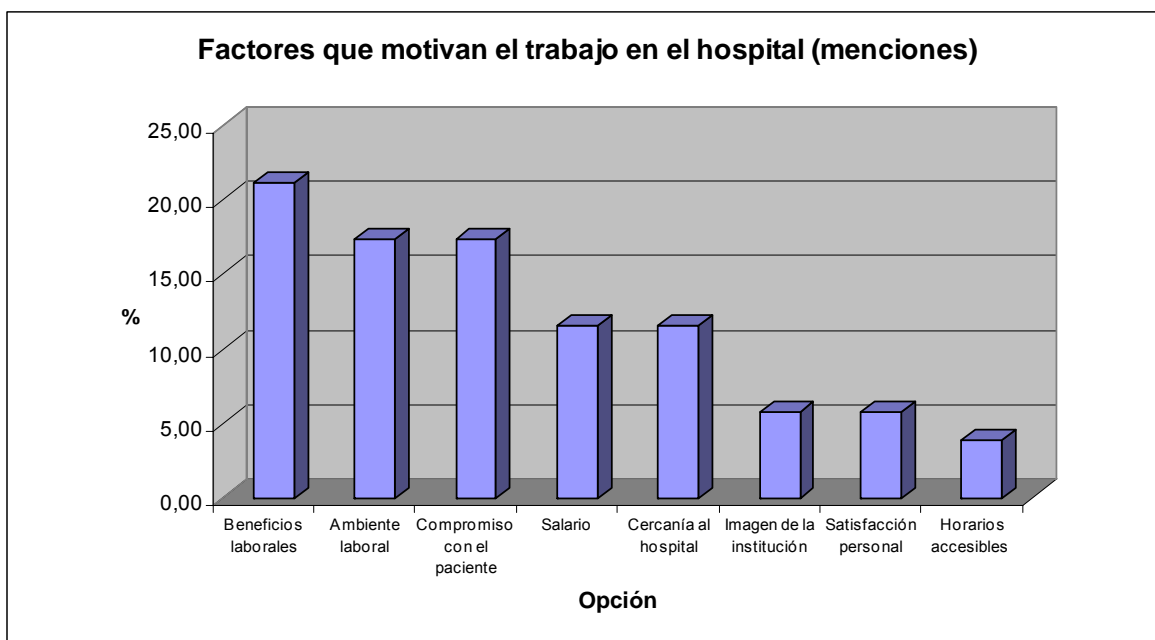
Cuadro 29

| Factores que motivan el trabajo en el Hospital Monseñor Sanabria (menciones) | | |
|--|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Beneficios laborales | 11 | 21,15 |
| Ambiente laboral | 9 | 17,31 |
| Compromiso con el paciente | 9 | 17,31 |
| Salario | 6 | 11,54 |
| Cercanía al hospital | 6 | 11,54 |
| Imagen de la institución | 3 | 5,77 |
| Satisfacción personal | 3 | 5,77 |
| Horarios accesibles | 2 | 3,85 |
| Otros | 3 | 5,77 |
| Total | 52 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

Los aspectos que motivan en el trabajo son muy variados y no existen ninguno que predomine claramente. El más mencionado fueron los beneficios laborales (21,15%), seguidos por el ambiente laboral y el compromiso con el paciente (17,31% cada uno). También son importantes el salario y la cercanía del hospital (11,54% cada uno). La imagen de la institución, la satisfacción personal y los horarios flexibles fueron minoritarios.

Gráfico 22



Fuente: Cuadro 19

Cuadro 30

**Factores que desmotivan el trabajo en el Hospital
Monseñor Sanabria (menciones)**

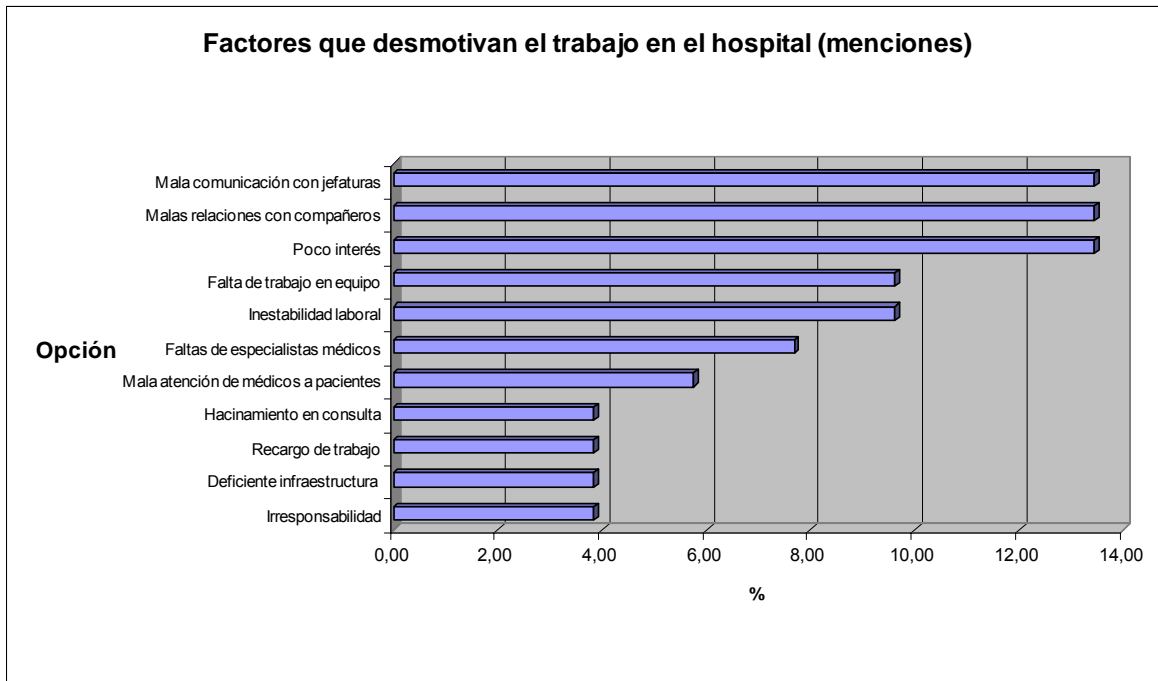
| Opción | Nº | % |
|--------------------------------------|-----------|---------------|
| Mala comunicación con jefaturas | 7 | 13,46 |
| Malas relaciones con compañeros | 7 | 13,46 |
| Poco interés | 7 | 13,46 |
| Falta de trabajo en equipo | 5 | 9,62 |
| Inestabilidad laboral | 5 | 9,62 |
| Faltas de especialistas médicos | 4 | 7,69 |
| Mala atención de médicos a pacientes | 3 | 5,77 |
| Hacinamiento en consulta | 2 | 3,85 |
| Recargo de trabajo | 2 | 3,85 |
| Deficiente infraestructura | 2 | 3,85 |
| Irresponsabilidad | 2 | 3,85 |
| Otros | 6 | 11,54 |
| Total | 52 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

Los factores que desmotivan el trabajo también son diversos. Sobresale la mala comunicación con jefaturas, las malas relaciones con los compañeros y el poco interés (13,46%). Luego están la falta de trabajo en equipo y la falta de estabilidad laboral (9,62% cada uno). La falta de especialistas médicos y la mala

atención de médicos a pacientes también son relevantes. Los otros aspectos fueron poco mencionados.

Gráfico 23



Fuente: Cuadro 20

4.3.3 Características del lugar de trabajo

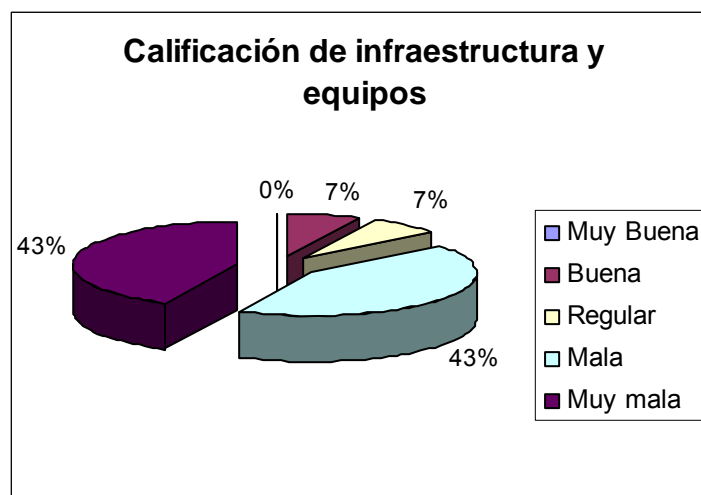
Cuadro 31

| Calificación de infraestructura y equipos | | |
|---|-----------|---------------|
| Opción | Nº | % |
| Muy Buena | 0 | 0,00 |
| Buena | 1 | 7,14 |
| Regular | 1 | 7,14 |
| Mala | 6 | 42,86 |
| Muy mala | 6 | 42,86 |
| Total | 14 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

El lugar de trabajo se califica como malo o muy malo por un 85,72%, regular por un 7,14% y malo o muy malo por un 7,14%. Se vuelve a mostrar que este rubro, al igual que como hicieron las pacientes, es el peor calificado.

Gráfico 24



Fuente: Cuadro 21

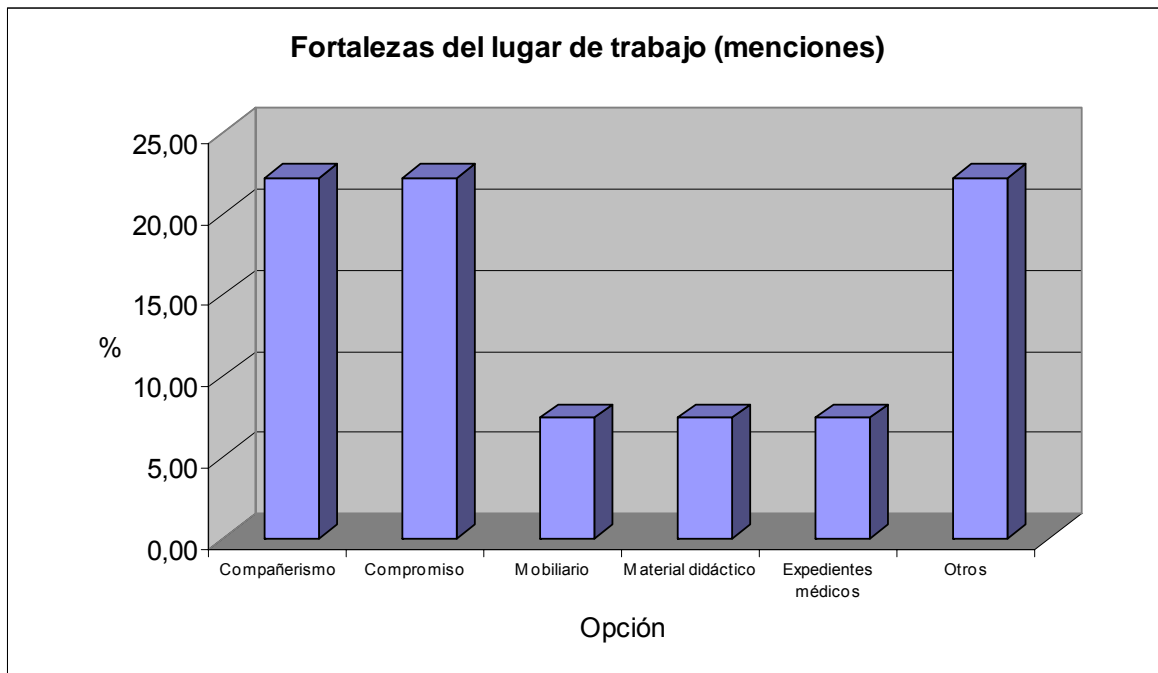
Cuadro 32

| Fortalezas del lugar de trabajo (menciones) | | |
|--|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Compañerismo | 6 | 22,22 |
| Compromiso | 6 | 22,22 |
| Mobiliario | 2 | 7,41 |
| Material didáctico | 2 | 7,41 |
| Expedientes médicos | 2 | 7,41 |
| Otros | 6 | 22,22 |
| NS/NR | 3 | 11,11 |
| Total | 27 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

Las fortalezas mayores son el compañerismo y el compromiso (22,22% cada uno), y luego el mobiliario, el material didáctico, y los expedientes médicos (7,41% cada uno). Al igual que en el cuadro 19, son el compañerismo y el compromiso aspectos positivos que destacan los entrevistados.

