

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**OPINION ACERCA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO
DE LA CLINICA DE LA U.A.N.L**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA:

LAURA GONZALEZ GARCIA

MARZO DE 1999

REVISOR

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

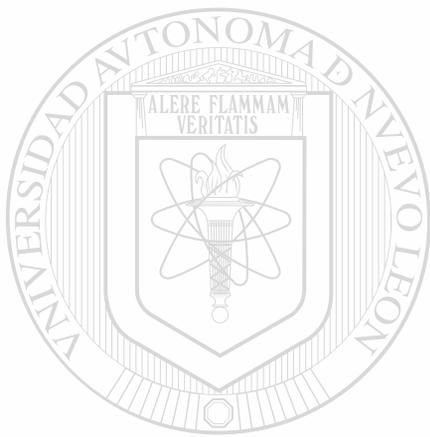
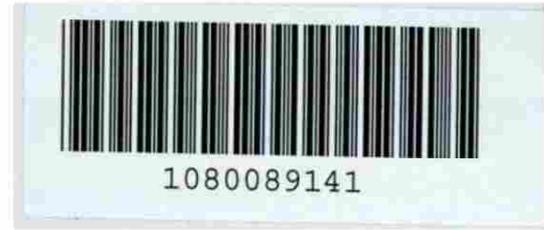
1000

1000

OPINION ACERCA DELA CALIDAD EN EL SERVICIO

DEL SERVICIO

L. G. G.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

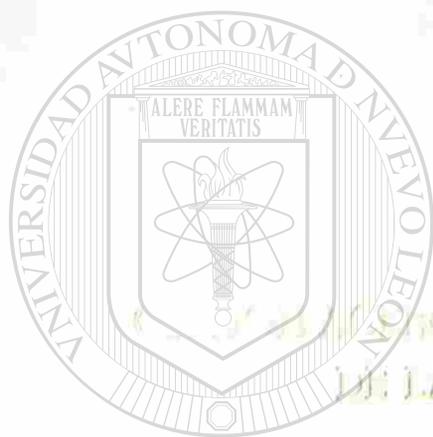


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

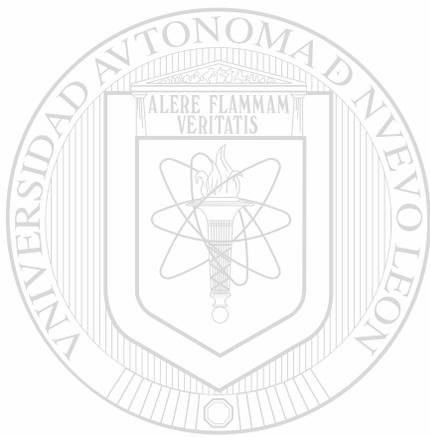
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

LAURA GONZÁLEZ GARCÍA

2023

TM
RA 984
.M
76



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

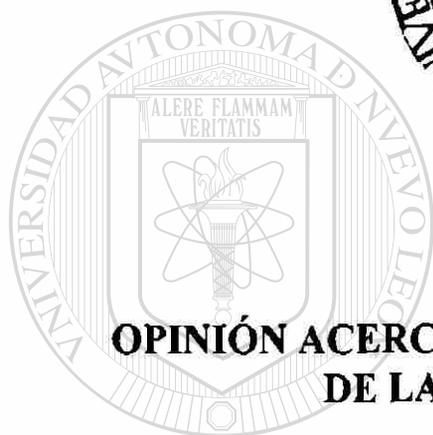
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**OPINIÓN ACERCA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO
DE LA CLÍNICA DE LA U.A.N.L.**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRÍA
EN TRABAJO SOCIAL PRESENTA

LAURA GONZÁLEZ GARCÍA

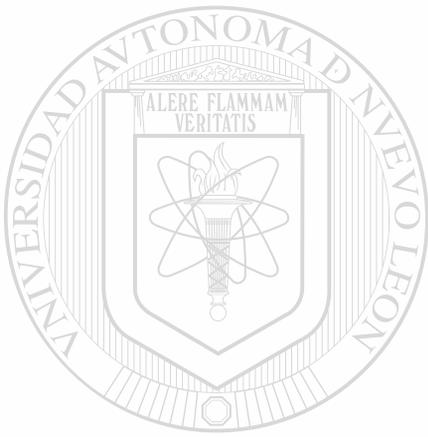
ASESORES DE LA TESIS
DR. JAVIER ÁLVAREZ BERMUDEZ
Y DR. MANUEL RIBEIRO FERREIRA

MARZO DE 1999

Pertecemos a una especie inteligente y el uso de nuestra inteligencia nos proporciona placer. El cerebro es como un músculo, cuando lo usamos nos sentimos muy bien.

Entender da alegría

Carl Sagan (1979)



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

A quien corresponda:

Los suscritos, Miembros de la Comisión de Tesis de Maestría de la
Lic. LAURA GONZÁLEZ GARCÍA

hacen constar que han evaluado y aprobado la Tesis **"OPINIÓN DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE LA CLÍNICA DE LA U.A.N.L."**, en vista de lo cual extienden su autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Maestría en Trabajo Social.



DR. MANUEL RIBEIRO FERREIRA
ASESOR DE LA TESIS



FACULTAD DE
TRABAJO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS
DE POSTGRADO



R. RAÚL EDUARDO LÓPEZ ESTRADA
MIEMBRO DE LA COMISIÓN
DE TESIS



MTRA. LUZ AMPARO SILVA MORÍN
MIEMBRO DE LA COMISIÓN
DE TESIS



LIC. MARIA IRENE CANTÚ REYNA
DIRECTORA DE LA FACULTAD
DE TRABAJO SOCIAL

Monterrey, N. L. a 23 de Marzo de 1999

AGRADECIMIENTOS :

En primer término, deseo hacer mención de que se realiza el presente trabajo gracias a una beca de apoyo económico otorgada por la U.A.N.L. a través del Director de Intercambio Académico y Becas de Posgrado, el Dr. Rogelio González Castillo sin cuyo apoyo no habría sido posible el desarrollo de este estudio.

Además agradezco el apoyo de la Directora de la Facultad de Trabajo Social la Lic. Ma. Irene Cantú Reyna y a la Directora de la División de Estudios de Posgrado de la misma Facultad Mts. Luz Amparo Silva Morín por su orientación y comprensión en todo momento.

Gracias por el apoyo de mis asesores de tesis, el Dr. Javier Álvarez Bermudez y el Dr. Manuel Ribeiro Ferreira por su dedicación y responsabilidad al orientar este trabajo.

Es importante mencionar mi agradecimiento al Director de la Clínica para Trabajadores de la U.A.N.L. el Dr. Fernando Pérez Chávez por su autorización a este trabajo, así como a la Lic. Adriana Garza, del departamento de Relaciones Públicas por su valiosa colaboración y en general a todo el personal quienes nos recibieron con amabilidad los días que se visitó la clínica. Así mismo reitero mi agradecimiento a todas y cada una de las personas entrevistadas que nos dieron sus valiosas opiniones con amabilidad y paciencia.

También es importante mencionar a los alumnos entrevistadores, codificadores y capturistas por su trabajo excelente y profesional.

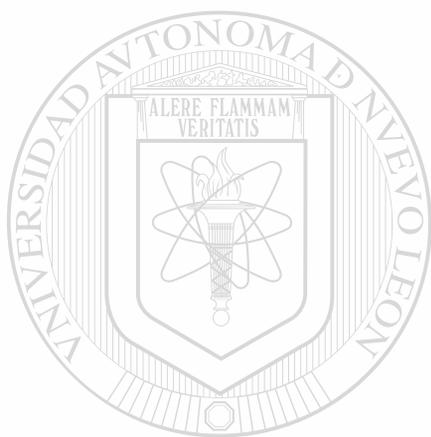
A los señores Lic. Pedro García Martínez y la señora Josefina Cuevas Contreras por su ayuda profesional en la maquetación, diseño e impresión final de este trabajo.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A todos ellos

Muchas Gracias



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

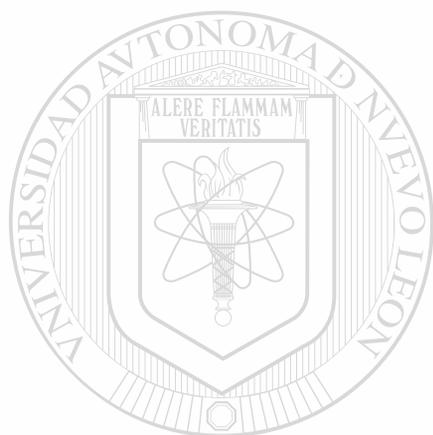
En especial a mi Familia, mi esposo e hijos quienes con amor y paciencia me apoyaron y esperaron el momento que ahora llega.

Gracias.

ÍNDICE

	Pag.
Agradecimientos -----	
Lista de Graficas	
Lista de Cuadros	
INTRODUCCIÓN -----	1
I.- OPINIÓN PÚBLICA, CALIDAD EN LOS SERVICIOS Y CULTURA DE LA SALUD -----	12
1.- El fenómeno de la opinión pública -----	12
1.1.- Concepto de opinión pública	
1.2.- Dimensiones Psicológicas y Sociológicas de la opinión pública	
1.3.- Impacto de la opinión pública en las organizaciones	
2.- La calidad en el servicio en el área de salud -----	25
2.1.- Calidad en servicios	
2.2.- Calidad en el servicio en las organizaciones de salud	
2.3.- Problemas y obstáculos en instituciones de salud	
3.- Cultura de la salud -----	39
3.1.- Educación para la salud y participación de la comunidad	
3.2.- Relación de las características socioeconómicas del usuario con la cultura de la salud	
3.2.1.- Características socioeconómicas y la salud	
II.- PROCEDIMIENTOS -----	45
1.- Estructura física y organizacional de la clínica de la U.A.N.L..	45
2.- Aspectos Metodológicos -----	49
3.- Descripción del Universo -----	49
4.- Elección de la muestra -----	49
5.- Recolección de datos -----	50
5.1.- Elaboración del Instrumento	
5.2.- Prueba Piloto	
5.3.- Capacitación a Encuestadores	
5.4.- Levantamiento de datos	
5.5.- Procesamiento de datos	
6.- Descripción de variables -----	52

III.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS -----	56
1.- Perfil de la Población entrevistada -----	56
2.- Opiniones y Sugerencias -----	60
3.- Relación entre variables -----	74
CONCLUSIONES -----	81
SUGERENCIAS -----	83
Bibliografía	
Anexos	



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

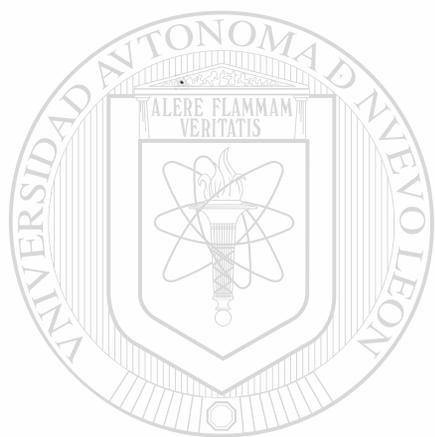
LISTA DE GRÁFICAS

	Pag.
1.- Puesto del entrevistado -----	58
2.- Edad del entrevistado -----	59
3.- Opinión del estacionamiento -----	62
4.- Opinión acerca de los consultorios -----	63
5.- Opinión acerca de los baños -----	64
6.- Opinión acerca del personal administrativo-----	67
7.- Es adecuado el procedimiento de citas -----	68
8.- El tiempo de espera para consulta -----	68
9.- El tiempo de consulta es-----	69
10.- Lo atienden con prontitud sin cita -----	70
11.- Recibe información sobre programas y servicios -----	71
12.- Calificación que le dá a la clínica -----	77

LISTA DE CUADROS

	Pag.
1.- Distribución de la muestra por dependencia -----	57
2.- Escolaridad del entrevistado -----	58
3.- Sexo del entrevistado -----	59
4.- Opinión de los departamentos -----	60
5.- Opinión concentrada de los departamentos -----	61
6.- Sugerencias -----	61
7.- Opinión acerca de la sala de espera -----	62
8.- Opinión del laboratorio -----	63
9.- Opinión acerca de las instalaciones -----	64
10.- Sugerencias acerca de las instalaciones -----	65
11.- Opiniones acerca del médico -----	66
12.- Sugerencias acerca del médico -----	66
13.- Sugerencias al personal administrativo -----	67
14.- Tiempo de consulta -----	69
15.- Sugerencias al sistema de citas -----	70
16.- Recibe información sobre requisitos -----	71
17.- Opinión acerca del procedimiento de incapacidades -----	72
18.- Aspectos positivos de la clínica -----	72
19.- Aspectos negativos de la clínica -----	73
20.- Relación de opinión y escolaridad -----	75
21.- Relación de opinión e información -----	76
22.- Relación de opinión e instalaciones -----	77

23.-	Relación de opinión y trato del personal -----	78
24.-	Relación de opinión y tiempo de consulta -----	79
25.-	Relación de opinión y trato del médico -----	80

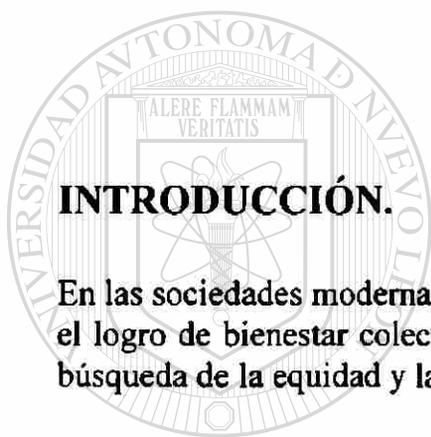


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



INTRODUCCIÓN.

En las sociedades modernas se presenta de diferentes formas el concepto de “bienestar”; el logro de bienestar colectivo se convierte en una de las metas más importantes en la búsqueda de la equidad y la justicia.

Es así como cada sociedad en diferentes momentos históricos ha ido estructurando un aparato que permita el disminuir las desigualdades sociales, esto es a través de las llamadas políticas de bienestar social, entre las que están las políticas de educación, de vivienda, de empleo y las de salud entre otras.

En lo que a la salud respecta, los gobiernos de las naciones modernas, así como la acción de agencias no gubernamentales, han tratado de lograr que los beneficios de los avances de la medicina se reflejen en el bienestar físico y emocional de todas las personas en todas las capas de la sociedad.

México no ha sido una excepción a este propósito, y desde hace ya varias décadas (particularmente desde la época posterior a la revolución de 1910) ha ido construyendo un sistema de salud cuyo propósito es hacer llegar a todos los ciudadanos la atención básica en materia de salud, tratando de reducir así las tasas de morbilidad y mortalidad.

Si bien es cierto que en los primeros pasos del nuevo régimen producto de nuestra fuerza civil las condiciones imperantes favorecieron el desarrollo de políticas con enfoque cuantitativo, no menos cierto es que, los tiempos actuales y el ingreso a la “post-modernidad” exigen que dichas políticas (y los programas y servicios, que de ella derivan) se focalicen cada vez más hacia la consolidación de la calidad.

En términos generales, diversos factores sociales, económicos y culturales, tales como las condiciones de inestabilidad económica, de contaminación ambiental y de insalubridad en las viviendas, aunada a los desequilibrios o disfuncionalidades de nuestra anatomía humana, ya sea natural o hereditaria, producen diversos problemas de salud. Se considera que la salud debe ser analizada en un sentido amplio, pues para la Organización Mundial de la Salud, ésta no significa sólo la ausencia de enfermedad, sino “un estado completo de bienestar físico y mental en un contexto ecológico y social” (Hernán, 1981:28).

En México, lo mismo que en muchos otros países, como producto de innumerables luchas sociales y sindicales, este propósito se convierte en un derecho y surge la Seguridad Social con el fin de impulsar los servicios y prestaciones al trabajador y su familia en necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación. Pero con el desarrollo y crecimiento de las organizaciones sociales, las instituciones dedicadas a la salud resultan insuficientes para lograr la cobertura de nuevas problemáticas; por esto surgen instituciones de salud no gubernamentales, creadas por empresas o instituciones que tratan de cubrir las deficiencias del servicio de salud, dando atención a sus trabajadores. Tal es el caso, por ejemplo, de la clínica para trabajadores del Grupo Industrial Vitro, la Clínica Nova del Grupo Hylsa, la Clínica Cuahutémoc del Grupo Cervecería Cuahutémoc, la Clínica para Maestros de la Sección 50 entre otras. En este caso se ubica la Clínica para Trabajadores de la U.A.N.L., que es donde se realiza el presente estudio.

Para el logro de objetivos propuestos en cualquier institución de salud, es necesario tomar en cuenta diversos aspectos que son señalados como básicos para el mejoramiento del servicio, entre éstos está la calidad en la atención al usuario, entendiendo calidad como “La resultante total de las características del producto o servicio, a través del cual se satisfacen las esperanzas del cliente” (Armand U. Feigonbaum, 1991).¹

La calidad es un concepto que nace en el ámbito empresarial o de la mercadotecnia y que se proyecta y es referido a una gran cantidad de aspectos. Así, podemos hablar de calidad en la producción, pero también se puede aplicar a la comunicación, a la alimentación o a la salud. Siendo los conceptos de la calidad tan importantes en la mejora del ámbito de que se trate, es posible aplicar estos conceptos, pero con un enfoque social, al ámbito de la salud.

Aún a pesar de todas las reflexiones que esto trae, es posible emprender la mejora de los servicios de la salud a la luz de los principios de calidad; en este sentido uno de los principios es el que se refiere a entender al cliente, pues para el logro de mejoras, según Keith (1991), habrá que hacer el esfuerzo para conocer lo que el cliente necesita o piensa de la organización.

1.- Citado por Guajardo (1994:1)

Cuando hablamos de servicios, la calidad no puede ser vista como algo absoluto, es más bien una elaboración que la gente realiza y que se refiere a la manera en que dicho servicio cumple con sus expectativas, así el concepto de calidad de un servicio puede variar según lo coloquemos en la óptica del que oferta el servicio o del beneficiario del mismo.

Si tomamos en cuenta que en toda institución de salud el cliente es el usuario del servicio, decimos que es importante entonces conocer su opinión como uno de los pasos para el logro de mejoras en el servicio que se brinda.

La opinión es un fenómeno que ha sido estudiado por diferentes teóricos (Ribadeneira, 1984; Palencia, 1990; Soetzel 1973) y aunque no existe una definición concreta, se sabe que connota sentimientos, creencias e ideas acerca de algo y que afectan y condicionan el éxito o fracaso de una organización. De ahí que se deduce la importancia de generar mecanismos mediante los cuales se descubra el sentir del usuario para el logro de mejores resultados en los objetivos de cualquier organización social incluyendo a las instituciones de salud.

Es evidente que los asuntos relacionados con la salud son importantes, en tanto que para el desarrollo de toda organización es indispensable que los miembros de ésta tengan satisfechas sus necesidades básicas entre las cuales está la salud integral y la seguridad de que se brindarán los servicios necesarios para lograrla.

Por lo anterior es importante iniciar acciones para encontrar la mejora continua del servicio que se brinda en toda institución de salud.

El trabajo social es una disciplina que se preocupa por el bienestar del ser humano y desde su origen ha tenido intervenciones importantes en el área de salud, se interesa primordialmente por la expresión de problemas y necesidades, para de ahí partir a nuevas alternativas en vías de lograr el Bienestar Social.

Así que, desde la perspectiva del trabajo social apoyada en las teorías psicológicas y sociológicas referidas al fenómeno de la opinión pública, en esta investigación se pretende captar con especial interés las sugerencias del usuario que puedan proporcionar un punto de partida para lograr mejoras en cualquier institución de salud.

De tal suerte, el presente estudio fue realizado en la clínica para trabajadores de la U.A.N.L. y tuvo el objetivo de conocer la opinión del usuario de la clínica de la U.A.N.L. sobre la calidad en el servicio que se le presta, así como los factores que influyen en dicha opinión. Los objetivos específicos fueron el conocer la opinión del usuario sobre la calidad en el servicio de cada uno de los departamentos y del personal que colabora en ellos y sobre la calidad de la estructura física de la clínica, así como también el obtener propuestas del mismo usuario para el logro de mejoras en la clínica.

Así mismo se consideró importante conocer la relación entre factores como instalaciones físicas, trato del personal, información que posee el usuario, variables

sociodemográficas (sexo, escolaridad, edad), procesos administrativos con la opinión que el usuario tiene acerca de la calidad en el servicio.

Por esto, en el presente estudio de acuerdo con el objetivo planteado, se trabaja sobre las ideas fundamentales de deseos a los que el usuario responde al expresar una opinión tales como de conservación y de placer, además los sentimentales y por otro lado, la influencia de la cantidad de información que posee el usuario en su opinión, así es como se plantean las siguientes preguntas de investigación :

- 1.- ¿Qué relación existe entre la escolaridad del usuario y la opinión que tiene acerca de la calidad en el servicio?
- 2.- ¿Existe un vínculo entre la información del usuario acerca de los programas de la clínica y su opinión acerca de la calidad en el servicio?
- 3.- ¿La opinión que el usuario de la clínica de la U.A.N.L. tiene acerca de la calidad en el servicio es favorable?
- 4.- ¿Existe relación entre la opinión del usuario acerca de las instalaciones físicas de la clínica y su opinión acerca de la calidad del servicio que se le brinda?
- 5.- ¿La opinión del usuario acerca del trato del personal administrativo, se relaciona con su opinión acerca de la calidad en el servicio?
- 6.- ¿La opinión acerca del tiempo dedicado en la consulta del usuario, influye en la opinión acerca de la calidad en el servicio?
- 7.- ¿Hasta qué punto la opinión del usuario acerca del trato del médico, se vincula con la opinión que él tiene acerca de la calidad en el servicio?

Los resultados de esta investigación podrían contribuir a encontrar alternativas de acción o medidas correctivas para mejorar y elevar la calidad en el servicio en aquellas áreas de la clínica para detectar deficiencias o inestabilidad, mediante la elaboración de programas de capacitación, de mejoramiento, de infraestructura, de información y orientación al usuario.

La razón por la cual se ha seleccionado este tema de estudio, es el interés por describir las opiniones que el usuario de la clínica expresa acerca del servicio que recibe, además de conocer cuales son las sugerencias y alternativas que se plantean al respecto, todo esto en un intento por aportar elementos que coadyuven a final de cuentas al mejoramiento de las condiciones de salud de los integrantes de nuestra institución.

Como ya dijimos, cada organización social posee un bagaje cultural y social que impacta sobre sus mecanismos de planeación y de solución a sus problemas y necesidades, pues “la necesidad va seguida de una actividad (para satisfacerla) del organismo únicamente si sobre él actúan los objetos adecuados para satisfacerla” (Smirnov, 1973:343), es por esto que es importante relacionar a la salud con las formas con las que un grupo social interviene en ella, esto es las instituciones y programas creados para la salud, así como las formas de funcionamiento de los mismos.

A lo largo de nuestra historia, la justicia social ha sido aspiración de los mexicanos. Nuestra constitución política es resultado de un movimiento de hondas raíces sociales

que asignó al Estado la responsabilidad de procurar la igualdad de oportunidades y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

La Constitución de 1917 conjuga el ejercicio de las libertades individuales con los derechos sociales y concibe la democracia no sólo como una estructura jurídica y un régimen político, sino como un sistema de vida fundado en el constante mejoramiento político, económico y cultural del pueblo.

Dos componentes fundamentales de la justicia social son la seguridad y la igualdad en el ejercicio de las garantías individuales que señala nuestra constitución política, y la disposición permanente del Gobierno de moderar las inequidades y procurar la igualdad de oportunidades.

En virtud de que la sociedad no es simplemente un conjunto o adición de individuos localizables en un lugar especial, para su desarrollo sostenible necesita de una serie de organizaciones y estrategias que funcionen entre las personas que las constituyan, tales como las de la seguridad social.

Se define la Seguridad Social como el “conjunto de acciones que previenen y protegen a la población de hechos biológicos (maternidad, nacimiento, enfermedades, vejez y muerte), y sociales (matrimonio, viudez, orfandad, desempleo, accidentes de trabajo, afectación de los medios de subsistencia y la desintegración familiar), que pueden afectarse” (Plan Nacional de Desarrollo, 1995:93).

Por ende la seguridad social tiene una doble finalidad :

- Pretende ampliar un enfoque integral al bienestar del trabajador y de su familia, y
- Considera tanto la atención a las necesidades básicas en materia de salud como a las de capacitación, cultura, recreación, apoyo financiero y protección al poder adquisitivo de los salarios. También garantiza la protección del trabajador y su familia en casos de accidente, jubilación, cesantía y muerte.

De hecho, el último plan de desarrollo destaca la importancia de la Seguridad Social diciendo : “El sistema de seguridad social constituye un valioso instrumento para dar acceso a la población a niveles superiores de bienestar, al asegurar a los trabajadores un conjunto de prestaciones que complementan sus ingresos salariales y que permiten un desarrollo pleno del individuo y la familia, tales como una atención sistemática de la salud, el acceso a servicios médicos especializados, la protección contra riesgos laborales y no laborales, un sistema de pensiones para el retiro, y el funcionamiento de guarderías en apoyo de las madres trabajadoras” (Plan Nacional de Desarrollo; 1995:95).

Para la realización de esta compleja red de acciones la seguridad social está a cargo de entidades o dependencias públicas, federales o locales y de un organismo descentralizado conforme a lo dispuesto por la ley y demás ordenamientos legales sobre

la materia, el Instituto Mexicano del Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional en términos legales sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.

De tal forma, la seguridad social debe cubrir la contingencia y proporcionar los servicios que se especifiquen a propósito de cada régimen particular, mediante las prestaciones en especie y en dinero, en las formas y condiciones previstas por la ley y sus reglamentos, específicamente la Ley General de Salud, Ley del Seguro Social y la Ley del Trabajo.

Pero en nuestro país, como en otros de características de subdesarrollo, el sistema de atención para la salud depende no de las necesidades reales del poblador sino de una serie de intereses de poder tanto gubernamental como empresarial o de producción. Siguiendo el esquema del sistema capitalista en nuestra sociedad actual existen, según Daniel Lopez Acuña (1993) cuatro elementos que determinan o caracterizan al sistema de Salud :

1. Los servicios obedecen a las necesidades económicas de una clase y desempeñan funciones tales como la reproducción selectiva de la fuerza de trabajo.
2. Corresponden a las necesidades políticas de una clase, o de un apartado estatal que se sitúa al servicio de una clase. Así los servicios de salud son empleados en numerosas ocasiones como instrumento de intermediación política y de mediatización de demandas sociales más amplias.
3. Se someten a la influencia de las necesidades corporativas de un grupo profesional que no dispone de un escenario para su práctica liberal, o que exige territorios feudales, que estén bajo el dominio de los grupos médicos hegemónicos dentro de las instituciones públicas de salud.
4. Son presa de las necesidades de mercado de poderosas industrias en expansión, tales como la químico-farmacéutica, la de equipo médico, la de construcción, etc. (López, 1993:15)

Ahora bien, en lo que respecta a las instituciones que brindan el servicio de salud en México, según López (1993) existen tres tipos de atención a la salud.

En primer lugar las instituciones que dan respuesta en teoría al postulado de que la salud es un derecho de todos los mexicanos y que el gobierno es el responsable de velar por este derecho; en este caso tenemos a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

También el Instituto Nacional Indigenista (INI) y los hospitales o institutos descentralizados que funcionan con patrocínios mixtos, público y privado, y que por lo general tienen mucha intervención la SSA. Por ejemplo, el Instituto Nacional de Cardiología, el Instituto Nacional de Enfermedades de la Nutrición, el Hospital Infantil de México, etc.

En segundo lugar tenemos a las instituciones de seguridad social y servicios médicos de algunas dependencias estatales o paraestatales, basados para su auspicio en fórmulas bipartita o tripartita, es decir, con aportaciones provenientes de los empleados asegurados, los patrones y/o el gobierno. Entre éstos, los más importantes son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

En esta categoría puede clasificarse, asimismo a la Clínica de la U.A.N.L., pues considerando las bases de su funcionamiento se ubica en esta fórmula específica.

Finalmente, en tercer lugar se ubican los Servicios de salud privados, que prestan su atención médica de acuerdo con las leyes del mercado y la libre empresa.

Como vemos, el acceso a la atención en la salud se distribuye según las diferentes clases sociales, esto hace que gran parte de la población quede desprotegida en lo que respecta a sus necesidades de salud, independientemente de las “buenas” intenciones de cualquier gobierno de mejorar la calidad del servicio, esto no es suficiente para lograrlo, según Morales Gil (1996) además de la actitud del estado para reconocer y respetar los derechos es necesaria la aptitud, es decir un determinado nivel de desarrollo, principalmente económico que posibilite la satisfacción de tales derechos.

Así, cada vez se cuestiona más cuáles son los factores sociales que influyen en la salud y en las enfermedades. Ante esta interrogante las ciencias sociales y las ciencias de la salud tienen intereses convergentes, pues hay muchas evidencias de que tanto los factores sociales como los ambientales participan en la aparición, evolución y propagación de enfermedades. La salud se encuentra en estrecha relación con los hábitos y el comportamiento humano, con la economía y con el desarrollo técnico y administrativo del sistema de salud y su capacidad para satisfacer las necesidades de la población.

Ambos campos del conocimiento y acción coinciden en la necesidad de planificar el sector salud, de valorar a la persona como un ser biológico-social y de que las ciencias sociales apoyen el análisis y la explicación de ciertos comportamientos y colaboren con los médicos en la promoción o la prevención de estos.

Desde este punto de vista se observa que la perspectiva de las ciencias sociales es imprescindible en la valoración de la salud, puesto que las primeras han ido evolucionando gradualmente, de tal forma que al concepto de medicina se le considere con raíces biológicas y sociales; lo que hace la relación entre ambas ciencias aún más estrecha.