Gráfico 25



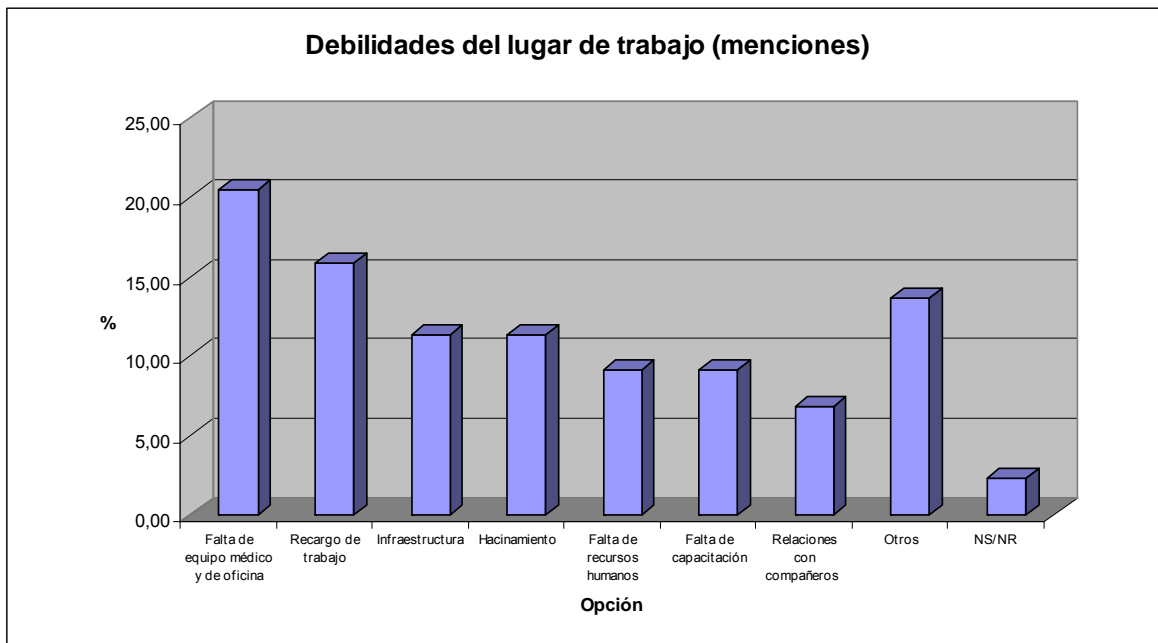
Fuente: Cuadro 22

Cuadro 33

| Debilidades del lugar de trabajo (menciones) | | |
|--|-----------|---------------|
| Opción | Nº | % |
| Falta de equipo médico y de oficina | 9 | 20,45 |
| Recargo de trabajo | 7 | 15,91 |
| Infraestructura | 5 | 11,36 |
| Hacinamiento | 5 | 11,36 |
| Falta de recursos humanos | 4 | 9,09 |
| Falta de capacitación | 4 | 9,09 |
| Relaciones con compañeros | 3 | 6,82 |
| Otros | 6 | 13,64 |
| NS/NR | 1 | 2,27 |
| Total | 44 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

La principal debilidad es la falta de equipo médico (20,45%) y luego la carga de trabajo (15,91%). En orden descendente están la infraestructura y el hacinamiento (11,36% cada una), la falta de recursos humanos y la falta de capacitación (9,09 cada uno). Los otros rubros fueron poco citados.

Gráfico 26

Fuente: Cuadro 23

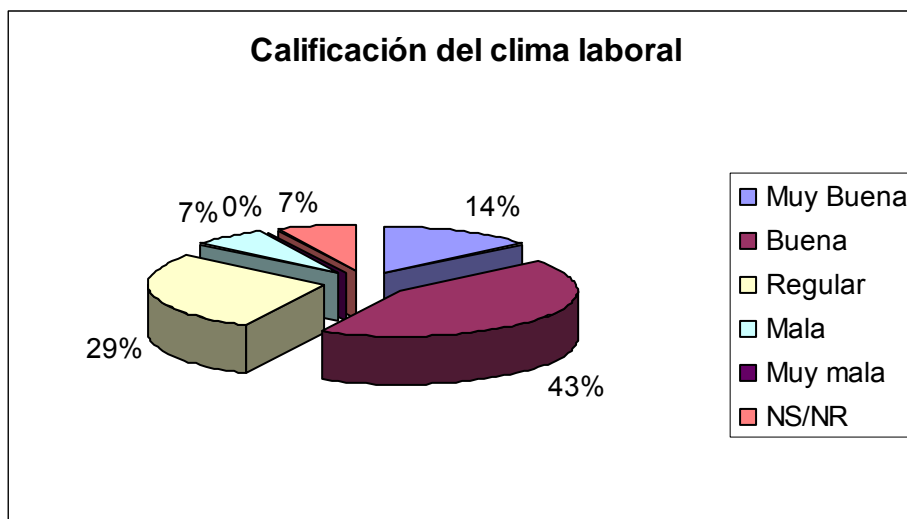
Cuadro 34

| Calificación del clima laboral | | |
|--------------------------------|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Muy Buena | 2 | 14,29 |
| Buena | 6 | 42,86 |
| Regular | 4 | 28,57 |
| Mala | 1 | 7,14 |
| Muy mala | 0 | 0,00 |
| NS/NR | 1 | 7,14 |
| Total | 14 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

El 57,15% es de criterio del que el clima laboral es muy bueno o bueno, un 28,57% regular, un 7,14% malo o muy malo, y un 7,14% no sabe o no respondió. Esto concuerda con los cuadros 19 y 22 que evalúan satisfactoriamente aspectos de este rubro.

Gráfico 27



Fuente: Cuadro 24

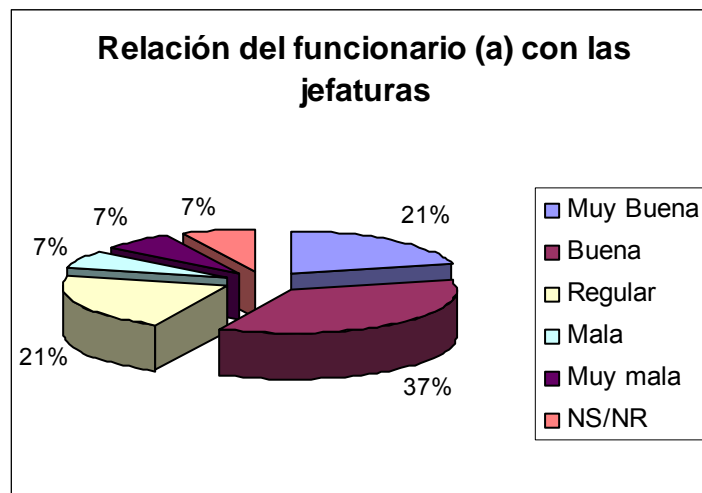
Cuadro 35

| Relación del funcionario (a) con las jefaturas | | |
|--|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Muy Buena | 3 | 21,43 |
| Buena | 5 | 35,71 |
| Regular | 3 | 21,43 |
| Mala | 1 | 7,14 |
| Muy mala | 1 | 7,14 |
| NS/NR | 1 | 7,14 |
| Total | 14 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

Los empleados (as) estiman en un 57,14% que la relación es buena o muy buena con las jefaturas, un 21,43 % indicó que era regular y un 14,28% que era mala o muy mala.

Gráfico 28



Fuente: Cuadro 25

Cuadro 36

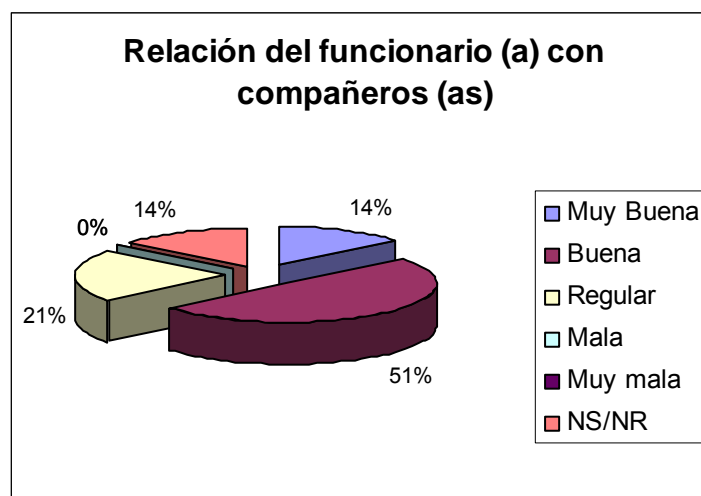
| Relación del funcionario (a) con compañeros (as) | | |
|--|-----------|---------------|
| Opción | Nº | % |
| Muy Buena | 2 | 14,29 |
| Buena | 7 | 50,00 |
| Regular | 3 | 21,43 |
| Mala | 0 | 0,00 |
| Muy mala | 0 | 0,00 |
| NS/NR | 2 | 14,29 |
| Total | 14 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

La relación con los compañeros (as) fue estimada como buena o muy buena por un 64,29%, y regular por el 21,43%. Un 14,29 no sabía o no respondió.

De los cuadros 25 y 26 se infiere que para la mayoría de los empleados (as) las relaciones que se tienen son buenas, lo que destaca el compañerismo como aspecto que motiva a desempeñarse en el puesto de trabajo.