Si es cierto que “el fenómeno de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración de la salud y la rehabilitación del inválido requieren actividades de grupo y métodos sociales, además de técnicas médicas” (Hernán, 1984:27), el propósito de la medicina moderna debe favorecer el equilibrio del individuo y del ambiente en que se halle, de manera que éste sea un miembro activo de la sociedad, que disfrute del

bienestar que se le brinde y, en caso de enfermedad, acepte la curación y readaptación. Este punto de vista valora el papel social del ser humano.

Como se mencionó actualmente, existe una variedad de ramas de las ciencias sociales que intervienen de alguna manera en el desarrollo de la salud y más específicamente en la Medicina Social; esto evidencia el nuevo enfoque de la salud que se va desarrollando, por lo que adquieren importancia, procesos encaminados a la mejora de la calidad en el servicio, tales como la detección de necesidades sentidas por el usuario.

Por otra parte, antaño la medicina dedicó sus esfuerzos a la enfermedad y al tratamiento de ésta; esto puede suponer que ya se pensaba en una prevención y no en una curación, lo cual contribuyó para que las tasas de mortalidad disminuyeran, por lo que puede pensarse que ya se consideraba a la medicina como medio de prevención. A fines del siglo pasado e inicios del presente la medicina destacó su papel dentro de la determinación de las enfermedades, esto trajo un desarrollo en la etiología de las enfermedades; por ello se puede pensar que la Medicina, además de “preocuparse por el tratamiento y prevención de la enfermedad, propone algo más como lo es el fomento a la salud” (Hernán, 1984:369).

Hoy, se considera que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que además hay una gama de posibilidades que afectan en la recuperación o no de la misma. Por eso la medicina tiene un gran compromiso y una gran responsabilidad en cuanto a la prevención y curación de enfermedades, pues la Medicina “es una de las formas mediante las que la ciencia se esfuerza por el bienestar de los seres humanos” (Salzman, 1973:332).

La Medicina Preventiva cuenta con técnicas que instrumentalizan sus múltiples actividades y funciones. Esto quiere decir que existen las técnicas médicas suficientes para que se prevengan enfermedades y se fomente la salud a partir del individuo. Muchas de estas actividades y funciones coinciden como requisito para el personal de salud que trata al público ya que una de las funciones más importantes del médico y de todas aquellas personas implicadas en los programas de salud es educar, es decir, enseñarle a la gente la manera como puede conservar su salud. Esta función es reconocida como la de “Educador Sanitarista”, y es parte fundamental de los planes de la medicina preventiva y del fomento a la salud, ya que su finalidad es ayudar a los individuos a alcanzar la salud por medio del comportamiento y del esfuerzo individual.

Otro aspecto importante que es necesario conocer dentro del esquema de la salud es la manera en que ésta esté administrándose. Se cree que a partir de que el hombre empezó a socializarse, también empezó a crear instituciones en las cuales satisfacer sus necesidades. Esto permite inferir que las actividades administrativas estuvieron presentes en las organizaciones de salud, y que los principios reconocidos en estas se dieron de forma similar.

La actividad administrativa la llevan a cabo todos los individuos que integran la organización. Sin embargo, en tanto menor sea el nivel jerárquico del integrante de ésta,

mayor será la cantidad de ocupaciones que pueda tener a nivel operativo, y mientras que, como se sabe, el nivel jerárquico superior solo realiza actividades de índole directivo.

Precisamente es en la cuestión administrativa o específicamente en los temas de calidad, (que también inciden en la salud), donde se pretende reflexionar a fin de lograr mejoras, en tanto que el trabajo social colabora en la transformación y promoción de valores y actitudes en individuos, grupos y comunidades para este efecto.

Desde sus inicios, el trabajo social se ha relacionado grandemente con el área de la salud, pero a través de los tiempos se han transformado su rol y sus funciones.

Ahora bien, ¿cuál es el papel del profesional de Trabajo Social dentro del área de salud en la actualidad? Podemos mencionar lo siguiente :

Ubicar el concepto de salud en la ciencia conlleva a aceptar la existencia de distintas posturas o actitudes frente a ésta; además, implica el comprender que existe una gran cantidad de comportamientos válidos, distintos y legítimos a la vez, que se desarrollan en la práctica de todas las ramas de la ciencia. Por ello, el análisis de la relación Salud-Ciencia debe presentarse según sea la ciencia humana que lo estudie, ya que éste representa su particular visión profesional al fenómeno estudiado.

La evolución social y el progreso científico actual acentúan con ritmo acelerado la importancia de algunas ciencias y algunas tecnologías o actividades hasta el punto de crearse una conciencia de su propia autonomía y necesidad, tal es el caso del Trabajo Social, en el cual se hace un enlace entre los conocimientos teórico-prácticos de la profesión y los de la Salud Pública, así es que se hace necesario revisar aspectos de estas dos vertientes con el fin de destacar aquellos conceptos e ideas trascendentales que en ambas se desarrollan.

La Salud Pública está estrechamente ligada con la situación política, social, económica y cultural del país, de modo que su existencia se verá condicionada por el grado de eficiencia que se asuma en la planeación, ejecución y control de acciones articuladas de los programas que la atañen, así como el volumen y la calidad de la atención en la promoción, prevención y restauración de la salud al medio ambiente que las instituciones responsables son capaces de brindar. Por eso es importante recalcar que dentro de la organización de salud se deben regular las actividades tendientes a normar, controlar y verificar el funcionamiento de tales instituciones. Como sabemos, esta tarea compete a organismos como la Secretaría de Estado, Ministerio de Salud, etc. Además, dentro de toda organización se hacen operantes actividades que coadyuvan a generar los efectos que ésta busca, estas actividades son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a la salud, cuyo desempeño actúa directamente sobre individuos y medio ambiente.

Por otra parte en el proceso de consolidación del sistema nacional de salud, se hace palpable que las instituciones de servicios de salud han adoptado estructuras acordes a

la sectorización, descentralización y modernización administrativa, con diferentes grados de avance que se reflejan en la organización interna de las mismas. Además, la organización de las instituciones que conforman el sector salud corresponde a los niveles estratégicos, táctico y operativo, aunque internamente existen ciertas variantes que obedecen al tipo de prestaciones y servicios que ofrecen a la población usuaria en cada institución específica.

De acuerdo con esto es necesario tomar en cuenta que en el personal considerado tradicionalmente como básico en el área de salud, es decir los médicos y las enfermeras, recae gran parte de las actividades de los programas, puesto que es innegable que este personal tiene una amplia experiencia de trabajo, por lo cual si realmente se piensa en otorgar servicios de calidad a través de los equipos de salud, es necesario que se mantenga una dependencia funcional del personal con profesionales del ramo, ya que esto permitirá que la integración de actividades se vaya realizando en forma paulatina, además de que se podrá mantener la calidad de los servicios otorgados a la población. Uno de estos profesionales de la salud es el Trabajador Social, quien entre sus funciones tiene la de promover aquellas actividades que persigan el bien común por lo que se relaciona con todo esfuerzo que conduzca al logro de beneficios al usuario de cualquier institución de salud.

Por su parte el Trabajo Social es “un proceso que a través de experiencias busca capacitar al individuo para que conozca su realidad objetiva y la forma de actuar sobre su estructura social” (Contreras, 1980:11). Y el objetivo primordial es según Johnson (1995), teórico del Método Generalista, “Desarrollar capacidades en el individuo para enfrentar situaciones-problema o de tensión”, de lo cual se desprenden conceptos fundamentales como “empoderar”, búsqueda de recursos y la resolución de problemas y necesidades para lo cual el Trabajo Social emprende tareas fundamentales como de investigación de opiniones como base para el inicio de tales procesos.

Por todo esto, se puede pensar en la trascendencia que tiene el Trabajo Social en las condiciones generales de vida de la población, o sea la salud pública. Así el Trabajo Social tiene un amplio campo de acción, tanto en problemas de salud individuales, como en grupales y colectivos, y puede incluir aspectos como investigación, administración y evaluación. Con base en sus conocimientos y habilidades, debe reconocer los recursos con que cuenta a fin de organizarlos, coordinarlos y promover su mejor participación para atender las necesidades de salud.

Retomando todo lo anterior, el Trabajador Social debe estar consciente de que si la salud está ligada a la organización socio-económica del paciente, la prestación de servicios de salud por sí misma no llevará en forma automática a la mejoría de las condiciones de salud de la población. Por eso adquiere un compromiso y una responsabilidad en el área de salud en la cual estos factores permanecen constantes y prominentes, puesto que el profesional de Trabajo Social puede participar en acciones tendientes al mejoramiento de los procesos que se efectúen dentro de la organización en que esté inmerso, de manera que estas acciones representen una guía que corresponda a las exigencias actuales del medio y personas a quienes presta su servicio. Con respecto a

esto sería indispensable que los usuarios hicieran palpable su opinión acerca del servicio que reciben.

En consecuencia, es indispensable que el Trabajo Social en el campo de la Salud Pública aporte sus evaluaciones y conocimientos en cuanto a la forma y uso de la estructura de salud que se promueve, con miras a la promoción del Bienestar Social.

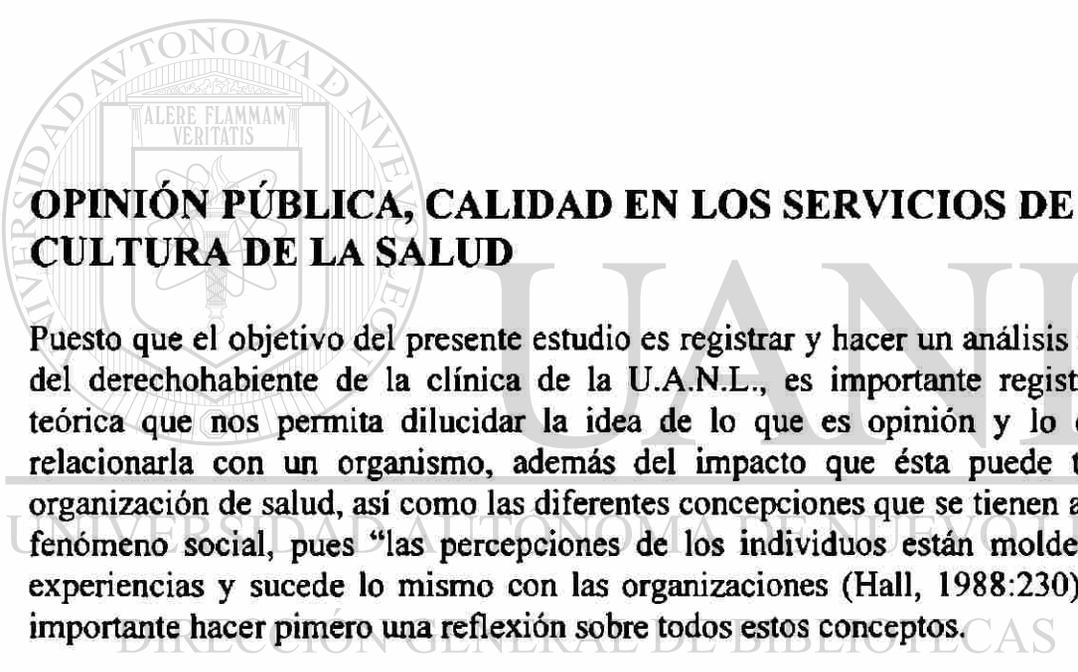
En relación con la formación de la opinión pública es básico que el Trabajo Social considere aspectos como los siguientes :

- Identificar la población usuaria de la organización de salud.
- Conocer las necesidades, expectativas presentes y futuras de esa población.
- Diseñar un enfoque tentativo que ilustre la manera a efectuar los procesos que aseguran el cumplimiento y superen las expectativas de la población; y por último
- Evaluar e incrementar la satisfacción de la población (Kisnerman, 1990:142).

Todo esto tiene como propósito obtener la percepción particular de la población que se atiende, así como considerar los parámetros que proyecten e impulsen el cambio esperado, con el propósito general de coadyuvar al logro del Bienestar Social en el ser humano.

Con la finalidad de describir la opinión que el usuario de la clínica de la U.A.N.L. tiene acerca del servicio que se le brinda, este trabajo fué organizado de la siguiente forma:

En el 1^{er}. capítulo se presentan los temas que tienen relación con el objetivo de estudio, tales como lo relacionado a la opinión y a la calidad en el área de salud; en el 2^{do}. capítulo se describen los procedimientos que se siguieron, así como los instrumentos utilizados, la explicación del medio donde se aplicó el instrumento, es decir la estructura de la clínica; además se describen las variables involucradas en el trabajo y la forma en que se procesó toda la información recopilada. En el 3^{er}. capítulo se presentan los resultados obtenidos y la forma en que se interpreta esta información; en la última parte se reportan las conclusiones finales y las sugerencias basadas en todo el estudio.



I.- OPINIÓN PÚBLICA, CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y CULTURA DE LA SALUD

Puesto que el objetivo del presente estudio es registrar y hacer un análisis de la opinión del derechohabiente de la clínica de la U.A.N.L., es importante registrar una base teórica que nos permita dilucidar la idea de lo que es opinión y lo que significa relacionarla con un organismo, además del impacto que ésta puede tener en una organización de salud, así como las diferentes concepciones que se tienen acerca de este fenómeno social, pues “las percepciones de los individuos están moldeadas por sus experiencias y sucede lo mismo con las organizaciones (Hall, 1988:230). Por esto es importante hacer primero una reflexión sobre todos estos conceptos.

1.- El fenómeno de la opinión pública

Científicamente, se piensa que el término opinión pública aparece a partir del siglo XVIII con la Revolución Francesa, y en el siglo XIX el término se halla plenamente integrado en el vocabulario de la teoría política. Sin embargo, el concepto de opinión pública está muy ligado al proceso comunicativo entre dos o más personas, pues este proceso trae consigo el contenido de mensajes que generan respuestas que a la vez generan opinión, lo cual provoca una cadena de estímulos y procesos comunicativos.

Por ello no se sabe exactamente cuántos siglos pasaron para que el hombre primitivo organizara su vida comunitaria con un criterio selectivo, ni cuándo sintió la necesidad de difundir información de carácter público.

Por ejemplo, a Martín Lutero se le considera un formador de opinión, ya que éste, inconforme con la política desarrollada por el Vaticano, “produjo un alegato político y de crítica religiosa conocida como la 95 tesis. Este documento circuló en hojas impresas y manuscritas” (Rivadeneira, 1992 : 78) y ocasionó que la gente apoyara sus ideas y que más tarde la iglesia tomara medidas drásticas debido a sus resultados.

Años más tarde, a Rousseau se le da el “mérito de haber anotado las concomitancias psicosociales y políticas del fenómeno opinión pública” (Rivadeneira; 1992:78).

Ahora bien la sociedad del siglo XIX es producto de un complejo de factores que avanzaron al ritmo de la era industrial en los ámbitos políticos, sociales, económicos, tecnológicos y científicos. Entonces el hombre empieza a comunicarse en masa. Además, en las primeras décadas del siglo XIX se da el proceso de independencia en muchas naciones con el cual la comunicación de las ideas revolucionarias favorecía la lucha armada. Esta opinión pública del siglo XIX “está en grandes medidas representada por la clase media” (Rivadeneira; 1992 : 95).

Actualmente, al siglo XX se le conoce como la era del crecimiento extraordinario de los medios; comienzan los inventos en general y los perfeccionamientos a medios de comunicación; y surgen con ellos conductores de radio y televisión. Además, la prensa se beneficia con los adelantos técnicos, y proliferar un mayor número de editoriales que el que ya había hasta el momento. La información de los diarios cada vez es más especializada y así también aparecen cadenas periodísticas con criterio comercial.

Como se observa, progresivamente casi todos los protagonistas de la trascendencia de la opinión pública se preocupan por aspectos que conlleven a información sobre tareas de gobierno. De esta manera, la opinión pública trata de “asuntos de interés común, que son originados en las formas comunicativas humanas, en procesos individuales, primero, y en proceso colectivos, después, en diversos grados, según la naturaleza de las informaciones compartidas por los individuos, a la vez que influenciadas por los intereses particulares de los grupos afectados” (Rivadeneira; 1992 : 125) Todo esto constituye el proceso de formación de la opinión pública.

Cabe señalar que no toda opinión individual es apta para la formación de opinión pública. Ciertas opiniones tienen cierto toque de interés individual no compartido con otros : la subjetividad. En cambio, la opinión pública esta dirigida a aspectos prácticos o hechos de interés social. Por ejemplo, para la primera, simpatizar con personas de cabellera larga, y para el segundo, pensar que los servicios públicos comunales en la comunidad no son los suficientemente aptos para satisfacer las necesidades de ésta.

Ahora bien, “el conocimiento de la opinión pública demanda dos niveles de operaciones, el formal y el concreto. Dicho de otro modo, una información teórica y una investigación práctica, la primera con el concurso de otras disciplinas, la segunda con metodologías de medición de actitudes y opiniones, entre las cuales la encuesta goza de mayor aceptación” (Rivadeneira; 1992 : 67). De este modo, gracias al concurso de disciplinas como la Filosofía, que reconoce el objeto a través de sus direcciones; la

antropología la cual se ocupa del hombre y lleva a conocer desde sus atributos personales hasta su rasocinio; la psicología que estudia las reacciones del individuo ante los estímulos que recibe, y la sociología que se ocupa de fenómenos sociales y su interacción puede hacerse una interpretación cualitativa del fenómeno expresado en la opinión pública. Cabe señalar que existen otras disciplinas asociadas a la opinión pública las cuales hacen sus propios aportes interdisciplinarios.

En síntesis, la opinión pública es objeto de estudio para profesionales del área social tales como sociólogos, psicólogos, teóricos de la política, trabajo social, los cuales contribuyen con aportaciones ya que son personas expertas en conducción y manejo de masas, líderes, sociales, políticos, etc.

Como ya, se sabe la opinión pública tiene carácter predictivo de ahí que puedan llevarse a cabo inferencias y predecir el comportamiento, pues la opinión pública como actitud es, en última instancia, una predisposición a la acción frente a determinadas cuestiones.

Por otra parte las opiniones, así como las actitudes, quedan formadas dentro de un complejo de factores; por ello conocer y evaluar actitudes y opiniones es aspecto de vital importancia para el control social que se desea ejercer. Desde este punto de vista las evaluaciones, concebidas como “sondeos” o “evaluaciones”, se han desarrollado por medio de diversas técnicas una de las más importantes es la encuesta; entre las otras están la escala de actitudes, examen de entrevistas, el panel y la técnica de proyección. Hoy en día la técnica de opinión pública más empleada es la encuesta de opinión pública, ya que mediante ésta “sondea” a un sector del público, desde aspectos comerciales, políticos, educativos, etc”. (Rivadeneira, 1992:203).

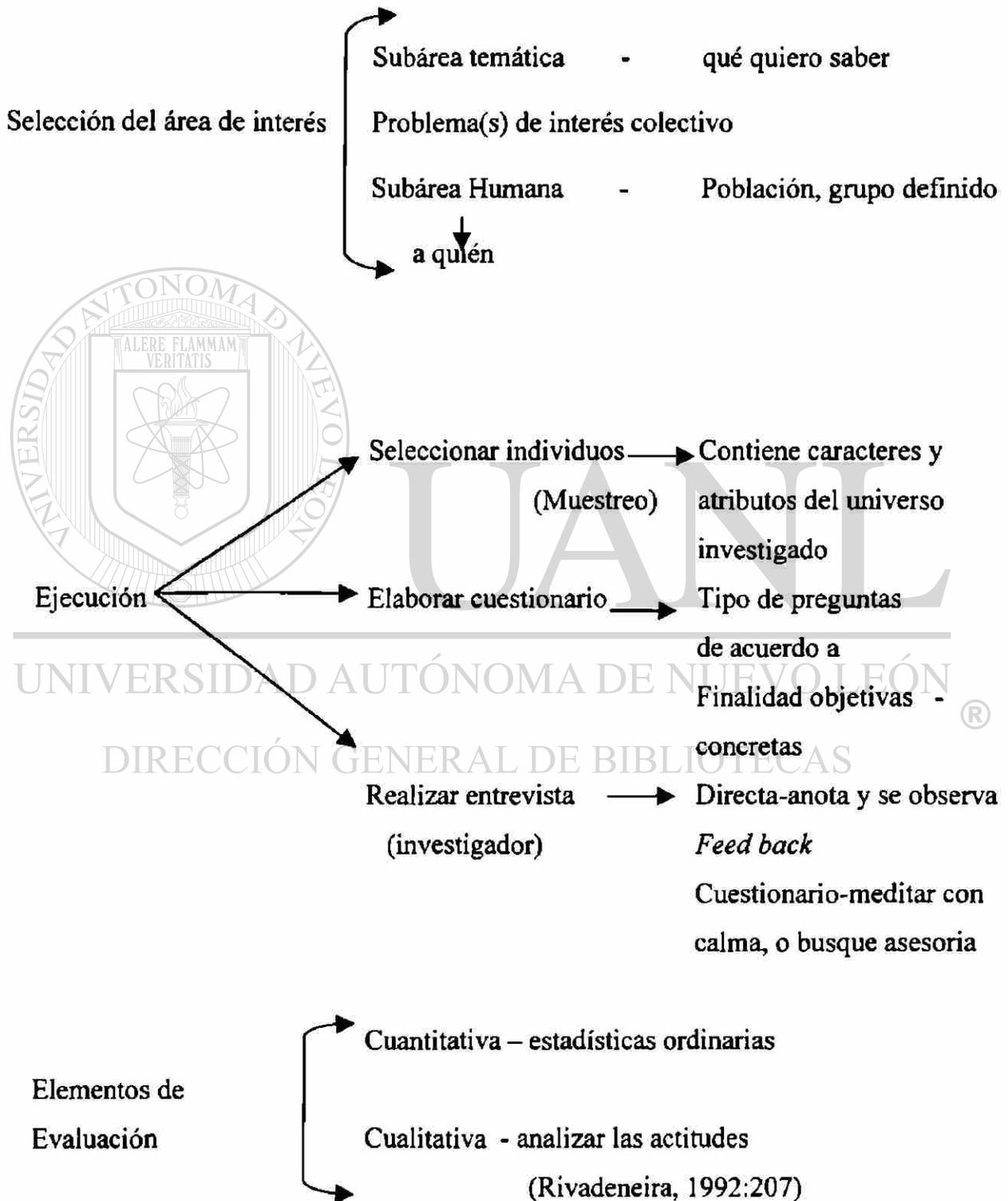
El auge de esta técnica arrancó desde 1936 en los Estados Unidos, año en que se pronosticó el triunfo del candidato electoral Franklin D. Roosevelt sobre London en los comicios presidenciales; sin embargo, más tarde (1948), los técnicos en sondeos de opinión y especialistas en opinión pública dieron por seguro vencedor a Dewey frente a Truman, pronosticando no sólo el triunfo sino una diferencia extrema de votos, pero el vencedor fue Truman. La encuesta fracasó creando que se desconfirmaran sus aportaciones grandiosas. Ulteriores investigaciones corroboraron que el método empleado tenía muchísimas serias fallas, errores de selección de sujetos, en las variables de respuesta, etc.

En nuestros días, la técnica de la encuesta ha logrado mayor prestigio, ha desarrollado y depurado sus métodos. “Así, pese al desarrollo mencionado en esta técnica, la encuesta no constituye todavía el medio ciento por ciento eficaz en la investigación de opiniones sino en el mejor caso, un instrumento de aproximación a resultados más o menos previsibles” (Rivadeneira, 1992 : 205). Es decir, que a pesar de su desarrollo no debemos pensar que la encuesta es 100% eficaz.

Se sabe que una de las principales finalidades de la encuesta es obtener datos lo más pronto posible sobre actitudes y opiniones relativas a hechos actuales. Sin embargo, toda investigación presenta problemas que los especialistas deben resolver. El método

consta de una estructura fundamental que se resume así : Selección del área de interés, Ejecución y evaluación (Rivadeneira, 1992:206), como se muestra en el siguiente esquema :

ESQUEMA



Cabe destacar que los datos de la encuesta son susceptibles de tratarse por medio de otros métodos de medición, sin embargo, la opinión es dinámica derivada de nuevos acontecimientos, de nueva información, sus “resultados se convierten en un factor de modificación de las opiniones investigadas” (Rivadeneira; 1992:210).

1.1.- Concepto de opinión pública

En el actual enfoque de opinión pública se ha mostrado un entusiasmo respecto al proceso de evaluación de servicios. Tanto el personal como los usuarios de cualquier organización opinan de manera favorable o desfavorable al evaluar un servicio. Por lo general tal evaluación y está influenciada por la capacidad de crítica del evaluador, la objetividad al evaluar al opinar y los factores externos que pueden influir en la opinión.

El personal de una institución de servicios frecuentemente argumenta que la opinión pública constituye un artefacto manipulador, ya que éste interactúa sobre dos perspectivas preponderantes, que son la de querer terminar con alguna actividad o utilizar la opinión como un razonamiento que justifique decisiones administrativas. Este punto de vista antepone el juicio de que la opinión pública es confiable puesto que está basada en un método poco científico y poco objetivo, que no considera las complejidades que caracterizan a lo que se evalúa.

No existe ninguna definición generalmente aceptada de “opinión pública”, sin embargo, el término ha sido empleado con creciente frecuencia desde que se hizo de uso popular en tiempos de la Revolución Francesa, cuando el Ministro de Hacienda de Luis XVI, Jacques Necker dijo que la opinión pública regía el comportamiento de los inversores del mercado monetario de París. Los posteriores esfuerzos por definir el término de forma precisa han llevado a expresiones de desaliento como ésta : “La opinión pública no es el nombre de algo sino una clasificación de una serie de algos” (Childs 1965 pag. 12-28). El concepto de opinión está muy relacionado con el de percepción, que es: “El reflejo del conjunto de cualidades y partes de los objetos y fenómenos de la realidad que actúan directamente sobre los órganos de los sentidos” (Smirnov, 1973:144)

A pesar de las diferentes definiciones, los especialistas de la opinión pública coinciden por lo general en afirmar que ésta es una suma de opiniones individuales sobre una cuestión de interés público y suelen señalar que estas opiniones pueden ejercer cierta influencia sobre el comportamiento de un individuo, de un grupo o de un gobierno. Dado que la opinión pública desempeña un reconocido papel en diversos campos ha sido estudiada por Sociólogos, Teóricos Políticos, Psicólogos Sociales e Historiadores, también han realizado importantes contribuciones personas especializadas en manipular la opinión pública, como por ejemplo los políticos y los especialistas en relaciones públicas. Las diferencias de definición y enfoque pueden explicarse en gran medida por los diversos intereses de quienes han estudiado la opinión pública.

Los principales enfoques en el estudio de la opinión pública pueden dividirse en 4 categorías parcialmente superpuestas :

- 1.- La medición cuantitativa de la distribución de la opinión.
- 2.- La investigación sobre las relaciones internas entre las opiniones individuales que conforman la opinión pública sobre una cuestión.
- 3.- La descripción o el análisis del papel político de la opinión pública y
- 4.- El estudio tanto de los medios de comunicación que difunden las ideas en que se basan las opiniones, como de los usos que hacen de estos medios los propagandistas y otros manipuladores. (Sills, 1929:454).

La difusión del concepto de opinión pública en todo el mundo da una idea de la diversidad de usos de los cuales ha sido objeto. Sabemos que las encuestas de opinión pública han sido un instrumento útil que ha orientado información al departamento u organismo que la aplique, ya sea para cambiar un procedimiento, proceso o actividad o para colaborar en el que cuestionan.

Ahora bien, el término “opinión” connota una serie de sentimientos, creencias e ideas sistemáticas personales y privados, sentidos y expresados, racionales e irracionales, que afectan la legitimidad y estabilidad del orden social y del sistema político y condicionan la viabilidad y la aceptación de la política oficial. En este contexto político, el criterio imperante no es la verdad o la falsedad, ni la exactitud o inexactitud de las opiniones, sino su papel en el éxito o el fracaso del cual ha sido factor determinante.

En cuanto a las opiniones, según Sills (1929) es conveniente distinguir dos categorías : en primer lugar, las opiniones de preferencia, que abarcan las expresiones, sentimientos, convicciones y valores personales; y en segundo lugar, las opiniones de hecho, que intentan describir una realidad objetiva en función de su capacidad de verificación. La característica más importante de toda opinión es que aquella expresa unas ideas polémicas, opuestas, capaces de ser aceptadas por personas racionales y, por consiguiente, aptas para ser discutidas por individuos y grupos. La discusión puede llevar al acuerdo o establecer diferencias de opinión, mientras que sólo la violencia, la autoridad o la apelación a fuentes metafísicas o divinas puede resolver las diferencias sobre cuestiones de fe o de creencia, que son por definición indiscutibles y caen, por tanto, fuera de la categoría de la opinión. En este caso siempre nos referimos a la segunda categoría, es decir, las opiniones de hecho.

El término “público” recibió la connotación de “relaciones interpersonales”. Por ejemplo, Charles Cooley afirmaba que la opinión pública era el producto de la comunicación social y la influencia mutua; John Dewey decía que era consecuencia de los actos interpersonales sobre personas ajenas a las transacciones. Pero estos conceptos resultaron prácticamente idénticos al de “grupo”, definido por “la amplitud y la complejidad de las relaciones interpersonales entre los miembros de colectividades específicas..., que bajo unas condiciones específicas muestran una organización de distintos tipos y grados ” (Cartwright, 1986:56).

Una de las formas de captar la opinión es la entrevista, con relación a ésta se dice que su función es dar a conocer el conjunto de opiniones sobre un tema determinado. Por su

origen espontáneo y oral, la opinión pública es por naturaleza fugaz, influible y versátil, el menor suceso basta para conmoverla.

No obstante, las encuestas de opinión son una técnica estadística que permite captar la opinión en una sociedad de masas y determinar el sentido y la intensidad de las corrientes mayoritarias.

Al considerar la utilización de un instrumento polémico en una investigación, es necesario estar conscientes de que no es rechazando las objeciones, sino examinando profundamente los hechos como es posible apreciar la validez de las encuestas de Opinión Pública y el grado de confianza que conviene otorgarles.

Es importante señalar que la práctica de encuestas de opinión no es fruto de una invención ingeniosa, sino que deriva de una teoría perfectamente establecida y demostrable. La encuesta es científica porque cada gesto que implica, para ser acertado, se apoya en una teoría.

No podría tratarse aquí de exponer cada una de las teorías sobre las que se fundan la práctica de las encuestas. Indicaremos solamente los principios básicos, según (Soetzel, 1973)

A) La ley de los grandes números

Las encuestas por muestra demuestran perfectamente los movimientos que pueden producirse en la opinión en los momentos de extrema tensión que representa a veces, por ejemplo, la batalla política en una campaña electoral.

B) El número de personas consultadas

Sería, pues, un error creer que es necesario observar muestras muy grandes, lo efectivo de la muestra radica en que realmente sea representativa de la población total.

C) Estratificación

Condición esencial de la teoría presentada arriba es que la totalidad debe ser homogénea desde el punto de vista del carácter considerado.

D) La muestra

La muestra probabilística, en que todos los individuos se sacan al azar, es la única que aporta las garantías necesarias, "porque es la única que permite calcular el error probable al que nos exponemos" (Soetzel, 1973:133).

Ahora bien, podemos describir algunas características de la opinión como sigue :

- La opinión se contenta con seguir los sucesos, incapaz de dominarlos.
- La opinión no se conforma y no se manifiesta sino ante el acontecimiento que la descubre así misma, cuando en cierto modo tropieza con dicho evento.
- La opinión está arraigada en los diferentes grupos.

- A las estructuras sociales corresponden estructuras de opinión.
- Las encuestas de opinión pública han llegado a ser una verdadera institución cuya existencia no podría discutirse ya.
- Su institución puede entenderse como una necesidad de las modernas sociedades de masas para entender sus mecanismos más complejos.
- Una encuesta no resuelve los problemas. En el mejor de los casos, contribuye a plantearlos mejor, lo cual es muy positivo.
- La práctica de las encuestas enseña que, al lado de una opinión, aunque sea compartida por un número muy grande, existe siempre otra opinión.
- La minoría de hoy puede ser la mayoría de mañana, porque hay cambios de opinión, y hay cambios sociales.
- La Opinión Pública nos permite conocer cómo piensa o puede actuar la mayoría, o cierto sector, qué opinan ciertos líderes o los que publican algo sobre algún asunto o tema.
- Los periódicos representan opiniones diferentes en las cuestiones conflictivas. No obstante, en el lector ignorante se produce a menudo la impresión de que se le informa de una manera “objetiva”.
- El investigador se interesa por fenómenos colectivos, comportamientos políticos o de consumo, reacciones de opinión o móviles que dirigen la conducta.
- El individuo, en una encuesta por muestra, es un intermediario que nos permite captar una realidad colectiva.
- La opinión individual no es en modo alguno un fin, no nos interesa un caso personal. El entrevistado es un donante de informaciones relativas a hechos u opiniones. El asunto es colocarlo en tal situación que pueda transmitir el mensaje que aporta.
- Las informaciones se buscan en quien las posee (el público o una muestra de éste). (Soetzel, 1973:124).

Una vez realizado el plan de encuesta y terminadas las operaciones sobre el terreno, y llegado el último cuestionario, comienza la tercera y última fase de una encuesta de opinión pública, tan importante como las anteriores, para la cual es necesaria una serie de operaciones aparentemente materiales.

Adicionalmente la verificación de la calidad de los documentos, es indispensables para las operaciones siguientes: la perfecta legibilidad, la presencia de todas las informaciones buscadas y la compatibilidad de las respuestas con las preguntas y subpreguntas, es por esto que en todo estudio de opinión se analice correctamente el instrumento a fin de ser utilizados con propiedad.

1.2.- Dimensiones psicológicas y sociológicas de la opinión pública.

Para definir el término opinión pública es necesario delimitar su contenido, explicarlo y diferenciarlo de otros fenómenos análogos o similares, a la luz de diferentes teorías.

Como ya dijimos no existe ninguna definición generalmente aceptada, pero iniciemos el análisis con la siguiente definición : la opinión pública es un “fenómeno psicosocial y político que consiste en la discusión y expresión libres, de un grupo humano, en torno a un objeto de interés común” (Rivadeneira, 1984:66). De acuerdo a esta definición, por principio de cuentas, vale decir que la opinión pública no es una teoría, ni una disciplina científica, más bien es un fenómeno y como tal es objeto de estudio.

Para su análisis es necesario estudiarlo desde dos perspectivas, una teórica y otra práctica. En cuanto al primer enfoque, éste ha de ser a la luz de otras disciplinas, y en cuanto a su investigación práctica, la encuesta es el medio más empleado para la medición de opiniones.

La Psicología ayuda a comprender el proceso estímulo-respuesta ante situaciones dadas. La Psicología Social, ciencia destinada al estudio de las reacciones del individuo influido por otros, estudia el fenómeno de la opinión pública, tal fenómeno se produce en el campo de las relaciones humanas; entonces las principales teorías que estudian este fenómeno son la Sociología y la Psicología Social.

Etimológicamente, opinión proviene del latín opinio-onis que significa concepto. Según la Real Academia de la Lengua Española, la primera acepción de opinión es : “concepto o parecer que se forma de una cosa cuestionable; fama o concepto en que se tiene a una persona o cosa”, además refiere como opinión pública “Sentir o estimación en que coincide la generalidad de las personas acerca de asuntos determinados”, (1971). El estudio de la opinión se remonta a Platón que nos dice que es : “la facultad que reside en nosotros, de juzgar por la apariencia” – Platón es un formador de opinión pública, él trata de transformar el juicio por la apariencia a la observación de la esencia de las cosas.

Muchos otros se pueden mencionar en este rubro, por ejemplo Martín Lutero en 1517 quien fue un monje agustino inconforme con la política del Vaticano y todas las injusticias sociales que predominaban, fue un gran formador y conductor de opinión.

Así, el fenómeno opinión pública fue observado por primera vez por Juan Jacobo Rosseau y fue quién lo denominó así; decía: “Cuanto más unánimes son las opiniones, más dominante es la voluntad general” (Rousseau, 1992:56).

El fenómeno puede ser observado desde el clasicismo y desde el empirismo. Según el primer enfoque diremos que surge de los esfuerzos intelectuales de escritores que al estudiar diversas materias encontraran este fenómeno. Existen muchos analistas de opinión pública que coinciden en afirmar que toda opinión pública pretende influir sobre niveles de decisión. En fin, la posición clásica contiene aportaciones eruditas sobre los alcances del fenómeno y los problemas que plantea su manifestación.

En cuanto al empirismo, en el siglo XX, en base a la Sociología se inicia la postura empirista de la opinión pública que se plantea investigar através de la observación y otras técnicas el fenómeno en cuestión. Esta postura llega a la conclusión de que no es

un fenómeno claramente delimitado, estático o mensurable de una manera fidedigna, sino que constituye un proceso social completamente vinculado a objetos, situaciones temporales y formas determinadas.

Ahora bien, en base a la Psicología Social es necesario distinguir entre actitud y opinión, los estudiosos Sociólogos y Psicólogos han llegado a la conclusión de que es posible diferenciar estos dos fenómenos. Mientras que la opinión es el objeto de estudio de la ciencia periodística, las actitudes son objeto de estudio de la Psicología Social.

Como sabemos, en general podemos decir que una actitud es una predisposición o tendencia a actuar de determinada forma ante ciertas circunstancias por ejemplo la disposición a votar por determinado candidato, la decisión para hacerlo es la actitud y el criterio, las ideas que el tenga de las bondades o defectos del candidato, eso es la opinión.

Es difícil trazar una línea exacta entre actitud y opinión, bien podrían confundirse. Sin embargo, diremos que al intentar conceptualizar un solo fenómeno referente a la conducta del ser humano llegamos a la conclusión de que no es posible desligar cada fenómeno, pues siempre están entrelazados en cada proceso social en el que se participe.

Así, aunque no es posible observar directamente una opinión, sí es posible elaborar escalas de cuestionamientos que la capten, ya que las opiniones son respuestas y juicios articulados, que pueden estar basadas o no en procesos internos de la personalidad del individuo.

Ahora bien, con base en la Sociología, es necesario resaltar que cualquier estudio referente a algún fenómeno de la conducta del individuo debe referirse también a las relaciones del individuo con los demás, pues es mediante éstas que se desarrollan las características de cada persona.

Para el logro de un análisis sociológico es necesaria la recepción de dos tipos de información; primero, información acerca del fenómeno, en este caso el fenómeno de la opinión, y segundo, toda la información que se pueda acerca de los determinantes significativos de dicho comportamiento, todas las características del individuo que expliquen de alguna manera el fenómeno en cuestión (edad, sexo, ocupación pertenencia a otros grupos etc.), pues todos estos son índices, claves de procesos sociales que influyen la opinión.

En base al esquema psicosociológico de la opinión pública que presenta Roberto Fabregat (1991), se reconoce que el ser humano, desde niño se da cuenta que los demás piensan y sienten diferente a él, ésta representa su primera y fundamental comprobación de que es un ser diferente; y en sus años siguientes, este conocimiento se reitera, el estudio y el trabajo van presentando nuevas versiones de esta diversidad de formas de pensar que nunca termina, finalmente se da cuenta que ésta, es la forma dinámica e incesante de coexistir.

Así como se percata de este hecho, se dará cuenta también, de que el ingreso a grupos es otra oportunidad para mostrar coincidencias en intereses y opiniones. Entonces estas dos permisivas se unen, coincidencias y diferencias y comprende que es un ser social.

Por esto, el contacto social nos enseña que no hay ningún hombre igual a otro, pero que todos los hombres son sociables.

Por otra parte el deseo de convencer a los demás o de influirlos está siempre presente en el hombre, como ser social, en mayor o menor grado, todos nos esforzamos en adoctrinar, persuadir o hacer partícipes a los demás de nuestras ideas y creencias, Según Fabregat (1991) existen 3 fases en el proceso de comunicación que son referidas a este efecto.

1ª. Fase	Querer decir	Las frases y los gestos responden al instinto de querer convencer a otros de algo, cada palabra es un esfuerzo por ganar opiniones
2ª. Fase	Saber decir	Expresar lo que se quiere en la forma más favorable posible, se involucra el tono, la oportunidad, el lugar
3ª. Fase	Segregación o Disociación	Cuando quien expresa la opinión no la siente o no la cree, pero la expresa con otros fines.

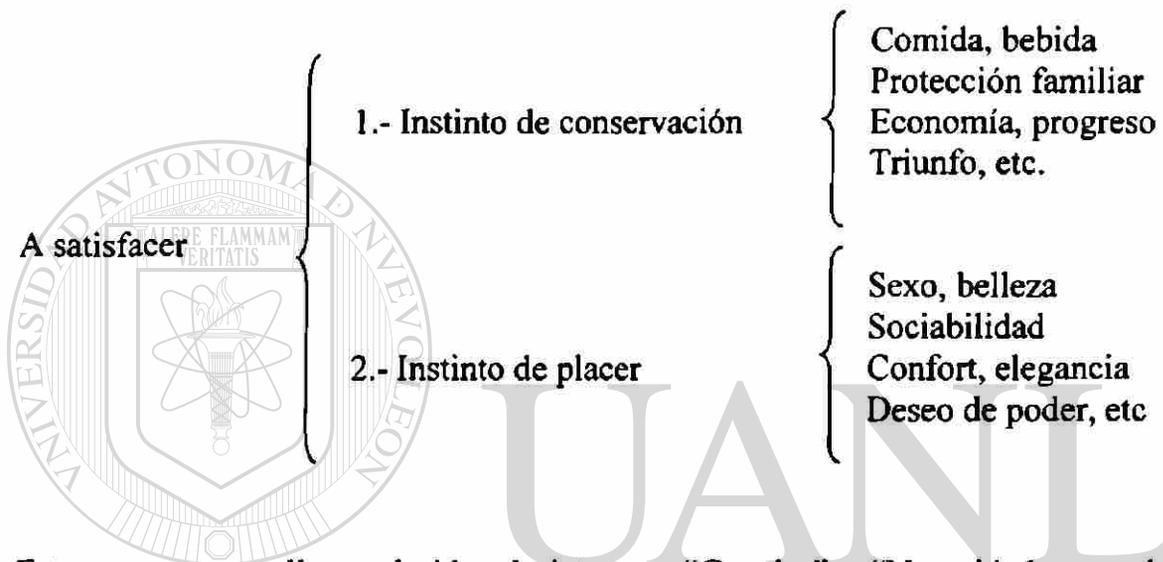
Podrían existir un sinnúmero de objetivos para expresar una opinión, en general se puede afirmar que en ambientes sociales se expresa una opinión con el propósito de atraer en su provecho elementos objeto de la opinión, revisemos el siguiente listado:

Busqueda de instintos, deseos o sentimientos al expresar una opinión.

- a) Instinto de conservación (salud, seguridad, larga vida, evitar riesgos, tranquilidad).
- b) Instinto de adquisición (deseo de lucro, de rápidas ganancias, de poseer mejores cosas materiales).
- c) Instinto sexual y sentimientos afines (amor, comprensión, cariño, sentimientos de toda especie).
- d) Deseo de agrandar y conquistar, de lucimiento y figuración.
- e) Tendencia de dominar a los demás, de captar e influir voluntades ajenas, de imponerse.
- f) Deseo de seguridad para la otra vida, de conocimiento del más allá
- g) Deseo de satisfacer curiosidades, de lograr sensaciones nuevas.
- h) Impulso de juego, apuesta o suerte (lúdico) (Fabregat, 1991:99)

En este listado podemos encontrar la razón o el propósito de las opiniones que se emiten acerca de cualquier cosa o aspecto, así es posible relacionarlas con las opiniones que se dan acerca del servicio que brinda la clínica.

Para facilitar esta relación, se plantea además un esquema simplificado de todas las posibilidades de instintos que han de querer satisfacerse al expresar una opinión, según Victor A. Mendia en su “Tratado fundamental de psicología publicitaria” que es como sigue :



Este esquema nos lleva a la idea de intereses “Creados” o “Necesidades creadas” que emanan de la publicidad, es posible entonces, relacionar este esquema en nuestro estudio, es decir, relacionar la opinión que el usuario tiene con los satisfactores que en la institución se presenten y a que instintos corresponden, de alguna manera esto nos dá luz para entender las modificaciones o cambios que se necesitarían a fin del logro de la mejora en el servicio que se brinda en la clínica.

1.3.- Impacto de la opinión pública en las organizaciones

La opinión pública es el resultado del conjunto de opiniones individuales acerca de cuestiones de interés público, de manera que estas opiniones pueden llegar a ejercer cierta influencia sobre los comportamientos individuales, grupales o sobre los poderes públicos.

Dentro de la opinión pública existe una diferencia entre las personas que la forman y las personas que la manejan, esto hace que se formen pareceres o apreciaciones de carácter distinto dependiendo del tipo de opinión pública que se busque.

Así pues, Hans Speier afirma que la opinión pública significa la “opinión revelada a otros, o cuando menos notada por otros, de tal modo que las que se esconden o se ocultan a las demás personas pueden ser llamadas opiniones privadas o clandestinas” (Rivadeneira; 1942:48). Esto es lo que se conoce como opinión pública y opinión privada.

Cabe destacar que actualmente en el ámbito político la opinión pública ha adquirido un carácter instrumental, es decir, se define como una fuerza política que proyecta eficacia y relevancia en las decisiones gubernamentales; de hecho, estas cuestiones son de interés para la nación cuando son expresadas libre y públicamente.

La opinión pública “no sustituye a los partidos políticos o a las organizaciones de la sociedad, ni actúa de manera independiente a la evolución de los pueblos, sino que en buena medida refleja su diversidad, intereses, conflictos y aspiraciones” (Rivadeneira, 1942:50). De esta manera la opinión pública probablemente resulte como un arma de dos filos, ya que puede colaborar al proceso de formación a la democracia, o puede difundir inseguridad, miedo y suspicacia.

La rápida difusión de la medición de la opinión pública en todo el mundo da una idea de la diversidad de usos a que puede ser destinada. Esto se debe a que las opiniones públicas suelen poner en evidencia actitudes individuales y/o grupales; por ejemplo, para la política y los gobiernos es considerable el uso de técnicas de opinión, ya que proporcionan un sondeo útil del cálculo aproximado de sus posibilidades a elección, así como una estimación de los problemas que se les presentan; y esta estimación permite valorar la eficacia de su desempeño.

Por otra parte, es frecuente el uso de las técnicas de sondeo realizadas en empresas y asociaciones. En estos casos se pretende obtener resultados acerca de referencias por un tipo de producto o servicio; también se puede percibir la imagen que el público tiene de una empresa.

La opinión pública surge de las bases sociales y no de los poderes públicos; esto no excluye que ambos coincidan, aunque en ocasiones ese surgimiento posee determinados grados de espontaneidad, que la formación de la opinión pública intervienen conformando, condicionando y hasta manipulando los partidos políticos, sindicatos, grupos de presión, organismos privados y públicos, que la inducen y reflejan a través de los llamados medios de comunicación de masas.

De acuerdo con todo lo anterior diremos que la opinión pública tiene virtudes y riesgos, pues es un fenómeno característico de las sociedades de masas, al que ha contribuido decisivamente el *boom* de los medios de comunicación electrónicos, en su riqueza de posibilidades desde la aparición de la radio hasta las actuales redes de correo por computadora, y el hecho de que involucra tanto la libertad de expresión, y el derecho a la información, como el interés y la capacidad de las sociedades para abordar las cuestiones que les interesan.

Para diversos estudios de la realidad política contemporánea, la presencia de una sólida opinión pública es un componente fundamental en la vigencia del orden democrático, ya que esta constituye un canal privilegiado por medio del cual los ciudadanos y los diferentes grupos sociales expresan preocupaciones y proponen soluciones a los problemas que los aquejan, permitiendo a quienes intervienen en los diferentes ámbitos del quehacer público tener conocimiento de los estados de ánimo y las corrientes de opinión existentes en la población, de sus variaciones y cambios.

En cuanto al área de salud, diremos que es importante retomar la opinión del usuario para el logro de los objetivos y poder elevar la calidad en el servicio, pues “la percepción que los propios usuarios tienen de los servicios de salud es un elemento a considerar tanto en su evaluación como en la formulación de políticas y programas destinados a elevar su calidad” (Kumate, 1993:233).

Es así como este caso se trata de recoger la opinión de los usuarios de la Clínica de la U.A.N.L. en un intento de configurar uno de los elementos que como se comprueba aquí teóricamente coadyuvan al logro de mejoras en la calidad del servicio de la institución.

2.- Calidad en el servicio en el área de la salud

El concepto que aquí interesa es el de calidad en el servicio, pues esta investigación se refiere a la prestación de servicios de salud; por eso lo analizaremos primero, para luego reflexionar sobre la calidad en su conjunto.

Según Townsend, (1992), se conoce como servicio al conjunto de cosas tangibles, acciones, interacciones personales y actitudes que son diseñadas y entregadas para satisfacer la necesidad de un cliente y que son el objetivo en un área de especialidad de acuerdo con la misión de su función. El servicio es todo lo que sale del departamento y que el cliente recibe; es como lo ve el cliente, no como lo ve el proveedor.

En este aspecto se observa que :

- El servicio es un actividad y una actitud
- Brinda una satisfacción al que lo recibe y al que lo ofrece y presta
- En ocasiones, un servicio se observa y se siente, pero es inmaterial
- No se puede almacenar
- El cliente o usuario participa como receptor del servicio
- Con frecuencia, el servicio va acompañado de un producto (Townsend, 1992:17)

Conceptualizar “servicio” es importante pues nos da la oportunidad de reflexionar sobre la interacción de los roles de prestador de servicio y cliente. Comprender la importancia que esto reviste nos da la posibilidad de mejorarlo, aun cuando esa ganancia no sea económica, pues “cualquier corporación que gane y mantenga la reputación de dar

productos y/o servicios de buena calidad gana y retiene a sus clientes” (Towsend, 1992:18).

En años recientes el concepto de calidad, además de cobrar una importancia sobresaliente, pretende integrar esfuerzos en pro de la excelencia. Por este hecho es fundamental conocer qué es un servicio de calidad y qué se debe hacer para mejorar los servicios que se prestan. Se podría hablar de la calidad referida a una gran cantidad de ideas, calidad en la producción, en la comunicación, en la alimentación, así que primero analizaremos el concepto calidad.

Según Patrick L. Towsend, Calidad es “La resultante total de las características del producto y servicio de mercadotecnia, ingeniería, fabricación y mantenimiento a través de los cuales el producto o servicio en uso satisficará las esperanzas del cliente” (Towsend, 1992:17).

Joseph Juran¹ nos dice que Calidad es “es adecuación al uso”. Un producto es bueno mientras se adecue al uso para el cual fue diseñado.

La Sociedad Americana del Control de Calidad² dice que “Calidad es un término subjetivo para la cual cada persona tiene su propia definición. En el uso técnico, calidad tiene dos significados : 1) Las características que un producto o servicio tiene en su habilidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas y 2) Un producto o servicio libre de deficiencias”

Para Philip Crosby (1990), “calidad es cero defectos”. Esto significa que el parámetro de calidad es que el servicio o producto que estoy comprando tenga cero defectos (Crosby, 1990:187)

Retomando lo anterior se observa que hay mucha tecnología y enfoques diferentes que se refieren a la calidad. Manifestación de ello es la reciente aparición y proliferación de organizaciones lucrativas y no lucrativas, que ofrecen servicios de consultoría o capacitación sobre el tema. De hecho, es cuestionable el número creciente de eventos tanto académicos como el de instituciones que se dedican a prestación de servicios realizados en torno a este tema, así como la cantidad de escritos acerca de las diversas formas para lograr la calidad en el servicio en todo tipo de organizaciones.

Ahora bien, muchos autores (Keith, 1991, Towsend, 1994, Hall, 1988) al hablar de calidad citan una serie de condiciones que incluyen las siguientes :

- Trabajar en equipo.
- Hacer bien el trabajo desde la primera vez.
- Aplicar permanentemente el principio de mejora continua en procesos y productos.
- Aprovechar al máximo el potencial individual de quienes forman parte de la organización.

1.- Citado por . Scott (1991:52)

2.- Citado por . Scott (1991:52)

- Difundir los principios elementales de calidad y dar seguimiento a su implantación.
- Conocer a sus clientes y a las organizaciones ante las cuales tiene oportunidad de sobresalir.
- Proveer un medio eficaz para medir el progreso y poder comparar sus servicios con organizaciones calificadas con el término de “Calidad”.

A continuación se enumeran otras categorías que permiten evaluar la calidad y que también llevan implícitos los criterios anteriores :

- Reconocer el mejor desempeño para áreas de apoyo y/o de servicios.
- Reconocer la mejora continua, para áreas de apoyo y/o de servicios.
- Reconocer la meta alcanzada.

Según Joaquín Peón Escalante (1992) la calidad es una forma de mejorar que si bien, como ya dijimos requiere de, además de actitud (querer el cambio) de la aptitud (poder para el cambio) esto significa una serie de condiciones económicas, políticas y sociales para el logro de mejoras en la salud.

El nos presenta una serie de requerimientos para el logro de la calidad.

- 1.- Precisión y exactitud en todas las actividades.
- 2.- Toma de decisiones basada siempre en información de fuentes interna y externa.
- 3.- Orientación a conocer y satisfacer todos los requerimientos de los usuarios.
- 4.- Trabajo inteligente, buena delegación y coordinación.
- 5.- Reestructuración de las piramides organizacionales para hacerlas más planas (más personal operativo).
- 6.- Reducción de costos.
- 7.- Mejoramiento de procesos.

De todo esto nos preguntamos qué es mito y que puede ser realidad, hasta que punto podría lograrse en nuestras instituciones de salud estas condiciones con los esquemas actuales de empleo, vivienda, ingresos, etc., que posibiliten a un empleado de cualquier nivel con la motivación y empeño suficientes para siquiera tener la actitud hacia el cambio

De la importancia de toda la información anterior se deriva la necesidad de hacer un análisis que abarque los puntos de la calidad integral, para lo cual se requiere una autoevaluación con respecto a los servicios que se prestan.

La calidad en el servicio centrada en la satisfacción de los clientes se da al reconocer la forma en que la organización da prioridad e importancia a sus clientes o usuarios, como principio fundamental para ofrecerle bienes y/o servicios que iguallen o superen el valor esperado (la relación percibida entre lo que se obtiene y lo que se paga por obtenerlo); también, se examina la efectividad de los sistemas directivos y operativos de la organización.

Además de la satisfacción de los clientes, la calidad involucra el término Liderazgo al tomar en consideración la participación directa de la alta dirección como “líder” o dirigente responsable principal y último del proceso de mejora continua hacia la calidad integral de la organización. Como sabemos, “el líder surge como resultado de las habilidades del individuo para contribuir a las necesidades del grupo” (Contreras, 1980:103); es el elemento clave de una organización y es importante colocarlo jerárquicamente en la situación esperada por él porque el liderazgo “es una forma especial de poder” (Hall, 1988:156). Habrá que hacerle sentir que es importante, porque lo es para el logro de nuestros objetivos. Cabe señalar que la mejora continua implica un cambio, el cual debe ser paulatino y constante en la medida en que actúa frente al principal objetivo que pretende reformar. Como sabemos, en el ámbito de la calidad se pretende en toda organización que cada uno de los participantes tenga la misma dosis de responsabilidad; sin embargo, hablamos de dirigente para denotar las dos funciones primordiales de éste, que según Covey (1996) son las de planeación y control.

Otro factor importante dentro de lo que se reconoce como calidad integral es el desarrollo del personal con enfoque de calidad, esto es, la forma, alcance y profundidad con que la organización establece los elementos fundamentales para desarrollar, estimular y optimizar el potencial del personal para que participe y se involucre en el proceso de mejora de la calidad en las cadenas de clientes-proveedores internos, dentro de un clima de trabajo respetuoso y digno donde se dan facultades al personal para la toma de decisiones y se les trata como gente adulta, creativa e inteligente, con capacidad de colaborar activamente en el mejoramiento de la organización, de sus procesos y de sus productos.

Otros aspectos muy importantes son la efectividad, el alcance, la validez, y la información, elementos centrales para facilitar la toma de decisiones basadas en datos y hechos, instrumentos básicos de un proceso de cambio continuo con enfoque de calidad orientado a dar un valor superior a los clientes, así como a mejorar su posición competitiva.

Por otro lado, se sabe que es muy importante planear, administrar y mejorar los procesos, de manera que al planear se procure lograr, mantener o incrementar el liderazgo de la organización en calidad, al igual que elaborar procesos claves y de apoyo de la organización para asegurar que los clientes reciban consistentemente un valor superior con sus productos y/o servicios al llevar a cabo los pasos fundamentales de la administración de procesos como el diseño, la planificación, el control, la mejora y la estandarización tanto de los procesos internos como de los proveedores y la forma como la organización evalúa y mejora los mismos.

Por último cabe destacar la importancia que tiene la calidad para impactar favorablemente los esfuerzos que hace el grupo social o la organización para el mejoramiento de su entorno físico, social y económico, así como la afirmación de Townsend (1992) sobre todo el proceso : “la calidad no es sólo cerebral sino también emocional”.

Ahora bien, los malos servicios son una de las grandes preocupaciones de la mayoría de las organizaciones, debido a que la gente invierte su tiempo y energía y las deficiencias provocan pérdidas importantes para toda persona e institución

2.1 Calidad en servicios

Uniendo los dos conceptos clave que son calidad y servicio, tenemos un nuevo concepto que habrá que definir, como parte importante de este estudio.

La calidad en el servicio supone que el cliente esté contento con lo que se le está entregando, como también que no hablará mal de la experiencia que tuvo con el servicio que obtuvo y que puede recomendarlo sin problema.

Por lo anterior debemos reconocer la importancia de tener calidad en los servicios. Si las instituciones u organizaciones quieren que sus clientes estén satisfechos tienen que invertir tiempo y muchas otras cosas para conseguirlo. Un requerimiento mínimo para el logro de este esfuerzo, según Denta (1991), es precisamente el supervisar las preferencias y deseos de los clientes. Para asegurarles esa satisfacción habrá que comprender que es muy difícil eliminar completamente las quejas, pero el hecho de que alguien de la organización las escuche aumenta la confianza y motivación de los clientes.

Aquí, es importante analizar si la calidad en los servicios tal como lo proponen los teóricos es posible en nuestra institución de salud, calidad en el servicio, nos dicen es querer prestar un servicio que satisfaga al usuario porque sabemos que de no ser así, éste no volverá, pero hasta que punto le importarán a este mismo empleado estos principios de calidad, cuando no depende la organización de la opinión del cliente, es decir independientemente de la buena o mala opinión del usuario, el seguirá asistiendo a la institución porque no tiene otra opción, como en el caso de las clínicas de Seguridad Social, entonces si es posible aplicar los principios de calidad en las instituciones de salud, pero es necesario para esto la mejora de las condiciones del empleado que presta ese servicio.

2.2.- Calidad en el servicio en las organizaciones de salud

Los servicios de salud en el país requieren conservar la calidad de sus acciones en beneficio de los usuarios, situación que involucra una diversidad de elementos, en los cuales destaca la calidad del recurso humano.

Es cierto que las organizaciones de salud deben estar enfocadas al rendimiento social que producen; sin embargo, comúnmente se piensa que la atención primaria de la salud constituye la estrategia apropiada para el logro de la calidad. Por ello el compromiso de

las instituciones de salud por alcanzar la calidad representa un desafío muy importante; que se puede valorar en dos aspectos fundamentales :

El primero “se refleja en la cifra de morbilidad y de alta calidad por curación, lo mismo que por las óptimas relaciones humanas entre el paciente y la institución, como expresión de la confianza que éste deposita en la institución; además cada paciente debe ser curado al menor costo posible” (Revista Suplemento, 1992, “La garantía de calidad en México”:40).