Gráfico 29



Fuente: Cuadro 26

Cuadro 37

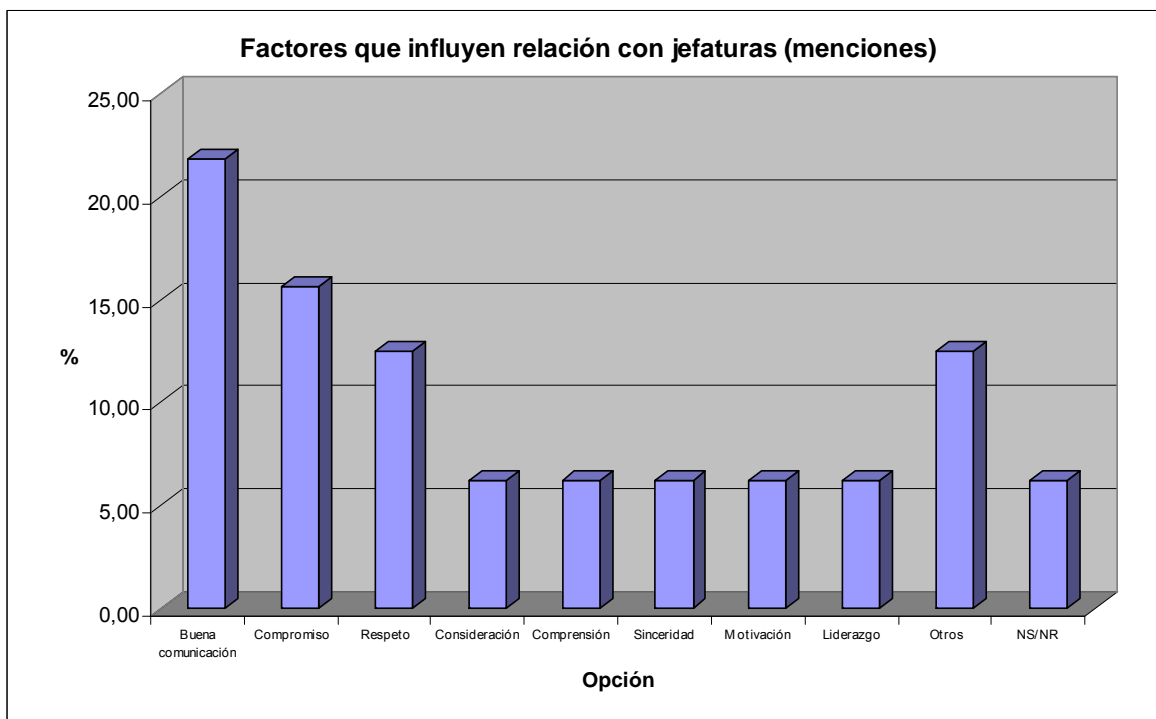
Factores que influyen en la relación con las jefaturas

| Opción | Nº | % |
|--------------------|-----------|---------------|
| Buena comunicación | 7 | 21,88 |
| Compromiso | 5 | 15,63 |
| Respeto | 4 | 12,50 |
| Consideración | 2 | 6,25 |
| Comprensión | 2 | 6,25 |
| Sinceridad | 2 | 6,25 |
| Motivación | 2 | 6,25 |
| Liderazgo | 2 | 6,25 |
| Otros | 4 | 12,50 |
| NS/NR | 2 | 6,25 |
| Total | 32 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

La buena comunicación es el aspecto más destacado en la relación que se tiene con la jefaturas (21,88%), pero también destaca el compromiso (15,63%) y el respeto (12,50%). Los otros factores fueron menos importantes.

Gráfico 30



Fuente: Cuadro 27

Cuadro 38

Factores que influyen en la relación con
colegas (as) de trabajo

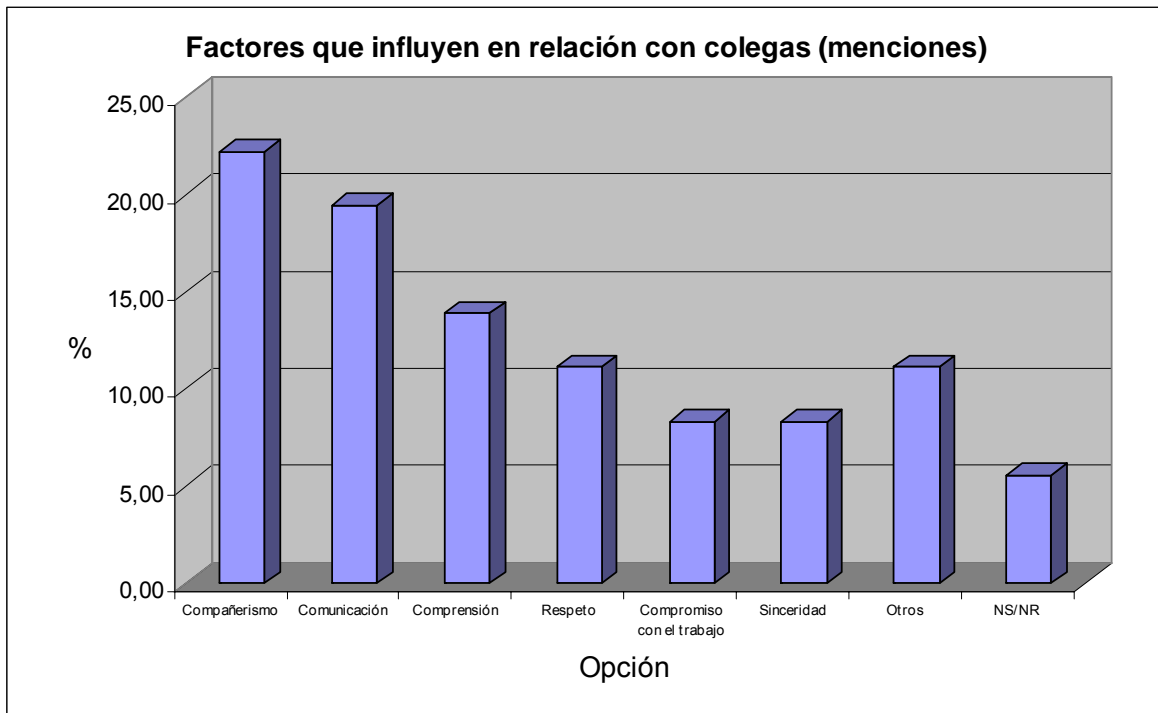
| Opción | Nº | % |
|---------------------------|-----------|---------------|
| Compañerismo | 8 | 22,22 |
| Comunicación | 7 | 19,44 |
| Comprensión | 5 | 13,89 |
| Respeto | 4 | 11,11 |
| Compromiso con el trabajo | 3 | 8,33 |
| Sinceridad | 3 | 8,33 |
| Otros | 4 | 11,11 |
| NS/NR | 2 | 5,56 |
| Total | 36 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08
al 15/05/08.

Sobresalieron como factores de la relación con los colegas el compañerismo, la comunicación, la comprensión y el respeto (22,22%, 19,44% y

13,89% respectivamente). De nuevo surge el compañerismo y la comunicación como aspectos a tomar en cuenta, es decir propios de las relaciones personales.

Gráfico 31



Fuente: Cuadro 28

4.4 Médicos (as)

4.4.1 Características de los funcionarios (as)

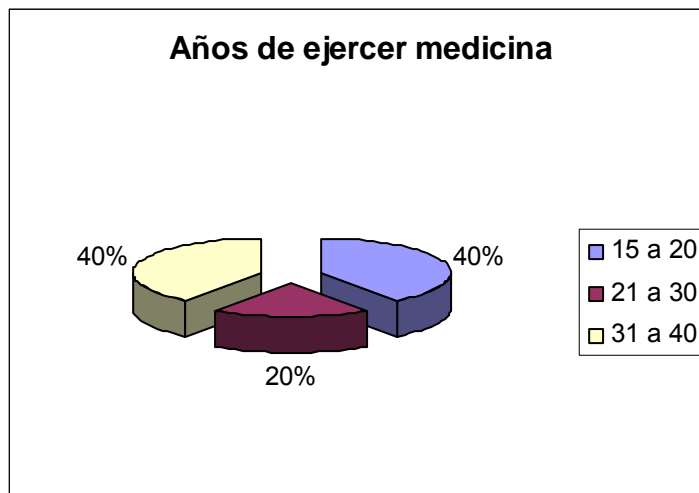
Cuadro 39

| Años de ejercer como profesional en medicina | | | |
|--|----|-----|--|
| Opción | Nº | % | |
| 15 a 20 | 2 | 40 | |
| 21 a 30 | 1 | 20 | |
| 31 a 40 | 2 | 40 | |
| Total | 5 | 100 | |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

Se revela que los médicos que trabajan en el Hospital Monseñor Sanabria son personas con mucha experiencia. De hecho el 40% tiene de 15 a 20 años en ejercer, 20% de 21 a 30, y 40% de 31 a 40.

Gráfico 32



Fuente: Cuadro 29

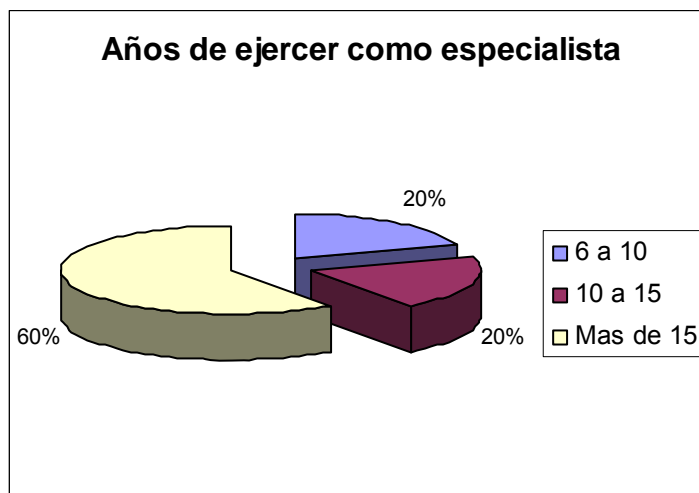
Cuadro 40

| Años de ejercer como especialista | | |
|-----------------------------------|----|-----|
| Opción | Nº | |
| 6 a 10 | 1 | 20 |
| 10 a 15 | 1 | 20 |
| Mas de 15 | 3 | 60 |
| Total | 5 | 100 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

La veteranía también se manifiesta en el período en que han ejercido como especialistas, ya que 20% tiene de 6 a 10 años, otro 20% de 10 a 15 años, y 60% más de 15 años.

Gráfico 33



Fuente: Cuadro 30

4.4.2 Factores que inciden en la motivación en el puesto de trabajo

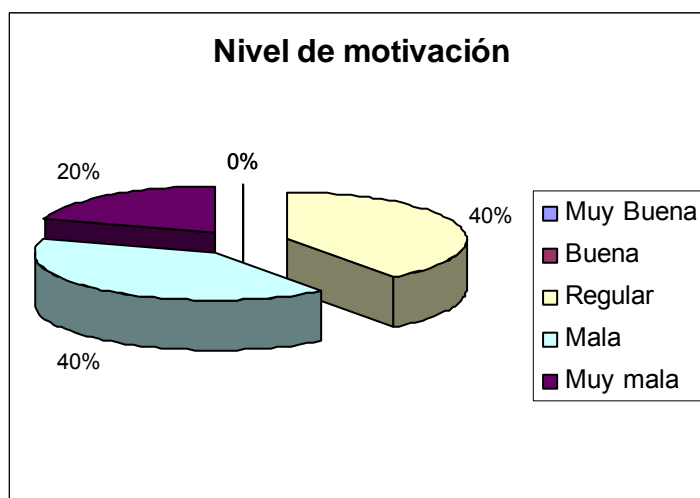
Cuadro 41

| Nivel de motivación de trabajar en el Hospital Monseñor Sanabria | | |
|--|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Muy Buena | 0 | 0,00 |
| Buena | 0 | 0,00 |
| Regular | 2 | 40,00 |
| Mala | 2 | 40,00 |
| Muy mala | 1 | 20,00 |
| Total | 5 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

La mayoría de los profesionales (60%), indica que su nivel de motivación es mala o muy mala, y otro 40% regular. En otras palabras, no existe un gran nivel de satisfacción con el trabajo.

Gráfico 34



Fuente: Cuadro 31

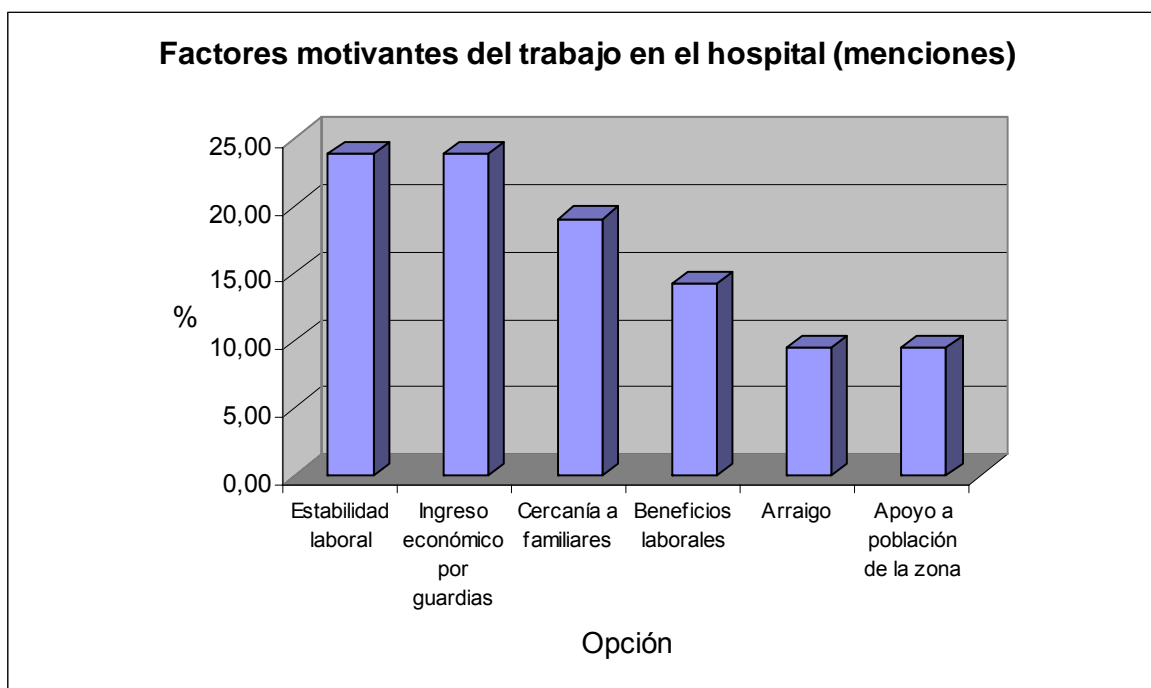
Cuadro 42

| Factores motivantes de trabajar en el Hospital Monseñor Sanabria (menciones) | | |
|--|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Estabilidad laboral | 5 | 23,81 |
| Ingreso económico por guardias | 5 | 23,81 |
| Cercanía a familiares | 4 | 19,05 |
| Beneficios laborales | 3 | 14,29 |
| Arraigo | 2 | 9,52 |
| Apoyo a población de la zona | 2 | 9,52 |
| Total | 21 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

Teniendo en cuenta lo expresado en el cuadro 41, se indica que la estabilidad laboral y el ingreso económico por guardias es lo que más motiva. Sumando estos aspectos se tiene que para el 47,80% lo importante es lo que se gana en la institución. También son relevantes la cercanía a los familiares y los beneficios laborales (19,05% y 14,29% respectivamente). Luego se menciona en arraigo y el apoyo a la población de la zona.

Gráfico 35



Fuente: Cuadro 32

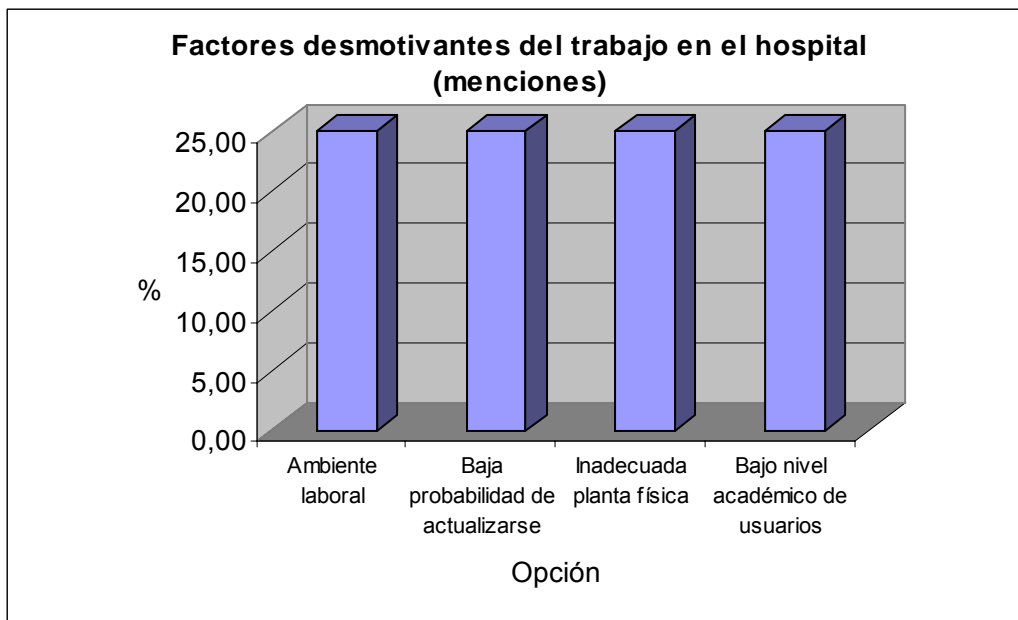
Cuadro 43

| Factores desmotivantes de trabajar en el Hospital Monseñor Sanabria (menciones) | | |
|---|-----------|---------------|
| Opción | Nº | % |
| Ambiente laboral | 3 | 25,00 |
| Baja probabilidad de actualizarse | 3 | 25,00 |
| Inadecuada planta física | 3 | 25,00 |
| Bajo nivel académico de usuarios | 3 | 25,00 |
| Total | 12 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

Los factores que desmotivan son el ambiente laboral, la baja probabilidad de actualizarse, la inadecuada planta física, y el bajo nivel académico de los usuarios (25% cada uno).

Gráfico 36



Fuente: Cuadro 33

4.3.3 Características del lugar de trabajo

Cuadro 44

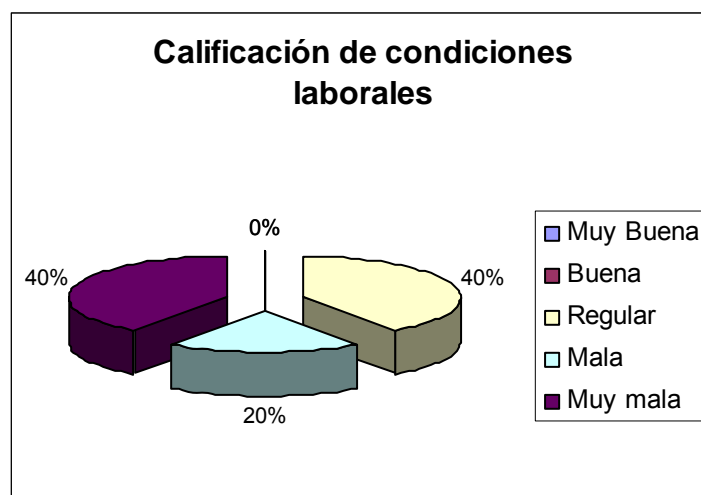
| Calificación de las condiciones laborales | | |
|---|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Muy Buena | 0 | 0,00 |
| Buena | 0 | 0,00 |
| Regular | 2 | 40,00 |
| Mala | 1 | 20,00 |
| Muy mala | 2 | 40,00 |
| Total | 5 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08

al 15/05/08.

A pesar de que el ambiente laboral se cuenta con el principal aspecto motivador en el cuadro 42, cuando se califican las condiciones laborales en 60% la describe como mala o muy mala, y otro 40% como regular. Este resultado es parecido al cuadro 41, sobre el nivel de motivación. Esto demuestra que realmente no existe satisfacción en trabajar en el hospital Monseñor Sanabria y que muchos permanecen por aspectos puramente económicos.

Gráfico 37



Fuente: Cuadro 34

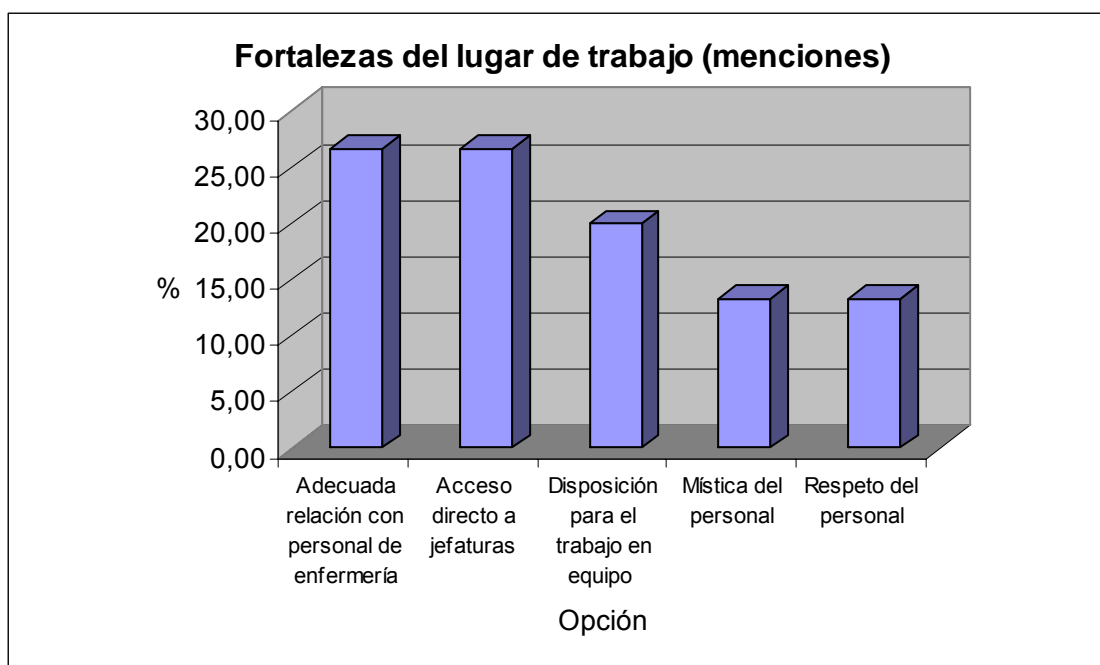
Cuadro 45

| Fortalezas del lugar de trabajo (menciones) | | |
|--|-----------|---------------|
| Opción | Nº | % |
| Adecuada relación con personal de enfermería | 4 | 26,67 |
| Acceso directo a jefaturas | 4 | 26,67 |
| Disposición para el trabajo en equipo | 3 | 20,00 |
| Mística del personal | 2 | 13,33 |
| Respeto del personal | 2 | 13,33 |
| Total | 15 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

A pesar de los criterios negativos de los médicos, destacan como fortalezas del lugar de trabajo la adecuada relación con el personal de enfermería y el acceso directo a las jefaturas (26,67% cada uno). Asimismo indican la disposición al trabajo en equipo (20%), la mística personal (13,33%) y el respeto del personal (13,33%).