Por otro lado “la manifestación más concreta de esfuerzos tendientes a mejorar la calidad de la atención en México puede identificarse a partir de 1956, cuando en el hospital “La Raza”, del IMSS, se inició de manera extraoficial la revisión de expedientes clínicos” (Álvarez, 1992:40), hecho que promovió un año más tarde la creación de la comisión de Supervisión Médico del IMSS, que para 1972 se convirtió en el área de evolución médica.

A partir de la experiencia del IMSS, adquirida con estos hechos es como en la década de los setenta cuando se le da mayor relevancia a esta clase de evaluaciones que a la vez fueron apoyadas por auditorías, las cuales se pusieron en marcha en organismos similares como el Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE) y el Sistema nacional para el desarrollo integral de la familia (DIF). Además, en este tiempo aparecen publicaciones relacionadas con este hecho, las cuales fueron creadas por personal del IMSS.

En los ochentas este interés hacia la calidad se incrementa, pues además de contar con evaluaciones como las anteriores se llevó a cabo en el ISSSTE un estudio relacionado con la satisfacción del usuario y los prestadores de servicio también se sabe que en 1985 en el Instituto Nacional de Perinatología se empezaron a llevar a cabo círculos de calidad. No obstante a pesar de que se contó con pocas investigaciones orientadas a la medición de la calidad; se piensa que éstas sirvieron para iniciar una nueva fase dentro del campo de la calidad de la atención médica en México.

Por otro lado, “en 1989, se creó la Unidad de Estudios sobre la Calidad de la Atención a la Salud en el Instituto Nacional de Salud Pública, que empezó a impulsar la educación sobre el tema y a proporcionar asesoría a diversas instituciones tanto del sector público como del privado, en diferentes regiones del país y en otros países de América Latina” (Álvarez, 1992:40).

Otro aspecto muy importante de la calidad en salud es que se cree que durante la campaña presidencial del Lic. Carlos Salinas de Gortari se impulsó la promoción de los servicios de salud hacia la calidad, ya que se puso especial atención en el tema al señalar la necesidad de poner atención en la dimensión interpersonal de la calidad, identificando de manera explícita el valor que se le asigna a la calidad como componente de la política de salud.

Posteriormente empezó a incrementarse el interés por encontrar alternativas que coadyuvaran al proceso de calidad.

En últimas fechas han surgido diversidad de estrategias que giran en pro de la calidad. Existen organismos, técnicas de procedimiento para evaluarla, proyectos por implementarse y acciones concretas tendientes a establecer programas que garanticen la calidad.

Evidentemente se cree que una estrategia amplia que garantice la calidad en los servicios de salud debe ser enmarcada dentro de la política de salud que considere aspectos como accesibilidad, equidad, descentralización, diseño del sistema en conjunto, etc. que a su vez conjunte los múltiples esfuerzos por tener mejores instituciones de salud.

En las primeras décadas del presente siglo se buscaban estrategias para crear especialistas y establecer grandes centros hospitalarios, además de unidades de segundo y tercer nivel. Se sabe que a partir de la creación de la O.M.S. esa estrategia no afectaba la salud de las poblaciones y no conducía a lograr una equidad en la distribución de los servicios de salud, por lo que surgió la necesidad de cambiarla para alcanzar la salud para todos.

Partiendo de la hipótesis de que la distribución de los servicios de salud y la calidad son desiguales, se confronta lo que una estrategia nacional de calidad debe perseguir en su formulación de objetivos fundamentales :

- “Eleva el nivel de calidad de los servicios de salud a través de un esfuerzo continuo, a la vez que
- Eleva ese nivel de calidad de manera tal que las diferencias en la calidad proporcionada por diferentes tipos de proveedores, individuos y organizaciones, sea mínima con objeto de que cualquier mexicano en cualquier tipo de servicio de salud haga efectivo su derecho a la protección de la salud, con la seguridad de que obtendrá la mayor calidad posible” (Álvarez, 1992:40).

Como ya se sabe, para que el segundo objetivo se efectúe se necesita, además de la política de calidad, una consideración más amplia donde se contemplen tanto accesibilidad como la equidad en los servicios.

A continuación se presenta un breve análisis de los 10 puntos referidos por el autor Enrique Ruelco en “De la calidad y de la evaluación a la garantía” (1990) que de manera general muestran la forma en que debe orientarse la estrategia nacional de garantía de calidad, son los siguientes :

1. Definir la mejor estrategia o alternativa, entendida en una evaluación utilizada como medio y no como un fin; generar un aseguramiento que conduzca a estándares dinámicos y flexibles acorde al tiempo y espacio; buscar que la calidad no sólo sea proporcionada al equipo de calidad sino también al paciente.
2. Considerar criterios o indicaciones por utilizar expresos en las dimensiones de la calidad tanto técnica como personal; así mismo se requiere.

3. Crear un diseño organizacional que conciba la distribución de autoridades, coordinación, la comunicación, el control, la estandarización y los incentivos en los niveles macro y micro.

- El nivel macro sugiere la descentralización, así como la existencia de estándares locales y nacionales similares que ofrezcan la posibilidad de obtener servicios similares en cualquier establecimiento de salud. Los estándares deben obtenerse desde un enfoque participativo que genere el consenso entre los organismos, y deben ser considerados como dinámicos y flexibles para que permitan ajustes oportunos de calidad acordes con los avances tecnológicos y estructurales.

Es importante considerar la coordinación, la cual debe llevarse a cabo por organismos de salud públicos y privados, asimismo se recomienda que la meritoria y la evaluación sean actividades locales como centrales; es muy importante crear incentivos para las organizaciones en función de su desempeño. También se requiere de la retroalimentación oportuna, puesto que esto permitirá crear la corrección oportuna de desvíos y la motivación para la superación del desempeño.

- El nivel micro contempla fomentar el establecimiento de programas de calidad en cada unidad de servicios, así como crear modelos descentralizados participativos que en cada unidad incrementen la motivación del personal para mejorar la calidad de su propio desempeño; además debe proporcionar mecanismos que faciliten la participación de los usuarios en la calidad de los servicios que reciben, proveer incentivos para motivar el interés por mejorar la calidad y fomentar la retroalimentación oportuna.

4. Integrar las acciones orientadas a la garantía de calidad.
5. Implementar estrategias secuenciales dirigidas hacia el desarrollo progresivo.
6. Educar a los profesionales de la salud, para que estén conscientes de lo que significa su desempeño en relación con la calidad. Se recomienda que el personal tenga la oportunidad de discutir ampliamente el significado de la calidad de la atención e incluso acercarse a la metodología para garantizarla,
7. La educación de la población debe entrar en el diseño de estrategias de manera que se eduque e informe a ésta acerca de cómo exigir niveles adecuados de calidad y cómo participar en la mejoría de la calidad que recibe.
8. En la evaluación de las estrategias, incorporar un componente de investigación evaluativa que monitoree tanto la efectividad como la eficiencia de los esfuerzos por lograr la calidad.
9. Incentivar paralelamente la efectividad y la calidad.
10. Interpretar sistemáticamente la calidad como un efecto y no tan sólo como concepto, valor o acción.

Los conceptos de eficiencia y efectividad van directamente relacionados con la idea de "calidad", pues son parte fundamental para el logro de la misma.

Primero se hace necesario definir tales conceptos.

Se conoce como efectividad "la capacidad de producir un efecto, dada una combinación de recursos; supone una relación técnica entre insumos y productos o resultados, y no involucra juicios de valor o de costos para producirlos" (Álvarez, 1992:32).

Por su parte, la eficiencia "toma en cuenta los costos de los recursos usados en la producción y los compara con el valor del producto o resultado de salud obtenido (Álvarez, 1992:38).

Es importante destacar que "la verificación de la eficiencia es la parte más provechosa de todo el proceso de análisis de tareas" (Hall, 1988:264). Es una oportunidad que tienen los empleados de la organización para trabajar juntos con el fin de hacer el trabajo más fácil y más seguro, y reducir la pérdida de tiempo, de espacio, de energía y de materiales. La eficiencia mejora la calidad y la productividad, también trata de hacer un mejor uso de las herramientas, máquinas y equipos así como de los conocimientos, destrezas y habilidades del personal y, por último, analizar el trabajo desde el punto de vista de costos, producción, calidad y seguridad, todos los cuales son objetivos importantes dentro de la organización.

El análisis de estos conceptos permite observar que la eficiencia implícitamente hace referencia particular a la estructura y funcionamiento, tanto en la organización en general como en los procedimientos que en ella se llevan a cabo.

La efectividad, en cambio, hace especial énfasis a dos aspectos : el ambiente externo de la organización, con énfasis en el ambiente que provee los insumos a la organización, y la respuesta efectiva a las demandas, una vez realizados los procesos administrativos correspondientes y entregados los productos o servicios.

Se considera que para que exista la eficiencia y efectividad dentro del desarrollo de una organización de salud, es necesario que los factores técnicos, legales, estructurales e individuales se incrementen para ofrecer oportunidades de crecimiento a la propia organización. De igual forma influye el factor y ordenación política de la sociedad, ya que éste es importante al resolver las demandas de la población actual.

La eficiencia es un producto importante dentro de los servicios integrales de salud puesto que es un medio que asegura la equidad. Su importancia es la atención a la satisfacción de las necesidades de los individuos. Esta equidad debe mejorar el acceso a los servicios de la población marginal sin sacrificio de la eficiencia médica, ya que ésta implica desperdicio de recursos y a la vez representa una forma de inequidad.

Más aún, la eficiencia y efectividad en la prestación de servicios de salud se pueden mejorar con la integración horizontal de servicios; esto permitiría una distribución más razonable de la prestación de servicios en las zonas rurales y urbanas y contribuiría a la disminución de las desigualdades existentes entre los usuarios de las diferentes instituciones, así como de las desigualdades en las remuneraciones de los prestadores de servicios de las mismas.

Ahora bien, considerando que la actual situación de salud es producto de una baja eficiencia del sistema y la escasa efectividad del mismo, se valorará a la organización como efectiva o útil solamente cuando responda en forma efectiva a las demandas del ambiente.

Sin duda alguna, este desafío consiste en tratar de aumentar la capacidad operativa del sistema y plantea la necesidad ineludible y urgente de hacer cambios en la definición de las políticas de salud, en la definición de estructuras, en la definición de sistemas, en las normas y procedimientos. Todos estos cambios necesitan el desarrollo institucional de los servicios de salud, lo cual confirma la necesidad de una reforma administrativa integral.

Con mucha frecuencia las instituciones de salud adoptan sistemas pasivos (por ejemplo, sugerencias sobre el sistema) a los que pueden contribuir los empleados que lo deseen. Este procedimiento es pasivo porque ni el empleado ni el que percibe el servicio participa. Es más probable que los empleados contribuyan y reconozcan que tienen la oportunidad de hacerlo cuando la estructura es proactiva, lo que, según Hall (1988), depende mucho de la capacitación para llevar a cabo decisiones referentes a la organización. Lo mismo es aplicable a quienes reciben el servicio, pues ellos tienen derecho a opinar, a expresar sus inquietudes y a participar en el mejoramiento de la institución.

2.3.- Problemas y obstáculos en instituciones de salud

Una institución de salud es necesaria para lograr fines específicos; sin embargo, antes de que llegue esto al éxito se requiere la cooperación del factor humano, ya que es en este aspecto donde radica la ejecución de los cometidos que lo garantizan. En la búsqueda de éste surgen asimismo problemas y obstáculos que suponen la reacción negativa dentro del ambiente interinstitucional.

Tomando en cuenta que las instituciones de salud tienen diferentes objetivos, es necesario diferenciar en qué consiste cada uno de ellos, ya que existen las grandes instituciones de salud, que son los centros de investigación médica que realizan estudios que cooperan con el progreso curativo de enfermedades como el cáncer, los centros de especialización, los hospitales que tienen a su cargo personas hospitalizadas y cuyo fin se orienta hacia la asistencia médico-quirúrgica, o los centros de salud que se orientan a la prevención de enfermedades, tratamientos o consultas externas. Cada uno de ellos tiene diversos problemas y obstáculos muy peculiares, girando en un marco acorde con las expectativas que el usuario espera del servicio.

Cabe destacar que muchas circunstancias demuestran la necesidad urgente de contar con métodos prácticos de solución a problemas y obstáculos de las instituciones de servicios como las de salud, de manera que sean implantados productivamente en aquellas situaciones donde puedan ser de utilidad.

Se piensa que algunos problemas y obstáculos externos que se presentan en tales instituciones son las depresiones económicas, combinadas con la inflación, las crisis políticas, las prioridades gubernamentales y la saturación de impuestos. Todo esto conduce a un análisis minucioso que estudia dichos factores en relación con la eficiencia y efectividad de las organizaciones de servicios.

Por otro lado, entre los factores internos que contribuyen a la formación de problemas y obstáculos dentro de la organización se encuentran la falta de capacitación al personal que la conforma, la falta de presupuesto para contar con el equipo necesario, la falta de persistencia continua tendiente a la evaluación correctiva, la falta de motivación al personal, etc.

Aun y con todo esto la realidad de las organizaciones de servicio en relación con los problemas y obstáculos que emergen en cada una de ellas es distinta; se piensa que el factor humano es el que de una u otra manera contribuye para que la atención de la salud sea efectiva y eficiente o no.

Retomando lo anterior se piensa que en las instituciones de salud no existe escasez de recursos humanos, sino más bien persisten ciertos desequilibrios y sobre todo una mala utilización de los recursos potenciales; de esto resulta importante analizar si en los planes a corto y largo plazo se cuenta con personal de salud en cantidad y calidad requerida que proporcione a la población óptimos servicios de salud.

Es importante señalar que para la evaluación de los problemas y obstáculos de los servicios de salud, la cobertura se extiende hacia dos aspectos considerados como principales, uno cuantitativo, con extensión espacial y geográfica de los servicios y otro cualitativo que abarca la amplitud y profundidad de los servicios que la organización proporciona al usuario.

Otro aspecto importante dentro de este punto es que los servicios son capaces de brindar atención médica a todos los individuos del país, sin que las dificultades de distancia y costo los limiten. Además, para que no sean considerados como ineficientes o ineficaces, deben ser capaces de atender cualquier problema hasta donde alcancen los conocimientos científicos del momento. La estrategia idónea para actuar en pro de la calidad de los servicios de salud sería establecer y ofrecer una cobertura mínima de servicios que poco a poco ofrezca servicios más elaborados sin que esto ocasione el agotamiento de los recursos.

A continuación se presenta un esquema que supone una influencia decisiva sobre la calidad y cantidad del personal de la salud; en esta estrategia se apoyan los países para evaluar al personal, con base en tres niveles de atención.

Niveles de Atención en la Salud

- Atención primaria. Comprende todo primer contacto de un individuo o grupo enfermo o con riesgo de enfermar en relación con el sistema de salud, así como su póstumo seguimiento.
- Atención secundaria. Comprende aquellos problemas que no pudieron ser resueltos en el nivel anterior y que por consecuencia fueron referidos. En este nivel se tratan la mayoría de los casos graves, complicaciones de enfermedades más comunes, etc., y
- Atención terciaria. Trata los problemas que requieren de mayor trato especializado, como cardiología, ortopedia, etc., así como los casos crónicos y tratamientos de rehabilitación. La responsabilidad recae en los equipos médicos especializados, los que se supone están dotados de la máxima capacidad de diagnóstico y tratamiento (Hernán, 1984:752)

Este esquema tendrá menor proporción de obstáculos y problemas en la medida en que la atención del personal a cargo sea eficiente, exista la coordinación, integración y comunicación a nivel del sistema común que los integre.

Recientemente se ha llegado al conocimiento de que los empleados de las instituciones de salud son los principales mecanismos por medio de los cuales se distribuyen las ocupaciones y oficios, estas personas son quienes brindan los servicios y mucho depende de ellas si éstos responden a las demandas de los solicitantes.

Ahora bien, si se observan las necesidades de los clientes o usuarios del servicio se encuentra que una persona acude a una institución para que se le dé un servicio con el cual busca resolver o satisfacer una o varias necesidades. Al prestarse un servicio de calidad se busca hacer dos cosas principalmente.

- Resolver al usuario su problema práctico.
- Ofrecer ese ambiente agradable que el cliente busca.

Existen dos variables relacionadas directamente en este tema, las cuales son, según Denton (1991), servicios al cliente y la satisfacción del cliente.

Por varios motivos los malos servicios son una de las grandes preocupaciones de la mayoría de las organizaciones.

- 1.- La gente invierte su tiempo y energía en los aspectos técnicos, pero no se toman las consideraciones en el trato a los demás.
- 2.- No se motiva a tratar a los compañeros como clientes. La satisfacción del personal interno proporciona un eslabón vital en la cadena que lleva a la satisfacción de los clientes fuera de la organización.
- 3.- Las personas no entienden que trabajar duro no es lo mismo que satisfacer a los clientes, como resultado de esto frecuentemente las personas se sienten frustradas porque los clientes quedan insatisfechos.

Además los beneficios personales que trae un buen trato a clientes podrían ser: “tener menos tensiones, logrando más con menos personal, además de obtener más satisfacción en el trabajo” (Scott, 1991:2)

En cuanto a los beneficios organizacionales, según Scott (1991) la efectividad en el servicio puede ser la clave de la supervivencia y del éxito, además del punto de apoyo para un trabajo en grupo motivado y para brindar al usuario el máximo beneficio por su dinero, aunque en este caso no hablamos de cuestiones monetarias como los beneficios más importantes.

En cualquier organización de la que se forme parte o en cualquier trabajo que se haga, tarde o temprano se encuentran personas difíciles. Las personas más problemáticas con las que hay que tratar con frecuencia no son personas “de fuera” sino que se encuentran dentro de su propia organización. La mejor forma de tratar con personas difíciles es acercarse a ellas profesionalmente, no en un plan personal. Ser profesional quiere decir mantener la atención sobre los asuntos que se discuten y lejos de sí mismo, por esto la importancia de la frase : “El secreto del éxito : hágalo en forma profesional, no personal” (Scott, 1991:13)

Es importante considerar que en casi todos los sistemas de servicio existen clientes que no encuentran lo que buscan. Según diferentes autores (Covey, 1996; Keith, 1991; Townsend, 1994), esto se puede deber a diferentes causas :

- Se le prestó un servicio malo.
- Quizás la dependencia del prestador del servicio no proporcione el servicio que el cliente solicita.
- Tal vez el cliente se haya equivocado de lugar al buscar el servicio.

Cabe señalar que hay dos aspectos que ayudan a ubicar lo que genera un cliente feliz o satisfecho :

- Brindar lo que el cliente quiere obtener, o
- Brindar lo que el cliente no quiere pero que tampoco obtiene

Las condiciones opuestas desgraciadamente generan un cliente insatisfecho o molesto :

- Lo que el cliente no quiere y obtiene

- Lo que el cliente quiere pero no obtiene.

El análisis según Covey (1996) está en el esquema siguiente :

	El cliente quiere	El cliente no quiere
El cliente obtiene	✓ Cliente feliz	X Cliente insatisfecho
El cliente no obtiene	X Cliente insatisfecho	✓ Cliente feliz

¿Cómo tratar al cliente molesto?

Las actitudes frente al cliente que está molesto hacen una diferencia en el servicio que se está prestando.

A pesar de que el cliente esté molesto se recomienda tener una actitud de servicio y ser profesionales. Un cliente molesto no tiene por qué alterar el plan de actividades que se tiene, pero sí merece la importancia que cualquier otro cliente tiene. Por eso es necesario :

1. Escuchar con empatía, ponerse en el lugar del cliente.
2. Hacer saber al cliente que sus sentimientos son entendidos, por ejemplo : comprender que situación le molesta.
3. Explicar las limitaciones que se tienen en ese momento para satisfacer las expectativas del cliente y decir lo que sí se puede hacer por él.
4. Canalizar u orientar al cliente con la persona que pueda ayudarlo o hacerle saber cómo se ocupará usted u otra persona de su asunto.
5. Ignorar cualquier crítica que se reciba, no justifique un ataque con otra crítica (Scott, 1991:64).

Para el seguimiento de la queja, es importante escuchar a un cliente molesto mediante un proceso ordenado :

- Solicitar un escrito con el nombre del cliente. Si lo desea proporcionar, de otra manera no tomarlo.
- Proporcionar su nombre al cliente. Esto le puede proporcionar a él una sensación de compromiso, es decir, que se está comprometiendo con la solución hacia su necesidad.
- Comprometerse con él a investigar una solución para su queja.

Asimismo, en todos los sistemas de servicio se tienen 4 tipos de situaciones con los clientes, que se conocen gracias a la siguiente tabla :

	El cliente me lo dice :	El cliente no me dice :
El cliente está satisfecho con el servicio prestado	✓ Me da información para seguir haciendo mi trabajo bien.	X No me da información para seguir haciéndolo bien o para mejorar.
El cliente no está satisfecho con el servicio prestado	X Aunque el cliente no está satisfecho, me da información para seguir mejorando y corregir el rumbo.	✓ Las oportunidades para mejorar se pierden en el vacío. Pierdo un cliente.

(Scott, 1991:46)

Como prestadores de un servicio, siempre se va a poder elegir la actitud al prestarse un servicio. Es decir, independientemente de la actitud que presente el cliente, si está molesto, enojado, ansioso, etcétera, los prestadores del servicio sí pueden escoger cómo reaccionar.

Ser profesionales implica mantener siempre una base de respeto en la interacción con otros; comprender aún más como profesionales los diferentes estados de ánimo del cliente y desarrollar, y tener las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles con éxito.

Todos estos conceptos e ideas acerca de la calidad son el ideal o la utopía en cualquier organización, evidentemente esto no se presenta así en nuestras instituciones de salud, pero es importante identificar que es lo que el usuario desea recibir como servicio, cuales son sus opiniones de ese servicio que necesita y del cual depende su salud y la de su familia.

Como se ha dicho, la calidad es cuestión no sólo de actitud sino también de aptitud, es decir hasta que punto la institución de salud es apta para brindar ese servicio; el primer paso para descubrir el nivel de calidad es reconocer la opinión que el usuario tiene acerca de lo que recibe.

3.- Cultura de la salud

Es importante para cualquier estudio referente a la salud tomar en cuenta el medio ambiente y las circunstancias que rodean a la población que será estudiada, pues como sabemos toda manifestación del ser humano repercute en su medio y el medio influye a su vez en toda organización humana.

Por cultura entendemos “todo lo que el hombre aprende desde que nace, y la mejor parte de las acciones que realiza durante su vida” (Salzman, 1975:5), por lo que es evidente

que la cultura tiene una relevancia importante en la dinámica de la salud, cómo un grupo social comprende a la salud, cómo la percibe y practica depende en gran medida de su cultura. Además, debemos recordar que las enfermedades “además de ser un fenómeno biológico, también constituyen un fenómeno social” (Salzman, 1973:333).

Por esta razón, la cultura es parte importante de un estudio relacionado con la salud.

3.1.- Educación para la salud y participación de la comunidad

La educación para la salud es “fundamentalmente la asistencia puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Esta atención, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad” (Hernán, 1984:22). Es decir, la educación es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena participación. La atención primaria es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; abarca factores sociales y de desarrollo y, si se aplica de manera apropiada, influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud.

Los programas comunitarios deben basarse en la historia de la atención médica a la población a que se dirigen, de acuerdo con el proceso evolutivo de la seguridad social y en las condiciones socio-políticas presentes en el país y en relación al momento histórico en que se encuentre, es decir, debe operacionalizarse, adaptarse a la realidad concreta en que se vive.

La participación comunitaria en el proceso de desarrollo de programas de salud es no sólo una condición obligada para que éstos se produzcan sino la fuente misma de las estructuras que los sustentaran. Por ese motivo, es necesario que los programas de salud incorporen la participación de la comunidad como una estrategia básica para alcanzar los objetivos de construir una sociedad más igualitaria y mejorar las condiciones de vida de todos los sectores de la población.

Para impulsar las acciones de participación comunitaria en salud se requiere que los trabajadores institucionales, en todos los niveles de atención, se constituyan en promotores-educadores para lograr a su vez sensibilizar a la población a través de la relación cotidiana que tiene con ellos.

Para que el sistema de servicios de salud tenga impacto en el nivel de salud y bienestar de la población, deben cumplir, según Hernán (1984) con las siguientes características :

UNIVERSAL : Que los servicios se proporcionen a toda la población sin ninguna distinción, pero siempre con la misma calidad.

OPORTUNA : Los servicios deben ser accesibles en el momento preciso.

INTEGRAL : Los servicios deben atender aspectos preventivos, curativos, de rehabilitación y de mejoramiento del ambiente, de acuerdo con las necesidades del ser humano.

EFICIENTE : Los servicios deben proporcionarse con la mayor calidad y el menor costo posible, esto es, aprovechando al máximo los recursos disponibles.

En general, podemos decir que a la vez que aún cuando se acepta la influencia de la cultura en los hábitos de salud, no por esto la misma supedita o ejerce predominio en el funcionamiento de un grupo social, pues según Hall (1988:228), hasta donde sabemos no es posible determinar con exactitud el grado de influencia de los diferentes factores de la cultura en la sociedad. La cultura no es una constante en su impacto sobre las organizaciones, aún en un ambiente único.

Por esto la temporalidad y espacialidad de los valores y normas afectan en distintas formas y profundidad a los seres humanos de un grupo social.

3.2.- Relación de las características socioeconómicas del usuario con la cultura de la salud

Pese al progreso material alcanzado, resalta el estancamiento de la esperanza de vida y el mantenimiento de una morbilidad alta. Estamos en un momento en el que la ecología humana adquiere, frente al deterioro permanente de nuestro ambiente de vida, una gran importancia para las ciencias de la salud. Importante también es el modo de vida o el tipo de comportamientos humanos frente al ambiente y frente a los problemas individuales y colectivos de salud y enfermedad.

Según Hernán (1984), la medicina está en el dilema de continuar con la sola curación o dar un paso hacia una medicina social más completa y más directamente relacionada con el origen de la enfermedad, pero, ¿qué hacer para eliminar la enfermedad?

La elevación del nivel de vida de las poblaciones humanas disminuye los riesgos de enfermedad, aunque el desarrollo industrial, la urbanización y el crecimiento rápido de las poblaciones traen la aparición de nuevos riesgos de enfermedad y de desadaptación ecológica.

Como sabemos, las sociedades humanas heredan socialmente modos de vida y comportamientos que no siempre son favorables a nuestra biología. Especialmente se trata de hábitos alimentarios (dietas nacionales y regionales), de condiciones de trabajo y de vivienda, de creencias y mitos que atentan seriamente contra la salud de la población. Las condiciones de vida y el nivel cultural de la población aparecen hoy como lo más importante en el proceso de la salud.

Asociando la medicina y las ciencias de la salud a las demás ciencias y técnicas que se preocupan por el hombre, e integrando al hombre entero al medio físico, biológico y

social en que vive, podemos ciertamente contribuir al mejoramiento de la forma de vivir y al bienestar de la población humana.

El dilema para las ciencias de la salud no está en escoger entre la prevención o la curación de la enfermedad, sino en integrar todo el saber y nuestros esfuerzos para permitir que la gente viva más en estado de salud misión fundamental de la medicina moderna. En efecto su objetivo no es sólo la búsqueda de riesgos de enfermedad existentes en el ambiente social y de los grupos expuestos a tales riesgos, sino el “ofrecer a toda la población un remodelaje de las condiciones de vida (ecodesarrollo) y de los modos de vida (comportamientos) generadores del desequilibrio ecológico que implica la enfermedad” (Hernán, 1984:54).

A su vez, la salubridad representa la ecología humana para la salud y la importancia de la relación individuo ambiente; ha superado ampliamente el simple saneamiento ambiental.

Tampoco a la higiene la concebimos ya sin un sólido fundamento educacional : la primera exigencia para una promoción de la salud es un nivel suficiente de educación sanitaria de la población. Así, la medicina social implica una planificación racional del sistema de salud.

Ya que la medicina es la ciencia y el arte de prevenir y curar enfermedades, para el logro de sus metas ha desarrollado tres actividades fundamentales :

- 1) Prevención de la enfermedad – Técnicas de Medicina Preventiva
- 2) Diagnóstico y Tratamiento – Técnicas de Medicina Curativa
- 3) Restauración de Capacidad de Trabajo – Técnicas de Rehabilitación (Hernán, 1984:19).

La ecología humana demuestra que la salud y la enfermedad no son simples estados opuestos sino grados de adaptación del organismo al ambiente en que vive por medio de diferentes factores, que pueden provenir del ambiente natural y la herencia biológica, cultural y social en los grupos sociales.

Así , el estudio de la salud y/o de la enfermedad no puede realizarse en el individuo ni en la población aislados de su ambiente, y debe hacerse considerando al individuo como un ser social. Se debe descubrir la intensidad de los factores, y formular tratamientos médicosociales.

Para el logro de estos propósitos la medicina ha desarrollado técnicas especializadas auxiliándose de otras disciplinas no médicas. Un problema de salud deja de ser individual y pasa a ser colectivo cuando su solución la determinen factores sociales (Salud Pública), y para tratarlo se incluyen todas las técnicas y métodos de carácter médico y no médico, orientados a la comunidad. La finalidad específica es favorecer el proceso ecológico, así como fomentar la salud y prolongar la vida humana.

Tales actividades pueden ser desarrolladas por instituciones estatales o por instituciones particulares con carácter nacional o local. Así, la medicina preventiva y la curativa es parte de la salubridad. Entonces la medicina social considera a la salud y a la enfermedad en el individuo y en la población desde un punto de vista social en cuanto a sus orígenes y a sus consecuencias. La medicina se pone al servicio del hombre considerado como un ser social y al de la sociedad en conjunto, con la finalidad de elevar el nivel general de adaptación y eficiencia en su medio. Este enfoque es consecuencia de la evolución de la Medicina y la Sociedad.

Un programa médicosocial tiene como objetivo “prevenir la enfermedad y la muerte, el fomento de la salud y la prolongación de la vida media y de la productividad del hombre, el mejoramiento del nivel de vida de la población, el bienestar y la felicidad de la Sociedad” (Hernán, 1984:26).