Gráfico 38



Fuente: Cuadro 35

Cuadro 46

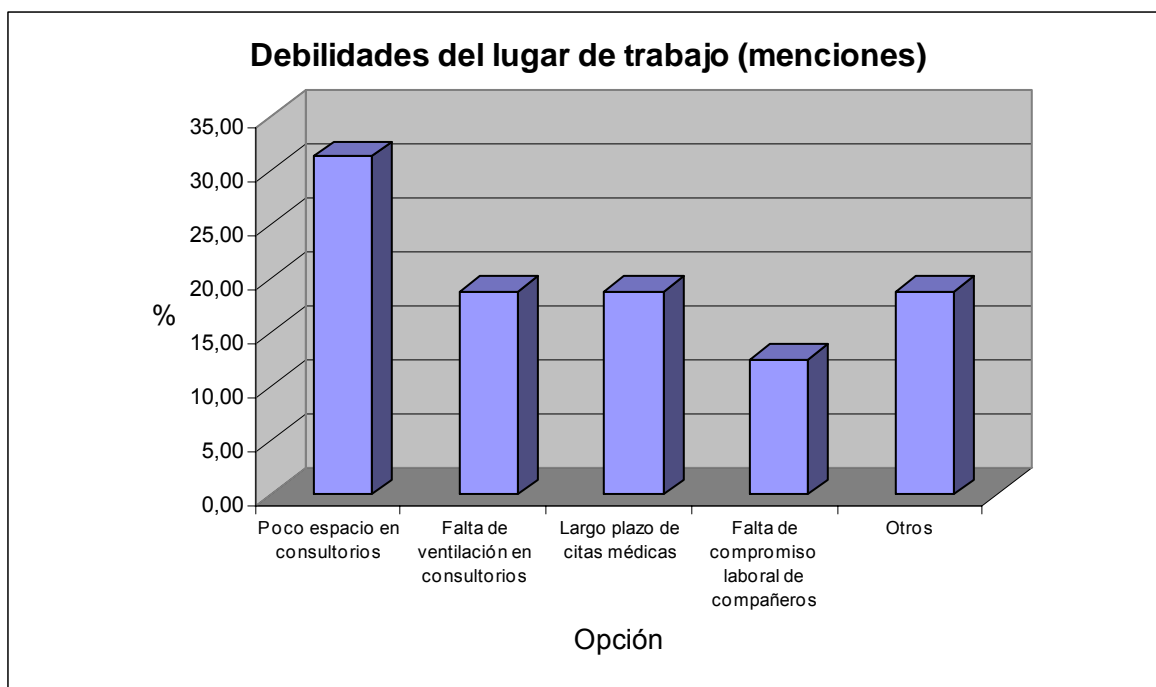
| Debilidades del lugar de trabajo (menciones) | | |
|--|-----------|---------------|
| Opción | Nº | % |
| Poco espacio en consultorios | 5 | 31,25 |
| Falta de ventilación en consultorios | 3 | 18,75 |
| Largo plazo de citas médicas | 3 | 18,75 |
| Falta de compromiso laboral de compañeros | 2 | 12,50 |
| Otros | 3 | 18,75 |
| Total | 16 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

A su vez, las debilidades son el poco espacio en consultorios (31,25%), la falta de ventilación (18,75%), el largo plazo al que tienen que dar las citas médicas (18,75) y la falta de compromiso laboral de los compañeros (as) (12,50%). Otros aspectos fueron poco relevantes.

Al sumar los porcentajes de los consultorios y la falta de ventilación, se obtiene que la mitad señala la infraestructura como un problema prioritario algo que también han hecho los usuarios (as) y las enfermeras (os).

Gráfico 39



Fuente: Cuadro 36

Cuadro 47

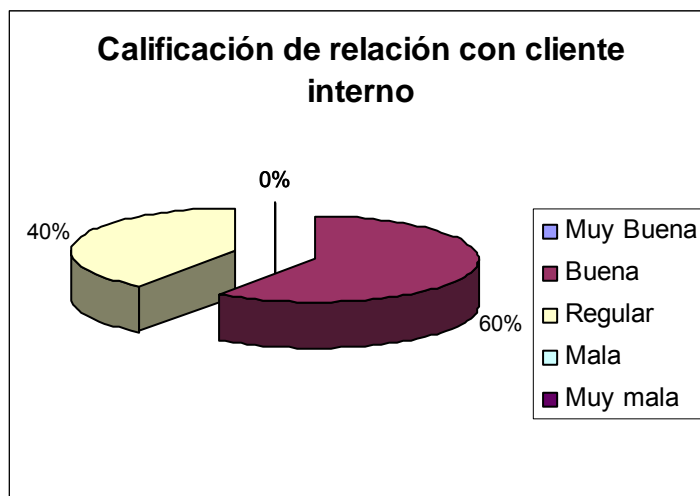
Calificación de relación con el cliente externo

| Opción | Nº | % |
|-----------|----|--------|
| Muy Buena | 0 | 0,00 |
| Buena | 3 | 60,00 |
| Regular | 2 | 40,00 |
| Mala | 0 | 0,00 |
| Muy mala | 0 | 0,00 |
| Total | 5 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

El 60% de los médicos consideran la relación con el cliente externo como regular y el 40% como buena algo mucho mejor valorado que la motivación y satisfacción con el trabajo que realizan.

Gráfico 40



Fuente: Cuadro 37

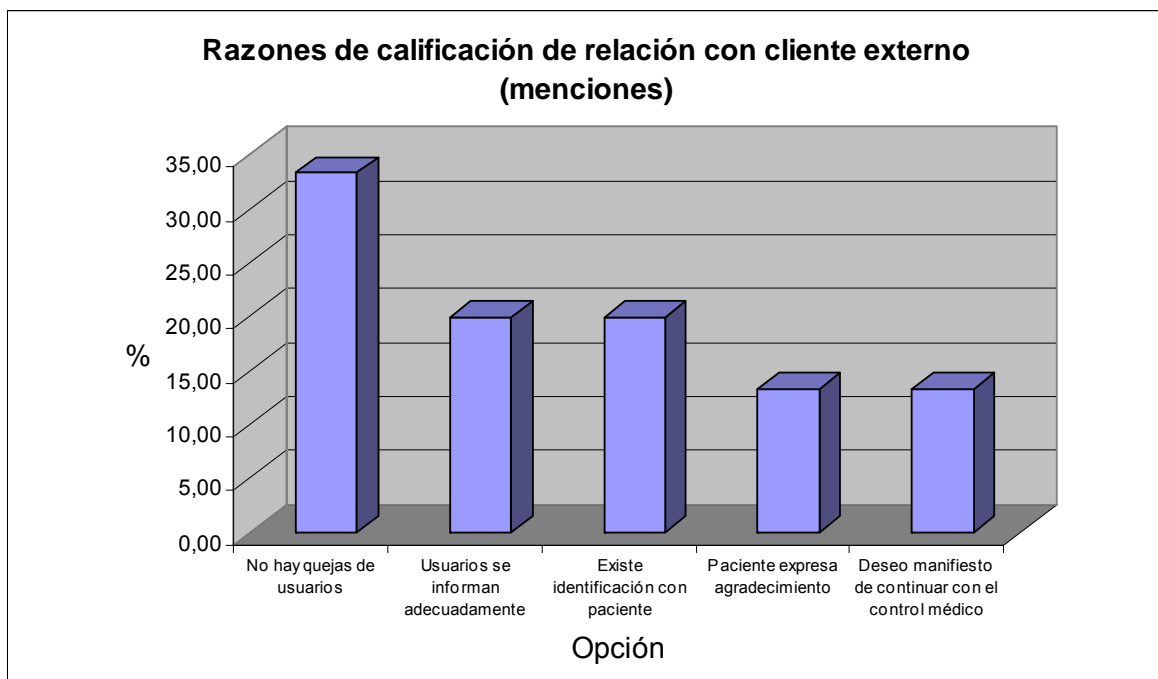
Cuadro 48

| Razones de calificación de la relación con el cliente externo | | |
|---|-----------|---------------|
| Opción | Nº | % |
| No hay quejas de usuarios | 5 | 33,33 |
| Usuarios se informan adecuadamente | 3 | 20,00 |
| Existe identificación con paciente | 3 | 20,00 |
| Paciente expresa agradecimiento | 2 | 13,33 |
| Deseo manifiesto de continuar con el control médico | 2 | 13,33 |
| Total | 15 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

Para la calificación positiva del cuadro 47, se cita sobre todo que no existen quejas de los usuarios (33,33%), la adecuada información que se da a los usuarios (20%), y la identificación con las personas (20%). También se cita el agradecimiento del paciente (13,33%) y el deseo de continuar con el control médico (13,33%). Es decir, la mayoría de las calificaciones se basan en que se piensa que se da un buen trato a las mujeres que acuden a consulta.

Gráfico 41



Fuente: Cuadro 38

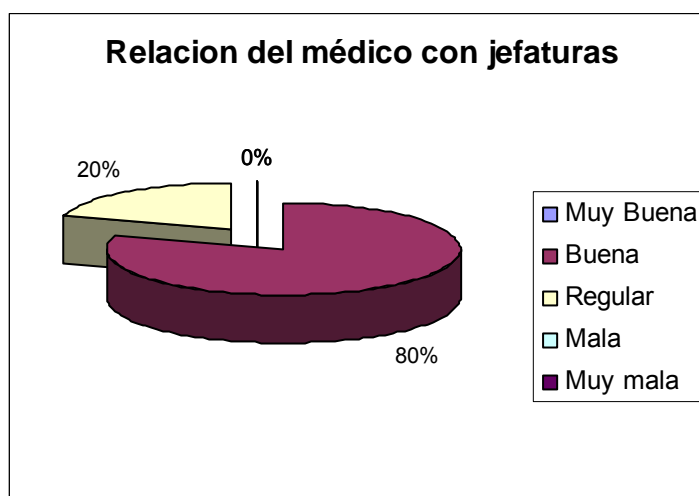
Cuadro 49

| Relación del médico con jefaturas | | |
|-----------------------------------|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Muy Buena | 0 | 0,00 |
| Buena | 4 | 80,00 |
| Regular | 1 | 20,00 |
| Mala | 0 | 0,00 |
| Muy mala | 0 | 0,00 |
| Total | 5 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

El 80% de los médicos expresa que la relación con las jefaturas es buena, y un 20% regular, por lo que la opinión sobre este aspecto es muy positiva.

Gráfico 42



Fuente: Cuadro 39

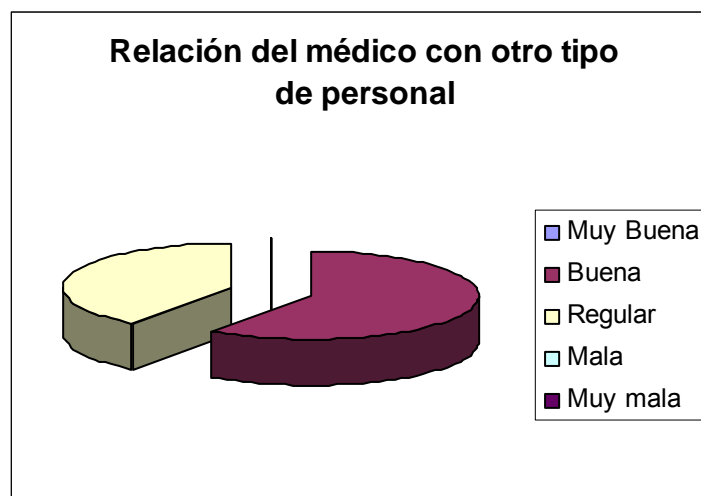
Cuadro 50

| Relación del médico con otro tipo de personal | | |
|---|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Muy Buena | 0 | 0,00 |
| Buena | 3 | 60,00 |
| Regular | 2 | 40,00 |
| Mala | 0 | 0,00 |
| Muy mala | 0 | 0,00 |
| Total | 5 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

La relación con el resto del personal es buena para un 60% y regular para un 40%. Tomando en cuenta todos los datos de los últimos tres cuadros comentados, se destaca que las relaciones se satisfactorias con todas las personas que acuden o laboran en el hospital, a pesar de que los médicos no se encuentran a gusto en su trabajo.

Gráfico 43



Fuente: Cuadro 40

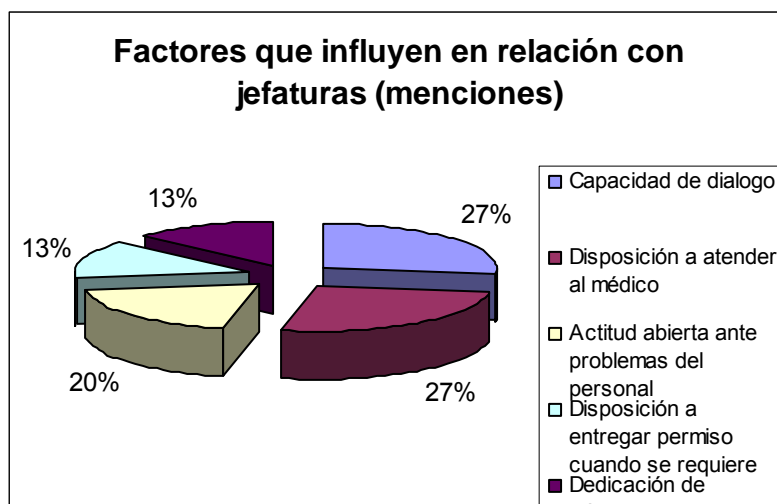
Cuadro 51

| Factores que influyen en la relación con las jefaturas | | |
|--|----|--------|
| Opción | Nº | % |
| Capacidad de dialogo | 4 | 26,67 |
| Disposición a atender al médico | 4 | 26,67 |
| Actitud abierta ante problemas del personal | 3 | 20,00 |
| Disposición a entregar permiso cuando se requiere | 2 | 13,33 |
| Dedicación de jefaturas | 2 | 13,33 |
| Total | 15 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

Cuando se habla de la relación con las jefaturas se destacan la capacidad de diálogo y la disposición de atender al médico (26,67% cada uno), seguido por la actitud ante los problemas (20%), la disposición de entregar permisos cuando se requiere (13,33%) y la dedicación de las jefaturas (13,33%). De esta forma se enfatizan aspectos de relación personal entre el médico y las jefaturas.

Gráfico 44



Fuente: Cuadro 41

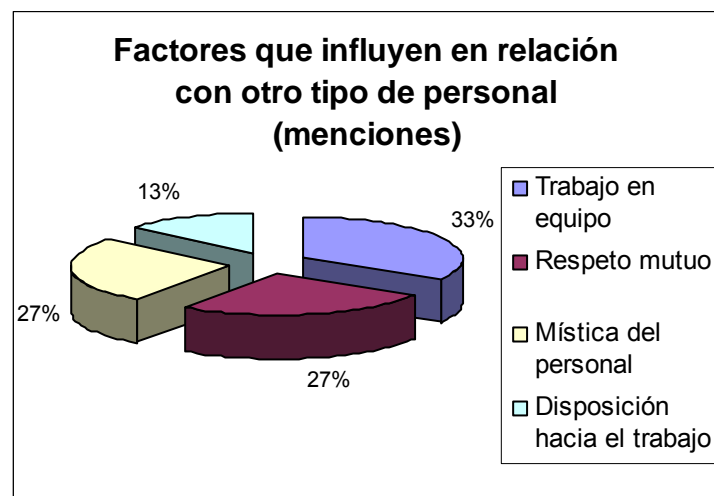
Cuadro 52

| Factores que influyen en la relación con otro tipo de personal | | |
|--|-----------|---------------|
| Opción | Nº | % |
| Trabajo en equipo | 5 | 33,33 |
| Respeto mutuo | 4 | 26,67 |
| Mística del personal | 4 | 26,67 |
| Disposición hacia el trabajo | 2 | 13,33 |
| Total | 15 | 100,00 |

Fuente: Entrevista realizada del 09/05/08 al 15/05/08.

En las relaciones con otro tipo de personal se valoran básicamente el trabajo en equipo (33,33%), el respeto mutuo (26,67%) y la mística del personal (26,67%). También se habla de la disposición hacia el trabajo (13,33%). Se nuevo las relaciones personales son las principales.

Gráfico 45



Fuente: Cuadro 42

CAPITULO V

SOLUCIONES AL PROBLEMA PLANTEADO

Una vez hecho el análisis de los datos recolectados, se hace imprescindible el diseño y/o adopción de un sistema que permita tanto la evaluación como la certificación de los servicios médicos brindados a todas nuestras usuarias en la consulta médica especializada , mediante parámetros y/o estándares internacionales de calidad preestablecidos por la Dirección de Compras de la Caja Costarricense de Seguro Social y que la asignación de recursos financieros por parte del ente comprador hacia sus instituciones proveedoras(clínicas y

hospitales) sea acorde con el alcance de cumplimiento de esos estándares de calidad en la atención médica brindada y no por el alcance de la productividad.

En base a lo anterior se hace la siguiente propuesta de acciones dirigidas a mejorar la atención brindada a las usuarias de los servicios médicos especializados y/no especializados de la CSS.

5.1 Área Física de la Consulta Externa Gineceo-obstétrica

- Renovación completa del área física destinada a la consulta externa del Servicio de Ginecología y Obstetricia, dado que la actual estructura incumple con los estándares mínimos internacionales de una planta física de consulta externa.
- Colocación de unidades de aire acondicionado en la nueva área renovada a efecto de favorecer las condiciones laborales del cliente interno y externo.

5.2 Dimensión administrativa

- Diseño de un sistema de gestión de la calidad, a nivel de la consulta externa especializada, a efecto de monitorear periódicamente la calidad de los servicios médicos brindados y en caso necesario aumentar la satisfacción del cliente interno mediante el cumplimiento de sus requisitos.
- Implementar guías de atención médica con criterios explícitos de calidad en la consulta médica especializada.
- Implementar un sistema de certificación y evaluación de la calidad de los servicios médicos brindados.

- Realización de auditorías internas a intervalos planificados a efecto de determinar si el sistema de gestión de la calidad cumple con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la institución y/o se ha implementado y se mantiene eficaz.
- Medir los niveles de satisfacción del cliente interno y externo de la consulta especializada gineceo-obstétrica periódicamente mediante encuestas de satisfacción, a efecto de la toma de acciones sin demora injustificada para eliminar las inconformidades detectadas y sus causas.
- Poner en práctica controles correctivos cuando así se requiera, a efecto de reducir o eliminar comportamientos indeseables del personal médico (incumplimiento de horarios) y de ese modo hacer valer el reglamento interior de trabajo de la institución.
- Solicitar a la unidad evaluada la evidencia por escrito del:100% de las resoluciones de las quejas, con tiempos de respuesta máximos de: 10días, a las reclamaciones generadas por la insatisfacción de las usuarias en el servicio brindado.

5.3 Recursos Humanos

- Existencia de programas de mejoramiento continuo, orientado a la atención con calidad de las usuarias y evidencia escrita del porcentaje de capacitación del personal en ese tema.
- Capacitación periódica por parte del Departamento de Recursos Humanos al personal involucrado en el proceso de la consulta

externa con el propósito de concienciar al mismo sobre la importancia de sus actividades y de cómo contribuye al logro de la misión y visión de la institución(CSS).

- Contratar el personal idóneo competente a efecto de que el trabajo realizado por éste no afecte la calidad del servicios médico brindado a las usuarias de la consulta especializada.

5.4 Ambiente laboral

- Aumentar la motivación del personal a través de misivas de agradecimiento y/o elogios cuando éste logró el cumplimiento de las metas proyectadas.
- Facilitar al personal la asistencia a pasantías hospitalarias, congresos y/o talleres a efecto de mantenerlo constantemente actualizado profesionalmente.
- Mantener la estructura de recompensas y oportunidades al personal competente (guardias médicas, disponibilidades y/o extras), con el propósito de contar con funcionarios motivados, satisfechos, menor rotación de empleados(inopia) y mayor satisfacción al cliente externo.

CAPÍTULO VI

IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES

Caja Costarricense de Seguro Social
Hospital Monseñor Sanabria
PLAN DE MEJORA CONSULTA EXTERNA
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA

PLAN DE MEJORAS

6.1 Valores, misión y visión

VALORES

- ⇒ Calidad
- ⇒ Compromiso
- ⇒ Equidad
- ⇒ Eficiencia
- ⇒ Eficacia
- ⇒ Ética
- ⇒ Humanidad
- ⇒ Honradez
- ⇒ Moralidad
- ⇒ Responsabilidad
- ⇒ Solidaridad

VISIÓN

Consolidar en el Hospital Monseñor Sanabria a nivel de la Consulta Externa una organización con alto grado de capacitación, motivación y resolución. Tendiente a lograr una atención con eficiencia y calidad que nos de un cliente satisfecho

MISIÓN

Brindar servicios de salud en forma integrada garantizando eficiencia, eficacia y equidad en procura de mejorar la calidad de vida de la población de la Región Pacífico Central.