3.2.1 Características socioeconómicas y la salud

Como ya dijimos, para que en una población exista un buen nivel de salud es necesario que también se dé un buen nivel socioeconómico, pues “el subdesarrollo económico y social condiciona el subdesarrollo de la salud” (García, 1979:24).

Se ha demostrado en diferentes estudios que existen más enfermedad y muerte en países o grupos pobres que en grupos ricos. De esto podemos afirmar que los servicios de salud por sí solos no solucionan las verdaderas causas de estos problemas.

De hecho, los servicios de salud pública en México, de por sí insuficientes, racionan sus recursos a aspectos curativos principalmente, y muy pocos a la prevención, a la educación para la salud y a la capacitación de personal y mucho menos a programas o propuestas de mejoras en el servicio que se brinda. No es posible sin embargo “ponerle precio” a la salud, pero sí debemos recalcar la importancia que tiene el recurso económico y social en la mejoría de los servicios de salud.

Es interesante recalcar por ejemplo que en México las enfermedades incapacitan al trabajador un promedio de 14 días al año (García, 1979:27), lo cual quiere decir que la enfermedad lógicamente representa una pérdida en la productividad del país. Desgraciadamente, a pesar de los avances en materia de salud, no se ha logrado cubrir la necesidad de muchos sectores de la población.

No es posible por tanto centrarse sólo en la educación para la salud, pues de qué sirve enseñarle a la población los requerimientos de una buena alimentación si no puede adquirir alimentos. Entonces, si la salud depende del nivel de vida, su mejoramiento dependerá de una adecuada organización socioeconómica que permita alcanzar los requerimientos mínimos de bienestar.

Esto no quiere decir que pueda dejarse del lado la cuestión educativa; la educación posibilita crear una nueva cultura de la salud, pues un pueblo “entre mayor nivel

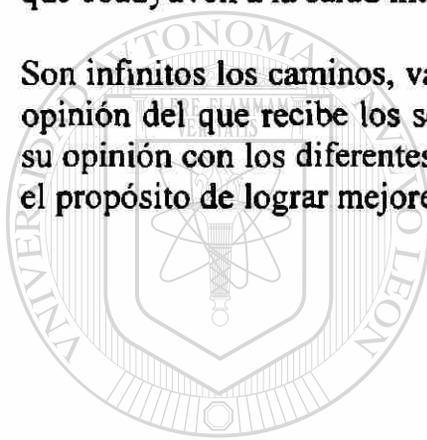
educativo tiene, mejor es su conocimiento sobre la salud y la enfermedad y más adecuado será su comportamiento en relación con estos fenómenos” (García, 1979:29).

Informar y promover hábitos son tareas indispensables para crear las condiciones necesarias en el poblador para que esté en posibilidad de beneficiarse de los programas de salud y a la vez elevar su nivel de vida. Tanto los programas de salud como la educación deben partir de las necesidades reales de la población.

En general se puede afirmar que, “las condiciones de la salud en un país se basan principalmente en las condiciones generales de vida de la población y de la base económica y social en que éstas se producen y en menor grado intervienen las condiciones médico-sanitarias como determinantes” (López, 1993:19).

En este sentido se reconoce la importancia de abordar temas acerca del mejoramiento de las condiciones de salud y que esos análisis nos lleven a asegurar los mejores elementos que coadyuvan a la salud integral del hombre.

Son infinitos los caminos, variables e indicadores referidos a la salud, uno de ellos es la opinión del que recibe los servicios en nuestras instituciones, es decir poder relacionar su opinión con los diferentes factores que pudieran estarla condicionando, todo esto con el propósito de lograr mejores condiciones de salud en nuestra sociedad



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los servicios médicos de la U.A.N.L. surgieron en forma natural. Al observarse la necesidad de tener un departamento médico más amplio y que brindara un buen servicio, el departamento se trasladó a 15 de Mayo y Juárez y se nombró como encargada la Dra. Ofelia Rodríguez Ortiz. En este edificio la clínica proporcionaba servicios de medicina general sin medicamentos.

A través del tiempo ha habido modificaciones en su estructura, entre las cuales se cuentan, su traslado a mejores y más amplias instalaciones, se inicia el servicio de farmacia, se inician y desarrollan nuevos departamentos, y servicios de especialidades entre otras.

Es importante subrayar aquí los elementos fundamentales que rigen la organización. Su objetivo general es atender los problemas de salud física y mental de los trabajadores universitarios y sus familias.

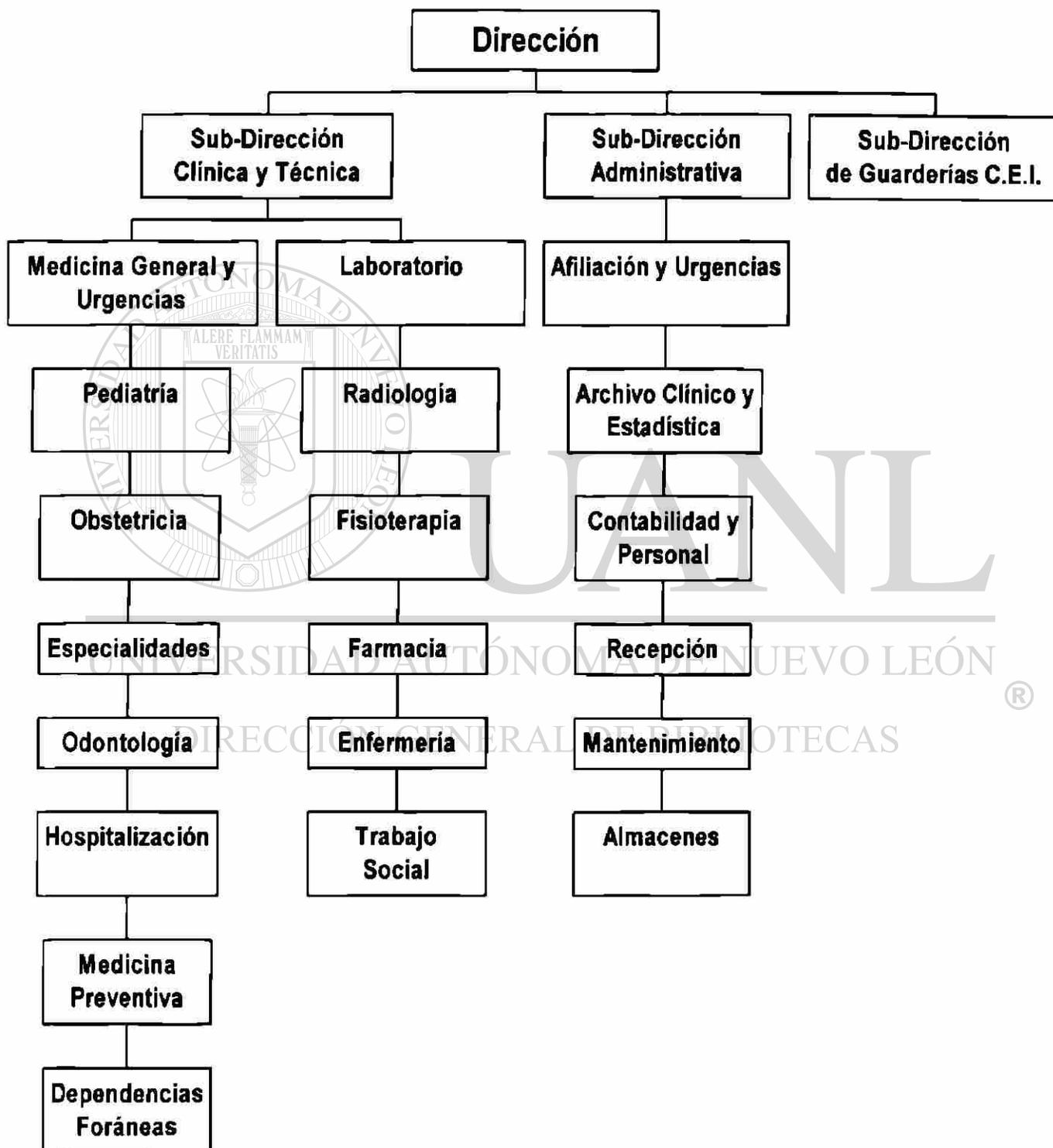
Sus objetivos específicos son : Prevenir enfermedades, curar, rehabilitar además de colaborar con la integración familiar. Control preventivo de la salud del personal de la clínica y de los centros de Educación Infantil. El principal servicio que brinda la clínica a sus derechohabientes es la consulta médica.

Se considera como derechohabiente toda aquella persona que trabaje, ya sea en forma permanente o eventual en la U.A.N.L. Además se brinda el servicio a la esposa e hijos del trabajador, y a aquellas personas que se compruebe que dependen económicamente del trabajador.

Características y requisitos del usuario

- Trabajador de cualquier institución dependiente de la U.A.N.L.
- Esposa, legalmente reconocida
- Concubina, mínimo 1 año de vivir con el trabajador
- Hijos, legalmente reconocidos
- Padres, que han comprobado que dependen económicamente del trabajador
- Si es maestro por horas que labore 15 hrs. mínimo semana/mes
- Además
 - copia del talón de cheque
 - 2 fotografías
 - si es casado requiere:
 - acta de matrimonio
 - acta de nacimiento de cada hijo (en su caso)
 - 2 fotografías de cada hijo (en su caso)
- Esposa – acta de matrimonio
- Concubina – constancia de juez de barrio
- Padres
 - que viven con el trabajador
 - que el padre esté incapacitado

Estructura y Organigrama de la Clínica en 1984



2.- Aspectos metodológicos

Esta investigación es aplicada; se realiza en un campo específico y con la finalidad última de proponer estrategias para mejorar la calidad en el servicio que presta la clínica de los trabajadores de la U.A.N.L.. Además es transversal, porque la información es temporal, actual y en un solo momento, así que no se mide el comportamiento de las variables a través del tiempo; se obtuvo información de fuente primaria mediante la aplicación de una cedula de entrevista. Es también un estudio prospectivo, porque la información se recabó en forma posterior a la planeación de la investigación. Es finalmente una investigación correlacional, porque se establecen relaciones entre las variables.

3.- Descripción del universo

La población por estudiar son los usuarios de la clínica para trabajadores de la U.A.N.L.; este universo lo comprenden tanto trabajadores de las diferentes dependencias de la U.A.N.L. como sus familiares, usuarios del servicio. Se hace la aclaración aquí de que no todos los trabajadores de la Universidad están inscritos en la clínica como usuarios, así que no asisten a solicitar el servicio aunque tengan derecho a ello. Esto se debe a diversas razones que según sondeos informales pueden ser : Que tienen acceso a otro servicio médico al que prefieren, ya sea IMSS, ISSTTE, o alguna otra clínica pública o privada, y que son de reciente ingreso y no han necesitado el servicio médico, entre otras condiciones.

Es así como se determina que el universo es de 38,182 personas que tienen derecho al servicio médico, entre trabajadores, sus familiares, jubilados y pensionados, habrá que aclarar que, de esa cantidad, asisten en promedio 1,200 personas diariamente a la clínica.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

4.- Elección de la muestra

Debido a que el universo es considerablemente grande tomando en cuenta el tiempo y los recursos disponibles, decidimos tomar una muestra de la población.

Con el fin de obtener esta muestra se tomó como base el dato del número de usuarios que en promedio acuden a la clínica a solicitar el servicio en un día, esto es, 1,200. Se tomó el 10% de esta cantidad en un día de cada una de las cuatro semanas de un mes, que fue el mes de mayo de 1998. Este día fue elegido al azar por insaculación, quedando de la siguiente manera :

Semana 1	-	día viernes 8 de mayo
Semana 2	-	día miércoles 13 de mayo
Semana 3	-	día jueves 21 de mayo
Semana 4	-	día martes 26 de mayo

Entrevistamos a 120 usuarios por día y esto nos dio un total de 480 personas entrevistadas en un mes, la forma de elección de los entrevistados se pretendía que fuera aleatoria, es decir que todos los sujetos tuvieran la misma posibilidad de ser entrevistados, esto no fué posible por cuestiones de presupuesto y tiempo así que se decidió entrevistar a todos los usuarios que asistieron a la clínica en los días ya mencionados y que además aceptaron responder a la entrevista.

Como sabemos, esta forma de elección hace que la muestra no sea probabilística lo cual representa que los resultados no puedan ser generalizados a la población total.

Finalmente diremos que cada día se entrevistó una cantidad extra para evitar que nos faltara completar la muestra estipulada y ya con las entrevistas anuladas, nos quedó la cantidad de 498 como muestra.

5.- Recolección de datos

Una vez seleccionada la muestra, el siguiente procedimiento es la recolección de datos, la cual exige diferentes acciones con el fin de cerciorarnos de que esta fase fuera desarrollada con la mayor calidad, logrando así mejores resultados con datos fidedignos. Todas las acciones contenidas en esta fase se explican a continuación.

5.1.- Elaboración del instrumento

Para la recopilación de datos decidimos utilizar como instrumento la cédula de entrevista, en su elaboración trabajamos más de 60 preguntas, de las cuales aproximadamente 20 eran abiertas, con la intención de recoger las sugerencias y opiniones libres de los encuestados. Desgraciadamente esto trae consigo un costo muy alto en esfuerzo y tiempo del usuario, de espacio en la cédula y de tiempo para la investigación. Por todo esto decidimos eliminar muchas de estas preguntas y dejar sólo una abierta por cada bloque, en la que tratamos de conocer las sugerencias del entrevistado a cada departamento con todas las preguntas cerradas quedó un total de 47 preguntas, de las cuales 7 son abiertas. Quedó así la posibilidad (a pesar de lo expuesto anteriormente) de conocer más específicamente con las palabras del usuario, las opiniones que tiene acerca del servicio que recibe así cómo sus sugerencias al mismo.

5.2.- Prueba piloto

Con el fin de verificar la calidad de las preguntas del instrumento y valorar si realmente son útiles para recabar la información que se esperaba, así como la claridad de su redacción y el orden correcto, se realizó una prueba piloto mediante la cual fue posible realizar los cambios y correcciones pertinentes a fin de lograr un mejor instrumento.

Con este propósito se entrevistó a un total de 24 usuarios de diferentes dependencias, donde encontramos la necesidad de realizar las siguientes correcciones en general :

- 1.- Agregar una leyenda explicatoria al inicio de la cédula de entrevista.
- 2.- Mejorar la redacción en algunos de los cuestionamientos, pues provocaban duda en el entrevistado.
- 3.- Eliminar la mayoría de las preguntas abiertas, pues esto provocaba cansancio en el usuario, además expresaban que no eran necesarias.
- 4.- Diseñar un cuestionamiento abierto por cada bloque para recoger la opinión del usuario con respecto al tema, además de sus sugerencias.
- 5.- Finalmente se agregaron 2 variables a fin de reforzar la información recabada donde se les pide referir 3 aspectos negativos y 3 aspectos positivos de la clínica.

Ya con estas reformas quedó finalmente el instrumento utilizado.

5.3.- Capacitación a encuestadores

Continuando con el proceso de investigación y para la recopilación de datos, seguimos con el paso de la selección y capacitación a encuestadores. Esta etapa, según Rojas Soriano (1994), es muy importante porque permite evitar las posibles fallas en el levantamiento de los datos, tales como el manejo inadecuado de las preguntas o del instrumento en general, lo cual provoca información sesgada o falsa.

Por esta razón previo a la recopilación de los datos, seleccionamos a 22 encuestadores estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social, a los cuales capacitamos en relación con el instrumento y la forma de manejarlo, así como la manera de codificarlo para realizar esta tarea de forma inmediata.

Estos estudiantes se seleccionaron en base a una capacitación que se tuvo como parte de los contenidos de las materias de Investigación y Taller en Trabajo Social, se entrevistó a los estudiantes interesados con el fin de comprobar sus habilidades operativas, y se les hizo un ofrecimiento económico de 10 pesos por cada encuesta.

5.4.- Levantamiento de los datos

Con antelación a este trabajo de investigación se solicitó el permiso al director de la clínica, Dr. Fernando Pérez Chávez y, una vez obtenida su aprobación, nos pusimos en contacto con la Lic. Adriana Garza, Jefe del Departamento de Relaciones Públicas, quien nos dio mucha información y nos orientó acerca de las cuestiones organizacionales y administrativas de la clínica.

Posteriormente nos dimos a la tarea de realizar las entrevistas los días ya señalados en el punto de selección de la muestra, abordamos a los usuarios solicitándoles su

colaboración, en lo que afortunadamente obtuvimos muy buena respuesta. Es así como se logró entrevistar al 100% de la muestra propuesta.

5.5.- Procesamiento de datos

En lo que se refiere a esta parte de la investigación, diremos que el primer paso fue la codificación adecuada de los cuestionamientos del instrumento, tarea en la que fuimos apoyados eficientemente por los mismos entrevistadores. Para este efecto se redactó un manual de codificación donde se explicaban específicamente los códigos de las preguntas abiertas.

Una vez correctamente codificados los instrumentos se procedió a la captura de los mismos, tarea que trajo algunas dificultades, sin embargo, se completó satisfactoriamente con la colaboración de una estudiante de la Licenciatura en Trabajo Social, quien capturó los datos y la información requerida para su manejo en la versión 6.5 del Paquete SPSS (procesador de datos de investigaciones sociales).

En esta forma a esto se realizaron todas las pruebas estadísticas pertinentes para el análisis de los datos, así como las recodificaciones necesarias y la creación de nuevas variables a partir de las ya existentes. Todo este trabajo dio como resultado la comprobación o no de nuestros planteamientos iniciales, y la posibilidad de realizar las conclusiones correspondientes.

6.- Descripción de variables

A) Variable dependiente

Opinión acerca de los servicios de la clínica de la U.A.N.L.

1.- Instalaciones

- estacionamientos
- laboratorios
- sala de espera
- consultorio
- baños

2. Trato que recibe

- personal administrativo
- enfermería
- médico

3.- Tiempo dedicado a la consulta

B) Variables independientes

- 1) información que posee acerca de programas y apoyos de la clínica

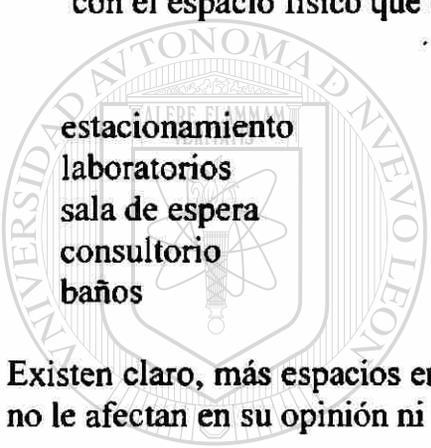
2) escolaridad del usuario

C) Variable sociodemográficas

- 1) sexo
- 2) edad
- 3) ocupación

Como hemos visto con anterioridad, la opinión es un fenómeno social influenciado por diversas circunstancias, y según Raúl Rivadeneira (1992:125) se basa en los intereses particulares de los grupos afectados. En este caso los grupos afectados son en efecto los usuarios de la clínica y los factores que impactan en la opinión pueden ser :

1.- Instalaciones de la clínica, entendiéndose como instalaciones todo lo relacionado con el espacio físico que la compone :



estacionamiento
laboratorios
sala de espera
consultorio
baños

Existen claro, más espacios en la clínica, pero no son del acceso del usuario, por lo que no le afectan en su opinión ni los conoce.

En este rubro ubicamos los instintos de placer enunciados por Fabregat (1991) que son referidos al deseo de obtener confort, elegancia, posesión de objetos materiales, recordemos que estos instintos son a los que se trata de satisfacer al expresar la opinión en este sentido.

2.- Trato que recibe. Se toma en cuenta la expresión del entrevistado en cuanto a "trato". La calificación que ellos declaran está ligada a las sugerencias que se reciben en cada apartado del instrumento. Esta opinión que manifiesta el usuario acerca del trato que recibe puede impactar sobre la opinión que tiene acerca de la clínica en general, ellos opinan acerca del trato de :

- personal administrativo
- personal de enfermería
- médicos

Aquí se relaciona con los instintos sentimentales, es decir que cuando el usuario menciona estos conceptos como preponderantes en su opinión podemos afirmar según Fabregat (1991) que está tratando de dar respuesta a deseos de comprensión, amistad, amor y en general sentimientos positivos de toda especie.

3.- **Información.** Otra de las variables implicadas en este estudio es la información que posee acerca de programas y apoyos de la clínica. Esta cuestión la consideramos importante porque refleja el grado de comunicación que existe entre el usuario y la clínica, así como los espacios que se le da al trabajador de la U.A.N.L. para interactuar con la dependencia. Esta variable da la oportunidad de encontrar alternativas de comunicación con el fin de la mejorar el servicio.

Según Hall (1988) el usuario que está mejor y mayor informado reconoce que está es una organización de calidad y esta en vías de ser una estructura proactiva, es decir de intercambio constante de comunicación.

4.- **Tiempo de consulta.** Esta variable fue tomada en cuenta porque en las consultas para poder medir la opinión de la calidad, habría que diferenciar la calidad y la cantidad. Tenemos suficientes referencias a la calidad con las otras variables, y con esta variable podemos saber si el tiempo lo consideran suficiente o no, así que se les preguntó el periodo de tiempo promedio de sus consultas y, en otra pregunta, cómo consideran ese tiempo, si es suficiente o no para dar un buen servicio.

5.- **Características sociodemográficas.** Como se ha expuesto, la opinión puede ser resultado de expresiones individuales y/o grupales. En buena medida “refleja su diversidad, intereses, conflictos y aspiraciones” (Rivadeneira 1942:50). Por esto es interesante medir la relación que puedan tener las variables sociodemográficas con la opinión, pues cada grupo podría presentar diferentes perspectivas. Estas variables son :

sexo
edad
ocupación
escolaridad

Podrían existir más variables que formen grupos de opinión tales como: religión, estado civil, participación política, y sería interesante medirlas, sin embargo, se ubican fuera del alcance de esta investigación.

Aquí se pretende la medición de estos grupos en relación con su opinión acerca de la calidad del servicio; así pretendemos obtener diferencias o similitudes entre hombres y mujeres, diferentes grupos de edad, maestros, intendentes o personal administrativo y entre los diferentes grados de escolaridad.

Las variables sociodemográficas tienen influencia en relación a toda investigación en este caso es interesante poder relacionar “grupos de opinión” es decir si se relaciona alguna característica con la mejor o peor opinión y poder comprobar por ejemplo si existe relación -como lo afirma García (1979)- que entre mayor nivel

III.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

En este caso, para el manejo estadístico se procesó la información mediante el paquete estadístico computacional SPSS (paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales). En una primera fase se hizo la descripción de cada variable con el fin de establecer el perfil de la muestra, y partir de esta información inicial se decidieron los cambios pertinentes para el mejor manejo de los datos, tales como las recodificaciones, los datos a ignorar y/o la creación de nuevas variables a partir de las ya existentes, pasando después a la parte de la comprobación de hipótesis. Los resultados se presentan a continuación.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

1.- Perfil de la población entrevistada

Como se dijo antes, la muestra está constituida por usuarios de la clínica que acuden a solicitar algún servicio. Se entrevistó un total de 498 empleados de diferentes dependencias, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 1

DEPENDENCIA DONDE LABORA		
	F	%
Preparatoria	113	22.7
Facultad	190	38.2
Rectoria	41	8.2
Guarderías	8	1.6
Mantenimiento	18	3.6
Otras dependencias	128	25.7
Total	498	100

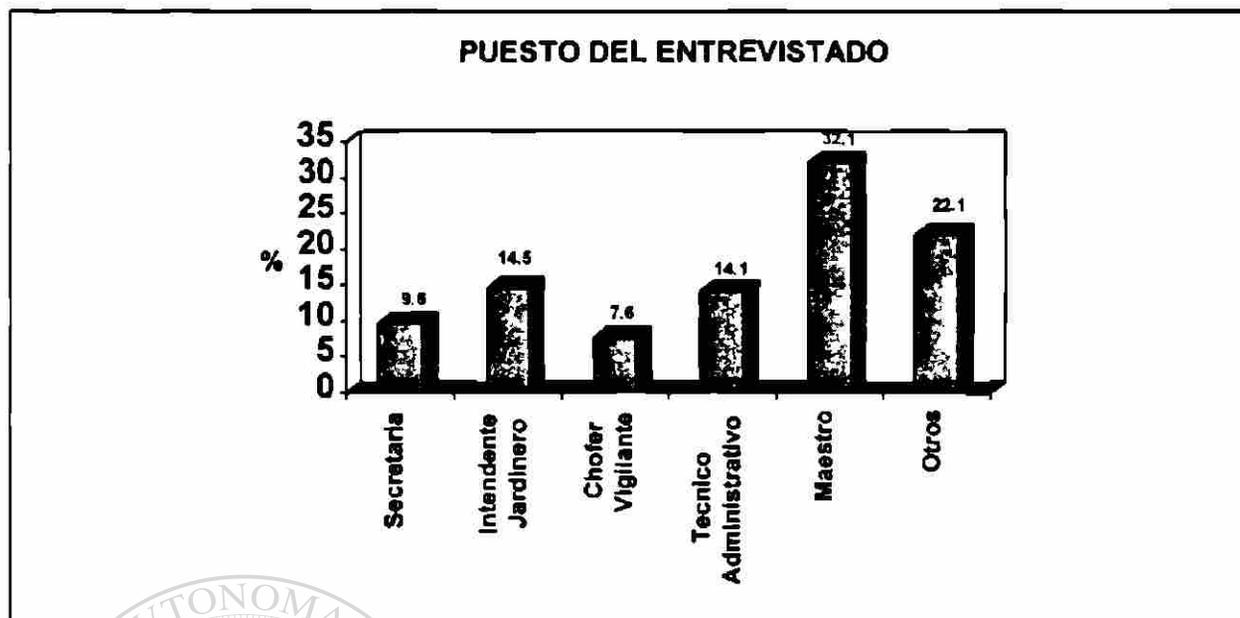
El cuadro indica un alto porcentaje de entrevistados de facultad; (el 38.2%). En cuanto a la variable 1, es decir, si el entrevistado es trabajador o beneficiario no encontramos diferencia, ya que del total de la muestra que se entrevistó, el 53.8% era trabajador y el 46.2% era beneficiario, es decir, familiar del trabajador. Esto nos indica la importancia de establecer comunicación y mantener calidad en el servicio sin importar si el usuario es trabajador o beneficiario, ya que ambos acuden por igual a la clínica.

Por otra parte, en cuanto a la variable 3, sobre el puesto que ocupa encontramos que los maestros son los que más asisten a la clínica con sus familias, como se muestra en la siguiente gráfica.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Gráfica No. 1



Como se observa, los maestros están presentes en un 32.1%, con lo que podríamos decir que las opiniones son de cierto grupo cultural que podría opinar con mayor conocimiento al respecto de la salud, pues como ya dijimos en el apartado sobre las características socioeconómicas y la salud “un pueblo, entre mayor nivel educativo tiene mayor es su conocimiento sobre la salud y la enfermedad y más adecuado será su comportamiento en relación con estos fenómenos” (García,1979:29). Esta misma reflexión se aplica en la siguiente variable, que se refiere al grado de escolaridad. Los resultados se observan en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 2

ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO

	F	%
Sin escolaridad	6	1.2
Primaria incompleta	16	3.2
Primaria	47	9.4
Secundaria incompleta	18	3.6
Secundaria	48	9.6
Prepa. o Tec. Incompleta	21	4.2
Prepa. o Tec. Completa	89	17.9
Licenciatura incompleta	43	8.6
Licenciatura	97	19.5
Maestría incompleta	40	8.0
Maestría	38	7.6
Otros	35	7.0
Total	498	100%

Aquí se demuestra que los mayores porcentajes están concentrados en educación media superior, los que sumados nos dan un 46%; es decir, casi la mitad de nuestra muestra

tiene preparación académica media o superior, y es posible que sus opiniones se caractericen como más reflexivas, pues “las percepciones de los individuos, están moldeadas por sus experiencias y sucede lo mismo con las organizaciones” (Hall, 1988:230).

La siguiente es la variable del sexo del entrevistado. Aquí encontramos una diferencia notable, que observamos en este cuadro.

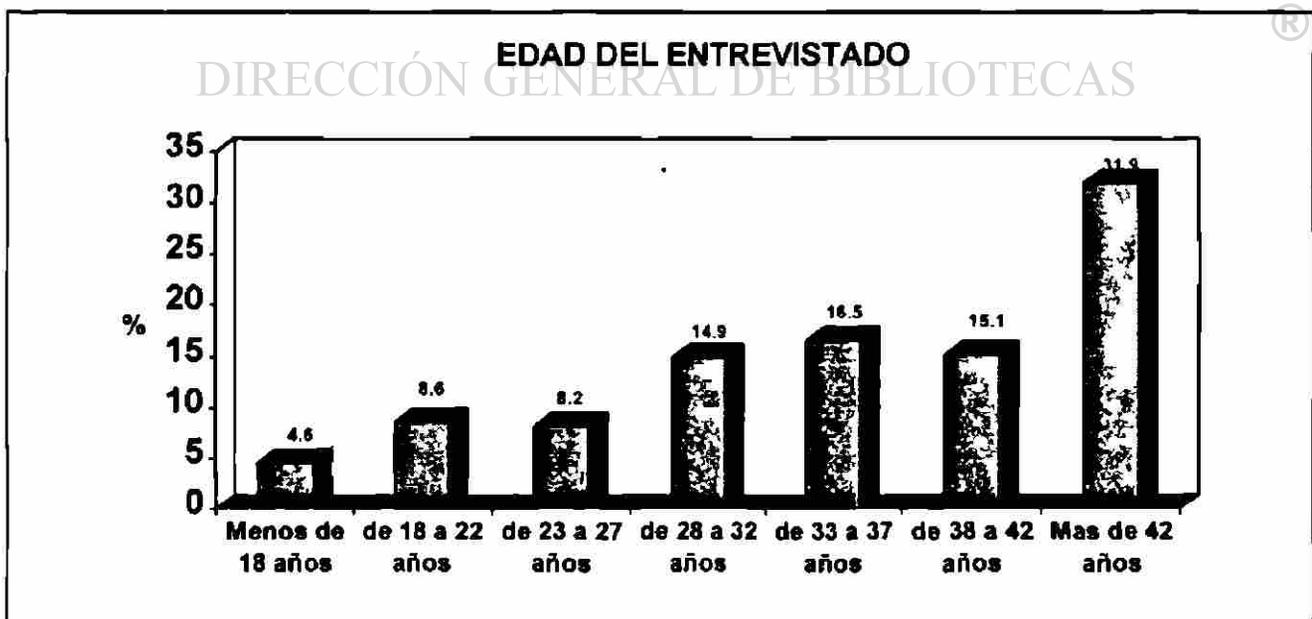
Cuadro No. 3

SEXO DEL ENTREVISTADO		
	F	%
Femenino	322	64.7
Masculino	176	35.3
Total	498	100%

Por esto decimos que las mujeres asisten más a clínica (en un 64.7%) que los hombres. Esto puede deberse a los roles tradicionales establecidos en nuestra sociedad, por los cuales generalmente la mujer eleva su probabilidad de asistencia, pues a la suya se suman las de sus hijos, en tanto es ella quien generalmente los atiende en todas sus necesidades y, por supuesto, los lleva al médico. Esto responde a los roles tradicionales de la mujer; según Álvarez (1994), en México existe una dimensión de masculinidad versus femineidad que refuerza tales conductas.

La variable 6, referida a la edad del entrevistado, da como porcentaje más alto a personas mayores de 42 años, como se observa en la siguiente gráfica.

Gráfica No. 2



Si sumamos las cuatro últimas categorías, que son las más altas, obtenemos un 78.4%, con base en lo cual podemos afirmar que, en general, según nuestra muestra, asisten a la clínica con mayor frecuencia personas con 28 años o más, aunque tenemos que tomar en cuenta que esas personas podrían ser mujeres que llevan a consulta a sus hijos, como lo vimos en la anterior variable.

En general, podríamos decir que en lo que respecta a nuestra muestra asisten a consultar trabajadores o beneficiarios por igual y en su mayor parte adscritos a una facultad, con un puesto docente, así como mujeres de edad mayor a los 33 años. Estos datos representan el perfil de nuestra muestra.

2.- Opiniones y sugerencias

Las siguientes variables recogieron la opinión sobre los diferentes departamentos. Una vez clasificados se observan en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 4
OPINIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	No lo ha usado
Medicina Preventiva	24.3	42.2	12.7	1.8	19.1
Farmacia	22.3	46.0	25.5	5.2	1.0
Urgencias	18.7	31.5	21.5	10.0	18.3
Trabajo Social	13.7	32.5	10.2	1.4	42.2
Recepción	31.5	47.4	12.7	4.0	4.4
Relaciones Públicas	13.1	27.3	11.0	6.0	42.6
Medicina del Trabajo	14.5	33.1	10.4	3.8	38.2

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Como vemos, en general son opiniones buenas acerca de los diferentes departamentos. La categoría "bueno" es la más alta en todos los casos. Con el fin de visualizar el orden de los departamentos en cuanto a la mejor o peor opinión que tiene el usuario se sumaron las dos primeras categorías y las dos siguientes después lo ordenamos de "mejor" a "peor", según la opinión del usuario, y así tenemos el siguiente cuadro.

Cuadro No. 5 OPINIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS

	Buena opinión	Mala opinión	No lo ha usado
Recepción	78.9	16.7	4.4
Farmacia	68.3	30.7	1.0
Medicina Preventiva	66.5	14.5	19.1
Urgencias	50.2	31.5	18.5
Medicina del Trabajo	47.6	14.2	38.2
Trabajo Social	46.2	11.6	42.2
Relaciones Públicas	40.4	17	42.6

Como vemos, el puntaje más alto de “mala opinión” lo obtiene urgencias, pero tomando en cuenta el que sigue tenemos a farmacia. Los porcentajes de “No lo ha usado” indican que el usuario no tiene la información suficiente acerca de los servicios que se prestan en los departamentos. Así puede observarse que los entrevistados que no asisten a solicitar apoyo a los departamentos de trabajo social suman un 42.2% y al de Relaciones Públicas un 42.6%. cabe aclarar que el alto porcentaje de no usuarios repercute en la mala opinión porcentual del usuario, pues sus expectativas pueden no concordar con las funciones de los departamentos.

Nos dimos cuenta que es difícil dar más de una sugerencia para mejorar el servicio, así que se compilaron las respuestas como primera y segunda sugerencia, lo que causó la dificultad de codificar una gran cantidad de opciones. Aún así se rescata la información de la sugerencia más importante, la cual puede consultarse en el siguiente cuadro.

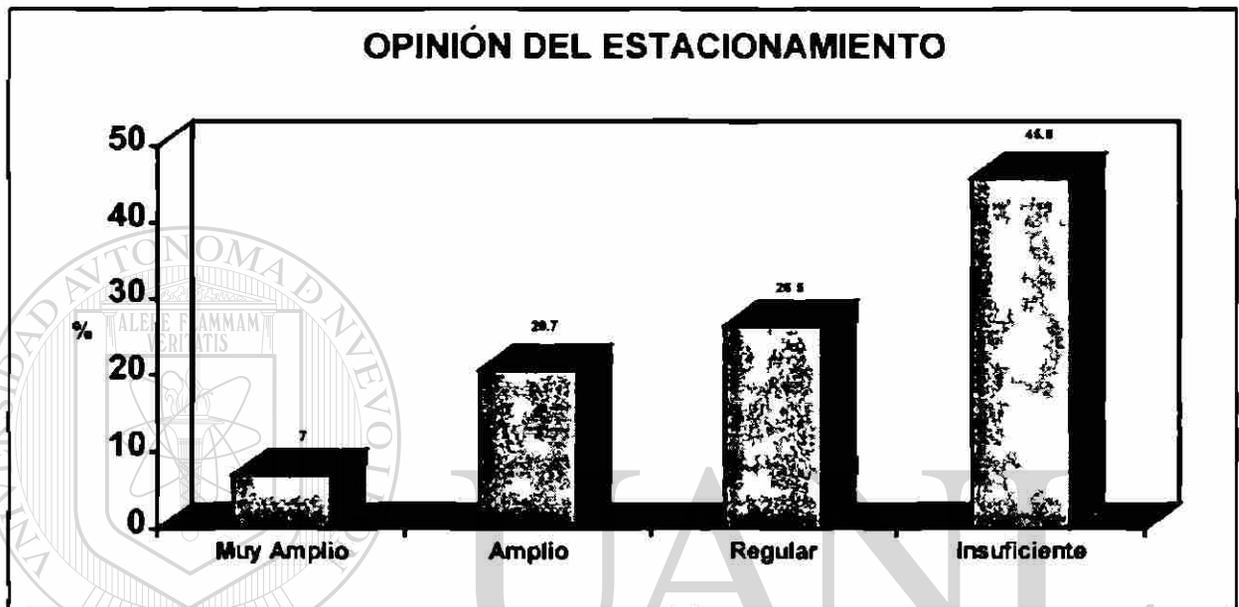
Cuadro No. 6

Sugerencia	1ª. sugerencia	2ª. Sugerencia	Total de Menciones
	%	%	
Mejorar sistema de citas	9.2	1.4	53
Ampliar instalaciones	0.8	0.4	6
Mejorar urgencias	9.4	1.2	53
Checar expediente	0.6	0.4	5
Mejorar trato	16.5	3.4	99
Reabrir CNS	0.8	0	4
Mejorar incapacidades	1.2	0.2	7
Elevar comodidades	1.2	0.2	7
Abrir en sábado	1.0	0.2	6
Mejorar información	1.0	0.6	8
Mas personal	1.8	0.4	11
Mas seguridad	0.2	0.2	2
Mas tiempo de consulta	0	0.8	4
Otros	21.7	10.2	159
Ninguna	34.5	80.3	572
T o t a l	100	100	996

Como vemos, en cada rubro disminuye el porcentaje en la segunda sugerencia, pues ya fue mencionada la primera. En general podemos afirmar que lo que la gente quiere es una mejora en el trato. Obviamente, algunos usuarios mencionan otros aspectos, pero éste es el más relevante.

Las siguientes variables son referentes a las instalaciones. Se inician con la variable 17, sobre el estacionamiento como una parte de las instalaciones. Esta variable aportó la siguiente gráfica.

Gráfica No. 3



Como podemos observar, la falta de estacionamiento es una de las principales carencias o deficiencias expresadas por el usuario. Esto lo podemos relacionar con la variable "puesto", y podríamos decir que quienes asisten a la clínica son generalmente maestros con sus familias, y posiblemente se trasladan en coche. Es por esto que perciben la falta de estacionamiento.

Continuando con las instalaciones, tenemos a la variable 18 que se refiere a la sala de espera. Aquí afortunadamente se encontraron resultados favorables, como lo podemos constatar en el siguiente cuadro.

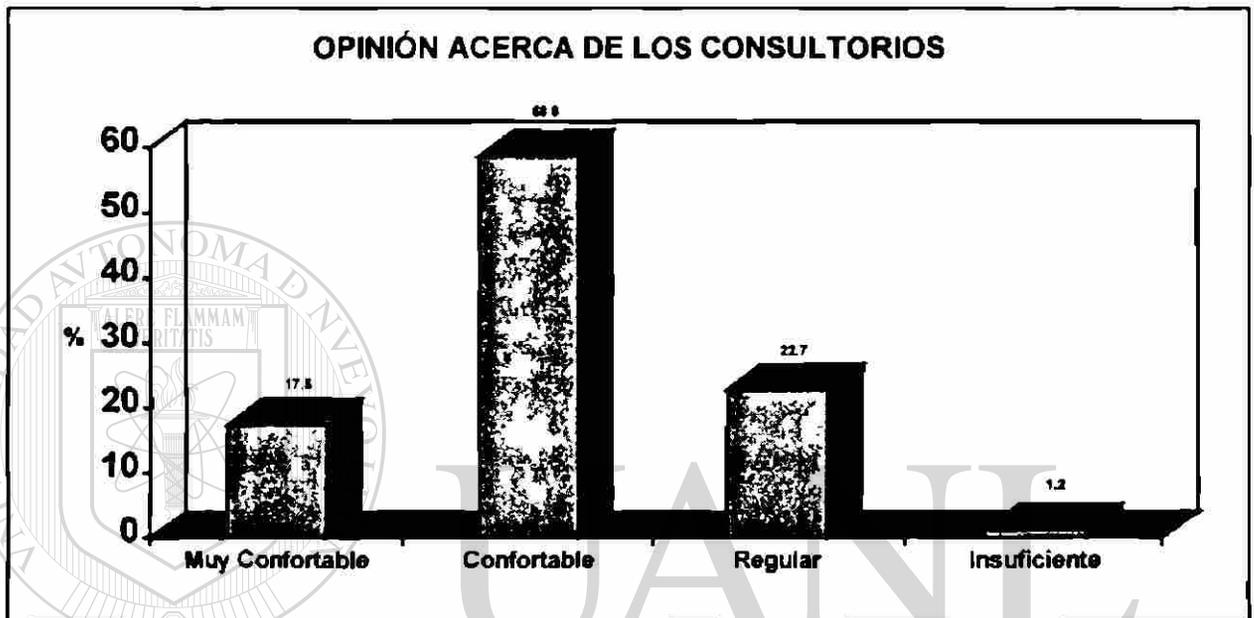
Cuadro No. 7

OPINIÓN ACERCA DE LA SALA DE ESPERA		
	F	%
Muy confortable	121	24.3
Confortable	244	49
Regular	94	18.9
Insuficiente	39	7.8
Total	498	100%

El porcentaje más alto contestó "confortable" seguido de "muy confortable". Si sumamos ambos aspectos, considerando "confortable" como medida de calidad aceptable, esto da un porcentaje de 73.3, lo que indica que la sala de espera es aceptable en cuanto a calidad.

La siguiente variable se refería a los consultorios, también como parte de las instalaciones. Los resultados fueron los siguientes :

Gráfica No. 4



Los entrevistados en este caso bajaron un poco su calificación y el indicador de "Regular" se elevó al 22.7%. Aun así es alto el término "confortable", con un 58.6%

En lo referente al laboratorio, los resultados son un poco más desfavorables, como vemos en el siguiente cuadro :

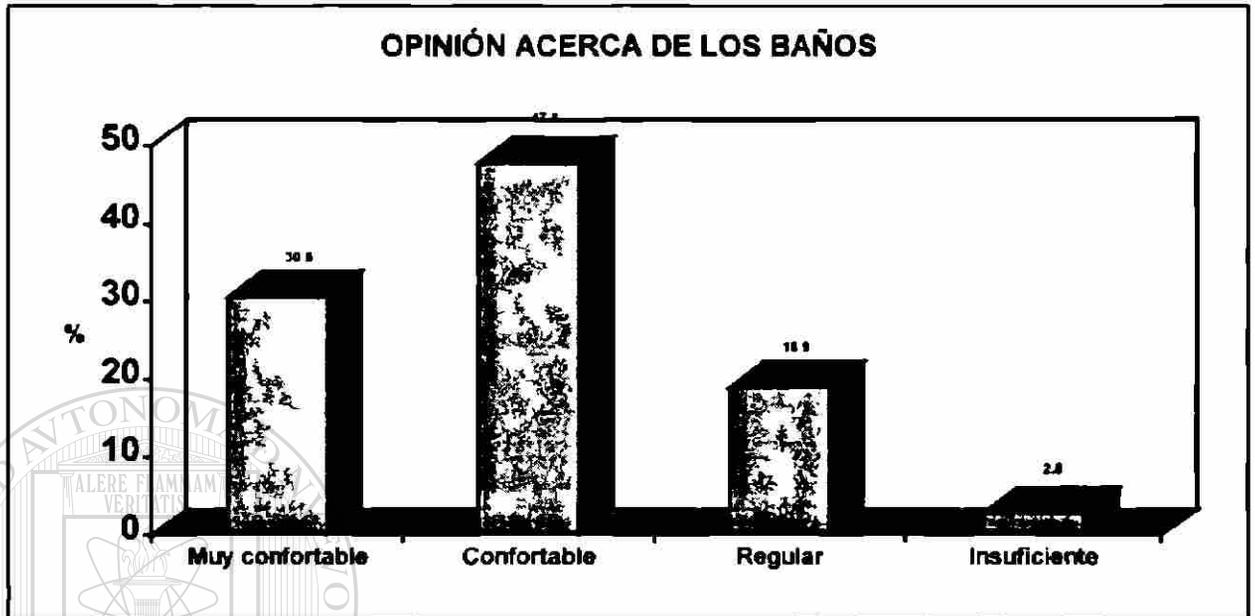
Cuadro No. 8

OPINIÓN DEL LABORATORIO		
	F	%
No contestó	2	0.4
Muy confortable	90	18.1
Confortable	260	52.2
Regular	143	28.7
Insuficiente	3	0.6
Total	498	100%

El término "regular" subió al 28.7% en relación con las anteriores variables. Aquí se agrega un puntaje muy pequeño por las personas que no conocen el área de laboratorio.

La última variable referida a las instalaciones es la opinión acerca de los baños. Ésta resulto ser favorable, como vemos en la siguiente gráfica.

Gráfica No. 5



El porcentaje de “regular” es pequeño comparado con las variables anteriores y, como el de “confortable” es de 47.8% y sumado a “muy confortable” nos da un 78.3%, podemos decir que en opinión de los entrevistados la calidad en los baños es aceptable.

Compilando las variables anteriores referidas a las instalaciones, creamos una nueva variable a la que llamamos “install” mediante la instrucción compute del SPSS. Se sumaron las siguientes variables : V17-estacionamiento, V18-sala de espera, V19-consultorios, V20-laboratorios, V21-baños. Posteriormente se obtienen los promedios recodificando los indicadores que las componen, con el fin de obtener resultados generales acerca de las instalaciones los cuales podemos observar en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 9

OPINIÓN GLOBAL ACERCA DE LAS INSTALACIONES		
	F	%
Muy bueno	38	7.6
Bueno	291	58.4
Regular	166	33.3
Malo	3	0.6
Total	498	100%

Si bien la “buena” opinión de los entrevistados sobre las instalaciones suman el 58.4%, y esto nos permite decir que los usuarios de la clínica en general opinan que las instalaciones son aceptables, debemos detenemos a pensar el por qué el 33.3% opina que las instalaciones son regulares. Dado que los rubros de instalaciones ya fueron abordados y el de estacionamiento fue el más desfavorable, podríamos relacionar la opinión del estacionamiento con la mala opinión del usuario acerca de las instalaciones en general.

Es importante registrar y tomar en cuenta las sugerencias de los entrevistados respecto de las instalaciones, las cuales se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 10

SUGERENCIAS ACERCA DE LAS INSTALACIONES		
	F	%
Ampliar estacionamiento	64	12.9
Ampliar instalaciones	50	10.0
Agua pura	2	0.4
Elevador para enfermos	4	0.8
Productos sanitarios	19	3.8
Limpieza	11	2.2
Mejorar sillas	9	1.8
Mejorar clima	3	0.6
Vestidor en consultorios	1	0.2
Interfón en consultorios	3	0.6
Más líneas telefónicas	2	0.4
Otros	116	23.3
Ninguna	214	43.0
Total	498	100%

Aunque el porcentaje más alto es el de “ninguna”, lo cual se debe a que el entrevistado no dio sugerencias, podemos resaltar como más importante ampliar instalaciones, sumando los 2 primeros rubros. Esto da un 22.9% como la sugerencia más significativa en cuanto a instalaciones.

En otro bloque de información tenemos lo referente a la opinión sobre el Médico. Este bloque incluye lo que la gente expresa como “Recibimiento” que es la variable 23; “Trato”, variable 24; “Información”, variable 25; “Interés”, variable 27, todo lo cual puede observarse en el siguiente cuadro :

Cuadro No. 11

OPINIONES ACERCA DEL MEDICO				
	Muy buena	Buena	Regular	Mala
Recibimiento	40.8%	51%	7.6%	0.6%
Trato	39.6	50.4	9.2	0.8
Información	57.4	33.9	5.8	2.8
Interés	33.9	58.2	7.6	0.8
Aspecto	44.4	51.8	3.6	2.0

Como vemos, existe opinión favorable, pues los puntajes más altos están en el rubro de "Buena", lo cual nos indica un buen nivel de calidad en el servicio. Habrá que rescatar, con el fin de mejorar, los puntajes de "Regular" y "Malo" mediante las sugerencias de los entrevistados; con este propósito revisamos el siguiente cuadro :

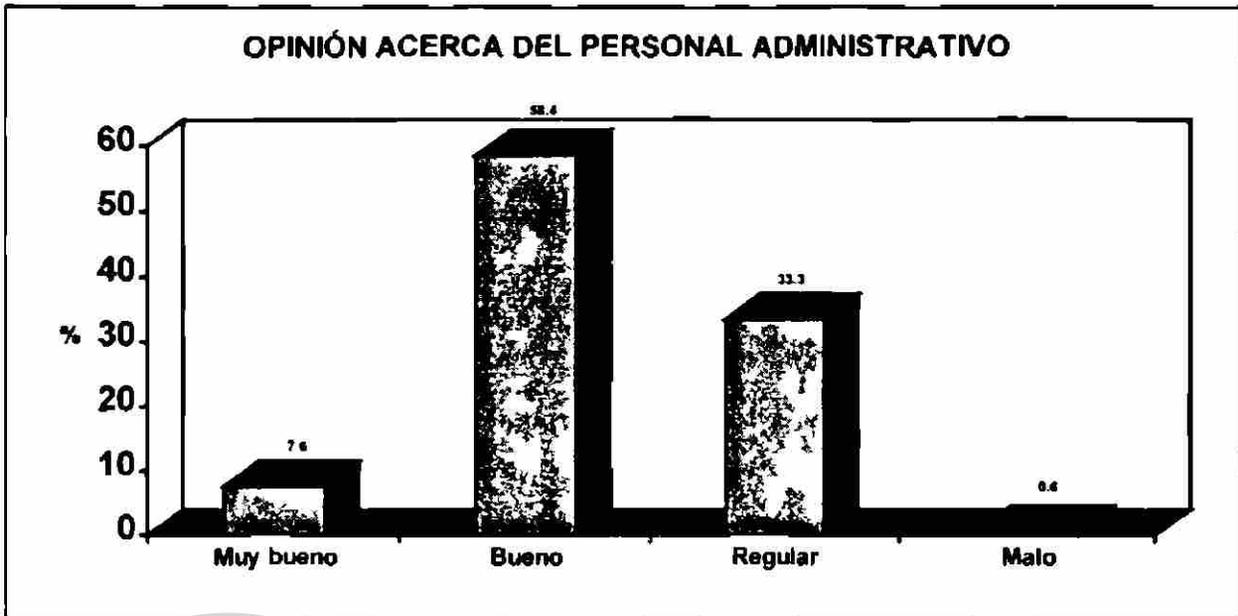
Cuadro No. 12

SUGERENCIAS ACERCA DEL MEDICO		
	F	%
Mejorar trato y atención	79	15.9
Checar expediente	53	10.6
No estudiantes	1	0.2
Mayor puntualidad	19	3.8
Otros	134	26.9
Ninguna	212	42.6
Total	498	100%

Como podemos constatar, existe una cantidad considerable de entrevistados que piden mejor trato y atención por parte del médico, además de solicitar que se revise su expediente.

En cuanto al personal administrativo se creó otra nueva variable a la que llamamos "Administrativo", en la cual se compilaron las variables referidas al mismo, que son Recepción, Afiliación y Vigencia e Información. Los resultados los podemos observar en la siguiente gráfica :

Gráfica No. 6



Aunque como vemos el puntaje de malo es muy pequeño, es importante poner atención en el porcentaje de “Regular”, que es desfavorecedor (33.3%) puesto que es considerablemente alto. Es por esto que es importante detectar las áreas de oportunidad, es decir, aquellas en las que podemos mejorar la calidad en el servicio. Esto lo recogemos mediante las sugerencias de los entrevistados en el siguiente cuadro :

Cuadro No. 13

SUGERENCIAS AL PERSONAL ADMINISTRATIVO		
	F	%
Mejor trato	91	18.3
Mayor agilidad	4	0.8
Mejorar información	1	0.2
Mejorar incapacidades	1	0.2
Ampliar turnos	8	1.6
Mayor puntualidad	9	1.8
Respetar citas	3	0.6
Otros	98	19.7
Ninguna	279	56
Total	498	100%

Aún y cuando un alto porcentaje de entrevistados no dio sugerencias, podemos resaltar la opción de “mejor trato”, que fue lo que los entrevistados expresaron en un 18.3%.

El siguiente bloque de información se refiere a las citas y consultas. Primeramente, tomando en consideración que el procedimiento de citas es relativamente nuevo, se les preguntó a los usuarios si lo consideran adecuado o no, pregunta que aportó los resultados siguientes :

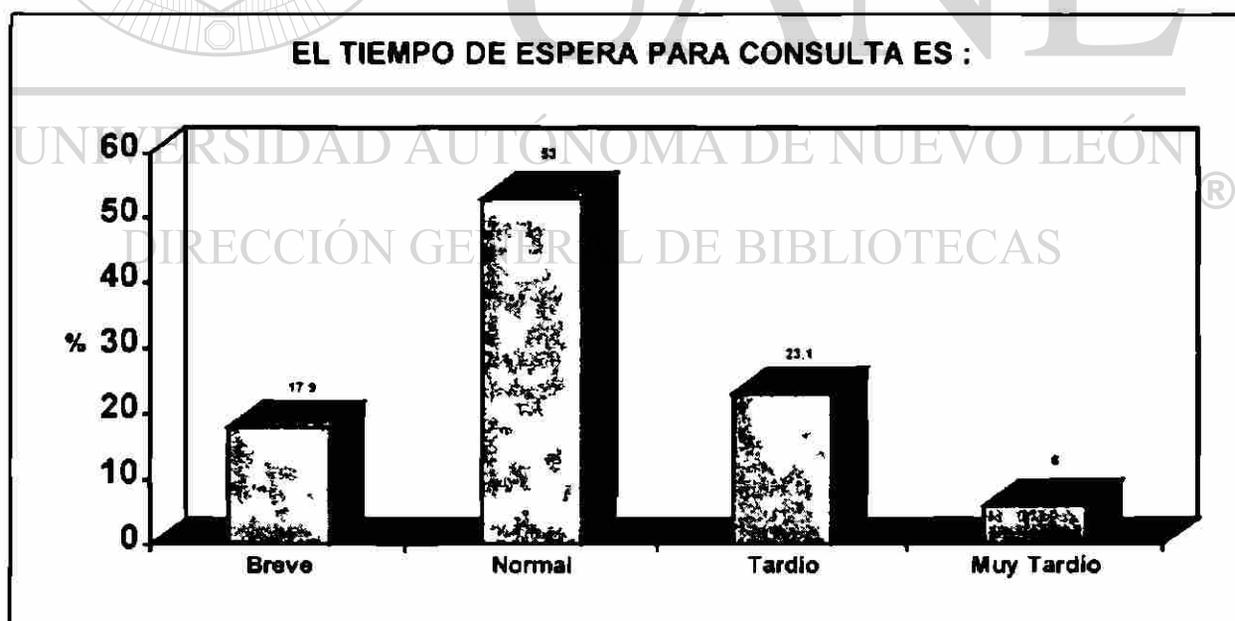
Gráfica No. 7



Aunque el porcentaje de aceptación es alto, debemos revisar el de rechazo, que es del 31.3% y podría explicarse mediante la revisión de las siguientes variables.

En la siguiente variable se les preguntó cómo consideran el lapso transcurrido entre la hora de su cita y la hora en que se les recibió en el consultorio. Los resultados los constatamos en la siguiente gráfica :

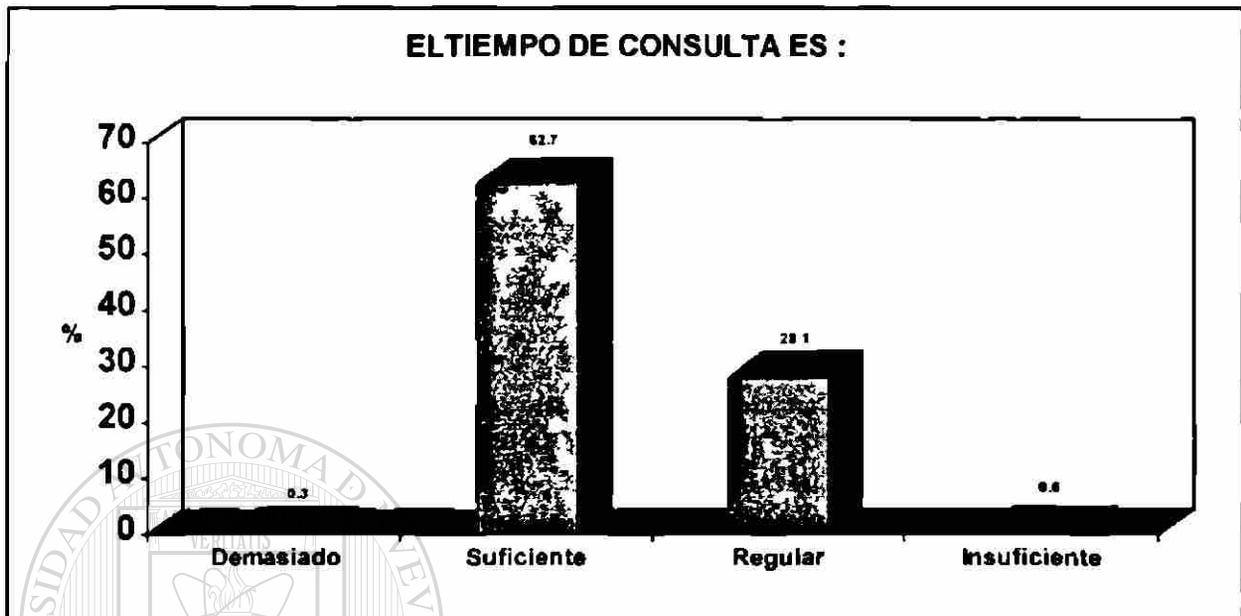
Gráfica No. 8



Es importante resaltar que el entrevistado tiene la expectativa de entrar al consultorio a la hora de la cita; sin embargo, está acostumbrado al sistema anterior, en el que tenía que esperar de 30 minutos a 1 hora en promedio después de recoger la "Ficha" para ser atendido, así que el rubro de "Tardío" sumado al de "Muy tardío" nos da un porcentaje desfavorable de 29.1%.

La consideración del usuario acerca del tiempo de consulta se recogió con la variable 38, cuyos resultados vemos en la siguiente gráfica.

Gráfica No. 9



Esto lo podemos relacionar con la siguiente variable, en la que se preguntó al entrevistado cuánto tiempo se le dedica a su consulta en general. Lo revisamos en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 14

TIEMPO DE CONSULTA		
	F	%
De 0 a 5 minutos	71	14.3
De 6 a 10 minutos	216	43.4
De 11 a 15 minutos	140	28.1
De 16 a 20 minutos	42	8.4
Más de 20 minutos	29	5.8
Total	198	100%

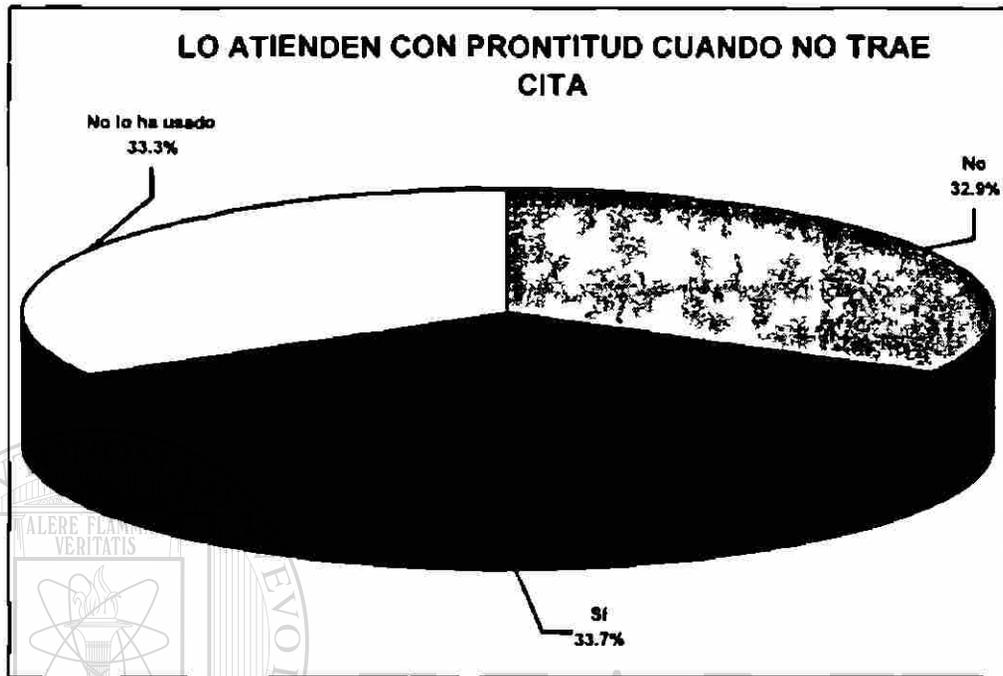
Como vemos, el porcentaje más elevado es de 0 a 10 minutos que sumando los 2 primeros rubros nos da un 57.7%, lo cual los entrevistados consideraran de suficiente a regular, es decir satisfactorio.

Entonces podemos decir aquí que, según lo expresado por los entrevistados, no existen deficiencias en la cantidad de tiempo que se les brinda, sino en el trato que se les da.

Existe otro aspecto en referencia al sistema de citas, el cual se captó mediante la variable 40. Aquí se les preguntó si se les atiende con prontitud cuando no han sacado cita y no es considerado su caso como urgencia. Estos casos incluyen problemas tales

como temperatura en los niños, dolores de cabeza o musculares, paperas, varicela, gripas, etc. Los resultados los observamos en la siguiente gráfica.

Gráfica No. 10



Como vemos, la muestra se reparte casi equitativamente, por lo que podemos afirmar que en este caso la opinión es desfavorable, pues es alto el porcentaje que opina que no es atendido con prontitud (32.9%).

En cuanto a las sugerencias al sistema de citas encontramos la tendencia de los entrevistados a no dar opciones o sugerencias; sin embargo, tenemos información rescatable que puede revisarse en el siguiente cuadro:

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
Cuadro No. 15

SUGERENCIAS AL SISTEMA DE CITAS		
	F	%
Volver al anterior	49	9.8
Más líneas telefónicas	23	4.6
Interfon consultorios	1	0.2
Más información	4	0.8
Más flexibilidad	11	2.2
Mayor agilidad	22	4.4
Más personal	7	1.4
Respetar horario	59	11.8
Otros	119	23.9
Ninguna	202	40.6
Total	498	100%

El mayor número de personas aceptan el actual sistema, con un 9.8% de quienes prefieren el anterior. Sin embargo, entre las modificaciones sugeridas destacan el respetar horario de citas y más líneas telefónicas.

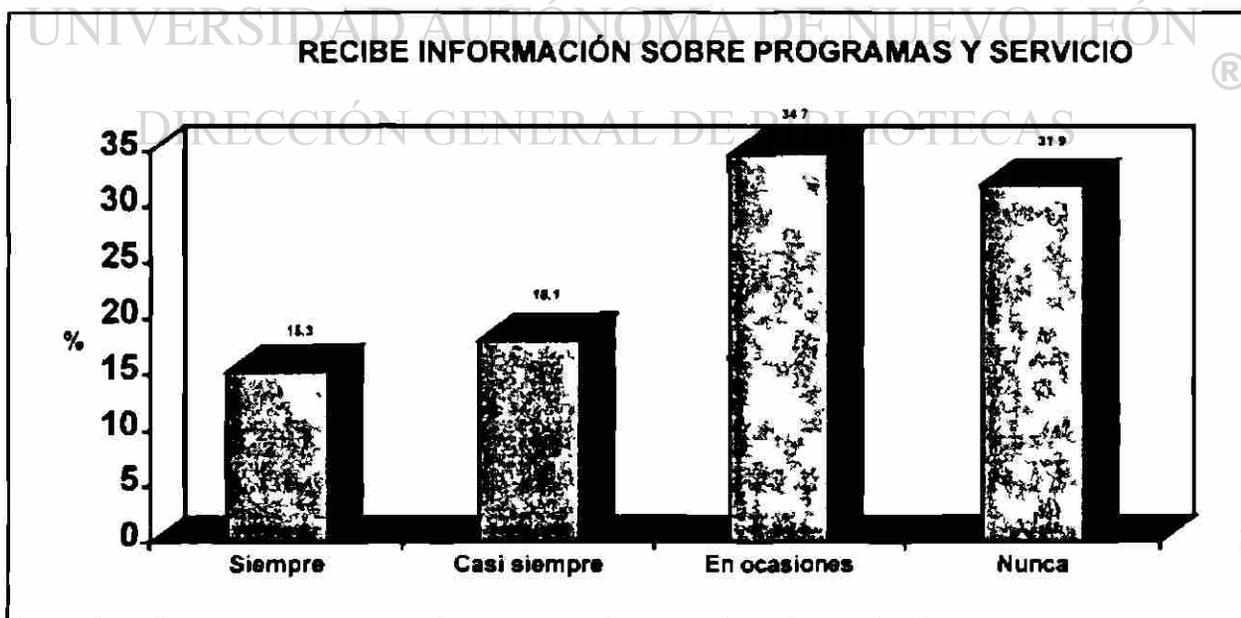
En otro orden de datos tenemos en la variable 42, que se refiere a lo que el usuario dice acerca de si se le da información sobre los requisitos para recibir el servicio en la clínica. Para revisar los resultados tenemos el siguiente cuadro :

Cuadro No. 16

RECIBE INFORMACIÓN SOBRE REQUISITOS		
	F	%
Siempre	162	32.5
Casi siempre	117	23.5
En ocasiones	142	28.5
Nunca	77	15.5
Total	198	100%

Si consideramos los dos primeros rubros como satisfactorios y además sumamos los últimos dos como no satisfactorios, tenemos que la información que recibe el usuario es satisfactoria en un 56% de los casos y no satisfactoria en un 44%, lo que nos hace pensar que existe una deficiencia en el sistema de información a usuarios. Es más, en la siguiente variable resulta más marcada esta necesidad. En la variable 43 se les pregunta si recibe información acerca de los programas y servicios que existen en la clínica. Los resultados a esta pregunta se constatan en la siguiente gráfica.

Gráfica No. 11



Si se realiza el mismo procedimiento que en la variable anterior, se obtiene un 66.6% de respuesta no favorable, y con lo que se refuerza la idea de que es necesaria más información, según la opinión de los entrevistados.

Como información adicional tenemos la pregunta acerca de los procedimientos que se siguen para obtener incapacidades. Los resultados pueden observarse en el siguiente cuadro

Cuadro No. 17

OPINIÓN ACERCA DEL PROCEDIMIENTO DE INCAPACIDADES		
	F	%
Muy bueno	56	11.2
Bueno	203	40.8
Regular	122	24.5
Malo	49	9.8
No lo ha usado	68	13.7
Total	498	100%

Si sumamos nuevamente los dos primeros rubros y los consideramos como favorables y los dos últimos como no favorables tenemos un 34.3% de opiniones no aceptables en cuanto al procedimiento de incapacidades.

En un último orden de información se hicieron dos preguntas específicas acerca de aspectos positivos y negativos de la clínica. Se les pidió a los encuestados que recordaran tres aspectos positivos y las respuestas fueron registradas textualmente; después las agrupamos lo más posible a fin de obtener generalidades que pudieran rescatarse, considerando que "cuanto más unánimes son las opiniones, más dominante es la voluntad general" (Rousseau, 1992:56), tesis ya mencionada en relación con las teorías psicosociales sobre la opinión. Los resultados fueron los siguientes :

Cuadro No. 18

ASPECTOS POSITIVOS DE LA CLÍNICA			
	1ª.	2ª.	3ª.
	%	%	%
Remodelación	11.2	6.6	5.2
Comodidades	3.2	4.6	2.2
Limpieza	14.7	6.2	4.0
Buen servicio	20.1	16.9	9.4
Nuevo sistema citas	4.6	4.2	1.2
Buena administración	1.2	1.8	0.8
Mejor que otras	0.4	0	0
Buenos médicos	12.2	8.2	7.4
Seguridad	0.4	1.6	0.4
Buen trato	5.8	6.6	5.8
Buena información	0.4	0.8	0.8
Otras	16.1	21.3	21.1
Ninguna	9.6	21.1	41.6
Total	100%	100%	100%

Como vemos, en cada indicador se va disminuyendo su presencia hacia la segunda opinión y la tercera opinión, ya que fueron mencionados en primera opción. Las opiniones positivas más relevantes se refieren al buen servicio, buenos médicos y limpieza.

Ahora pasamos a los aspectos negativos mencionados por los entrevistados. Siguiendo el mismo procedimiento compilamos la primera opinión con la segunda y la tercera, con el fin de visualizarlas mejor. Los resultados que se presentan a continuación :

Cuadro No. 19

ASPECTOS NEGATIVOS DE LA CLÍNICA			
	1ª.	2ª.	3ª.
Mal servicio	5.2	3.8	1.4
Poco espacio	4.4	2.4	0.8
Mal trato de recepción	1.8	1.4	1.0
Mal trato de doctores	3.6	1.6	1.2
Malos medicamentos	7.2	5.8	3.2
Mal sistema citas	9.2	8.4	2.4
Poco estacionamiento	14.1	4.8	3.2
Doctores impuntuales	4.4	1.4	1.6
Hospitalización en H. U.	0	0.4	0.6
Mal servicio urgencias	1.8	0.8	1.0
Personal fuera de lugar	0.6	0.2	0
No visitas domicilio	0	0.2	0.4
Demasiados pacientes	0	0.6	0.4
No checan expediente	0.2	1.0	0.4
Otros	19.9	18.9	17.3
Ninguna	27.5	48.2	65.1
Total	100%	100%	100%

Es importante subrayar que todas fueron respuestas textuales. Tratamos de agruparlas lo más posible y como más significativas tenemos la percepción de que hay poco estacionamiento y mal servicio. Aunque debemos recordar también que aunque sea en puntajes pequeños éstas, todas, son expresadas directamente por el usuario y repercuten en su opinión acerca de la calidad en el servicio, pues como vemos el puntaje de "Ninguno" es de sólo 27.5%. Esto quiere decir que sólo esa cantidad cree que no hay ningún aspecto negativo, lo cual arroja un 72.5% de usuarios que opinan que la clínica tiene uno o más aspectos negativos. Este es un alto porcentaje, considerando que la calidad en el servicio, según Crosby (1990:187) significa "Cero defectos", como fue mencionado en el apartado sobre calidad en el servicio del presente trabajo.

3.- Relación entre variables

En el desarrollo del procesamiento estadístico se hicieron los primeros cruces y nos dimos cuenta de que resultaban más del 25% de celdas vacías que es el límite aceptable para cuadros de Ji-cuadrada. Como sabemos, esto nos invalida los resultados según Sampieri (1991), así que decidimos recodificar las variables involucradas en las hipótesis, a fin de agrupar más los datos y evitar las celdas vacías, como se muestra en el siguiente cuadro :

VARIABLE	CÓDIGOS	RECODIFICACIÓN
V44 Opinión Médico Administración Instalaciones	Muy bueno Bueno Regular Malo	Favorable Desfavorable
V38 Tiempo de consulta	Demasiado Suficiente Regular Insuficiente	Favorable Desfavorable
V43 Información de programas	Siempre Casi siempre En ocasiones Nunca	Favorable Desfavorable
V4 Escolaridad	Sin escolaridad Primaria incompleta Primaria Secundaria incompleta Secundaria Prepa. o técnica incomp. Prepa. o técnica Licenciatura incompleta Licenciatura Maestría incompleta Maestría Otros	Sin escolaridad Primaria o secundaria Preparatoria o técnica Licenciatura Maestría Otros

Ya con estas recodificaciones se procedió a hacer nuevamente los cruces.

Pregunta No. 1.- ¿Qué relación existe entre la escolaridad del usuario y la opinión que tiene acerca de la calidad en el servicio?

Para la comprobación de esta pregunta se cruzaron las variables V4 "Grado de escolaridad" y V44 "Calificación que le da a la clínica", obteniendo el siguiente cuadro:

Cuadro No. 20
OPINIÓN DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO

	Favorable	Desfavorable	% Total
E			
S			
C			
O			
L			
A			
R			
I			
D			
A			
D			
Sin escolaridad	17	5	4.4
Primaria o secundaria	96	17	22.7
Prepa o tecnica	88	22	22.1
Licenciatura	122	18	28.1
Maestria	62	16	15.7
Otros	31	4	7.0
Total	416	82	498
	83.5%	16.5%	100%

Chi – cuadrada

Valor
4.69

Significancia
.45

Recordemos que en cuanto a la variable escolaridad, la muestra se concentra en los indicadores 3, 4 y 5; pues los usuarios en general tienen preparación media y superior, como se expuso en el punto de descripción y perfil de la población encuestada. Esto quiere decir que no es posible establecer relación entre estas variables.

Pregunta No. 2.- ¿Existe un vínculo entre la información del usuario acerca de los programas de la clínica y su opinión acerca de la calidad en el servicio?

En este caso se relacionaron la variable 43 "Se le da información de programas y servicios" y la variable 44, que es la calificación que le da a la clínica, y tenemos el siguiente cuadro:

Cuadro No. 21

OPINIÓN DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO				
Se le da, Información acerca de programas y servicios		Favorable	Desfavorable	Totales
	Favorable	158	8	33.3
	Desfavorable	258	74	66.7
	Total	416	82	498
		83.5%	16.5%	100%

Chi – cuadrada
Pearson

Valor
24

Significancia
.000

Podemos ver que sí existe relación entre éstas variables, ya que el usuario le da importancia a la información que recibe de la clínica, como se dijo anteriormente según Keith (1991), la comunicación es parte del proceso de mejorar la calidad, y por esto es importante mantener al cliente informado en el lenguaje adecuado, un lenguaje que él pueda utilizar.

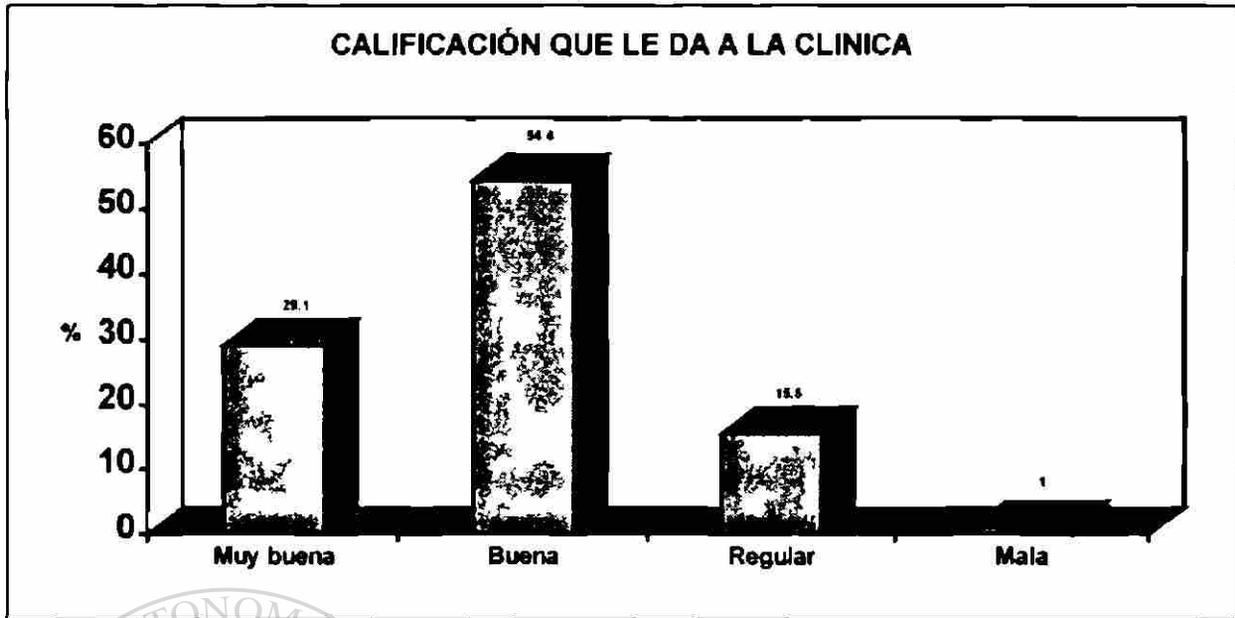
Así reconocemos la importancia de la comunicación en el presente estudio, y ya que el nivel de significancia es de .000 decimos entonces que sí existe relación entre estas variables

Pregunta No. 3.- ¿La opinión que el usuario de la clínica de la U.A.N.L. tiene, acerca del servicio es favorable?

Para la comprobación de esta pregunta solamente se revisaron los resultados de la variable 44, que nos da directamente la calificación que el usuario le da a la clínica, lo cual podemos observar en la siguiente gráfica.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Gráfica No. 12



Mediana 2.000

Moda 2.000

Aunque existe un porcentaje significativo en el rubro de “Regular”, los puntajes más altos los encontramos en “Buena” y “Muy buena”, que sumados nos dan un 83.5%, por lo que se responde a esta pregunta afirmativamente.

Pregunta No. 4.- ¿Existe relación entre la opinión del usuario acerca de las instalaciones físicas de la clínica y su opinión acerca de la calidad en el servicio que se le brinda?

Como se explicó anteriormente, las instalaciones físicas se componen de baño, estacionamiento, sala de espera, consultorios y laboratorio, dejando de lado muchas otras a las que el usuario no tiene acceso, así que se creó una nueva variable llamada “instal”, con la que se obtuvo la media para luego cruzarla y compararla con la variable 44 “Opinión acerca del servicio”. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuadro No. 22

Opinion acerca de las instalaciones	OPINIÓN DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO		
	Favorable	Desfavorable	Total
Favorable	59	7	66.1
Desfavorable	24.5	9.4	33.9
Total	83.5%	16.5%	100%

Chi – cuadrada

Valor
23.93

Significancia
.000

Como podemos observar, en este cuadro se acepta la pregunta planteada, ya que el valor de Ji-cuadrada es mayor que el de la tabla en la que se corrobora que tiene importancia la opinión acerca de las instalaciones, pues según Covey (1996), uno de los puntos importantes de la calidad son los elementos tangibles, o sea la apariencia de las instalaciones físicas, el equipo, el personal y los materiales de comunicación; es por esto que las instalaciones son parte importante de una organización. Por encima de los principios de calidad, tenemos el concepto del usuario acerca de las instalaciones, es decir la importancia que él le dá a la apariencia de la clínica respondiendo al instinto de placer que según Roberto Fabregat (1991) se refieren al confort y a la elegancia.

Pregunta No. 5.- ¿La opinión del usuario acerca del trato del personal administrativo, se relaciona con su opinión acerca de la calidad en el servicio?

Para la comprobación de esta hipótesis se seleccionarán las variables "Admo", ya recodificada en favorable y desfavorable, y la variable 44, que es la calificación que se le da a la clínica, también ya recodificada en la misma forma. Una vez relacionadas se forma el siguiente cuadro:

Cuadro No. 23

OPINIÓN DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO			
	Favorable	Desfavorable	Total
Favorable	376	51	85.7%
Desfavorable	40	31	14.3%
Total	416	82	498
	83.5	16.5%	100%

Chi – cuadrada	Valor	Significancia
	44.52	.000

Comprobando el valor de la significancia se puede afirmar que sí existe relación entre estas dos variables, además de que visualmente se puede constatar en el cuadro que los usuarios que tienen opinión favorable son considerablemente más en cantidad que los que tienen opinión desfavorable del personal administrativo. Por lo que podemos decir que si existe relación entre estas variables. Esto nos hace recordar lo que plantea Dentas (1991), quien dice en relación con la calidad que ésta no es sólo resolver la necesidad o el problema que tiene el usuario, sino también ofrecer ese ambiente agradable que el cliente busca, variable que en este caso se cumpliría por medio del personal administrativo.

Por lo anterior podemos afirmar que este principio de calidad no surge de la nada, sino de una necesidad expresado por el usuario en donde responde a un instinto sentimental que según Roberto Fabregat (1991) corresponden al deseo de comprensión, amor, amistad, cordialidad, etc.

Pregunta No. 6.- ¿La opinión acerca del tiempo dedicado en la consulta del usuario, influye en la opinión que tiene acerca de la calidad en el servicio?

Se trabajaron 2 preguntas distintas en la consideración de “Tiempo de consulta”. En la pregunta 38 se le cuestionó al usuario cómo consideraba el tiempo de consulta en cuanto a la cantidad, sus respuestas fueron “demasiado”, “suficiente”, “regular” o “insuficiente”, lo que, una vez recodificado, quedó en opinión “favorable” o “desfavorable”. Por otra parte, en la pregunta 39 se les preguntó cuánto tiempo específicamente en minutos duraban en general sus consultas. Como vimos en el punto de descripción de los datos en lo que respecta a esta pregunta, la muestra se concentró entre los 6 a los 15 minutos, con un 71.5%, dato que, una vez relacionado con la pregunta 39, donde observamos como favorable a un 65.9%, indica que en general los usuarios consideran que es suficiente el tiempo de consulta, que es de 6 a 15 minutos.

Por todo lo anterior se seleccionaron para la comprobación de esta relación la variable 38, que es la consideración del usuario acerca del tiempo de consulta y la variable 44, que es la opinión de la calidad en el servicio.

Los datos los observamos en el siguiente cuadro :

Cuadro No. 24

Opinion del tiempo de consulta	OPINIÓN DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO			Totales
	Favorable	Desfavorable		
Favorable	299	29		65.9
Desfavorable	117	53		34.1
Total	416	82		498
	83.5%	16.5%		100%

Chi – cuadrada

Valor

Significancia [®]

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECA 40.60 .000

Como podemos ver en estos datos las variables sí se relacionan, ya que a mejor opinión acerca del tiempo dedicado a su consulta, mejor opinión acerca de la calidad en el servicio, con una significancia de .000.

Pregunta No. 7.- ¿Hasta que punto la opinión del usuario acerca del trato del médico, se vincula con la opinión que él tiene acerca de la calidad en el servicio?

Como se explicó antes, se creó una nueva variable a la que llamamos “Médico”, a partir de las variables 23, 24, 25, 27, 29, y 30 referentes a los diferentes aspectos relacionados con el trato que el médico le da a sus pacientes. Una vez hecho este procedimiento se relacionó con la nueva variable con la variable 44 que es la opinión acerca de la calidad en el servicio, obteniendo los siguientes resultados :

Cuadro No. 25

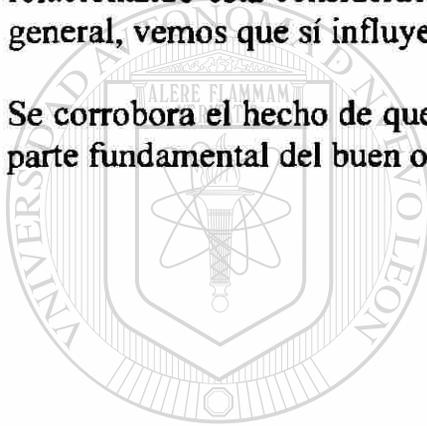
OPINIÓN DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO				
Opinion acerca del trato del medico		Favorable	Desfavorable	Totales
	Favorable	411	74	97.4
	Desfavorable	5	8	2.6
	Total	416	82	498
		83.5	16.5	100%

Chi – cuadrada

Valor
19.71Significancia
.000

Ya en la descripción de los datos se puntualizó la importancia que el usuario le otorga al “Trato” que recibe del personal de la clínica y en especial del médico y, en este caso, relacionando esta consideración con la opinión que tiene de la calidad en el servicio en general, vemos que sí influye en ésta, con una significancia de .000.

Se corrobora el hecho de que los usuarios le den importancia al trato que reciben como parte fundamental del buen o mal servicio que se les dá.

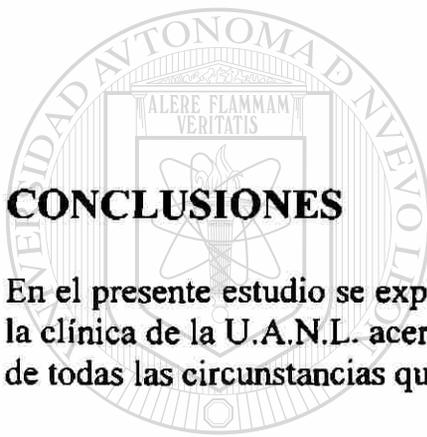


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



CONCLUSIONES

En el presente estudio se exploraron de manera general las opiniones de los usuarios de la clínica de la U.A.N.L. acerca del servicio que reciben; éste representa sólo un aspecto de todas las circunstancias que confluyen en el ámbito de la salud y de la opinión.

A partir de los datos obtenidos, es posible afirmar que se cumple el objetivo propuesto, pues se llegó a conocer la información que en él se enuncia. De la cual se resume lo más importante a continuación :

En primer término y en lo que se refiere al perfil de la población entrevistada podemos decir que acuden mayoritariamente a la clínica de la U.A.N.L. maestros de facultad, del sexo femenino, y sus familias, cuyo grado de escolaridad es de un nivel medio superior y su edad es mayor a 28 años.

En cuanto a la opinión general acerca de los diferentes departamentos, concluimos que es positiva, pues los más altos porcentajes en todos los casos son de “favorable”. Aún así, es importante mencionar que en el rubro “desfavorable”, los departamentos más afectados fueron farmacia y urgencias. Un dato interesante a mencionar es la poca asistencia del usuario a los departamentos de trabajo social y de relaciones públicas, lo cual puede deberse a la falta de información que el propio usuario expresa tener. Esto cobra importancia puesto que para poder opinar acerca del servicio y poder disfrutar de él es necesario, como dice el artículo 3 de la ley estatal de salud (1983), “el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud”,

En cuanto a las instalaciones concluimos que el usuario está complacido con las modificaciones en la estructura física de la clínica; solamente en lo que respecta al estacionamiento el usuario considera que es insuficiente.

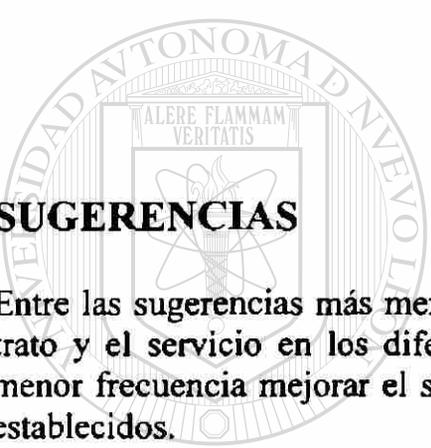
En lo referente al nuevo procedimiento de citas, la mayoría de los usuarios considera que es bueno, pero hay un porcentaje importante que lo considera como no adecuado.

Por otra parte, los aspectos positivos mencionados por el usuario fueron muy variados y esto dificultó enormemente su cuantificación. Sin embargo, podemos mencionar entre los más altos porcentajes la percepción del buen servicio, buenos médicos y limpieza; además están los aspectos negativos, en donde se encuentra la misma dificultad, pero podemos mencionar entre los más negativos el poco espacio en estacionamiento, los malos medicamentos o medicamentos equivocados y el mal trato de diferentes departamentos.

Encontramos una relación significativa entre instalaciones físicas y opinión, lo cual nos conduce a afirmar que para el usuario es importante el aspecto físico de la institución. Otro aspecto importante lo fue el trato que recibe tanto del personal administrativo como médico, es decir que para el usuario, si se recibe un buen trato significa que se tiene un buen servicio. También existe relación entre la información que recibe calidad y cantidad- con la consideración del usuario acerca del servicio.

Por último, tenemos que la calificación en general que el usuario le da a la clínica en cuanto a la calidad en el servicio es favorable.

Con el desarrollo de este trabajo se evidencia la importancia y necesidad de investigar aspectos relacionados con la salud, y más aún acerca del servicio que se brinda en nuestras instituciones, es decir el cómo se intentan aplicar en el ámbito de la salud los principios de la calidad, qué impacto tiene esto en la opinión del usuario, qué aspectos influyen en este proceso tales como administrativos, sociales, políticos y económicos entre otros; todos estos son temas que se proponen para posteriores investigaciones, que serían interesantes y útiles para mejoras en el servicio dentro del área de la salud



SUGERENCIAS

Entre las sugerencias más mencionadas por el usuario están las siguientes : mejorar el trato y el servicio en los diferentes departamentos, ampliar el estacionamiento, y en menor frecuencia mejorar el sistema actual de citas, sobretodo respetando los horarios establecidos.

Con base en lo anterior, proponemos lo siguiente :

1. Impartir cursos de relaciones humanas enfocados a mejorar el trato al usuario. ®
2. Crear mecanismos de comunicación que vayan más allá del buzón de sugerencias, tales como el cuestionario directo aplicado periódicamente, los cartelones, los trípticos, etc.
3. Buscar alternativas para el estacionamiento en terrenos cercanos a la clínica que son propiedad de la U.A.N.L. o del hospital universitario.
4. Formar un comité representativo de los usuarios, encargado de vigilar los asuntos de la farmacia correspondientes a laboratorios proveedores.
5. Mejorar la información al usuario acerca de las funciones de los diferentes departamentos, con el fin de lograr un adecuado uso de los servicios que se le ofrecen.

Alayón, Norberto

(1971) *ABC del Trabajo Social*, Argentina, Ed. ECRO.

Álvarez Bermudez y Otros

(1994) *Cultura y emoción en Europa y América Latina*, Suplemento No. 44 Barcelona, Ed. Anthropos.

Álvarez Monilla, José Manuel

(1992) "La garantía de calidad en México" en *Salud Pública*, septiembre, 1992, Volumen 34, pág. 20 – 45.

Ander Egg, Ezequiel

(1975) *Del ajuste a la transformación : Apuntes para una historia del trabajo social*, Buenos Aires, Ed. ECRO

Bobenrieth, Manuel

(1972) *La coordinación como medio para mejorar la eficiencia y la efectividad de la organización*. Chile, III Reunión especial de ministros de salud de las Américas, OMS.

Cartwright, Dorwin

(1986) *Dinámica de grupos*, México, Ed. Trillas

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

(1995), México, 3ª.ed., Ed. Mc Graw-Hill

Contreras, Yolanda

(1992) *Trabajo social de grupos*, México, Ed. Pax México

Covey, Stephen

(1996) *Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva*, México, Ed. Paidós.

Crosby, Philip

(1990) *Hablemos de calidad*, México, Ed. México

Denton, D.

(1989) *Calidad en el servicio a clientes*, España, Ediciones Díaz Santos

Donabedian, Avedis

(1992) "La garantía de la calidad en México", *Salud Pública*, No. 40, Instituto Nacional de la Salud Pública.

García, Mariano

(1994) *Medicina y sociedad*, México, Ed. Fondo de Cultura Económica.

Guajardo Garza, Humberto

(1994) *Calidad en el servicio*, Monterrey, Gobierno del Estado de Nuevo León, Ed. Elizondo Paez, 1ª. ed.

Hall, Richard

(1988) *Organizaciones estructurales y proceso*, México, Ed. Programas Educativos S.A., 3ª. ed.

Hernán, San Martín

(1981) *Salud y enfermedad*, México, Ed. Prensa Médica Mexicana, 4ª. ed.

Kisnerman, Natalio

(1990) *Salud pública y trabajo social*, Buenos Aires, Ed. Humanitas.

Kumate, Jesus y Otros

(1993) *Información es salud: La salud en cifras*, México, Ed. Fondo de Cultura Económica.

Levin, Jack

(1979) *Fundamentos de estadística en la investigación social*, México, Ed. Harla.

Lima, Boris

(1989) *Contribución a la epistemología del trabajo social*, Buenos Aires Argentina, Ed. Humanitas.

Lopez Acuña, Daniel

(1993) *La Salud desigual en México*, México, Ed. Siglo Veintiuno, 9ª. ed.

Mansión, Galindo

(1978) *Investigación en servicios de salud*, México, Seminario, Querétaro, CONACYT.

Mason, Edgar

(1990) *México y sus mexicanos*, México, Ed. Posada

Morales Gil de la Torre

(1996) *Derechos humanos, dignidad y conflicto*, México, Ed. Universidad Iberoamericana.

Moreno Padilla, Javier

(1991) *Ley del seguro social*, México, Ed. Trillas

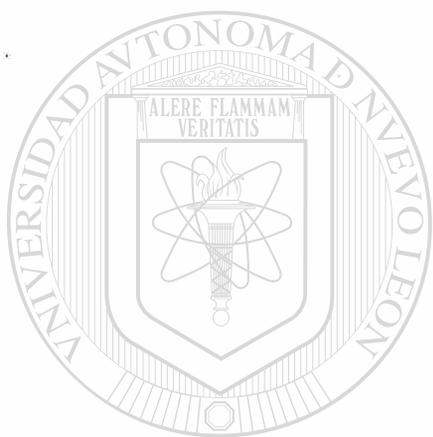
Palencia Alonso, Héctor

(1990) *Opinión pública*, México, Ed. Comunicación Social de UJED.

- Peón Escalante Joaquín
(1996) *Calidad total, mitos y realidades*, Expansión, Nov. 18, 1992, pág. 19–22, Ed. Especial
- Redfield, Robert
(1973) *El mundo primitivo y sus transformaciones*, México, Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Rivadeneira, Raúl
(1984) *La opinión pública : análisis, estructura y métodos para su estudio*, Ed. Trillas.
- Rosenblueth, Arturo
(1986) *El Método científico*, México, Ed. Prensa Médica Mexicana
- Rosseau, Juan Jacobo
(1992) *El Contrato social*, México, Editorial Porrúa, 9ª. ed.
- Salzmann Zdenek
(1977) *Antropología, panorama general*, México, Ed. Publicaciones Cultural, S.A.
- Sampieri Hernández, Roberto y otros
(1991) *Metodología de la investigación*, México, Ed. Mc Graw-Hill
- Scott, Dru
(1991) *La Satisfacción del cliente: La otra mitad de su trabajo*, México, Ed. Iberoamericana.
- Sills, L. David
(1929) *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales*, España, Ed. Aguilar S.A. Volumen 7.
- Smirnov, Anatoli y Ortos
(1985) *Psicología*, México, Ed. Grijalbo.
- Soetzel, J.
(1973) *Las encuestas de opinión pública*, Madrid, Instituto de Opinión Pública.
- Townsend, Patrick
(1994) *Calidad es acción*, España, Ed. Paidós.
- Trueba Urbina, Alberto
(1983) *Ley federal del trabajo de 1970*, México, 5ª. ed, Ed. Porrúa.
- Zedillo Ponce de León, Ernesto Dr.
(1995) *Plan nacional de desarrollo 1995-2000*, México, Secretaria de Programación y Presupuesto.

Zedong, Mao

(1963) *Cinco tesis filosóficas*, México, Ed. Quinto Sol, S.A.

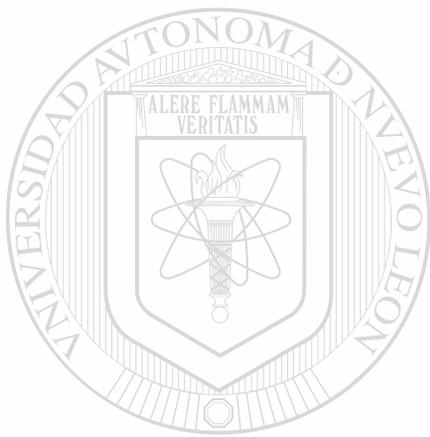


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



ANEXOS
UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Calidad en el servicio de la clínica de la U.A.N.L.

Cuestionario

El presente cuestionario servirá para conocer su opinión y sugerencias acerca del servicio que usted recibe, no hay respuestas correctas o incorrectas, todas son opiniones válidas. Le pedimos **NO DEJAR NINGUNA SIN RESPONDER.**

Le agradecemos su colaboración.

I.- Datos generales

1.- Es usted Trabajador o Beneficiario

1.- Trabajador _____

2.- Beneficiario _____

2.- Dependencia donde labora

1.- Preparatoria _____

2.- Facultad _____

3.- Rectoría _____

4.- Guarderías _____

5.- Mantenimiento _____

6.- Otros cual _____

3.- Cual es el puesto que ocupa el trabajador

1.- Intendente-Jardinero _____

2.- Chofer-Vigilante _____

3.- Secretaria _____

4.- Técnico-Administrativo _____

5.- Maestro _____

6.- Otro cual _____

v1

v2

v3

4.- Cual es su grado de escolaridad

- 01.- Sin escolaridad _____
- 02.- Primaria incompleta _____
- 03.- Primaria _____
- 04.- Secundaria incompleta _____
- 05.- Secundaria _____
- 06.- Preparatoria o Técnica incompleta _____
- 07.- Preparatoria o Técnica _____
- 08.- Licenciatura incompleta _____
- 09.- Licenciatura _____
- 10.- Maestría incompleta _____
- 11.- Maestría _____
- 12.- Otros cual _____

5.- Sexo

- 1.- Femenino _____
- 2.- Masculino _____

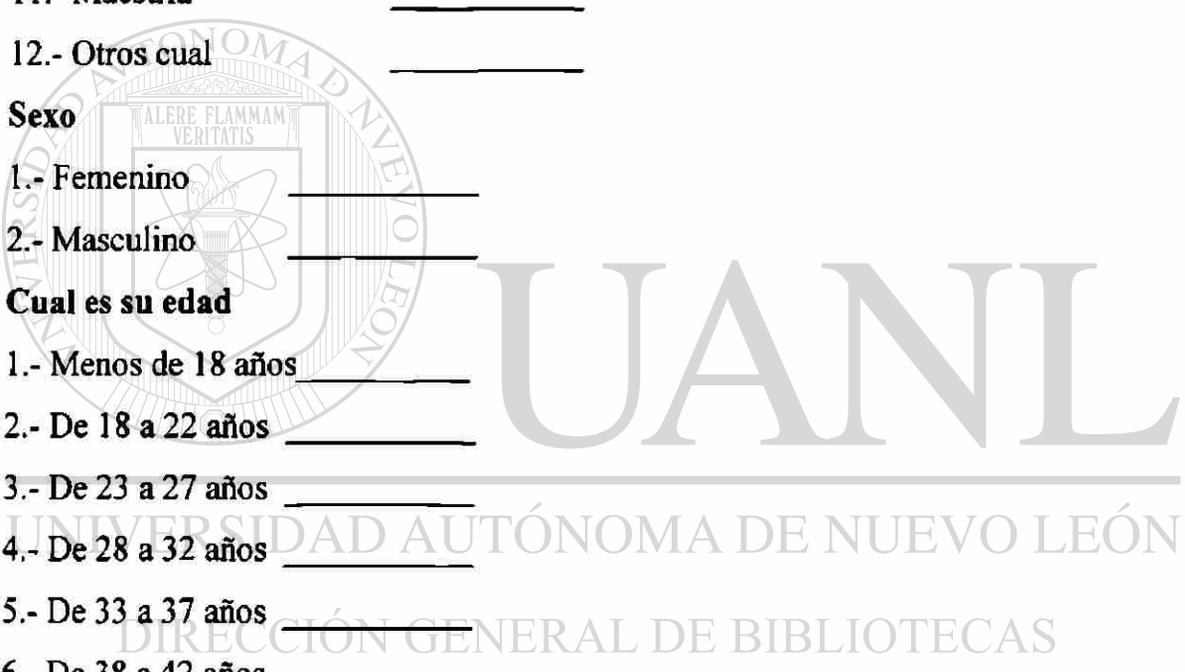
6.- Cual es su edad

- 1.- Menos de 18 años _____
- 2.- De 18 a 22 años _____
- 3.- De 23 a 27 años _____
- 4.- De 28 a 32 años _____
- 5.- De 33 a 37 años _____
- 6.- De 38 a 42 años _____
- 7.- Mas de 42 años _____

v4

v5

v6



19.- Consultorios

1) Muy confortable ___ 2) Confortable ___ 3) Regular ___ 4) Insuficiente ___

v19

20.- Laboratorio y Rayos X

1) Muy confortable ___ 2) Confortable ___ 3) Regular ___ 4) Insuficiente ___

v20

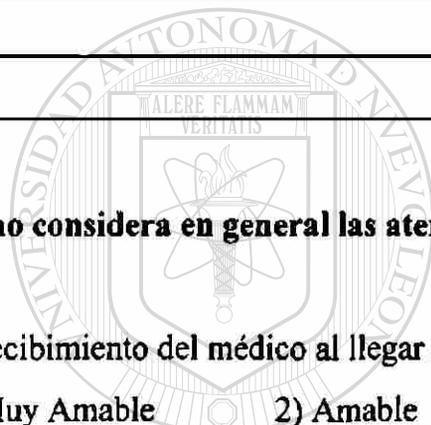
21.- Baños

1) Muy confortable ___ 2) Confortable ___ 3) Regular ___ 4) Insuficiente ___

v21

22.- Cuales son sus sugerencias en cuanto a las instalaciones de la clínica.

v22



IV.-Cómo considera en general las atenciones del médico.

23.- El recibimiento del médico al llegar al consultorio considera que fué :

1) Muy Amable ___ 2) Amable ___ 3) Indiferente ___ 4) Nada Amable ___

v23

24.- El trato del médico hacia usted es :

1) Muy Bueno ___ 2) Bueno ___ 3) Regular ___ 4) Malo ___

v24

25.- La información del médico respecto a su padecimiento es :

1) Muy Clara ___ 2) Algo Comprensible ___ 3) Confusa ___ 4) No se dá ___

v25

26.- Que opina del aspecto y presentación del médico :

1) Muy Buena ___ 2) Buena ___ 3) Regular ___ 4) Mala ___

v26

27.- Considera que el médico mostro interés por su problema :

1) Mucho Interes ___ 2) Normal ___ 3) Poco ___ 4) Nada ___

v27

28.- Le ordeno exámenes de Laboratorio ó Rayos X :

1) Sí _____ 2) No _____ 3) No fue necesario _____

v28

29.- Usted cree que el médico conoce sus antecedentes de salud :

1) Sí _____ 2) No _____

v29

30.- Usted cree que el médico revisa su expediente antes de la cita :

1) Sí _____ 2) No _____

v30

31.- Cuales son sus sugerencias en cuanto a la atención del Médico.

v31

V.- Cómo considera la atención del personal administrativo.

32.- Su opinión de la atención de recepción

1) Muy buena _____ 2) Buena _____ 3) Regular _____ 4) Mala _____

v32

33.- La atención del personal de afiliación y vigencia es :

1) Muy buena _____ 2) Buena _____ 3) Regular _____ 4) Mala _____

v33

34.- La atención del personal de información es :

1) Muy buena _____ 2) Buena _____ 3) Regular _____ 4) Mala _____

v34

35.- Cuales son sus sugerencias en cuanto a la atención del personal administrativo.

v35

VI.- Referente al sistema y tiempo de la cita.

36.- Considera adecuado el procedimiento de citas.

- 1) Si _____ 2) No _____

v36

37.- El lapso de tiempo transcurrido entre la hora de la cita y el momento de obtener su consulta lo considera :

- 1) Breve _____ 2) Normal _____ 3) Tardío _____ 4) Muy Tardío _____

v37

38.- El tiempo que se le dedica a usted en la consulta es :

- 1) Demasiado _____ 2) Suficiente _____ 3) Regular _____ 4) Insuficiente _____

v38

39.- Cuanto tiempo le dedican en general en sus citas

- 1) 0-5 minutos _____
2) 6-10 minutos _____
3) 11-15 minutos _____
4) 16-20 minutos _____
5) más de 20 minutos _____

v39

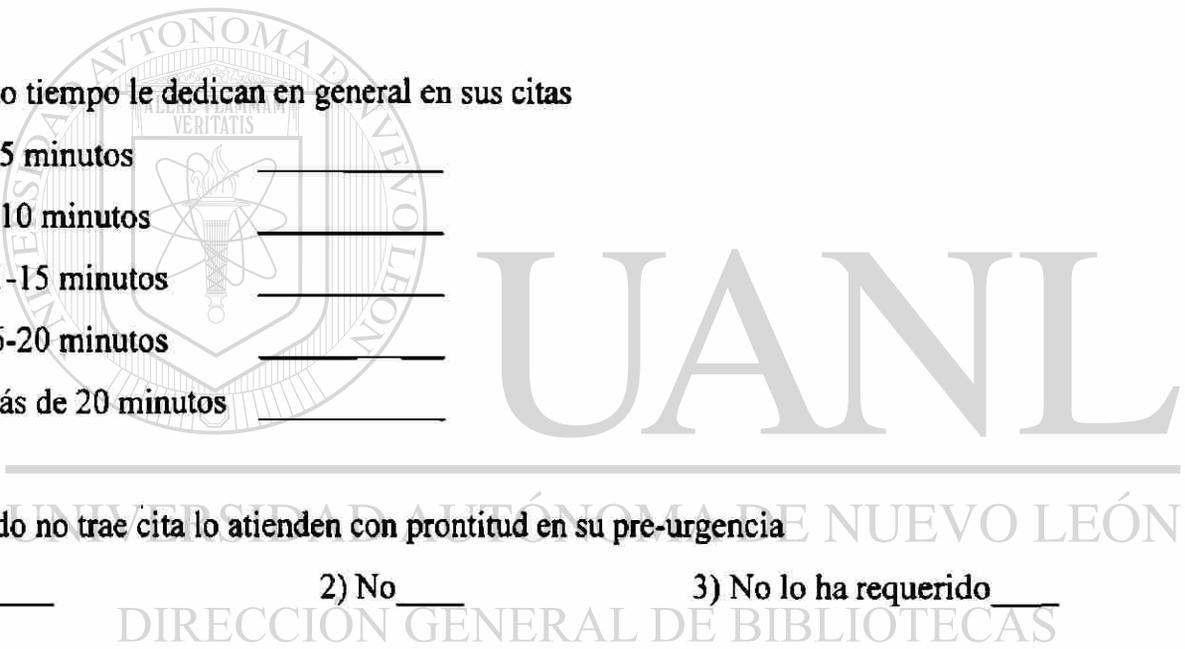
40.- Cuando no trae cita lo atienden con prontitud en su pre-urgencia

- 1) Si _____ 2) No _____ 3) No lo ha requerido _____

v40

41.- Cuales son sus sugerencias en cuanto al sistema de citas.

v41



VII.- Otras opiniones

42.- Se le proporciona información sobre los requisitos para recibir el servicio

- 1) Siempre ___ 2) Casi siempre ___ 3) En ocasiones ___ 4) Nunca ___

v42

43.- Se le proporciona información acerca de los programas y servicios que ofrece la clínica

- 1) Siempre ___ 2) Casi siempre ___ 3) En ocasiones ___ 4) Nunca ___

v43

44.- Como calificaría en general a la Clínica para Trabajadores de la U.A.N.L.

- 1) Muy buena ___ 2) Buena ___ 3) Regular ___ 4) Mala ___

v44

45.- Que opina sobre el procedimiento de incapacidades

- 1) Muy Bueno ___ 2) Bueno ___ 3) Regular ___ 4) Malo ___

v45

46.- Mencione en general 3 aspectos positivos de la clínica

v46

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

47.- Mencione en general 3 aspectos negativos de la clínica

v47

Entrevistó : _____

Fecha : _____

Lista de Codigos

V1.- Trabajador o Beneficiario

1. Trabajador
2. Beneficiario

V2.- Dependencia

- 1.- Preparatoria
- 2.- Facultad
- 3.- Rectoría
- 4.- Guarderías
- 5.- Mantenimiento
- 6.- Otros

V3.- Puesto

- 1.- Intendente – Jardinero
- 2.- Chofer-Vigilante
- 3.- Secretaria
- 4.- Técnico – Administrativo
- 5.- Maestro
- 6.- Otros

V4.- Escolaridad

1. Sin escolaridad
2. Primaria incompleta
3. Primaria
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria
6. Preparatoria o Técnica incompleta
7. Preparatoria o Técnica
8. Licenciatura incompleta
9. Licenciatura
10. Maestría incompleta
11. Maestría
12. Otros

V5.- Sexo

- 1.- Femenino
- 2.- Masculino

V6.- Edad

- 1.- Menos de 18 años
- 2.- De 18 a 22 años
- 3.- De 23 a 27 años
- 4.- De 28 a 32 años
- 5.- De 33 a 37 años
- 6.- De 38 a 42 años
- 7.- Más de 42 años

V7-V15 Referente a los diferentes departamentos

- 1.- Muy Bueno
- 2.- Bueno
- 3.- Regular
- 4.- Malo
- 5.- No lo ha usado

V16.- Sugerencias en general

V16.- Primera sugerencia general

V16A.- Segunda sugerencia general

- 1.- Mejorar sistema de citas
- 2.- Ampliar instalaciones
- 3.- Mejorar servicio de farmacia
- 4.- Checar expediente
- 5.- Mejorar el trato y servicio
- 6.- Que reabran control del niño sano
- 7.- Mejorar el trámite de incapacidades
- 8.- Elevar comodidades
- 9.- Abrir servicio en Sábados
- 10.- Mejorar información
- 11.- Mas personal
- 12.- Limpieza
- 13.- Mayor seguridad
- 14.- Mas tiempo de consulta
- 15.- Otros
- 16.- ninguna

V17.- Estacionamiento

- 1.- Muy amplio
- 2.- Amplio
- 3.- Regular
- 4.- Insuficiente

V18.- Sala de espera

- 1.- Muy comfortable
- 2.- Comfortable
- 3.- Regular
- 4.- Insuficiente

V19.- Consultorios

- 1.- Muy comfortable
- 2.- Comfortable
- 3.- Regular
- 4.- Insuficiente

V20.- Laboratorio

- 1.- Muy comfortable
- 2.- Comfortable
- 3.- Regular
- 4.- Insuficiente

V21.- Baños

- 1.- Muy comfortable
- 2.- Comfortable
- 3.- Regular
- 4.- Insuficiente

V22.- Sugerencias de instalaciones

V22.- Primera sugerencia de instalaciones

V22A.- Segunda sugerencia de instalaciones

- 1.- Ampliar estacionamiento
- 2.- Ampliar departamentos
- 3.- Agua pura
- 4.- Elevador
- 5.- Productos de limpieza en sanitarios
- 6.- Limpieza
- 7.- Mejorar y agregar sillas
- 8.- Controlar T.V.
- 9.- Mejorar clima
- 10.- Vestidor en consultorios
- 11.- Mas teléfonos públicos
- 12.- Interfon en consultorios
- 13.- Mas líneas telefónicas
- 14.- Otros
- 15.- Ninguna

V23.- Recibimiento del médico

- 1.- Muy amable
- 2.- Amable
- 3.- Indiferente
- 4.- Nada amable

V24.- Trato del médico

- 1.- Muy bueno
- 2.- Bueno
- 3.- Regular
- 4.- Malo

V25.- Información del médico

- 1.- Muy clara
- 2.- Algo comprensible
- 3.- Confusa
- 4.- No se dá

V26.- Opinión aspecto-médico

- 1.- Muy buena
- 2.- Buena
- 3.- Regular
- 4.- Mala

V27.- Interés del médico

- 1.- Mucho interés
- 2.- Normal
- 3.- Poco
- 4.- Nada

V28.- Ordeno exámenes

- 1.- Si
- 2.- No
- 3.- No fue necesario

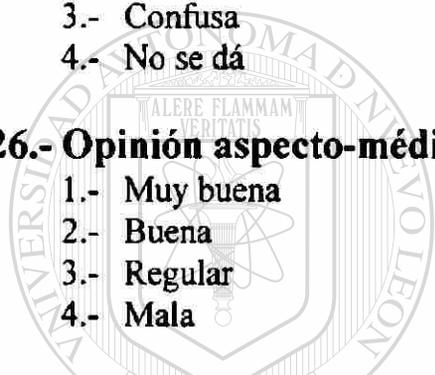
V29.- Conoce sus antecedentes

- 1.- Si
- 2.- No

V30.- Revisa expediente

- 1.- Si
- 2.- No

V31.- Sugerencias al Médico



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

V31.- Primera sugerencia al Médico

V31A.- Segunda sugerencia al Médico

- 1.- Mejor trato y atención
- 2.- Tomar en cuenta expediente
- 3.- Que no atiendan estudiantes
- 4.- Mayor puntualidad
- 5.- Otras
- 6.- Ninguna

V32.- Atención en recepción

- 1.- Muy buena
- 2.- Buena
- 3.- Regular
- 4.- Mala

V33.- Atención de Afiliación

- 1.- Muy buena
- 2.- Buena
- 3.- Regular
- 4.- Mala

V34.- Atención información

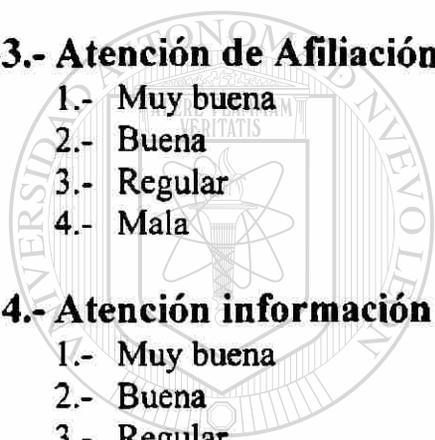
- 1.- Muy buena
- 2.- Buena
- 3.- Regular
- 4.- Mala

V35.- Sugerencias a administrativo

V35.- Primera sugerencia a administrativo

V35A.- Segunda sugerencia a administrativo

- 1.- Mejor trato y atención
- 2.- Mayor agilidad
- 3.- Mas coordinación
- 4.- Mejorar informacion
- 5.- Mejorar trámite de incapacidades
- 6.- Ampliar turno – prestaciones
- 7.- Mayor puntualidad
- 8.- Otros
- 9.- Ninguna



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



V36.- Es adecuado procedimiento de citas

- 1.- Si
- 2.- No

V37.- Tiempo de espera

- 1.- Breve
- 2.- Normal
- 3.- Tardío
- 4.- Muy tardío

V38.- Tiempo de consulta

- 1.- Demasiado
- 2.- Suficiente
- 3.- Regular
- 4.- Insuficiente

V39.- Minutos de consulta

- 1.- 0-5 minutos
- 2.- 6-10 minutos
- 3.- 11-15 minutos
- 4.- 16-20 minutos
- 5.- más de 20 minutos

V40.- Lo atienden rápido sin cita

- 1.- Si
- 2.- No
- 3.- No lo ha requerido

V41.- Sugerencias al sistema de citas

V41.- Primera sugerencia al sistema de citas

V41A.- Segunda sugerencia al sistema de citas

- 1.- Volver al anterior sistema
- 2.- Mas lineas telefónicas
- 3.- Interfon en consultorio
- 4.- Más información
- 5.- Más flexibilidad
- 6.- Mayor agilidad
- 7.- Más personal
- 8.- Respetar horario de cita
- 9.- Otras
- 10.- Ninguna

V42.- Se le da información del servicio

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- En ocasiones
- 4.- Nunca

V43.- Información de programas

- 1.- Siempre
- 2.- Casi siempre
- 3.- En ocasiones
- 4.- Nunca

V44.- Calificación de la clínica

- 1.- Muy buena
- 2.- Buena
- 3.- Regular
- 4.- Mala

V45.- Opinión de incapacidades

- 1.- Muy bueno
- 2.- Bueno
- 3.- Regular
- 4.- Malo
- 5.- No lo ha usado

V46.- Aspectos positivos

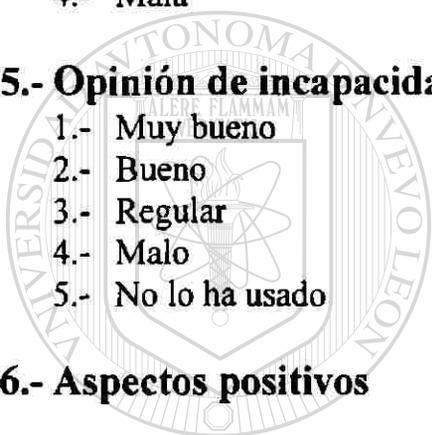
V46.- Primer aspecto positivo de la clínica

V46A.- Segundo aspecto positivo de la clínica

V46B.- Tercer aspecto positivo de la clínica

- 1.- Remodelación
- 2.- Clima, T.V., asientos
- 3.- Limpieza
- 4.- Buen servicio y atención
- 5.- Nuevo sistema de citas
- 6.- Buena administración
- 7.- Mejor que otras
- 8.- Buenos médicos
- 9.- Seguridad
- 10.- Amabilidad, buen trato
- 11.- Buena información
- 12.- Otras
- 13.- Ninguna

V47.- Aspectos negativos



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

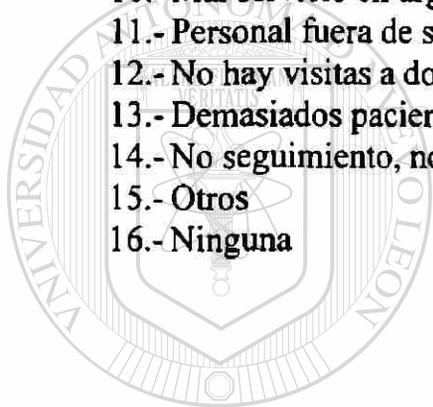


V47.- Primer aspecto negativo de la clínica

V47A.- Segundo aspecto negativo de la clínica

V47B.- Tercer aspecto negativo de la clínica

- 1.- Mala atención, mal servicio
- 2.- Poco espacio
- 3.- Mal trato en recepción
- 4.- Mal trato de doctores
- 5.- Malos medicamentos o cambiados
- 6.- Mal sistema de citas y consulta
- 7.- Poco espacio en estacionamiento
- 8.- Impuntualidad de doctores
- 9.- Hospitalización en H.U.
- 10.- Mal servicio en urgencias
- 11.- Personal fuera de su area
- 12.- No hay visitas a domicilio
- 13.- Demasiados pacientes
- 14.- No seguimiento, no checan expediente
- 15.- Otros
- 16.- Ninguna



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TABLA 4

VALORES DE χ^2 A LOS NIVELES DE CONFIANZA DE .05 Y .01

Grados de libertad (gl)	.05	.01
1	3.841	6.635
2	5.991	9.210
3	7.815	11.345
4	9.488	13.277
5	11.070	15.086
6	12.592	16.812
7	14.067	18.475
8	15.507	20.090
9	16.919	21.666
10	18.307	23.209
11	19.675	24.725
12	21.026	26.217
13	22.362	27.688
14	23.685	29.141
15	24.996	30.578
16	26.296	32.000
17	27.587	33.409
18	28.869	34.805
19	30.144	36.191
20	31.410	37.566
21	32.671	38.932
22	33.924	40.289
23	35.172	41.638
24	36.415	42.980
25	37.652	44.314
26	38.885	45.642
27	40.113	46.963
28	41.337	48.278
29	42.557	49.588
30	43.773	50.892
35	49.802	57.342
40	55.758	63.691
45	61.656	69.957
50	67.505	76.154
60	79.082	88.379
70	90.531	100.425
80	101.879	112.329
90	113.145	124.116
100	124.342	135.807

Fuente : Wayne W. Daniel, (1977). Estadística con Aplicaciones a las Ciencias Sociales y a la Educación, México, D. F. Mc. Graw-Hill.

Fuente original : "A Table of Percentage Points of the χ^2 Distribution", Skandinavisk Aktuarietidskrift, 33 (1950), 168-175