6.2 Plan

| Objetivo General | Objetivo específico | Actividad | Responsable | Tiempo | Evaluación |
|--|--|---|--|--|--|
| <p>Estratégico N1:</p> <p>Remodelación de la planta física y colocación de aire acondicionado en todos los consultorios de la consulta de ginecología y obstetricia.</p> | No existen | Coordinar con la Dirección Médica, Administración y Servicio de Ingeniería para incorporar proyecto de renovación en el Plan Anual Operativo, con el propósito de calendarizar el inicio de las obras. | <p>Dirección Médica</p> <p>-</p> <p>Administración</p> <p>-</p> <p>Jefatura de Ingeniería y Mantenimiento</p> <p>-</p> <p>Jefatura de Consulta Externa</p> <p>-</p> <p>Jefatura de Ginecología y Obstetricia</p> | Semestre 2009 | <p>Dirección Médica</p> <p>Durante Diciembre del 2008, la Jefatura de Ginecología y Obstetricia, solicitará a la Dirección Médica el espacio para reunión conjunta con las Jefaturas involucradas.</p> |
| <p>Estratégico N°2:</p> <p>Brindar información oportuna y de buena calidad a los clientes internos y externos de la consulta de ginecología y obstetricia.</p> | No existen | Orientar a los servicios que brindan información en la aplicación correcta de las normas por medio de notas tipo circular. | <p>Dirección Médica</p> <p>Jefatura de Consulta Externa</p> <p>Jefatura de Ginecología y Obstetricia</p> <p>Dirección de Enfermería</p> <p>Jefe de REDES</p> | | <p>Jefatura de Ginecología y Obstetricia</p> |
| <p>Objetivos de Organización en la Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia:</p> <p>-Fortalecer el proceso de organización y registro sistematizado en la consulta de Ginecología y Obstetricia</p> | Coordinar esfuerzos con la Jefatura de Consulta Externa a efecto de evitar que el personal a su cargo, solicite expedientes al archivo clínico de pacientes que no figuren en la agenda sistematizada de la consulta diaria. | <p>Evaluación comparativa de la agenda sistematizada en relación a la agenda manejada por la Auxiliar de Remes (secretaria de la Consulta).</p> <p>Capacitación sobre "Servicio al Cliente" y Reglamento Interior de Trabajo al personal auxiliar de REMES a efecto de disminuir la complicidad con los médicos especialistas.</p> <p>-Responsable</p> | <p>Jefatura de Consulta Externa</p> <p>Jefatura de Ginecología y Obstetricia</p> <p>Jefatura de Archivo Clínico</p> <p>Jefatura de REDES</p> | <p>Mensual</p> <p>Semestralmente</p> | <p>Evaluación y análisis del informe diario de consulta, a efecto de medir el rendimiento diario por especialista según el número de horas programadas y horas utilizadas.</p> |

| Objetivo General | Objetivo específico | Actividad | Responsable | Tiempo | Evaluación |
|---|--|--|--|---|--|
| que permita gestionar una atención oportuna y con calidad en el segundo nivel de atención en salud. | Enviar a la Jefatura de Ginecología y Obstetricia el informe diario de la consulta por especialista. | Idem | Asesor Jurídico de la Dirección Médica -Jefatura de Consulta Externa Jefe de Consulta Externa Jefatura de Estadística | Mensual por parte de la Jefatura de Ginecología y Obstetricia. | Aplicar las deducciones salariales pertinentes, según rendimiento del especialista en relación al número de horas programadas y número de horas utilizadas. |
| | Evaluar la calidad del servicio brindado a nuestras usuarias en la consulta de Ginecología y Obstetricia. | Idem | Jefatura de Consulta Externa Jefatura de Ginecología y Obstetricia | Bimensual por parte de las Jefaturas de Consulta Externa y | Impartir charlas y/o talleres sobre gestión de la calidad, al personal involucrado en el proceso de la consulta externa. Encuestas periódicas de satisfacción al cliente interno y externo , con el propósito de implementar mejoras cuando así lo evidencien dichas encuestas. |
| II- Objetivos de Prestación de la Consulta de Ginecología y Obstetricia(C) | 1-Cumplir con el número de consultas pactadas según lo pactado en el Compromiso de Gestión para el año 2008. | 1-Programar mayor número de horas al especialista con mayor rendimiento en la consulta externa. 1-Recompensar al personal eficiente por medio del otorgamiento de permisos para asistencia a: congresos, talleres y/o pasantías | Jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia | III y IV Trimestre 2008 | Dirección Médica |
| | 2-Aumentar a un 7% el número de ALTAS, a efecto de eliminar paulatinamente los "carruseles" y poder disminuir los plazos de espera en la consulta de ginecología y | Motivar al personal secretarial y médico a incrementar el número de sustituciones de pacientes ausentes. Muestreo estadísticamente representativo de expedientes médicos de pacientes | Jefatura de la Consulta Externa Jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia | Mensual | Jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia |

| Objetivo General | Objetivo específico | Actividad | Responsable | Tiempo | Evaluación |
|--|---|---|--|--|--|
| Objetivos Generales de Calidad en la Consulta de Ginecología y Obstetricia | obstetricia. - Lograr una atención ambulatoria oportuna integrando en forma eficiente los servicios de apoyo con el fin de mejorar la calidad del servicio médico brindado y disminución de los tiempos de espera. | valoradas en la consulta, a efecto de valorar si su condición médica amerita continuación o no de control en nuestro hospital. Hacer un análisis de la utilización de la Consulta de Ginecología y Obstetricia para corregir anomalías. Coordinar con las diferentes Jefaturas para evitar el extravío de exámenes de laboratorio, radiografías y biopsias. | Jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia Jefaturas de Servicio involucradas en el proceso | III y IV Trimestre 2008 III y IV Trimestre 2008 | Trimestral por la Jefatura de Ginecología y Obstetricia Al finalizar el III Trimestre 2008 por parte de la Jefatura de Ginecología y Obstetricia. |
| Objetivo específico de calidad en la Consulta de Ginecología y Obstetricia | Analizar el papel de los servicios de apoyo en la prolongación de los tiempos de espera para el otorgamiento de citas. Plan de mejoramiento en los tiempos de espera. | Análisis de los tiempos de espera en los servicios de apoyo y el impacto que puedan tener en la Consulta de Ginecología y Obstetricia. Efectuar un plan de mejoramiento de los tiempos de espera en la consulta de ginecología y obstetricia. | Jefe de Consulta Externa - Jefe de Ginecología y Obstetricia Jefaturas de Servicio involucradas en el proceso | III y IV Trimestre 2008 III y IV Trimestre 2008 | Enero 2009 por parte de la Jefatura de Consulta Externa y Jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Idem. |

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

Según el objetivo del presente estudio y los resultados obtenidos, se puede concluir lo siguiente:

1- A pesar de que la condición estructural de las instalaciones, en donde se desarrolla la consulta especializada de ginecología y obstetricia se encuentra por debajo de los estándares internacionales, la gran mayoría de las usuarias obvió dichas condiciones de deterioro, brindando mayor importancia a la atención médica recibida.

2- Es evidente que la inopia de especialistas gineco-obstétricos, determina largos plazos para el otorgamiento de citas y por ende la percepción negativa de nuestras usuarias de la misión que promueve nuestra institución a nivel nacional.

3- Cabe resaltar la satisfacción de nuestras usuarias de la atención recibida por parte del personal de enfermería, hecho que nos refuerza la idoneidad y mística existente en la gran mayoría del personal contratado y asignado a la consulta externa.

4- A pesar de que los porcentajes de rendimiento de la consulta de ginecología y obstetricia en el año 2007, a primera vista resultan satisfactorios (85,1%), al determinar la diferencia entre las horas contratadas contra las horas utilizadas, constatamos que el desfase existente de: -315:21 Horas equivale a un gasto de: Colones 15,305.651.00 por año.

5- Como puede observarse en el cuadro comparativo del rendimiento de la consulta especializada en ginecología y obstetricia de los otros hospitales regionales de la Caja Costarricense de Seguro Social, experimentaron un comportamiento similar al Hospital Monseñor Sanabria dado el rendimiento alcanzado de: (88,8%), a primera vista cualquier gerente deduciría, que dicho rendimiento puede considerarse satisfactorio. Sin embargo al realizar el costo que implicó el no alcance del: 100% del rendimiento esperado del personal contratado obtenemos lo siguiente:

-al realizar el balance del total de horas contratadas y las horas utilizadas, obtenemos un total general de: 2.213.00Hrs ociosas, representando un costo de: Colones 107,456.640.00, bajo el supuesto que el cálculo de las horas ociosas se haga en base al precio promedio de los salarios devengados por los especialistas del Hospital Monseñor Sanabria.

6- El incumplimiento del rendimiento esperado del personal a nivel de la consulta externa conlleva a:

- aumento de los costos de operación y administrativos

- desaprovechamiento de la capacidad instalada

- incrementar los plazos de la lista de espera en la consulta externa especializada

- cambio de la percepción de nuestras usuarias respecto a su satisfacción de la atención médica recibida.

- incumplimiento por parte de la institución de brindar a nuestras usuarias servicios médicos seguros y con mínimo de estándares de calidad.

7- La encuesta realizada al cliente interno reflejo un alto grado de satisfacción para la institución para la cual laboran, hecho que se constituye en una oportunidad para el cliente externo de garantizarle servicios médicos de calidad, la gran mayoría de veces que acuda a la consulta externa especializada.

7.2 Recomendaciones

1-Instar a la Jefatura de Consulta Externa y a la Dirección Médica del Hospital Monseñor Sanabria, a realizar las mejoras pertinentes del área física destinada al desarrollo de la consulta especializada de Ginecología y Obstetricia.

2- Enviar diariamente a la Jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia, copia del informe diario de la consulta externa, a efecto de poder monitorear oportunamente el cumplimiento de horarios por parte de los médicos especialistas.

3- Unificar criterios con la Jefatura de Consulta Externa, a efecto de establecer la prohibición de valorar recargos en la consulta diaria de los especialistas, con el propósito de poder brindar una consulta de calidad acorde con los parámetros establecidos internacionalmente para una consulta especializada.

4- Analizar los tiempos de espera a que la usuaria se ve sometida diariamente, hasta el momento que es atendida por el médico especialista, mediante la aplicación de encuestas de satisfacción al cliente.

Propuesta

-Área Física de la Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia

Como se ha establecido el área física es uno de los principales problemas del hospital, esto hace que sea necesario mejorar el áreas de consultorios, pasillos, servicios sanitarios, y área total. En total se trata de dedicar un área de 111,89 m² a infraestructura con un costo de más de veintidós millones de colones.

Necesidades de Infraestructura

| | |
|------------------------------|-----------------------|
| Área de consultorios | 38,95 m ² |
| Área de pasillos | 61,61 m ² |
| Área de servicios sanitarios | 8,00 m ² |
| Área lavado instrum. | 3,33 m ² |
| Área total | 111,89 m ² |
| Costo total | 22,378.000.00 |

Con respecto al equipamiento, se requiere adquirir en cada consultorio una camilla de exploración, un set diagnóstico de pared, una lámpara de cuello de ganzo, y un aire acondicionado, con un costo total de ¢2.250.000

Costo de necesidades de equipamiento (colones)

| | |
|--------------------------|--------------|
| Camilla de exploración | 200.000.00 |
| Set diagnóstico de pared | 300.000.00 |
| Lámpara cuello ganzo | 50.000.00 |
| Aire acondicionado | 300.000.00 |
| Costo p/consultorio | 850.000.00 |
| Costo total general | 2.250.000.00 |

-Dimensión Administrativa

-Recurso Humano

Con respecto a los recursos humanos, ha quedado claro que hace falta que exista una menor carga de trabajo algo que fue señalado por todos los consultados, lo que implica revisar horarios y contratar nuevo personal.

También muchas enfermeras (as) y secretarios (as) señalaron que tienen poca estabilidad laboral, además de que tienen problema con el hacinamiento en la consulta. Esto hace que sea necesario por un lado gestionar que muchas personas en interinazgo pasen a propiedad, y por otro que se aumente la superficie disponible de atención al cliente.

-Ambiente Laboral

El ambiente laboral se considera satisfactorio en términos, sin embargo existe la creencia de parte de algunos miembros de que se necesita mejorar las relaciones con los compañeros y sobre todo con las jefaturas.

Para solucionar lo anterior, se tiene que propiciar por parte del hospital la dilución y el dialogo entre las partes. A este respecto sería bueno que se hiciera una reunión donde todas las personas externaran sus opiniones sobre la temática, y plantearán sus propias soluciones.

También es indicado organizar charlas sobre calidad en el servicio al cliente y clima organizacional, la que tendrían las siguientes características:

- Duración de ocho horas
- Costo de \$9000
- Requerimiento de un especialista en motivación y otro en relaciones organizacionales.

Bibliografía

Arce Ramírez, (Arturo)- Sánchez Arguedas (Juan Carlos), Avances del proceso de Reforma de la Caja Costarricense de seguro Social, Unidad Coordinadora Proyecto de Reforma Avances del Proceso de Reforma de la Caja Costarricense de seguro Social, Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia de Modernización Y Desarrollo, 2001.

Balcells, (1994).

Castro Valverde (Carlos), La reforma del Sistema Nacional de Salud: Estrategias, avances, perspectivas, San José, Costa Rica, Asesorías Organizacionales, 1998.

Cosialls i Pueyo (Delfi), Gestión Clínica y Gerencia de Hospitales, Madrid:España, Ediciones Harcourt, S.A., 2000.

Esquiza Escudero (Juan José), Gestión Hospitalaria: Nueva tendencia, Revista Valenciana Estudios Autonómics, 1999.

Gómez Barrantes, Miguel. (2007). Elementos de estadística descriptiva. San José: EUNED.

Gordon (Judith R.), Comportamiento Organizacional, México, Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A., 1997.

Hernández Sampieri, Roberto., Carlos Fernández Collado y Pilar Baptisa Lucio. Metodología de la investigación. México: Mac Graw Hill, 2da edición, 2006.

Jaramillo Antillón (Juan), Principios de Gerencia y administración de servicios médicos y hospitales, 1° Edición, San José: Costa Rica, Editorial nacional de Salud y Seguridad Social, 1998.

Jiménez fonseca, s.a, (Elías), Hacia el futuro: El Plan de Reforma del sector Salud, se, sa.

Katz (Jorge), Lanza (Aquiles), Peña Mohr (Jorge), Septién González, José Manuel, Testa (Mario) y Veronelli (Juan Carlos), La salud en América Latina, Aspectos prioritarios de su administración, México, Fondo de Cultura Económica, 1983.

Malagón-Londoño (Alfonso), Galán Morera (Ricardo), Pontón Laverde (Gabriel), Dueñas Padrón (Abel), Gómez Triviño (Héctor), Administración Hospitalaria, 2° Edición, Bogotá, Editorial Médica Internacional LTDA, 2000.

Martínez (Alcira), Martínez (Raúl), Gurdían, (Carlos), Chavez (Alvaro), La Gestión Clínica para el Primer Nivel de Atención: Algunos elementos. 1 ed. - San José, Costa Rica, CENDEISS, 2003.

Ministerio de Salud, Instituto Nacional de las Mujeres, Caja Costarricense de Seguro Social y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres, 2001.

Mohs (Edgar), Políticas y estrategias de salud, s.e., sa.

Pineda, Elia Beatriz, Eva Luz de Alvarado y Francisca Hernández de Canales. Metodología de la Investigación. Organización Panamericana de la Salud. s.e., sa.

Robbins P. (Stephen), Fundamentos de Comportamiento Organizacional, 5° Edición, México, Prentice-Hall Hispanoamericana, S. A., 1998.

Tamayo, M. (1994) **El proceso de la investigación científica**. México: Limusa.

Tamayo, M. (2004) **Diccionario de la investigación científica**. México: Limusa.

Trabajos finales de graduación

Aguirre Rodríguez (Edgar), Alvarez Gamboa (Manuel) y Rojas Betancur (Max), Propuesta de un Modelo de Gestión Financiera para el Hospital San Rafael de Alajuela Ante el Proceso de Desconcentración Hospitalaria, Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Administración de Negocios con Énfasis en Finanzas, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Costa Rica, 2001.

Fernández Hernández (Rodrigo), Torres Fernández (Nuria Cristina) y Elizondo Sibaja (Fulvio), Calidad de Atención en la Clínica del Cantón de Buenos Aires, Práctica de investigación: Informe Final, Maestría en Salud Pública, Sistema de estudios de Posgrado, Universidad de Costa Rica, 1997.

Leyes y reglamento

Ley de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, N° 7852 del 30 de noviembre de 1998

Reglamento General de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Direcciones en internet

Arce Ramírez (Arturo), Sánchez Arguedas (Juan Carlos), Avances del proceso de Reforma de la Caja Costarricense de seguro Social, Unidad Coordinadora Proyecto de Reforma Avances del Proceso de Reforma de la Caja Costarricense de seguro Social, Caja Costarricense de Seguro Social, Gerencia de Modernización Y Desarrollo, 2001.

<http://geosalud.com/Reforma%20Sector%20Salud/Avances%20Proceso%20de%20Reforma%202.PDF>

MINSA (2005). Norma técnica para la evaluación de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud. Perú, MINSA. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/p2005/documentos/Proyectos/Norma%20T%C3%A9cnica%20del%20FON.doc>

Página web Caja Costarricense de seguro Social.

<http://www.ccss.ca.cr>

Página web del Ministerio de Salud, Costa Rica.

<http://www.ms.go.cr>

ANEXOS

ANEXO 1**CUESTIONARIO A FUNCIONARIOS (AS) DE LA CONSULTA
GINECO-OBSTETRICA**

Edad: _____

Sexo: _____

Especialidad: _____

Años de trabajar en el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas: _____

Estimada señor (a), por este medio me permito saludarle y a la vez solicitarle permiso para realizar las siguientes preguntas para la investigación titulada: "Análisis de la capacidad resolutive en la consulta externa especializada de Gineco-Obstetricia" como parte de los requisitos para optar al grado de en el

Conteste con una equis en las opciones seleccionadas o desarrolle las preguntas abiertas que se le presenten.

A. Estructura organizativa

1. Existe una adecuada coordinación del personal de los servicios gineco-obstétrica

- Siempre
- Casi siempre
- De vez en cuando
- Casi nunca
- Nunca

Explique:

2. Se presenta una adecuada supervisión del personal de los servicios gineco-obstétricos:

- Siempre
- Casi siempre
- De vez en cuando
- Casi nunca
- Nunca

Desarrolle:

3. Las normas y los procedimientos escritos son claros y precisos

- Siempre
- Casi siempre
- De vez en cuando
- Casi nunca
- Nunca

Fundamente:

4. Las normas y los procedimientos favorecen una adecuada atención del paciente:

- Siempre
- Casi siempre
- De vez en cuando
- Casi nunca
- Nunca

¿Por qué?

B. Proceso de consulta y tratamiento

5. ¿Qué pasos están incluidos dentro del proceso de consulta y tratamiento gineco-obstétrico?

6. ¿Qué tareas involucran cada uno de esos pasos?

7. Los pasos y las tareas permiten una adecuada atención:

- Siempre
- Casi siempre
- De vez en cuando
- Casi nunca
- Nunca

Razone:

8. El grado de coordinación de las actividades de consulta con las de tratamiento es:

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

Fundamente:

C. Recursos brindados por la CCSS

9. ¿Se tienen los equipos necesarios para la atención gineco-obstetrica?

- Si
- No

Razone:

10. ¿Se poseen suministros suficientes para la atención gineco-obstetrica?

- Si
- No

Explique:

11. ¿Los suministros cumplen con los requisitos de calidad?

- Si
- No

Desarrolle:

12. ¿Las autoridades de la CCSS cumplen con el otorgamiento de recursos en la consulta gineco-obstetrica?

- Siempre
- Casi siempre
- De vez en cuando

- Casi nunca
- Nunca

¿Porqué:

D. Resultados

13. ¿Cuáles es el tiempo en días para ser atendido en la consulta gineco-obstétrica?

14. ¿Cuáles el tiempo de atención en minutos con el médico en la consulta gineco-obstétrica?

15. ¿Se da un adecuado tratamiento a la paciente?

- Siempre
- Casi siempre
- De vez en cuando
- Casi nunca
- Nunca

¿Por qué?

16. ¿Qué tan satisfecho están las pacientes con el servicio?

- Demasiado
- Mucho
- Algo
- Poco
- Nada

Razone:

17. ¿Cómo califica la calidad del servicio que brindan?

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

Desarrolle:

ANEXO 2**CUESTIONARIO A PACIENTES DE LA CONSULTA GINECO-
OBSTÉTRICA**

Edad: _____

Residencia: _____

Número de hijos (as): _____

Estimada señora (ita), por este medio me permito saludarle y a la vez solicitarle permiso para realizar las siguientes preguntas para la investigación titulada: “Análisis de la capacidad resolutive en la consulta externa especializada de Gineco-Obstetricia” como parte de los requisitos para optar al grado de en el

Conteste con una equis en las opciones seleccionadas o desarrolle las preguntas abiertas que se le presenten.

Variable resultados

1. ¿Cuáles es el tiempo en días para ser atendido en la consulta gineco-obstétrica?

2. ¿Cuál el tiempo de atención en minutos con el médico en la consulta gineco-obstétrica?

3. ¿El médico le da una adecuada atención en el consultorio?

- Siempre
- Casi siempre
- De vez en cuando
- Casi nunca
- Nunca

Explique:

4. ¿El médico le da un tratamiento adecuado?

- Siempre
- Casi siempre
- De vez en cuando
- Casi nunca
- Nunca

¿Por qué?

5. ¿Qué tan satisfecho está con el servicio gineco-obstétrico?

- Demasiado
- Mucho
- Algo
- Poco
- Nada

Razone:

6. ¿Cómo califica la calidad del servicio que brindan?

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

Desarrolle:
