

---

## ABSTRACT

La iniciativa de elegir este aspecto para la presente investigación surge del creciente interés por el tema la "Calidad del Servicio" y la creciente preocupación por la necesidad de mejorar las prestaciones que brindan las Instituciones de Salud Pública.

En un contexto donde el Ministerio de Salud Pública considera la calidad de los servicios brindados como un derecho del ciudadano y demuestra una especial sensibilidad en que la prestación de los mismos sea de la mejor calidad posible, en un entorno muy cambiante y preservando la sostenibilidad del sistema, es que surge la iniciativa del presente trabajo de investigar el posible impacto en la calidad brindada a partir de la creación de la "Oficina de Atención al Usuario" en los centros públicos de salud.

Para ello definiremos qué entendemos por calidad del servicio y cómo es percibida por quienes lo utilizan. La satisfacción de los usuarios es el aspecto central de la actividad asistencial y el objetivo al que deberían aspirar todas las organizaciones sanitarias.

Se eligieron 3 Instituciones de Salud de ASSE en Montevideo para verificar la hipótesis de investigación: "La creación de la Oficina de Atención al Usuario en los 3 hospitales de estudio afecta positivamente la percepción de la calidad en el servicio de atención a los usuarios desde la perspectiva de estos"

## INDICE

ABSTRACT .....	1
CAPITULO I .....	6
Problema de Investigación .....	6
CAPÍTULO II .....	8
Alcance de la Investigación .....	8
CAPITULO III .....	12
3.1 Hipótesis del trabajo .....	12
3.2. Medición de la calidad de la Oficina de Atención al Usuario .....	12
3.2.1. Introducción del Método Servqual .....	12
3.2.2 Definiciones de calidad .....	13
3.2.3. ¿Por qué medir la percepción de la calidad de la Oficina de Atención al Usuario desde la perspectiva de este? .....	19
3.3. Qué objetivos tiene la oficina y cómo los lleva a cabo .....	21
CAPITULO IV .....	23
MARCO TEÓRICO.....	23
4.1. Características de un servicio.....	23
4.1.1. Particularidades del bien de salud .....	23
4.2. Calidad en el servicio.....	24
4.2.1. Calidad total en la gestión de servicios .....	26
4.2.1.1. Factores que contribuyen a una excelente calidad de servicio. ....	27
Características de los líderes de servicios: .....	29
4.2.1.2 Quién determina la calidad .....	34
4.2.1.3. Cómo planificamos la Calidad Total .....	35

---

4.3. Calidad del servicio desde la óptica del consumidor .....	39
4.4. Cultura y Cambio Organizacional .....	41
4.5. Método Servqual.....	44
CAPITULO V .....	57
SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY .....	57
5.1. Consideraciones Generales .....	57
Conformación del Seguro Nacional de Salud (SNS) .....	58
5.2. Oficina de Atención al Usuario.....	60
CAPITULO VI .....	69
TRABAJO DE CAMPO .....	69
6.1. Objetivo.....	69
6.2. Metodología Aplicada .....	69
6.3. Población de estudio.....	75
6.4. Hallazgos .....	76
ANALISIS HOSPITAL 1 .....	78
ANALISIS HOSPITAL 2 .....	87
ANALISIS HOSPITAL 3 .....	97
Análisis de la entrevista desde la perspectiva del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada.....	108
Análisis de la entrevista a la Asociación de Usuarios del Sistema de Salud, ADUSS...	111
Análisis de la entrevista a uno de los encargados de la Oficina Central de Atención al Usuario de ASSE .....	113
CAPITULO VII .....	121
CONCLUSIONES .....	121
CAPITULO VIII ANEXOS .....	128

---

8.1. SÍNTESIS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS .....	128
Entrevista Hospital Maciel: Estella.....	128
Entrevista Hospital Pereira Rosell (Pediátrico): Teresita .....	133
Entrevista Hospital de La Mujer “Paulina Luisi”: Directora Dra. Ima .....	141
Entrevista ADUSS: Bimba .....	157
Entrevista Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada: Sr. Ruben	159
8.2. PRINCIPALES LEYES VINCULADAS AL SNIS.....	171
Ley Nº 18.131.....	171
CREACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE SALUD.....	171
LEY 18.161 .....	177
ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO SE CREA COMO SERVICIO DESCENTRALIZADO .....	177
Ley Nº 18.335.....	187
PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD SE ESTABLECEN SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES .....	187
8.3. PRINCIPALES DECRETOS VINCULADOS AL SNIS.....	198
Decreto 297/02 CARTILLA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD 02/08/02.....	198
Decreto Nº 395/002 Procedimiento para la tramitación de peticiones, reclamos o consultas de los usuarios de los servicios de salud 16/10/02.....	205
Decreto 15/2006 - 16/01/2006.....	216
8.4. FORMULARIOS Y FOLLETOS UTILIZADOS POR LA OFICINA DE ATENCION AL USUARIO DE LOS HOPITALES DE ESTUDIO.....	223
8.5. FORMULARIOS UTILIZADOS POR LA ASOCIACION DE USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD (ADUSS) .....	228
8.6. FORMULARIO UTILIZADO PARA LA REALIZACION DE ENCUESTAS A LOS USUARIOS DE LOS HOSPITALES DE ESTUDIO .....	230

---

8.7. FORMULARIO PROPUESTO PARA REALIZAR ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN .....	235
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	236
OTRAS FUENTES DE CONSULTA .....	237
Sitios Web: .....	237
Documentos y Trabajos Monográficos .....	240
Siglas.....	241

## CAPITULO I

### Problema de Investigación

En un contexto de continuos cambios, y más aún de cambios sociales, la Reforma en el Sistema de Salud introducida con la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007 es un reflejo de esa realidad cambiante, fundada en cambios en el modelo de atención. Esta Ley implementa un modelo de Atención Integral basado en objetivos sanitarios que prioricen al usuario y la calidad de la atención, en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Este nuevo modelo de atención radica en incentivar la participación social, condición medular del mismo, permitiendo detectar las necesidades de las personas asistidas.

Evaluar la calidad desde la perspectiva del usuario o cliente es cada vez más utilizado en todo el mundo en empresas que apuntan a la calidad y mejora continua, pero para nuestro sistema de salud pública es un cambio bastante radical.

Podemos definir este nuevo enfoque, como un cambio de paradigma. Partiendo de creencias incorporadas y arraigadas en las culturas organizacionales durante años, donde el usuario no tenía derechos, se cambie a un modelo de atención de la salud que enfoque la gestión en el mismo.

Pasa de estar centrado en la Administración, donde muchos de los servicios son los únicos disponibles y el público no tiene otra opción que aceptar lo que se le ofrece, a otra modalidad de gestión centrada en el "usuario".

Este cambio de paradigma es la razón que nos llevó a considerar como un tema de interés social de salud, estudiar la percepción de los usuarios con respecto a la calidad del servicio brindado, y cómo afecta dicha percepción, la política

establecida en el Decreto Nº 395/2002, obligatoriedad de creación de la Oficina de Atención al Usuario en los servicios de salud.

El presente estudio refiere a la percepción y nivel de satisfacción que tienen los usuarios sobre la calidad de la acción de la Oficina de Atención al Usuario en los Hospitales que abarcan nuestra investigación. Los Hospitales seleccionados corresponden a la ciudad de Montevideo: el Hospital Maciel como centro de atención a Adultos, el Hospital Pediátrico Pereira Rossell y el Hospital de la Mujer *Doctora Paulina Luisi* del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

En cada uno de estos hospitales se realizaron encuestas a veinte usuarios y entrevistas a Directores y otros mandos medios correspondientes a las Oficinas de Atención al Usuario, representantes de cada hospital.

En este marco, se analiza:

- si la Oficina de Atención al Usuario brinda la oportunidad a éste de hacer planteamientos, reclamos, consultas, quejas, denuncias;
- si a raíz de la creación de esta oficina, los usuarios perciben un cambio en la calidad en la atención que reciben;
- si los prestadores de salud conocen acerca del nivel de satisfacción del usuario;
- si las instituciones utilizan la información de esta oficina para mejorar la atención y calidad de los servicios brindados y si existe o no retroalimentación de la información.

## CAPÍTULO II

### Alcance de la Investigación

El objetivo del presente trabajo es probar si la Oficina de Atención al Usuario es vista por los usuarios como un factor diferenciador.

Es decir, que frente al mencionado cambio de paradigma, la Oficina sería “la cara visible” del mismo en las Organizaciones Públicas de la Salud. Pero no es fácil cambiar las actitudes y expectativas de personas que nunca han esperado nada bueno de los servicios públicos, convencerlas de que sus opiniones son importantes, enseñarles que tienen derecho a reclamar y a recibir un buen servicio.

Asimismo, este cambio de paradigma se debe dar también a nivel del personal de las instituciones, según el grado de compromiso de funcionarios y directivos con los lineamientos propuestos por la reforma de la salud.

El Profesor Ángel M. Ginés Director de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, hace referencia en una ponencia presentada en Colonia del Sacramento el 6 de octubre de 2007, a lo que Miguel Fernández Galeano ha enunciado de la reforma de la salud, “solo podrá cumplirse si contamos con recursos humanos de calidad, motivados y comprometidos”; esta cuestión constituye un problema crucial de la reforma.<sup>1</sup> Esta enunciación nos reafirma el compromiso que debe haber de parte de los Directivos e integrantes de las Instituciones de Salud, como los son el personal médico y no médico, para poder cambiar y mejorar la atención en la salud.

---

<sup>1</sup> <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/eg-snis-0710.htm> 03/08/2010

Basados en los planteamientos antes señalados, para el presente estudio se formulan las siguientes preguntas:

### Pregunta general

La política establecida por el Decreto N° 395/02, Art. N° 3, el cuál establece que todo servicio de salud deberá de disponer de un Departamento de Atención al Usuario, ¿Afectó desde la perspectiva del usuario la percepción de la calidad de servicio de atención que recibe?

### Preguntas específicas

Estas preguntas corresponden a los objetivos específicos planteados en el estudio de percepción y expectativas de los usuarios sobre la calidad de la Oficina de Atención al Usuario en los tres Hospitales de estudio analizados.

1. ¿Cuál es la percepción y expectativas de los usuarios con respecto a los elementos tangibles o bienes materiales de los servicios de la salud?
2. ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los usuarios con respecto de la capacitación, atención y habilidades del personal para inspirar seguridad y confianza?
3. ¿Cómo perciben los usuarios la capacidad de respuesta, disposición y voluntad del personal en la atención que reciben y cuáles son sus expectativas?
4. ¿La Oficina de Atención al Usuario es una necesidad o mera formalidad de las organizaciones de salud pública?

5. ¿Cuentan con una estructura organizacional adecuada para el buen funcionamiento de la Oficina de Atención al Usuario?

6. La existencia de dicha oficina ¿es un factor diferenciador en la calidad percibida por parte de los usuarios?

Es necesario conocer si los usuarios tienen conocimiento de cómo acceder a este servicio, saber si conocen los procedimientos que deben llevarse a cabo, cómo efectuar las consultas, a quién dirigirse y en definitiva, si conocen qué implica la existencia de dicha Oficina.

En la presente investigación se define Calidad como la brecha existente entre las expectativas de los usuarios y la percepción que tienen respecto al servicio efectivamente recibido.<sup>2</sup>

De acuerdo a la acepción adoptada en nuestra investigación, se definen conceptos de interés contenidos en la misma.

Expectativa: La expectativa suele estar asociada a la posibilidad razonable de que algo suceda. Para que haya expectativas tiene que haber, por lo general, algo que la sustente.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Calidad Total en la gestión de servicios. Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A.1993

<sup>3</sup> <http://definicion.de/expectativa/03/08/2010>

Percepción: Éste término es definido por diferentes disciplinas, pero en el presente trabajo se usará la utilizada en el campo de la psicología que ha definido a la percepción como: El proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.<sup>4</sup>

Satisfacción del usuario: Al hablar de satisfacción entramos en el ámbito de la subjetividad del paciente, ya que durante la atención no sólo se realizan técnicas y procedimientos, sino que además se establecen relaciones interpersonales, sobre todo aquello de características semejantes.<sup>5</sup>

Al mejorar el servicio mejora la percepción que tiene el paciente de éste, y adapta sus nuevas expectativas a este logro y cada vez es más exigente con el proveedor, empujándole hacia la mejora continua.

Además de las experiencias previas que ha tenido el paciente en otros contactos con el servicio, las expectativas del cliente vienen determinadas por sus necesidades y características individuales (estado de salud, contexto social y personal, y factores de tipo emocional), la comunicación y la transmisión oral de otros clientes, y la imagen externa de la organización.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf> página 48 03/08/2010

<sup>5</sup> <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/214/21433312.pdf> pág. 4 16/07/2010

<sup>6</sup> Martín A. Zurro– Cano J.F. Pérez. Concepto, Organización y Práctica Clínica. Atención Primaria. Vol.1. Barcelona Elsevier. Sexta Edición 2008

## **CAPITULO III**

### **3.1 Hipótesis del trabajo**

El presente trabajo de investigación se propone contrastar la siguiente hipótesis.

**“La creación de la Oficina de Atención al Usuario en los 3 hospitales de estudio afecta positivamente la percepción de la calidad en el servicio de atención a los usuarios desde la perspectiva de estos”**

Estudiaremos si la creación de esta Oficina afecta positivamente a los usuarios en su percepción de la calidad del servicio.

Es necesario conocer e identificar cuáles son los objetivos, funciones, prioridades y formas de accionar para llevar a cabo las tareas propias de la Oficina.

Es importante analizar las expectativas y percepciones que los usuarios del sistema tienen respecto a dicha Oficina, y además conocer si la Oficina de Atención al Usuario cumple con los objetivos establecidos en el Artículo 3 del Decreto N°395/02.

### **3.2. Medición de la calidad de la Oficina de Atención al Usuario**

#### **3.2.1. Introducción del Método Servqual**

Existe una metodología para medir la calidad en las empresas de servicios. El modelo de medición de calidad propuesto por los autores Zeithaml, Parasuraman y Berry: es el Método Servqual. El mismo se fundamenta en el

juicio que hace el cliente para valorar tanto las expectativas previas al servicio, como las percepciones del servicio recibido.

Para analizar el concepto de calidad en la gestión de las empresas de servicios hemos acudido al trabajo “Calidad Total en la Gestión de Servicios” de Zeithaml, Parasuraman y Berry.<sup>7</sup>

Según los propios autores es un instrumento resumido de escala múltiple con un alto nivel de confiabilidad y validez, que las organizaciones pueden utilizar para comprender mejor las expectativas y las percepciones que tienen los clientes o usuarios respecto a un servicio. Los autores consideran que el instrumento que diseñaron tiene funcionalidad universal, pudiendo aplicarse sobre amplia gama de servicios (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1990).<sup>8</sup>

### **3.2.2 Definiciones de calidad**

Dentro de este contexto, es necesario definir “Calidad”, para abordar nuestro trabajo. Si bien se han realizado numerosos estudios e investigaciones, por diferentes autores que han aportado múltiples definiciones, citamos algunas que consideramos más afines con nuestra investigación.

---

<sup>7</sup> Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Calidad Total en la gestión de servicios. Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A.1993

<sup>8</sup><http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR1459.pdf> pág. 61 y 62. 03/08/2010

“La calidad asistencial puede definirse como la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los enfermos-clientes, tanto reales como percibidas, con el menor consumo de recursos”.<sup>9</sup>

Como dice Piédrola Gil, la máxima calidad se logra si las personas que proporcionan la asistencia poseen conocimientos adecuados permanentemente actualizados, los aplican correctamente, y consideran al cliente como el protagonista de su labor.<sup>10</sup>

Dividen el concepto de Calidad Asistencial en dos componentes:

- Calidad intrínseca o científico-técnica: Capacidad resolutoria del problema de salud mediante los conocimientos y la tecnología.
- Calidad extrínseca o percibida: Satisfacción del usuario respecto al servicio recibido. Componente humanitario que integra el trato, la información, las condiciones ambientales, las instalaciones y la hostelería. Este último concepto, lo consideran como el más valorado por el paciente –enfermo.

En la calidad científico-técnica, alcanza altos niveles la eficacia técnica entre los profesionales e instituciones, por lo que, la calidad percibida se convierte en el factor diferencial entre los centros desde la óptica del cliente.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup>[http://www.salta.gov.ar/html/sitio/ocs/pdfs/ocs\\_consejos\\_y\\_sugerencias\\_para\\_una\\_atencion\\_eficaz\\_al\\_ciudadano.pdf](http://www.salta.gov.ar/html/sitio/ocs/pdfs/ocs_consejos_y_sugerencias_para_una_atencion_eficaz_al_ciudadano.pdf). 06/07/2010

<sup>10</sup> Gonzalo Piédrola Gil. Medicina Preventiva y salud pública. Barcelona; Masson; Décima Edición. 2001.

<sup>11</sup> Gonzalo Piédrola Gil. Medicina Preventiva y salud pública. Barcelona; Masson; Décima Edición. 2001.

*Parasuraman, Zeithaml y Berry, (1993)* “La calidad puede ser definida como, la amplitud de la discrepancia o diferencia que exista entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones.”<sup>12</sup>

La Norma ISO 9000.2000: define el término calidad como:

"El grado de acercamiento a las necesidades y expectativas de los consumidores, cumpliendo las necesidades y expectativas de los consumidores, se consigue satisfacción en el consumidor, que ésta transmite a su entorno, generando más satisfacción".<sup>13</sup>

Rubén Roberto Rico; “La calidad debe necesariamente estar relacionada con el uso y el valor que satisface el requerimiento de los clientes”.<sup>14</sup>

Calidad de atención médica es para A. Donabedian “la obtención de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente, en función de lo alcanzable, de acuerdo a los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo a los valores sociales imperantes”. Este autor relaciona los aspectos técnicos (conocimientos del profesional) y las relaciones médico / paciente (aspecto humano de la calidad); ambos tienen la misma importancia en el proceso de atención. La calidad entonces está definida por el servicio adecuado que recibe el paciente, existiendo un equilibrio entre el nivel de atención que necesita y el que se le otorga.

---

<sup>12</sup>Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Calidad Total en la gestión de servicios. Como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A.1993.Pág. 21

<sup>13</sup>[http://www.buscarportal.com/articulos/iso\\_9001\\_gestion\\_calidad.html](http://www.buscarportal.com/articulos/iso_9001_gestion_calidad.html). 3/07/2010

<sup>14</sup> Roberto Rico. Calidad Estratégica Total, Buenos Aires. Ediciones Macchi, 1991

La satisfacción del paciente (calidad percibida) es uno de los resultados esperados de la asistencia sanitaria, que aunque no sea la única dimensión a considerar para determinar en nivel de calidad de una prestación, sí constituye un elemento indispensable para diseñar y gestionar los sistemas sanitarios.<sup>15</sup>

La calidad es la totalidad de funciones y características de un producto que le permite satisfacer una determinada necesidad.<sup>16</sup>

Para Armand V. Feigenbaum la calidad es un concepto que determina el cliente, no el ingeniero, ni el mercadeo, ni el gerente general. Está basada en la experiencia actual del cliente con los servicios, comparando con sus requerimientos, establecidos o no establecidos, conscientes o inconscientes, técnicamente operacionales o enteramente subjetivos.<sup>17</sup>

Un servicio es considerado de calidad por los consumidores cuando se logra sobrepasar las expectativas que el cliente tiene respecto del mismo. Cuando se logra no sólo hacer lo que el cliente espera, sino hacer algo más gratificante: es entonces que se percibe como un servicio hecho con calidad; es decir, la calidad es la brecha entre las expectativas de los consumidores y su percepción de lo alcanzado.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> David Vivas Consuelo. Volumen 1- Numero 3 -1994.

<sup>16</sup> <http://www.cisaproteccion.com/articleContent.asp?135> 06/07/2010.

<sup>17</sup> Salvador Castro Huerta. Teoría y práctica de la calidad en la gestión administrativa. México: UNAM, 2007.

<sup>18</sup> Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Calidad Total en la gestión de servicios. Como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A.1993

William E Deming el control de calidad no significa alcanzar la perfección, sino conseguir una eficiente producción con la calidad que se espera obtener en el mercado.<sup>19</sup>

Las organizaciones deben conocer perfectamente las necesidades y expectativas actuales y futuras de sus clientes, y orientarse a satisfacerlas. Esto requiere disponer de un sistema de medida y análisis de la perspectiva del cliente, además de una cultura organizativa que integre ese valor.

El objetivo de conseguir la implicación de las personas está íntimamente relacionado con la conducta de los directivos, que son los impulsores de la mejora continua. Deben entender que la excelencia pasa por la mejora desde las personas. Los integrantes de la organización.

La excelencia de los servicios se alcanza mediante una filosofía de la organización orientada a obtener los mejores resultados posibles que satisfagan los intereses y las necesidades de todos los que intervienen en ella: pacientes y sociedad, profesionales, administración, proveedores y otras organizaciones.

El cliente es el árbitro final de la calidad de un servicio, además de su razón de ser: sin cliente no hay servicio.<sup>20</sup>

Las definiciones de Calidad de los autores citados anteriormente, coinciden en que la calidad está definida principalmente por la satisfacción de las necesidades y lo que los usuarios esperan recibir de los servicios.

---

<sup>19</sup>Salvador Castro Huerta. Teoría y práctica de la calidad en la gestión administrativa. México: UNAM, 2007.

<sup>20</sup> Martín A. Zurro– Cano J.F. Pérez. Concepto, Organización y Práctica Clínica. Atención Primaria. Vol.1. Barcelona Elsevier. Sexta Edición 2008

Como nuestro análisis se basa en el estudio de la calidad a través de la percepción de los usuarios con respecto de la calidad de los servicios que reciben y lo que esperan de estos, nos interesa estudiar la brecha existente entre la percepción de los usuarios y sus expectativas, determinando así el nivel de calidad o satisfacción.

Nos interesa analizar y medir la brecha existente entre las percepciones y expectativas que los usuarios tienen respecto a la calidad de la Oficina de Atención al Usuario; por lo tanto consideramos que la definición más apropiada para nuestra investigación es la de Parasuraman, Zeithaml y Berry, (1993) ya que estos autores definen la calidad del servicio en función de esa brecha existente.

Basándonos en lo expuesto podemos afirmar que cuando un servicio responde o excede a las expectativas del usuario, lo consideramos como de buena calidad y cuando sucede lo contrario, se considera de mala calidad. Los costos de no calidad pueden graficarse en retrasos en la atención, largas esperas, mala coordinación de los servicios, etc.

De este modo la calidad del servicio de atención al usuario implica cortesía, accesibilidad, responsabilidad y efectividad.

Los requisitos de un buen servicio desde el punto de vista de los usuarios están dados por: la modalidad de atención al público, es decir el trato que reciben los usuarios; la rapidez y agilidad del servicio, y la información con la cual se accede a éstos.

### **3.2.3. ¿Por qué medir la percepción de la calidad de la Oficina de Atención al Usuario desde la perspectiva de este?**

El esfuerzo sostenido de los gobiernos nacionales e internacionales en los últimos años, por desarrollar instrumentos y políticas que mantengan al ciudadano en el centro de la atención, y la importancia de fortalecer la relación entre los ciudadanos y el Estado, a través de los Servicios Públicos, es un aspecto importante que hace necesario que dichos servicios sean adecuados a las necesidades de los usuarios.

En nuestro país, esta idea tomó forma con el Decreto 395/02 de fecha 16 de Octubre de 2002, el cual establece en el Capítulo I “Disposiciones Generales” Artículo 3º.- *“Departamento de Atención al Usuario. Todo Servicio de Salud deberá disponer de un Departamento de Atención al Usuario con el fin de informar, orientar, atender, canalizar las resoluciones de las peticiones, reclamaciones o consultas que formulen los usuarios o pacientes, en los términos y plazos que se disponen”*.

Esto implicó cambios en todos los Hospitales e Instituciones Médicas ya que, los que no contaban con una Oficina debían crearla para dar cumplimiento al Decreto.

Esta política impuesta por el Decreto nos motivó a analizar el nivel de satisfacción percibido por los usuarios de dicha Oficina, así como también los objetivos de la instalación de la misma.

La política es una actividad orientada a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos.<sup>21</sup> Es un plan permanente que proporciona guías

---

<sup>21</sup><http://www.compilaciones.com/politica/definicion-politica.html>. 19/07/2010

generales para canalizar el pensamiento administrativo en direcciones específicas.

Implica describir de manera general y concisa el fin que se pretende lograr con el establecimiento de una actividad. Para ello es necesario precisar los conceptos básicos que se invocan en ella, que trae como consiguiente describir en orden numérico y de acuerdo a su importancia, los lineamientos específicos necesarios para su aplicación.

Para poder determinar si efectivamente la política implementada por parte del estado influye o no en la calidad de la Oficina de Atención al Usuario, es relevante poder conocer y comprender determinados aspectos.

Es necesario entonces, conocer los objetivos y expectativas que tiene la Oficina, el espacio que ocupa, las instalaciones con las que cuenta y el ambiente que la rodea, para determinar si es el adecuado para los usuarios.

Es fundamental conocer:

- ¿Cómo se informa al usuario de la existencia de la oficina y sus funciones?
- ¿Existen formularios para dejar registrada, las quejas, denuncias, sugerencias o mejoras que los usuarios puedan manifestar?
- ¿Cómo se gestiona la información?
- ¿Se llevan estadísticas del número de denuncias, reclamos y quejas?
- ¿Existen indicadores y métodos para medir la satisfacción de los usuarios? En caso afirmativo, ¿cuáles?
- ¿Qué requisitos deben cumplir los funcionarios de esta oficina para formar parte de ella?
- ¿El personal fue capacitado para la atención de los usuarios?

- ¿Existen limitaciones para su funcionamiento? ¿Como tratan de resolverlas?
- ¿Consideran los hospitales de estudio a la Oficina de Atención al Usuario un cambio favorable para la organización?

Todos estos aspectos determinarán el nivel y grado de importancia que le otorga cada hospital de estudio a la Oficina de Atención al Usuario.

### **3.3. Qué objetivos tiene la oficina y cómo los lleva a cabo**

Para los fines de nuestro estudio, buscamos identificar los objetivos de las oficinas a través de la opinión de los funcionarios encargados de la misma y Directores del Hospital.

Como la normativa señala expresamente que toda petición, reclamación o consulta deberá ser presentada ante la Oficina de Atención al Usuario correspondiente en forma escrita, la institución receptora deberá dejar registro de la recepción de la petición, entregando al interesado la respectiva constancia. Por lo tanto es necesario estudiar de qué manera se recopila la información conociendo los procedimientos que se siguen, analizando si la misma se efectúa mediante formularios u otros medios.

En todo proceso de búsqueda de satisfacción al usuario o cliente, la entrega de información al mismo es clave en la calidad de los servicios.

Procuraremos conocer si los usuarios están informados, de qué forma se accede a este servicio, si conocen los procedimientos, cómo efectuar las consultas, a quién dirigirse y en definitiva si saben cuáles son sus derechos y obligaciones cuando reciben el servicio.

En resumen, investigaremos si la Oficina creada brinda al usuario una atención diferencial, percibiendo éstos una mejora en la calidad brindada.

## CAPITULO IV

### MARCO TEÓRICO

#### 4.1. Características de un servicio.

A diferencia de los productos, los servicios presentan características que dificultan el proceso de verificación o inspección de calidad antes de que los mismos lleguen al cliente. Entre estas características podemos mencionar la simultaneidad, inseparabilidad, heterogeneidad, e intangibilidad. La simultaneidad ya que los servicios se consumen en el mismo momento en que se producen; la inseparabilidad, dado que estos no pueden separarse de su fuente de producción. La heterogeneidad, significa que cada servicio depende de quién lo presta, cuándo y dónde, debido al factor humano. Por último la intangibilidad es una característica que refiere a que los servicios no se pueden ver. “hacen inferencia acerca de la calidad, con base en el lugar, el personal, el equipo, el material de comunicación, los símbolos y el servicio que ven”.<sup>22</sup> La calidad de servicio se produce durante su entrega o prestación.

Asimismo, es necesario identificar algunas particularidades del bien de salud con respecto a otros.

##### 4.1.1. Particularidades del bien de salud<sup>23</sup>

Una forma de visualizar algunas características del bien de salud con respecto a otros es a través de la definición de salud.

---

<sup>22</sup> <http://www.promonegocios.net/mercadotecnia-servicios/caracteristicas-servicios.html>  
22/08/2010

<sup>23</sup> <http://www.ama-med.org.ar/com-economia/PRODUCSAN.pdf> 19/07/2010

La definición más utilizada es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS): salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La salud es **un componente intrínseco del bienestar**. Si bien existen más definiciones, todas coinciden en un necesario estado de equilibrio entre el hombre y el medio. Cuando un individuo detecta un desequilibrio aparece su necesidad subjetiva de volver a alcanzarlo, pero aquí será necesario recurrir a los profesionales de la salud quienes podrán determinar o no la necesidad de atención sanitaria.

Otra característica a tener en cuenta al referirnos a un bien de salud es que se trata de **un servicio**, si bien podemos encontrar varias definiciones de dicho término, se destacan aquellas que lo describen como algo etéreo, intangible, y difícil de delimitar. Richard Norman; “No puede existir sin la participación del cliente”.

Otra particularidad es que **las percepciones son subjetivas**, las mismas desempeñan un papel básico en cuanto a la relación médico - paciente.

Por lo tanto la medición del mismo es un complejo estudio a tener en cuenta.

#### **4.2. Calidad en el servicio**

En la actualidad el concepto calidad es utilizado cada vez con mayor frecuencia, poniendo énfasis en el cliente, y la definición de los servicios o productos en función de lo que esperan estos.

La organización entonces debe lograr un equilibrio entre las expectativas de los usuarios y sus percepciones, con el fin de alcanzar una calidad óptima basada en el logro de la satisfacción de los clientes a través del establecimiento adecuado

de todos sus requisitos y el cumplimiento de los mismos con procesos eficientes, que permitan así a la organización ser competitiva y beneficiar al cliente. No es la organización que define qué y cómo será el servicio, sino que es el cliente que define qué necesita y cómo lo necesita, y es desde esa perspectiva que tenemos que analizar si se puede cubrir esas necesidades.<sup>24</sup>

Como dicen Martín Zurro y Cano Pérez, “el objetivo de las organizaciones sanitarias es la satisfacción de las necesidades de salud de sus clientes, mediante un proceso técnicamente adecuado y una relación satisfactoria”.

Conocer las expectativas de los clientes, diseñar y prestar los servicios de acuerdo con ellas y tenerles correctamente informados, son claves para dar un servicio de calidad. La incorporación del concepto cliente pasa por entender que, además de un producto (intervención sobre problemas de salud), damos un servicio a unas personas (la manera cómo hacemos la intervención).

Explican que la calidad del producto tiene que ver con la calidad técnica, y la percepción del cliente, con la calidad del servicio. En cambio, la calidad técnica es difícil de evaluar, a menos que sea muy deficitaria. Sin embargo, la percepción del servicio es más fácil.<sup>25</sup>

La Oficina de Atención al Usuario resulta una oficina clave para brindar calidad al servicio del usuario; implica un logro constante de la satisfacción de los clientes a través de la mejora continua de todos los procesos en la organización.

---

<sup>24</sup> Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Calidad Total en la gestión de servicios. Como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A.1993

<sup>25</sup> Martín A. Zurro– Cano J.F. Pérez. Concepto, Organización y Práctica Clínica. Atención Primaria. Vol.1. Barcelona Elsevier. Sexta Edición 2008

#### 4.2.1. Calidad total en la gestión de servicios<sup>26</sup>

Lo anteriormente expresado nos introduce en el concepto de calidad total, Total Quality Management (TQM). El concepto de calidad total se enfoca en lograr la eficiencia y efectividad de las organizaciones. Implica el conjunto de principios, métodos organizados dirigidos a movilizar a todas las áreas de la organización, con el fin de obtener la mayor satisfacción del cliente al menor costo posible.

Las estrategias básicas, desarrolladas por el modelo TQM “Gestión de la Calidad Total” son innovadoras, ya que siempre la prioridad máxima ha sido obtener beneficios. Con la nueva estrategia, este lugar lo ocupa el cliente: “la satisfacción del cliente se convierte en el valor fundamental que debe orientar toda la actividad empresarial”.

En este marco, la calidad del producto o servicio ocupa el primer lugar para la satisfacción del cliente, hasta crearse la identidad: “*calidad*” es igual a “*satisfacción del cliente*”.<sup>27</sup>

Según el autor Rubén Roberto Rico, “la calidad total elimina las actividades y procedimientos vacíos o innecesarios que contengan costos de la no calidad”.<sup>28</sup>

La calidad total es un requerimiento mínimo de la existencia empresarial. Una organización debe encaminar sus objetivos hacia la búsqueda y consecución de ella.

---

<sup>26</sup> <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/admpro3og.htm> 14/06/2010

<sup>27</sup> José Presencia Santandreu. Calidad Total y Logística Integral. Capítulo 11. Barcelona, TsEdi, Teleservicios Editoriales, S.L., Logis-Book Copyright 2000.

<sup>28</sup> Roberto Rico. Calidad Estratégica Total, Buenos Aires. Ediciones Macchi, 1991. Pág. 14

Una de las condiciones indispensable para asegurar la implementación de una estrategia de Calidad Total consiste en definir y entender con claridad lo que significa este concepto. Los directivos que se propongan implementar la Calidad Total como estrategia para competir, deben saber lo que quieren decir cuando hablan de calidad o de mejorar la calidad del producto o servicio.

Calidad Total implica que la organización y sus integrantes se encuentran cumpliendo con todas las normas y requisitos establecidos en búsqueda del “Cero Defecto”, para brindarle satisfacción al cliente.

La organización debe determinar las actividades y los integrantes de la misma tienen que desempeñarlas haciendo lo que tienen que hacer, correctamente, para brindarle una satisfacción total al cliente.

La Calidad Total no se limita a una técnica administrativa o de gestión; por el contrario su concepción es mucho más profunda, ya que empieza y termina con las personas, es decir es una filosofía que se demuestra en el ser, pensar y actuar de las personas que tienen el objetivo de la Calidad. Personas de Calidad obtienen productos de calidad y brindan servicios de calidad. Esto conlleva a que los integrantes de la Oficina de Atención al Usuario deben actuar y desempeñar sus actividades de forma correcta, fiable, brindando seguridad, soluciones, y de esta forma proporcionar un excelente servicio al usuario, contribuyendo así a la percepción que el cliente tendrá sobre la calidad de la atención de dicha oficina.

#### **4.2.1.1. Factores que contribuyen a una excelente calidad de servicio.**

a) Contar con un liderazgo de servicios en todos los niveles de la organización.

Según la posición relevada de Parasuraman, Zeithmal y Berry, ellos corroboran que existe una relación directa entre el fuerte compromiso en los niveles directivos de la organización con la calidad de servicio. Un servicio excelente

implica contar con un liderazgo de servicios en todos los niveles de la organización, jugando la dirección un papel clave a la hora de transmitir y potenciar el compromiso entre todos los miembros de la institución.

Todo el personal que trabaja en servicios debe tener una cultura de continuos logros y dar así lo mejor de cada uno.

Una excelente calidad de servicio se acompaña con un fuerte liderazgo de servicios.<sup>29</sup>

El autor **PHILIP B. CROSBY** también otorga importancia al liderazgo para la calidad total

"La Calidad Total requiere ante todo de las personas y del equipo de trabajo, que debe cumplir con el objetivo de generar los servicios satisfactorios para el cliente. Como dice Stephen Covey: "El líder es el cemento que mantiene unida a la Calidad Total, o la infraestructura sobre la cual construimos la Calidad Total, o incluso el catalizador que permite que todo el resto de la Calidad Total funcione..." . W. Deming, nos dice que el 85% de los problemas de calidad se deben a deficiencias en los niveles gerenciales. El liderazgo es uno de los elementos primarios del proceso de calidad. Sin un buen liderazgo no es posible el cambio de cultura"<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Calidad Total en la gestión de servicios. Como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A.1993.

<sup>30</sup><http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/admpro3og.htm>. 19/07/2010

Características de los líderes de servicios:

Tienen una visión del servicio, considerando la calidad del servicio como la clave del éxito. Consideran que la calidad del servicio es una tarea continua, la cual exige trabajar en el día a día buscando siempre una mejor calidad.

Se considera que agregar pequeñas diferencias en beneficio del usuario marca la diferencia en la calidad que brindan, buscando de esta forma potenciar la fiabilidad del servicio.

Un buen líder de servicios procura mantener a su personal motivado, con el fin de lograr un buen clima laboral y en equipo dentro de la organización.<sup>31</sup>

Otro aspecto a tener en cuenta es la integridad personal, siempre monitorear que se haga lo correcto aún cuando esto no sea conveniente o implique un alto costo. La consecuencia de dicha acción es ganar credibilidad y confianza plena de todos los integrantes de la organización.

El concepto de calidad total aplicado a la atención de la salud se construye desde cada puesto de trabajo, por lo tanto cada trabajador representa a la organización y es un componente del sistema. De esta forma, si cada integrante, sea profesional, técnico, auxiliar, desempeña sus tareas de la mejor manera posible, se conseguirá que el servicio final de la respectiva modalidad de atención, de cada departamento que compone la organización de la salud, satisfaga los requisitos de calidad definidos en su especificidad técnica o procedimiento de trabajo.

En este sentido todo trabajador debe tener un alto compromiso de trabajo.

---

<sup>31</sup> Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Calidad Total en la gestión de servicios. Como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A.1993.

---

Cada trabajador debe lograr “comprometerse” con su tarea, ya que la calidad depende fundamentalmente del grado de compromiso de cada uno.<sup>32</sup>

Mejorar el servicio desde la óptica del cliente es lo que produce beneficios, existe una relación positiva entre la calidad percibida y la rentabilidad; esta relación empírica está documentada en el estudio sobre el Impacto en los beneficios de las estrategias de marketing.

La calidad de los servicios es lo que produce a largo plazo ventajas competitivas, produce beneficios porque crea verdaderos clientes; estos se sienten contentos al seleccionar aquella organización de salud después de experimentar sus servicios, y hablarán de la organización en términos positivos con otras personas. A su vez la mejora de la calidad conduce a una alta eficacia operacional. La calidad es lo que indica lo que una organización podrá alcanzar.

b) Otro factor que contribuye a la excelencia de la calidad del servicio es conocer qué esperan los usuarios del mismo.

Esto implica suministrar servicios que los usuarios perciban como excelentes, para ello es necesario que las organizaciones, en este caso la oficina de atención al cliente conozca lo que los usuarios esperan.

La falta de conocimiento puede significar que se invierta dinero, tiempo, y otros recursos en temas que no son relevantes para los usuarios.

---

<sup>32</sup>Hugo Villar, Ciro Ferreira. Descentralización en salud, sistemas departamentales de atención, Montevideo, Edición Tradinco. 2005.

Por eso se considera imprescindible que la organización no descuide ni subestime las necesidades de comprender completamente las expectativas de los usuarios.

c) Establecer normas de calidad correctas.

Una vez que los directivos conocen y comprenden lo que esperan los clientes del servicio, deben utilizar esos conocimientos para establecer en la organización y departamentos las normas y estándares de calidad de los servicios.

Para esto es necesario un compromiso total por parte de la dirección con la calidad del servicio. Esto permite darle a los usuarios un servicio que ellos perciben como de alta calidad, implica comprometerse con la calidad del servicio desde el punto de vista de los clientes / usuarios.

Es necesario establecer sistemas que promuevan iniciativas internas para mejorar la calidad del servicio; ese compromiso debe ser transmitido a todos los integrantes de la organización y por supuesto más aun a la Oficina de Atención al Usuario.

Todo ello implica establecer objetivos para la calidad del servicio.

Las características de los objetivos de calidad del servicio eficaces son las siguientes: deben estar basados en las demandas de los clientes, son específicos, y deben ser aceptados por los empleados de cada departamento de la organización.

La primera implica conocer lo que el usuario determina como importante, y por lo tanto la organización puede así establecer objetivos acorde con las necesidades de los clientes.

El hecho de que sean específicos, permite que los empleados encargados de su ejecución conozcan qué es realmente lo que se les exige en el momento de la prestación del servicio; para ello los objetivos deben ser claros y concretos.

La tercera característica determina que si los empleados aceptan y entienden los objetivos, entonces cumplirán las normas de manera coherente, sin resistencia.

El poder medir y revisar dichos objetivos, implicará contar con un adecuado sistema de información comparada, para ello las metas deben ser medidas y revisadas regularmente, con el fin de corregir los errores.

d) Contar con personal capacitado y fuerte disposición para que la prestación de servicios alcance los niveles de calidad deseados.

Este punto es sumamente importante, ya que las organizaciones prestadoras de servicios, y en este caso la Oficina de Atención al Usuario, ofrecen servicios que son altamente interactivos y requieren una alta participación de labor humana.

La calidad del servicio sufre cuando los empleados no tienen disposición o la capacidad para realizar un servicio con el nivel de calidad requerido.

Esto determina a su vez que los empleados deben de conocer cuáles son sus funciones, poseer toda la información necesaria para ser suministrada a los usuarios y deben contar con formación suficiente para realizar adecuadamente las funciones propias del puesto.

Existen 4 herramientas claves para suministrar descripciones claras de las funciones que deben de realizar los empleados: comunicación, retroalimentación, confianza, y capacidad.

La primera determina que debe existir comunicación específica y frecuente por parte de los supervisores y directivos para que los empleados conozcan qué se espera de ellos, y conocer lo que la dirección pretende que el personal haga.

Los empleados necesitan información precisa sobre las funciones que deben realizar dentro del departamento en el cual trabajan.

En segundo término los empleados deben de saber si sus actuaciones se corresponden con las normas establecidas por parte de la dirección, en este punto la retroalimentación es un factor importante a considerar, puede suministrar la información que los funcionarios necesitan para tener una clara comprensión de sus actuaciones y funciones.

Por último, los empleados necesitan sentirse confiados y capacitados en sus puestos de trabajo; esta confianza y capacitación proporciona al empleado una actitud positiva en su puesto, al tener conocimiento sobre lo que los clientes necesitan para poder satisfacer sus necesidades. Formación relacionada con los servicios que se proporcionan, así como la formación técnica en comunicación, sobre todo cómo escuchar a los clientes y cómo entender lo que esperan del servicio.<sup>33</sup>

De esta manera podemos comprender que la Calidad total lleva la idea implícita del Mejoramiento Continuo; aparece como una manera de tener éxito en el proceso hacia la excelencia (lograr la Calidad Total).

La calidad implica satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente, la concepción de clientes internos y clientes externos de la organización, así como la responsabilidad de la dirección en la calidad.

Notamos que la calidad no solo debe buscarse en el servicio final, sino en todas

---

<sup>33</sup> Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Calidad Total en la gestión de servicios. Como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A.1993

las funciones de la organización, por lo tanto la participación del personal en el mejoramiento de la calidad es fundamental. Para ello es necesaria la aplicación de principios y herramientas para el mejoramiento continuo de los servicios.

Se introducen importantes conceptos tales como: el cliente interno y externo de la organización.

El **cliente interno** es el propio personal de la organización, así como también los proveedores de la misma.

La interrelación de las personas dentro de la organización y dependencia, es lo que incentiva la cooperación y la participación de todos.

El **cliente externo** es el propio usuario del servicio, el paciente.

En la expresión Calidad Total, el servicio debe estar al nivel de satisfacción del cliente; y esto se logra mediante la participación de todos los miembros de la organización. La Calidad Total significa un cambio de paradigmas en la manera de concebir y gestionar una organización. Por lo tanto uno de estos paradigmas fundamentales y que constituye su razón de ser, es el perfeccionamiento constante o mejoramiento continuo. La Calidad Total comienza comprendiendo las necesidades y expectativas del cliente para luego satisfacerlas y superarlas.<sup>34</sup>

#### **4.2.1.2 Quién determina la calidad**

La calidad la determina el consumidor, el usuario del servicio; es él quien califica la calidad del servicio; de allí que la calidad es un valor relativo, en función del

---

<sup>34</sup> Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Calidad Total en la gestión de servicios. Como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A.1993

usuario. Es necesario pues identificar con precisión las variantes en las necesidades y expectativas de los usuarios y su grado de satisfacción con relación al servicio obtenido.

Las expectativas de los usuarios de la oficina están dadas en términos de calidad en sus diferentes aspectos (calidad del servicio en sí, calidad de la atención, costos razonables, etc.).

El proceso de brindar un buen servicio está en toda la organización.

La calidad de un excelente servicio es resultado de la calidad en todos los procesos del hospital. Exige un constante programa de capacitación y entrenamiento, por ello es indispensable que los empleados de la Oficina de Atención al Usuario cuenten con capacitación necesaria así como un trato excelente hacia los usuarios.

La participación colectiva en cómo reducir errores, solo será posible con la participación de cada uno de los miembros de la organización. La calidad debe partir desde la responsabilidad gerencial, los mandos directivos deben ser líderes, capaces de involucrar y comprometer al personal. Ello requiere una nueva cultura, “todos piensan y todos hacen”.

#### **4.2.1.3. Cómo planificamos la Calidad Total<sup>35</sup>**

Como punto de partida se debe de determinar quiénes son los usuarios, sus necesidades y desarrollar un servicio que responda a las necesidades del usuario.

El plan estratégico de servicio será una parte del plan estratégico general de la empresa, en el que estará integrado. La definición de la estrategia de calidad de

---

<sup>35</sup><http://www.scribd.com/doc/3489624/PLANIFICACION-DE-LA-CALIDAD> 12/08/2010

---

servicio contará con todos los elementos metodológicos propios de cualquier proceso de planificación estratégica.

Niveles de planificación:

1) Planificación estratégica de la calidad: determinar las actividades que establecen la política y objetivos de la calidad. Esta tarea debe ser encaminada y llevada a cabo por parte de los directivos de los hospitales, ya que son los responsables de determinar la política y objetivos del hospital, para luego definir políticas y objetivos de la Oficina de Atención al Usuario.

2) Planificación del servicio: actividades que establecen las especificaciones y requisitos del servicio. Los empelados de la Oficina de Atención al Usuario deben tener claro qué servicio brindar, y conocer cuáles son las necesidades y expectativas de los pacientes, para que la percepción de la calidad por parte de los mismos sea la mejor posible, minimizando la brecha que puede existir entre percepción y expectativas de los usuarios de la oficina.

3) Planificación administrativa y operacional: actividades que establecen los requisitos para aplicar los elementos del sistema de calidad. Este aspecto lleva a contar con elementos de control. El control es la función administrativa que consiste en medir y corregir el desempeño individual y organizacional para asegurar que los hechos se ajusten a los planes y objetivos de las empresas. Implica medir el desempeño contra las metas y los planes, muestra dónde

existen desviaciones con los estándares y ayuda a corregirlas. El control facilita el logro de los planes, aunque la planificación debe preceder al control.<sup>36</sup>

El control implica verificar que la Oficina de Atención al Usuario desempeñe actividades y tareas acordes a cómo fue planeado y organizado, identificando los errores o desvíos que puedan surgir con el fin de corregirlos y evitar su repetición.

Para ello es necesario, regular el desempeño de la oficina, contar con procedimientos escritos y estandarizados verificando que los mismos sean cumplidos.

El personal debe estar capacitado y entrenado para desempeñar las tareas y poder servir de manera eficaz los requerimientos de los usuarios.

El propósito y la naturaleza del control es garantizar que los planes tengan éxito, contar con una base para adoptar acciones a fin de corregir desviaciones encontradas en relación a lo planificado.<sup>37</sup>

#### Fases de un sistema de control<sup>38</sup>

El control es un proceso cíclico, compuesto de cuatro fases:

- a) Establecimiento de estándares y criterios.
- b) Observación del desempeño.
- c) Comparación del desempeño con el estándar establecido.

---

<sup>36</sup>[http://books.google.com.uy/books?id=hJVcH5nSp0C&printsec=frontcover&dq=Como+planificamos+la+Calidad+Total&source=gbs\\_similarbooks\\_s&cad=1#v=onepage&q&f=true](http://books.google.com.uy/books?id=hJVcH5nSp0C&printsec=frontcover&dq=Como+planificamos+la+Calidad+Total&source=gbs_similarbooks_s&cad=1#v=onepage&q&f=true)23/07/2010

<sup>37</sup> [www.plancorrientes.gov.ar/Descargahandler.ashx?...Control](http://www.plancorrientes.gov.ar/Descargahandler.ashx?...Control) 23/07/2010

<sup>38</sup> <http://www.scribd.com/doc/6955011/control-administrativo> 15/07/2010

d) Acción para corregir el desvío entre el desempeño real y el desempeño esperado.

a) Establecimiento de estándares y criterios: Los estándares representan el desempeño deseado; los criterios representan las normas que guían las decisiones. Proporcionan medios para establecer lo que debe hacerse y qué desempeño o resultado debe aceptarse como normal o deseable.

La función más importante del control es determinar cuáles deberían ser los resultados o, por lo menos, qué esperar de determinada acción. Los estándares o normas proporcionan un método para establecer qué debe hacerse. Los estándares pueden expresarse en tiempo, dinero, calidad, unidades físicas, costos o índices.

La Oficina de Atención al Usuario debe contar con estándares y normas previamente definidos para que los empleados del mismo sepan con exactitud qué es lo que se espera de ellos.

b) Observación del desempeño: " La observación o verificación del desempeño o del resultado busca obtener información precisa de lo que se controla. La eficacia de un sistema de control depende de la información inmediata sobre los resultados anteriores, transmitida a quienes tienen poder para introducir cambios".

Observar las actividades que se desarrollan en el departamento con el fin de detectar si las mismas se desempeñan acorde a lo establecido. E incluso para modificar o eliminar a aquellas actividades que no añaden valor.

c) Comparación del desempeño con el estándar establecido:

"Toda actividad experimenta algún tipo de variación, error o desvío. Es importante definir los límites dentro de los cuales esa variación se considera

normal o deseable". Existen límites en los cuales la variación se determina como normal, y en esos casos no da margen a modificaciones. También pueden surgir desvíos no planificados dentro de lo normal, y en tal caso deben revisarse con el fin de modificar la actividad que origina el desvío tomando acciones correctivas.

d) Acciones para corregir el desvío entre el desempeño real y el desempeño esperado:

Tomar medidas correctivas cuando el desempeño real no se ajusta con el esperado.

Medir y corregir el desempeño de los empleados de la Oficina de Atención al Usuario para garantizar que se ejecuten los planes dispuestos para alcanzar los objetivos establecidos.<sup>39</sup>

### **4.3. Calidad del servicio desde la óptica del consumidor**

Los usuarios valoran la calidad del servicio por un lado, basándose en el resultado final que obtienen y también toman en cuenta el proceso de recepción del servicio, como ser el trato, interés y disposición brindada por parte del personal con el cual se comunicaron.<sup>40</sup>

Son los usuarios quienes en definitiva establecen los criterios en el momento de la evaluación de la calidad del servicio, sólo ellos juzgan la calidad. Es por ello que la percepción de la calidad se establece en función de lo bien (o no) que el

---

<sup>39</sup> <http://www.scribd.com/doc/6955011/control-administrativo> 22/07/2010

<sup>40</sup> Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Calidad Total en la gestión de servicios. Como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A.1993

proveedor realiza la prestación, evaluada en contraste con las expectativas que tenía el usuario respecto a lo que esperaba realizase el proveedor.

Se acepta que la calidad de los servicios sea evaluada desde la perspectiva de los pacientes. Así, los servicios de salud además de ser técnicamente efectivos y económicamente eficientes, deben ser convenientes, aceptables y agradables para el usuario, ya que es la aceptación del consumidor la que finalmente, valida integralmente el proceso de atención.<sup>41</sup>

Es de conocimiento además, que las buenas relaciones interpersonales contribuyen en forma muy efectiva a la eficacia de los servicios que se presten en materia de salud y a establecer una buena relación con los pacientes. La calidad de esas relaciones produce confianza y credibilidad y es mostrada mediante el respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse constituye también un aspecto muy importante. Si las relaciones interpersonales no son adecuadas, aunque los servicios se presten en forma profesionalmente competente, se corre el riesgo que la atención no sea eficaz. Problemas en esta área de la satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención.<sup>42</sup>

Disponer de una política y estrategia consistentes, es decir, planificar, es uno de los factores clave para obtener buenos resultados. Para valorar los resultados de una organización es necesario evaluarlos a mediano o largo plazo.

---

<sup>41</sup> <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/214/21433312.pdf> Rev. Cubana Salud Pública 2007; 33(3). 16/07/2010

<sup>42</sup> [http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis\\_sp/21.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/21.pdf) 02/07/2010

El resultado se debe comparar con los objetivos planteados y con los resultados alcanzados por organizaciones similares o las mejores (benchmarking).

La organización necesita conocer las necesidades y expectativas de sus integrantes, su motivación y satisfacción con respecto a aspectos de participación, responsabilidad y formación.

La organización debe evolucionar y adaptar su servicio al entorno y a sus nuevas necesidades. Para evolucionar de forma adecuada es necesario que las personas renueven sus conocimientos y habilidades, la organización, la tecnología, y que todos trabajen conjuntamente para la mejora e innovación.<sup>43</sup>

#### **4.4. Cultura y Cambio Organizacional**

Para evolucionar, e ir en búsqueda de la calidad, además de tener personal capacitado, invertir en tecnología, es necesario que haya un cambio en la cultura organizacional.

La cultura organizacional es parte del proceso de cambio y del cambio de paradigma.<sup>44</sup>

Por paradigma se entienden el conjunto de conceptos que conforman la estructura mental a través de la cual los seres humanos perciben tanto al mundo exterior y sus sensaciones, como sus experiencias personales. Este conjunto de

---

<sup>43</sup>Martín A. Zurro– Cano J.F. Pérez. Concepto, Organización y Práctica Clínica. Atención Primaria. Vol.1. Barcelona Elsevier. Sexta Edición 2008.

<sup>44</sup>Stephen Robbins. Comportamiento Organizacional. Capítulo 17. México. Editorial Pearson Prentice Hall. Decimotercera edición. 2009.

conceptos es el producto de la experiencia, el entrenamiento, las enseñanzas y patrones culturales existentes en una sociedad. Estos se generan tanto a nivel individual, como así también a nivel social. En este último caso estamos hablando de paradigmas vigentes en una sociedad en un momento dado. Se suele representar a los paradigmas como anteojos mentales a través de los cuales contemplamos y/o percibimos la realidad. Sin estos anteojos no podemos contemplar el entorno, pero nuestra concepción del mismo no necesariamente responde a esa realidad, sino más bien a un plano al cual se ajustan las percepciones.

Muchas veces la falta de adecuación de los paradigmas a las nuevas realidades van quitando capacidad de supervivencia a los individuos, volviéndolos más frágiles y carentes de competitividad.

Dentro de estas nuevas realidades los directivos y también sus empleados deben cambiar sus paradigmas, ya no sólo para aspirar al éxito sino como mínimo poder participar de dicha competencia.<sup>45</sup>

Como define Robbins S. “la Cultura Organizacional se refiere a un sistema de significado compartido por los miembros, el cual distingue a una organización de las demás”.

La cultura organizacional constituye entonces, un conjunto de características claves de la organización, una forma de hacer las cosas, un sentimiento de entendimiento de los miembros de la organización y de la manera en cómo deben comportarse los integrantes de la misma. Es una forma de describir o visualizar la organización por parte de los empleados.

---

<sup>45</sup>[http://www.degerencia.com/articulo/el\\_cambio\\_de\\_paradigmas\\_en\\_la\\_gestion\\_de\\_los\\_recursos\\_humanos/mlefcovich](http://www.degerencia.com/articulo/el_cambio_de_paradigmas_en_la_gestion_de_los_recursos_humanos/mlefcovich) Mauricio Lefcovich 23/07/2010

La cultura organizacional, nos dice Robbins S. tiene un impacto sobre el comportamiento de sus miembros, y por lo tanto, una cultura fuerte debe asociarse con la menor rotación. A su vez, dicha cultura tiene funciones, que a continuación mencionaremos analizando si estas pueden ser un obstáculo para una organización.

La cultura define fronteras, es decir, crea diferencias entre una organización y las demás, transmite un sentido de identidad a sus miembros, facilita la generación de compromiso con algo más grande que el mero interés individual, mejora la estabilidad del sistema social, y como última función sirve como mecanismo que da sentido y control para guiar y conformar las actitudes y comportamiento de los empleados. En definitiva, es la que define las reglas del juego.

La cultura puede ser fuerte, dice Robbins S. y la define como “aquella en que los valores nucleares se comparten con intensidad y en forma extensa”.

La cultura es valiosa porque reduce la ambigüedad y guía a los empleados en cómo se hacen las cosas y qué es lo importante, pero también puede ser potencialmente disfuncional, como lo son las barreras al cambio.

Cuando es fuerte, y los cambios se producen en forma muy rápida, la cultura absorbida por la organización deja de ser adecuada, de modo que la consistencia en el comportamiento es un activo cuando enfrenta ambientes estables. Otro inconveniente de las culturas fuertes es que apoyan los sesgos institucionales o se vuelven insensibles respecto de las personas distintas.<sup>46</sup>

Cuando estamos frente a procesos de cambio, con culturas organizacionales fuertes, es predecible que haya resistencias al cambio que obstaculicen la adaptación y el progreso.

---

<sup>46</sup>Stephen Robbins. Comportamiento Organizacional. Capítulo 17. México. Editorial Pearson Prentice Hall. Decimotercera edición. 2009.

La resistencia al cambio se puede manifestar en forma abierta, implícita, inmediata o diferida. Cuando se manifiesta en forma *inmediata y abierta* es más fácil tratar con la resistencia, porque los empleados responden rápidamente con quejas, disminuyendo el ritmo de trabajo, y otros. Sin embargo, cuando se manifiestan en forma *implícita y diferida*, es muy difícil de detectar, hay una pérdida de lealtad hacia la organización, carencia de motivación para trabajar y es por ello que es más difícil de detectar.

Tomar decisiones con rapidez, puede llevar a que estas sean malas si los cambios que se producen generan más costos para la organización, o los cambios no son acompañados por un cambio organizacional.<sup>47</sup>

En base a la definición conceptual de calidad de servicio, el instrumento adecuado para medir dicha calidad, analizando por un lado las percepciones de los usuarios sobre la calidad de servicios y por otro las expectativas, es que nos basamos en el **Método Servqual**.

## 4.5. Método Servqual

### 4.5.1. Definición

El Método SERVQUAL, es una técnica para el análisis de la separación de desempeño entre la calidad del servicio de una organización contra necesidades de la calidad del servicio del cliente.

---

<sup>47</sup>Stephen Robbins. Comportamiento Organizacional. Capítulo 19. México. Editorial Pearson Prentice Hall. Decimotercera edición. 2009.

El SERVQUAL es ampliamente utilizado dentro de *industrias de servicios* para entender las metas de servicio de los clientes de acuerdo con sus necesidades. Y para proporcionar una medición de la calidad del servicio de la organización.<sup>48</sup>

Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988), definen la calidad de servicio percibida como el juicio global del cliente acerca de la excelencia o superioridad del servicio, que resulta de la comparación entre las expectativas de los consumidores (lo que ellos creen que las empresas de servicios deben ofrecer) y sus percepciones sobre los resultados del servicio ofrecido.

Por ello, la calidad del servicio es definida por estos autores como la amplitud de las diferencias o brechas existente entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones respecto de la prestación del servicio (Parasuraman, Zeithmal y Berry 1993).<sup>49</sup>

El método esencialmente implica realizar una encuesta sobre una muestra de clientes, para verificar si sus necesidades de servicio son entendidas por parte de la organización.

Los datos son de carácter primario, dado que se recogen por medio de encuestas aplicadas directamente por el grupo de investigación a la muestra de usuarios.

Se pide a los clientes contestar numerosas preguntas dentro de cada dimensión. Esto proporciona una evaluación de la brecha entre el desempeño deseado y el real, junto con una gradación de la importancia de los criterios del servicio. Esto

---

<sup>48</sup> [http://www.12manage.com/methods\\_zeithaml\\_servqual\\_es.html](http://www.12manage.com/methods_zeithaml_servqual_es.html) 02/08/2010

<sup>49</sup> [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WKMs\\_yLsOpEJ:www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm+&cd=4&hl=es&ct=clnk](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WKMs_yLsOpEJ:www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm+&cd=4&hl=es&ct=clnk) 03/07/2010

---

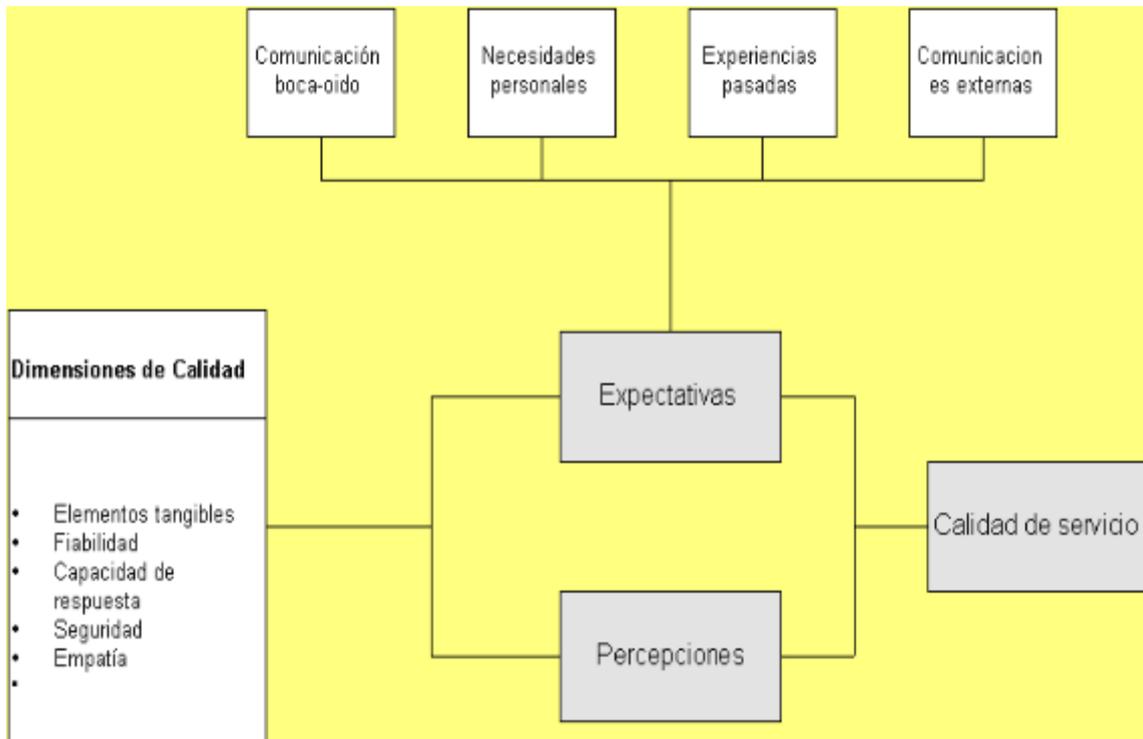
permite que una organización enfoque sus recursos, para maximizar la calidad del servicio mientras controla sus costos.

Primero se define un servicio de **calidad** como la **diferencia entre las expectativas y percepciones** de los usuarios o clientes.

Esto implicaría un balance ventajoso en el caso de que las percepciones superaran a las expectativas, lo que indicaría una elevada calidad percibida del servicio, y por lo tanto una alta satisfacción con el mismo.

De esta forma, un cliente valorará positivamente la calidad de un servicio en el caso que las percepciones que ha obtenido sean superiores a las expectativas y viceversa.

“Si la calidad de servicio es función de la diferencia entre percepciones y expectativas, tan importante será la gestión de unas como de otras.” Para su mejor comprensión, dicho autor Parasuraman, et al. analizó cuáles eran los principales condicionantes en la formación de las expectativas de los usuarios, y señala ciertos **factores que son claves y por lo tanto las condicionan**. *Ver cuadro número 1.*



**Cuadro Nº 1. Modelo Conceptual de la Calidad de los Servicios. Fuente: Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985)**

Los factores claves y que por lo tanto condicionan las expectativas de los usuarios son los siguientes:

La **comunicación “boca a oído”**, opiniones y recomendaciones de amigos y familiares sobre el servicio.

Las **necesidades personales**, las cuales desea satisfacer cada cliente con el servicio que va a recibir.

**Experiencias** vividas con el servicio que el usuario haya tenido previamente.

Y por último las **comunicaciones externas**, las que la propia institución realizó sobre las prestaciones de su servicio y puedan incidir en las expectativas que el ciudadano tiene sobre las mismas, usualmente a través de publicidad o promociones.

El modelo SERVQUAL introduce y analiza una serie de brechas o “gaps” que pueden ser percibidas por los clientes (gap 5), o bien producirse internamente en las organizaciones proveedoras de los servicios (gaps del 1 al 4).

Estos “gaps” se describen de la siguiente manera:

Gap 1: indica la discrepancia entre las expectativas de los clientes sobre un servicio concreto y las percepciones o creencias que elaboran los directivos sobre lo que espera el consumidor de ese servicio.

Gap 2: mide la diferencia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad.

Gap 3: calcula la diferencia entre las especificaciones o normas de calidad del servicio y la prestación del mismo.

Gap 4: mide la discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa.

Todas las deficiencias mencionadas hacen que el servicio suministrado por la organización no cubra las expectativas que los clientes tenían puestas en él, produciéndose el gap 5: que mide la diferencia entre el servicio esperado y el servicio percibido, determinando a través de dicha magnitud el nivel de calidad

alcanzado. La forma de reducir esta diferencia es controlando y disminuyendo todas las demás.

Las brechas o diferencias (gaps) entre las percepciones y las expectativas para cada pareja de afirmaciones pueden producir tres situaciones:

- que las percepciones sobrepasen las expectativas, lo que significa *altos niveles de calidad*
- que las percepciones sean inferiores que las expectativas, lo que significa *bajo nivel de calidad*
- y que las percepciones igualen a las expectativas, lo que denota *niveles modestos de calidad*

Del mismo modo, se evalúan las dimensiones para determinar su ponderación según su nivel de importancia para el consumidor.<sup>50</sup>

Este modelo propone que la calidad de servicio se puede estimar a partir de cinco dimensiones: elementos tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

Las cinco dimensiones definidas por los autores Parasuraman, Zeithaml y Berry surgen de un estudio realizado a cuatrocientos usuarios en cinco empresas de servicios. Las encuestas se realizaron utilizando una escala del uno al cien, calificando la importancia que los encuestados percibían en cada uno de los cinco criterios.

Tomando como base las respuestas obtenidas, el comportamiento de las calificaciones de las cinco empresas fue esencialmente similar.

---

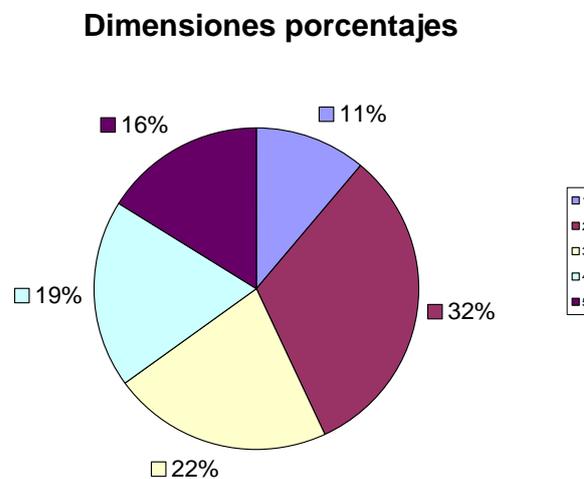
<sup>50</sup> <http://www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm> 04/08/2010

Si bien esta calificación relativa de los criterios puede variar en el futuro en función de las percepciones de los usuarios, los autores estaban convencidos que la preocupación número uno de los usuarios, independientemente del tipo de servicio, refiere a la dimensión *Fiabilidad/Confiabilidad* por el contrario, el criterio que menos importancia tiene para los usuarios en la valoración de la calidad, corresponde a la dimensión *Elementos Tangibles*.

Es en base a dicho estudio que los autores definen los siguientes porcentajes de ponderación para cada dimensión.<sup>51</sup> Ver Gráfico N° 1.

*Gráfico N° 1: Importancia relativa de las dimensiones según el criterio Servqual.*

**Ponderaciones de las dimensiones:**



---

<sup>51</sup> Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Calidad Total en la gestión de servicios. Como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A.1993

1. Dimensión Elementos tangibles - Bienes Materiales
2. Dimensión Fiabilidad – Confiabilidad
3. Dimensión Capacidad de respuesta
4. Dimensión Seguridad
5. Dimensión Empatía

Se identifican de este modo las **cinco dimensiones** relativas a criterios de evaluación que utilizan los clientes/usuarios para valorar la calidad en un servicio.

1. **Elementos tangibles - Bienes materiales.** Aspecto de las instalaciones, del equipo, del personal, y de los materiales físicos de comunicación.
2. **Fiabilidad - Confiabilidad.** Capacidad de realizar el servicio prometido de forma exacta y confiable.
3. **Capacidad de Respuesta.** Buena voluntad de ayudar a los usuarios o clientes y de proporcionar un servicio rápido.
4. **Seguridad.** Conocimiento y cortesía de los empleados y su capacidad de transportar confianza y seguridad.
5. **Empatía.** La firma proporciona cuidado y atención individualizada a sus usuarios.<sup>52</sup>

Esta metodología puede ser adaptada a juicio del evaluador, si éste considera pertinente para el mejor desarrollo del análisis y poder entonces abarcar aspectos que se consideren relevantes.

---

<sup>52</sup> [http://www.12manage.com/methods\\_zeithaml\\_servqual\\_es.html](http://www.12manage.com/methods_zeithaml_servqual_es.html) 03/07/2010

---

Para el presente trabajo hemos adaptado la herramienta definiendo para las cinco dimensiones 21 ítems que se detallan a continuación.

**Dimensión1: Elementos Tangibles / Bienes Materiales.**

Apariencia de las Instalaciones Físicas, Equipos, Personal y Materiales de comunicación.

1.1 Las organizaciones de salud tienen equipos de apariencia moderna.

1.2 Las instalaciones físicas de las organizaciones son visualmente atractivas.

1.3 Los empleados de la organización de salud tienen apariencia pulcra.

1.4 Los elementos materiales (folletos, publicidad y similares) son visualmente atractivos.

**Dimensión2: Fiabilidad/ Confiabilidad.**

Habilidad para ejecutar el Servicio Prometido de forma Fiable y Cuidadosa.

2.1. Cuando las organizaciones de salud prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen.

2.2. Cuando un usuario tiene un problema, la organización muestra un sincero interés en solucionarlo.

2.3. La Oficina de Atención al Usuario concluye la atención en el tiempo prometido.

2.4. La Oficina de Atención al Usuario insiste en mantener registros exentos de errores.

### **Dimensión3: Capacidad de respuesta.**

#### **Disposición y Voluntad de los Empleados para Ayudar al Usuario y Proporcionar el Servicio**

3.1. Los médicos, enfermeros y empleados de atención médica, comunican a los usuarios cuándo concluirá la realización del servicio.

3.2. Los empleados de atención médica, así como los médicos, enfermeros o personal técnico del hospital ofrecen un servicio rápido a sus usuarios.

3.3. Los empleados de las organizaciones de Salud, (personal técnico, médicos, enfermeros, gerentes) siempre están dispuestos a ayudar a los usuarios.

3.4. La atención en la salud nunca está demorada en los tiempos considerados prudentes para ser brindada a sus usuarios.

### **Dimensión 4: Seguridad.**

#### **Conocimiento y Atención Mostrados por los Empleados y sus Habilidades para Inspirar Credibilidad y Confianza.**

4.1. El comportamiento del personal técnico, así como los integrantes de la Oficina de Atención Usuario transmite confianza a sus usuarios.

4.2. Los usuarios se sienten seguros en sus relaciones con la Oficina de Atención al Usuario.

4.3. Los integrantes de la Oficina de Atención al Usuario son siempre amables con los usuarios.

4.4. Los empleados tienen conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los usuarios; en caso contrario se desenvuelven de forma segura derivando la situación al especialista respectivo.

#### **Dimensión 5: Empatía.**

Atención Individualizada que ofrecen las Organizaciones de salud a los usuarios de la misma.

5.1. La Oficina de Atención al Usuario brinda una atención individualizada.

5.2. La organización de salud tiene horarios de atención médica para todos sus usuarios.

5.3. La organización de salud tiene médicos que ofrecen una atención personalizada a sus usuarios.

5.4. La organización de salud se preocupa por los mejores intereses de sus usuarios.

5.5. Las organizaciones de salud pública comprenden las necesidades específicas de sus usuarios.

Los 21 ítems de la calidad de servicio detallados anteriormente, son incluidos en el cuestionario utilizado para medir las apreciaciones de los usuarios, que integraron la muestra de 60 casos de estudio en los 3 hospitales analizados. Dichos ítems resultaron luego de realizar un listado de preguntas que consideramos relevantes para analizar la calidad de los servicios desde la perspectiva del usuario.

A su vez, si bien el Método Servqual abarca cinco gaps, nuestro trabajo se limita al estudio del gap cinco, en función de la definición de calidad adoptada “amplitud de las diferencias o brechas que existe entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones respecto a la prestación del servicio”. (Parasuraman, Zeithaml y Berry 1993).<sup>53</sup>

Por último, en relación a las ponderaciones utilizadas en nuestro estudio, luego de haber realizado las encuestas a los sesenta usuarios de los tres hospitales de estudio, detectamos que si bien la Dimensión *Bienes Tangibles* fue la que tuvo mayor brecha, no es el factor más importante para los usuarios al momento de definir la calidad de atención. Por el contrario, la Dimensión *Fiabilidad/Confiabilidad* fue definida en un 80 % por los usuarios encuestados, como el factor de mayor importancia a la hora de determinar la calidad de

---

<sup>53</sup>[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WKMs\\_yLsOpEJ:www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm+&cd=4&hl=es&ct=clnk](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WKMs_yLsOpEJ:www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm+&cd=4&hl=es&ct=clnk) 03/07/2010

atención. Entre las restantes dimensiones no detectamos una gran diferencia, por lo que nos basamos en las ponderaciones aplicadas por los autores Parasuraman, Zeithaml y Berry 1993

## **CAPITULO V**

### **SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY**

#### **5.1. Consideraciones Generales**

El Sistema Nacional Integrado de Salud apunta a combinar justicia contributiva, eficacia sanitaria y eficiencia económica. La reforma de la salud en Uruguay, centra la atención en el usuario, lo que implica un cambio de paradigma, dado que el modelo se centraba antes en el profesional (médicos) y en la administración.

La Ley N° 18.131 del 18 de mayo de 2007 crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este Fondo reúne los diferentes aportes a la seguridad social, iniciando el proceso de incorporación de todos los trabajadores a los mecanismos centrales de la seguridad social.

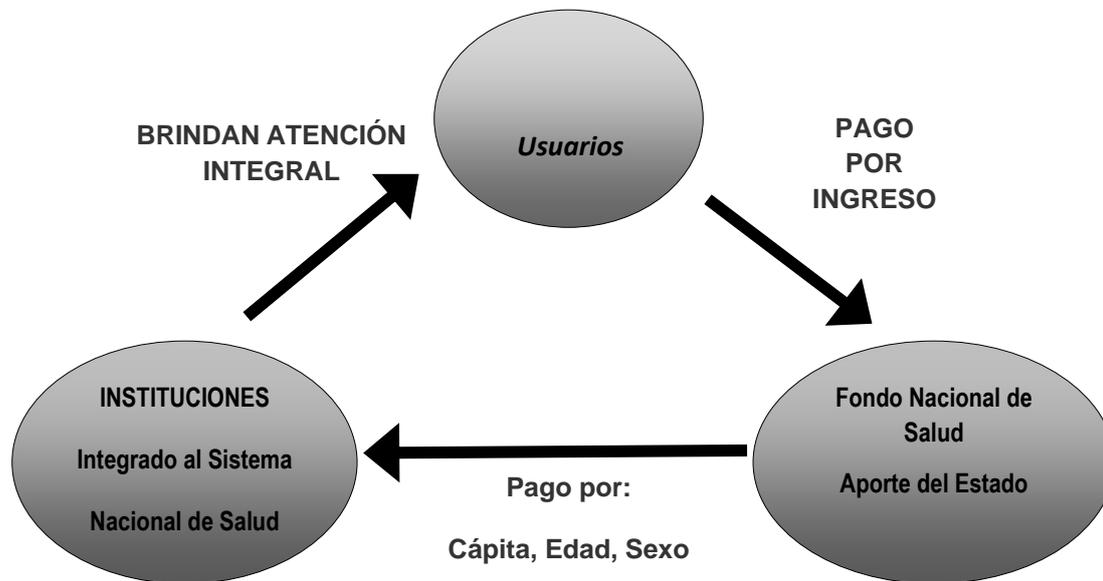
Los usuarios que ingresen al nuevo sistema pueden optar entre las IAMC o, como una nueva opción asistencial al servicio, por ASSE, facilitando así el acceso a la atención a los trabajadores de bajos ingresos.

La reforma de la salud se crea por la ley No 18.211 “Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud” de fecha 5 de diciembre de 2007.

Esta reforma se apoya en tres aspectos:

- Orientar el modelo de la atención de la salud hacia una atención integral.
- El MSP es el responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y ejercer la rectoría del sistema de salud.
- Asegurar cobertura universal, equidad y solidaridad a través del Seguro Nacional de Salud.

### Conformación del Seguro Nacional de Salud (SNS)<sup>54</sup>



Es necesario, además de la reglamentación, un proceso de cambio organizacional, especialmente a nivel cultural, acompañado por el compromiso, la participación, y la convicción de la dirección y de los funcionarios involucrados en la atención a la salud. Busca ejercer una regulación adecuada que garantice a los usuarios del SNIS calidad en su atención.

La Ley 18.211 Art. 1º *“reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social”*. Ello significa que todas las personas tendrán derecho a una

<sup>54</sup> [www.adur.fmed.edu.uy/archivos/9-Nov-06%20ADUR.ppt](http://www.adur.fmed.edu.uy/archivos/9-Nov-06%20ADUR.ppt) 17/07/10

prestación integral de calidad homogénea, con todos los componentes desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación.

Los usuarios tienen derecho a la libre elección, a la información asistencial y económico-financiera de resultados de todas las instituciones prestadoras de salud, a la participación en la gestión de las instituciones públicas y privadas, a la participación en los organismos de dirección de la reforma y a la libre elección entre los prestadores integrales de salud.

Asimismo, cabe enfatizar que, posteriormente, en la Ley 18.335 de 3 de septiembre de 2008 se aprueba el marco general de los Derechos y Obligaciones de los usuarios del servicio de salud. Esta norma establece los derechos de las personas (pacientes) a una atención integral, de calidad, plenamente informada, así como también las sanciones aplicables en caso de incumplimiento a lo dispuesto en la misma.

Los sistemas de salud debían encontrar espacios propicios de participación de sus usuarios, por lo que se pensó en crear canales por los cuales recabar las inquietudes y propuestas orientadas a la mejor satisfacción de los mismos. A su vez, los niveles gerenciales y directivos debían disponer de instrumentos que les facilitasen su vinculación con el usuario y les permitieran conocer las insatisfacciones, así como incentivar las iniciativas que procuren mejorar la calidad de la atención.

Con ello se pretende superar la situación de falta de protección que muchas veces perciben los usuarios que son asistidos por el sistema de salud.

Si bien los usuarios de los servicios de salud tienen derechos, en lo que respecta a la atención de su salud, muchas veces no son aplicados por el personal o son desconocidos por los pacientes.

La estrategia se encuentra enmarcada en el objetivo de humanizar la atención y dignificar a los usuarios, mejorando también la calidad de la atención recibida.

## 5.2. Oficina de Atención al Usuario

El área de atención al usuario del MSP se crea dándole al mismo ámbito de participación, debate y brindándole información adecuada y oportuna para la toma de decisiones.

Por medio del Decreto N° 297/02 del 2 de agosto de 2002 se establece que todos los servicios de salud deben contar con una oficina de atención al usuario, la cual debe divulgar entre los mismos sus derechos y deberes por medio de una Cartilla, la cual es llamada “Cartilla de Derechos y Deberes del Usuario de los servicios de salud”.

Esta cartilla define como **usuario**: “toda persona que pueda adquirir o utilizar productos, bienes o servicios de salud como destinatario final, en forma remunerada o gratuita”.

Incluye también una serie de instrucciones para médicos y personal de salud, entre los cuales se encuentran:

- El usuario deberá ser recibido con calidez, trato amable y cordial.
- El personal de salud deberá identificarse ante el usuario.
- El médico comunicará al usuario o a sus familiares el diagnóstico clínico en forma reservada.

- Se deberá respetar la intimidad del usuario mientras permanezca en los centros de salud.
- Se debe procurar un ambiente agradable, asegurando condiciones higiénicas.<sup>55</sup>

El artículo 2 del Decreto 297/02 define **servicio de salud** como: *“toda organización conformada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, organismos privados de carácter particular, colectivo o de naturaleza mixta, que brindan prestaciones vinculadas a la salud”*.

Como no se estaban cumpliendo los plazos de reclamación y petición, estos perdían validez, lo que generaba que los usuarios se vieran desmotivados a presentar quejas. En consecuencia, se aprueba el Decreto 395/02 del 22 de octubre de 2002.<sup>56</sup>

Este decreto busca agilizar el procedimiento de tramitación, presentación y reclamos de quejas y/o consultas.

Establece que un trámite de petición o reclamos puede ser iniciado por el mismo usuario o alguna persona que actúe en su representación.

Se establece que la tramitación de reclamos debe realizarse por escrito o por medios electrónicos, la cual debe ser precisa con la firma del interesado y del funcionario receptor.

---

<sup>55</sup> Lic. Carlos Cavasin Reboledo y Dr. Pablo Dauria Prando. El Sector salud en el Uruguay. Montevideo; Ideas; 2005. 597 p.

<sup>56</sup> Lic. Carlos Cavasin Reboledo y Dr. Pablo Dauria Prando. El Sector salud en el Uruguay. Montevideo; Ideas; 2005. 597 p.

Luego de su presentación el servicio de salud tiene un plazo de 90 días para tomar una decisión, la cual debe ser un pronunciamiento expreso sobre la misma.

La decisión deberá ser por escrito y notificada al usuario o a su representante en forma fehaciente.

La importancia de este decreto se debe a que obliga a todas las instituciones a contar con una oficina de atención al usuario, para lo cual se les otorga un plazo de 180 días para la creación de las mismas.

Por medio del artículo 3: *“Todo Servicio de Salud deberá disponer de un Departamento de Atención al Usuario con el fin de informar, orientar, atender, canalizar las resoluciones de las peticiones, reclamaciones o consultas que formulen los usuarios o pacientes, en los términos y plazos que se disponen”.*

Existiendo la necesidad de actualizar las normas que reglamentan el procedimiento de tramitación de peticiones, reclamaciones o consultas que establecía el Decreto 395/02, se aprueba el Decreto N°15/06 del 16 de enero de 2006, modificando algunos de sus artículos.

El artículo 1 del Decreto 15/06 el cual modifica el artículo 13 del decreto 395/02 establece *“Toda petición, reclamación o consulta a que refiere la presente reglamentación deberá ser presentada ante la Oficina de Atención al Usuario del Servicio de salud correspondiente”.*

Esta oficina al recibir la petición, reclamación o consulta debe dejar constancia de la recepción de la misma, y le debe entregar otra al interesado. Igualmente este decreto obliga a que se tome una decisión y que existan plazos para las mismas.

Por lo cual el servicio de salud deberá tomar una decisión sobre cualquier petición, reclamos o queja que se presente y ésta tiene un plazo de 90 días máximo para ser comunicada en forma escrita al usuario o al representante del mismo.

El incumplimiento de éste, da derecho al usuario a presentarse ante el MSP en el área de Atención al Usuario, la cual deberá intimar el cumplimiento de la misma.

*Artículo 2: "los servicios de salud públicos y privados deberán remitir mensualmente al área de atención al usuario de la división servicios de salud del ministerio de salud Publica, dentro de los primeros diez días de cada mes ,informe sobre el número de denuncias, quejas y reclamos recibidos por los Servicios de Salud, incluyendo número total de planteos, con especificación de los datos filiatorios y Cédula de identidad del denunciante, referencia sucinta al asunto de que se trate, profesionales involucrados y resolución adoptada, en su caso".*

Para el cumplimiento del mismo se elaboró una estrategia que abarcó la adecuación de la normativa vigente hasta la planificación y monitoreo de las oficinas de atención al usuario, en todos los servicios de salud del país. Para ello se implementó un programa informático en todas para conocer la percepción del usuario.

Según lo expuesto en la página del MSP existe un Compromiso de calidad por parte de los funcionarios de las Oficinas de Atención al Usuario, que se detallan a continuación:

- Concebir al usuario como el centro de su trabajo.
- Brindar la información de forma cordial, utilizando un lenguaje preciso y adecuado.

- Divulgar la información que pueda ser útil para el paciente.
- Buscar siempre la protección y promoción de sus derechos.
- Incrementar la satisfacción de los usuarios de los Servicios de Salud.<sup>57</sup>

Una de las propuestas del gobierno para la el sector de la salud es:

*“El objetivo central es el acceso universal de la atención en salud a toda la población en niveles de cobertura y calidad homogéneas, con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano”.*<sup>58</sup>

Se busca que el usuario ya no sea solo un receptor de los servicios sino que actúe como un agente de cambio.

La Oficina de Atención al Usuario, más que una ubicación física, es un modelo integrado de servicio diseñado para asegurar la calidad y eficiencia en la prestación del servicio.

### **Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)**

ASSE es la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Está incluido en el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud y tiene como

---

<sup>57</sup> [http://www.msp.gub.uy/uc\\_2928\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_2928_1.html) 05/07/2010

<sup>58</sup> Publicación : Sistema Nacional Integrado de Salud 24/4/07 Ministerio de Salud Pública

objetivo mejorar la capacidad de gestionar, agilizar la capacidad de delegación, competencias y capacidades de decisión en todas las áreas de salud, así como también profundizar en cambios del modelo de atención y de financiamiento en ese sistema.

Actualmente el sistema cuenta con una estructura de un servicio descentralizado según Ley N° 18.161 del 29 de junio de 2007 que crea la administración de los servicios de Salud del Estado (ASSE) que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del MSP.

Este es un aspecto importante a destacar, por un lado el proceso de descentralización de carácter estructural y organizacional; y por otro lado, la reforma del sistema de salud, por lo que el mismo cuenta con la construcción del Sistema Nacional de Salud de carácter mixto. Desde el punto de vista estructural, la conformación de un servicio público descentralizado le genera la capacidad de carácter funcional mucho más ágil, ya adecuada a una estructura descentralizada a nivel territorial.

ASSE trabaja con 22 regiones a nivel del país pero también cuenta con las unidades de servicio de carácter ambulatorio; en todo el país hay más de 500 unidades, o sea, que es una importante red de servicios que necesita tener una base organizacional ágil y flexible.

ASSE como parte de la Administración Central, brinda servicios, no solo a la población que tiene, por definición legal, derechos en función de su condición económica, sino también brinda servicios por convenio con otros organismos.

Nos referimos a una población de usuarios que está autofinanciada: por ejemplo personas que hoy son financiadas por DISSE, el BPS, (con bajos ingresos), que si bien tienen derecho a ser cubiertos por una mutualista, tienen dificultades de acceder a ella por su condición económica y no pueden pagar tasas moderadoras y ticket. Esta población puede entonces elegir contar con el servicio de ASSE.

La reforma de la Salud entra en vigencia el 01/01/2008 a través del SNIS, el nuevo objetivo de ASSE apunta a la integración de trabajadores y usuarios, incorporando al Directorio de ASSE representantes de los Usuarios y Funcionarios.

Dentro de los mecanismo de control hay determinados estándares de calidad fijados por reglamentación.

Los servicios de ASSE de atención al primer nivel se encuentran canalizados a través de Médicos de Familia, como el Espacio del Adolescente. El Espacio del Adolescente es una instancia diferencial de atención y promoción de la salud dotado para la asistencia integral, que brinda servicios de calidad para este grupo poblacional.

ASSE cuenta con una Red de Atención Integral a la Salud constituida por 66 Unidades Ejecutoras (UE). Se distribuyen 51 U.E. en el interior de las cuales 18 son Centros Departamentales y 33 Centros Auxiliares. De ellos dependen 228 policlínicas. En Montevideo se cuenta con 15 U.E.: la Red de Atención del Primer Nivel, integrada por 12 centros de salud y una red de 114 puntos de atención. Asimismo 6 U.E. para la atención de pacientes agudos y 8 U.E. especializadas.

**Misión de ASSE:** Ser el prestador público de referencia, basado en la Atención Primaria, con equidad, eficiencia y calidad, y con capacidad para responder a las necesidades de su población usuaria, en un marco de políticas de equidad social.

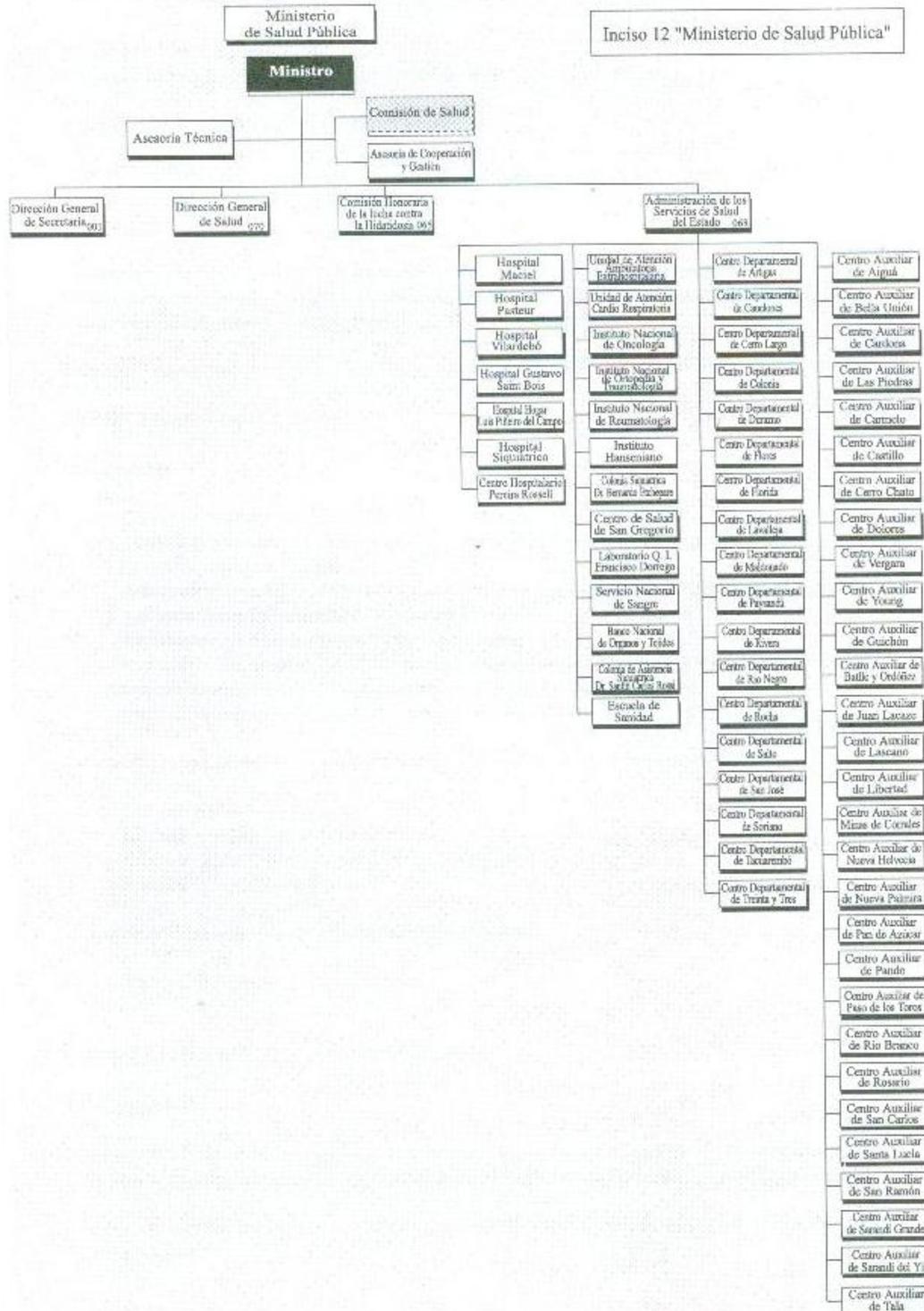
**Visión de ASSE:** Liderar el proceso de atención a la salud de los habitantes del país, contribuyendo de ese modo a la calidad de vida de la población, poniendo

énfasis en la educación y promoción, prevención, diagnóstico precoz, recuperación y rehabilitación.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> [http://www.asse.com.uy/index\\_1.html](http://www.asse.com.uy/index_1.html) 10/07/2010

## Organización para el Cumplimiento de Cometidos



## **CAPITULO VI**

### **TRABAJO DE CAMPO**

#### **6.1. Objetivo**

Luego de haber realizado un análisis sobre los Sistemas de Salud, nos interesamos en aplicarlo a la realidad de nuestro medio y constatar su utilidad en el ámbito de la salud.

A medida que nos fuimos interiorizando en el tema, comenzamos a hacernos preguntas acerca de la atención al usuario en los servicios de salud públicos, preguntas que no podemos responder nosotras mismas.

Es por esa razón que sentimos la necesidad de saber qué piensa la gente, consultarle sobre sus experiencias y ver cuáles son sus expectativas.

Para ello diseñamos un relevamiento que involucra a todos los interesados, del que podremos extraer conclusiones de interés sobre estas instituciones, respecto a la calidad de los servicios brindados por la Oficina de Atención al Usuario.

#### **6.2. Metodología Aplicada**

En función de nuestras posibilidades para obtener la información necesaria para nuestra investigación, decidimos recabarla por medio de las siguientes técnicas:

**1.** Entrevistas en profundidad para los directores de los Hospitales seleccionados y los encargados de las Oficinas de Atención al Usuario, e integrantes responsables del Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada, y a la Asociación de Usuarios de Servicios de Salud (ADUSS), considerando que a través de las mismas se puede obtener más información. Los entrevistados

pueden extenderse en cada respuesta y el contacto visual con las personas colabora a que la información obtenida sea más rica y valiosa. Al mismo tiempo, pueden surgir nuevas preguntas o repreguntas durante la entrevista. Para las entrevistas se diseñó y usó una pauta de entrevista, que adjuntamos en el anexo.

**2.** Cuestionarios tipo encuesta anónimos para los usuarios, consideramos que eran más adecuados y no generaría rechazo por miedo a represalias. Se diseñó un cuestionario para la encuesta, que luego de testarlo con algunos usuarios del Hospital 1, se ajustó. Asimismo, lo que comenzó siendo una encuesta terminó siendo una entrevista al ver los problemas que presentaban para comprender o interpretar las preguntas.

La fundamentación de esta elección, se basa en experiencias y trabajos de investigación donde las quejas y reclamaciones de los usuarios junto con las encuestas de opinión son una fuente importante y válida de información para evaluar la mejora de la calidad. Un indicador de calidad son las quejas de los usuarios.

Este trabajo de campo es una investigación descriptiva y análisis cualitativo con el fin de describir y medir la calidad de la Oficina de Atención al Usuario de las organizaciones mencionadas anteriormente.

Las pautas de las entrevistas fueron diseñadas de modo de agrupar las preguntas según grupos de temas de interés siguiendo una línea lógica, que recorre varios aspectos internos de la institución.

Se investiga el funcionamiento e importancia de la Oficina de Atención al Usuario por parte de las instituciones.

Los temas tratados en las entrevistas apuntan a conocer, describir y analizar los siguientes aspectos:

- a. En primera instancia buscaremos cuáles son los objetivos y expectativas de los 3 hospitales de estudio, así como también los del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada y ADUSS.
- b. Luego detallaremos para cada Oficina de Atención al Usuario estudiada, los siguientes temas de interés:
  - Cómo manejan y procesan la información.
  - Qué procedimientos llevan a cabo y qué indicadores manejan para el procesamiento de la información, especificando que funciones cumplen, y cómo gestionan la misma.
  - Preguntaremos acerca del espacio físico que ocupa cada oficina, y cómo son las instalaciones.
  - Respecto al personal, analizaremos si sus miembros están capacitados para llevar a cabo sus funciones y cuáles son los requisitos que deben cumplir para formar parte del mismo.
  - Detectar si la Oficina de Atención al Usuario tiene limitaciones y conocer cómo maneja las mismas.

El formulario utilizado para las encuestas comprende las 5 dimensiones del Método Servqual. El objetivo es analizar las expectativas y percepciones de los usuarios - los pacientes – de la Oficina de Atención al Usuario, con el fin de determinar la brecha que pueda existir entre ambas.

Las 5 dimensiones del Método Servqual:

**Dimensión 1** Elementos tangibles/ Bienes materiales

**Dimensión 2** Fiabilidad/Confiabilidad

**Dimensión 3** Capacidad de respuesta

**Dimensión 4** Seguridad

**Dimensión 5** Empatía

**Dimensión 1;** abarca las apariencias de los Elementos tangibles y bienes materiales como lo son las Instalaciones Físicas, Equipos, Personal y Materiales de comunicación. El fin es determinar cómo perciben y qué expectativas tienen los usuarios en relación a estos aspectos.

**Dimensión 2,** analiza la habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa; abarca los tiempos manejados por el personal de la oficina para brindar respuestas, y/o soluciones. En relación a las decisiones tomadas, conocer si estas están centradas en el usuario o en el propio hospital.

**Dimensión 3** Capacidad de respuesta, disposición y voluntad de los empleados para ayudar al cliente y proporcionar el servicio. Conocer si el servicio brindado es rápido, completo, así como la amabilidad del personal, y la capacidad de atención de los empleados, médicos y enfermeros. Conocer las expectativas y percepciones de los usuarios, nos dará la pauta del nivel de satisfacción de estos en relación al servicio recibido.

**Dimensión 4** Seguridad, implica conocimientos y atención de los empleados, habilidades para inspirar credibilidad y confianza a los usuarios.

Abarca temas como: capacidad para brindar atención, y el conocimiento que tengan los empleados de la oficina. Conocer si la amabilidad es predominante en la atención brindada. Esta dimensión refiere a la seguridad que pueda brindar la oficina a los usuarios.

**Dimensión 5:** Empatía, atención individualizada que ofrecen las organizaciones de salud a los usuarios de la misma. Tiene relación con los horarios ofrecidos por la organización. Conocer si dichos horarios son acordes a las necesidades de los

usuarios, si efectivamente la atención es individualizada, y los médicos de la organización manejan las consultas de los pacientes en función de las necesidades de estos últimos.

El formulario utilizado para las encuestas que adjuntamos en el anexo, comprende las 5 dimensiones del Método Servqual con el fin de determinar si existe o no una brecha entre expectativas y percepciones lo que determinará de esa manera, el nivel de calidad de la Oficina de Atención al Usuario. Cuanto mayor sea la brecha existente menor el nivel de calidad determinado y viceversa.

La persona encuestada debe responder cada pregunta contenida en el cuestionario según su percepción y su expectativa. Las preguntas tienen un puntaje, una escala del uno al cinco siendo el puntaje uno deficiente, el dos regular, tres aceptable, cuatro satisfactorio y cinco excelente.

De este modo, de cada respuesta obtenida de la persona encuestada se calcula la diferencia entre las expectativas y percepciones; definiendo a esa diferencia como la **brecha** entre ambas. *Cuanto mayor sea la brecha, menor el nivel de calidad entre las expectativas y percepciones, siempre y cuando las expectativas superen a las percepciones y viceversa.*

A los resultados obtenidos de las encuestas a los usuarios, aplicamos las ponderaciones definidas por los autores del Método Servqual en su investigación respecto a la calidad total en los servicios.<sup>60</sup>

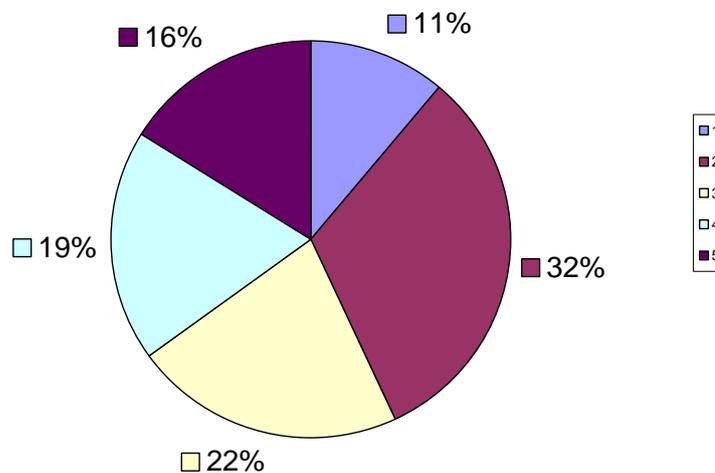
---

<sup>60</sup> Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Calidad Total en la gestión de servicios. Como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A.1993

Estos determinaron las siguientes ponderaciones para cada dimensión, de acuerdo a la importancia asignada por los usuarios de los servicios a los efectos de definir la calidad.

**Ponderaciones de cada dimensión, según Método Servqual**

**Dimensiones porcentajes**



- (1) Elementos tangibles, bienes materiales 11%**
- (2) Fiabilidad/Confiabilidad 32%**
- (3) Capacidad de respuesta 22%**
- (4) Seguridad 19%**
- (5) Empatía 16%**

En base a estas dos perspectivas de análisis continuaremos nuestro trabajo basándonos en un análisis cualitativo de la información, procesando por un lado, la información obtenida de las entrevistas a directores y encargados de la oficina, así como al Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y

Privada y ADUSS, y por otro lado, la información obtenida de los cuestionarios realizados a los usuarios en relación a la calidad de la oficina.

### **6.3. Población de estudio**

Para realizar el presente trabajo se eligió una muestra de 3 hospitales dentro de los 7 que forman parte de los hospitales públicos de Montevideo pertenecientes a ASSE.

Con el objetivo de abarcar la diversidad de usuarios (niños, mujeres y adultos en general) que reciben asistencia en ellos, elegimos los siguientes hospitales: Hospital Pereira Rossell y Hospital Maciel.

El *Hospital Maciel* (en adelante denominado Hospital 1) forma parte de la red asistencial de ASSE. Es un hospital de tercer nivel de atención de agudos, adultos, de referencia nacional en cirugía vascular, neurocirugía, hematología, diabetología, cirugía de tórax, neumología y nefrología.

La misión es brindar atención médica de alta calidad a los usuarios mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a la salud de las personas en forma integral psíquica, física y social integrando armónicamente actividades de asistencia, docencia e investigación.

El *Hospital Pereira Rossell* se encuentra comprendido por el *Hospital Pediátrico* (en adelante Hospital 2) y *Hospital Paulina Luisi* (en adelante Hospital 3), ubicados en el mismo recinto.

Los Hospital 2 y 3 tienen como misión contribuir a mejorar la situación de salud de las mujeres y niños brindando los mejores cuidados en un ambiente humano y hacer del usuario el centro de su atención.

Este Hospital tiene como misión ser Referencia Nacional en sus especialidades contando con una complejidad de 2° y 3° nivel para brindar en la red de ASSE,

una atención oportuna, eficaz y de calidad inserto en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

#### **6.4. Hallazgos**

Concurrimos a cada uno de los centros, una semana a cada uno, para realizar las encuestas a los usuarios, dedicando 2 horas por día.

Cuando asistimos a los hospitales tuvimos distintas experiencias, en lo que refiere a accesibilidad de la Oficina de Atención al Usuario.

En el Hospital 1 pudimos llegar a ella el primer día que concurrimos, debido a que la misma es de fácil acceso ya que se encuentra en la entrada y está debidamente señalizada.

En cambio en el Hospital 2, si bien la oficina se encuentra en un lugar del hall accesible por la entrada principal, el primer día que asistimos nadie nos supo informar su ubicación y no existían carteles que lo indicaran.

En el Hospital 3, la Directora nos manifestó la existencia de dos Oficinas de Atención al Usuario, una dependiendo de la Dirección Administrativa y la otra que depende de la Dirección del Hospital. La Oficina que depende de la Dirección Administrativa se encuentra en el hall de la entrada principal y es la descrita anteriormente en el Hospital 2.

Con respecto a la Oficina que depende de la Dirección del Hospital, no pudimos encontrarla. Es de destacar, que al ingresar consultamos a personal de informes y a funcionarios dentro del hospital como personal técnico (enfermeros, de farmacia) que no nos supieron informar de la ubicación de la oficina ni las funciones que desarrolla.

Por otra parte los usuarios encuestados del Hospital 3, el 75% nos manifestaron no conocer la Oficina de Atención al Usuario. El 25% restante respondieron las encuestas, pero haciendo referencia a la Oficina del Hospital número 2.

En el Hospital 1 que cuenta con una oficina de fácil acceso, nos fue más sencillo encontrar usuarios que la conocieran y por lo tanto, nos pudieran dar su opinión respecto de su servicio, además del servicio del hospital. En este caso, nos llevó menos tiempo realizar las encuestas que en los restantes hospitales.

Los usuarios fueron elegidos aleatoriamente, y en su mayoría fueron mujeres en el entorno de 35 a 65 años. Para acceder a realizar la encuesta, debimos explicarle el objetivo de la misma, de forma de obtener respuestas sinceras y ajustadas a la realidad. Adicionalmente, les informamos que la encuesta era anónima con el fin de que se expresaran libremente y que no se vieran condicionadas las respuestas por miedo a las represalias.

Cuando comenzamos a aplicar las encuestas notamos que en su mayoría las preguntas del cuestionario no eran entendidas por los usuarios. Por lo que detectamos que el perfil del cuestionario no se adaptaba al nivel de comprensión textual que poseen los usuarios que hacen uso de estos nosocomios.

Para subsanar este inconveniente, y lograr nuestro objetivo de estudio, modificamos la modalidad de aplicación de las encuestas, realizando las entrevistas personalmente en cada hospital. De esta manera, utilizamos el cuestionario como guía, ya que las preguntas las formulamos de forma de adaptarlas a cada usuario para su mejor comprensión.

## ANALISIS HOSPITAL 1

### Análisis de la entrevista a encargada de la Oficina

La oficina comenzó a funcionar en este hospital conjuntamente con el Gobierno del Dr. Tabaré Vázquez en el periodo de 2005 al 2009, que” en un momento era algo olvidado, pero hoy funciona distinto”.

Según la encargada de la oficina, la misma es una “*necesidad*” para mejorar la atención brindada a los usuarios, trabajando conjuntamente con la Dirección.

#### Objetivos

Según las respuestas obtenidas de la entrevista, los objetivos de la Oficina de Atención al Usuario son “*varios*”. Pero básicamente, centran su atención en ser una “*especie de contención*”, donde el usuario pueda plantear su “*agradecimiento, denuncia, reclamo o queja*” y ser escuchado en un ámbito de cortesía y buen trato.

Además del trato amable, el objetivo principal es buscar una solución a sus planteamientos.

Podemos resaltar que esta descripción estaría implicando en primer término, brindar “*confiabilidad*”, lo que implica “*habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa*”, manejando tiempos prudentes en la atención que brindan. De este modo la organización estaría mostrando un alto grado de interés en solucionar las inquietudes planteadas por los usuarios.

#### Espacio Físico

En relación al espacio físico que ocupa la oficina, podemos decir que la persona entrevistada demostró preocupación por lograr que el mismo sea un lugar

accesible y *agradable*. Considera que el mismo no es adecuado para la atención de los usuarios en relación al tamaño y privacidad del lugar.

### Medios de comunicación

En relación a los medios utilizados para informar a los usuarios de los servicios que ofrece la Oficina, la encargada señala que utilizan el folleto que cuenta con la información del horario y funciones de la oficina, además de que la gente ya la conoce justamente por estar en lugar accesible y básicamente por el “*boca-oído*”.

### Procedimientos de quejas y reclamos

En relación al funcionamiento y gestión de la información que maneja la oficina, se cuenta con formularios para dejar registradas las quejas, denuncias, sugerencias o mejoras que los usuarios puedan manifestar.

Según lo informado por la persona entrevistada, el procedimiento implica los siguientes pasos:

- a) Se completa el “*formulario*” con los datos completos de la persona involucrada, con registro de la fecha.
- b) Los datos son ingresados a un “*cuaderno*”. Se hace copia del formulario, y este último se deriva a la Dirección.
- c) Una vez que la misma estudia el caso, la información vuelve a la oficina con la resolución. Se comunica “*telefónicamente al usuario*” y este último, se manifiesta con conformidad o no, por lo cual se dirige personalmente al Hospital para notificarse de la respectiva resolución.

En caso que el paciente no quede conforme con la resolución adoptada por el Hospital, se forma un expediente que se eleva a ASSE del primero al diez de cada mes y el procedimiento continúa hasta la conformidad del usuario.

El usuario obtiene siempre por parte de la oficina una constancia de su inquietud.

#### Indicadores de satisfacción

En lo que tiene que ver con el sistema de registro de información, cuentan con “*papeles y cuadernos*” donde se registran las quejas y “*una computadora*”. El promedio mensual de casos recibidos por ésta oficina es entre 30 y 40 aproximadamente. Como indicador de satisfacción utilizan los papeles y cuadernos.

Si bien se llevan estos registros, los mismos no se consultan para la toma de decisiones y tampoco se llevan estadísticas.

#### Capacitación del personal

En lo que tiene que ver con los requisitos, la respuesta obtenida fue básicamente los buenos modales y la paciencia “*porque estamos atendiendo al usuario, es lo principal*”.

En lo que refiere a la capacitación del personal de la oficina, nos informaron que los funcionarios fueron capacitados en tres oportunidades como parte de un plan de mejora en el servicio, y en general, realizan cursos una vez por año.

Las tareas que tienen los empleados no son específicas: “*todos conocemos de todo*,” *cada persona conoce el trabajo de todos*”.

El comportamiento del personal de la oficina debe transmitir “*confianza*” a sus usuarios, primando siempre la “*paciencia*”, de modo de centrarse en la atención del usuario y evitar discusiones.

Se resaltó en la entrevista que tienen como propósito a corto plazo que la oficina pueda ampliar su horario de atención, aspecto que se está evaluando.

En lo que tiene relación al impacto que pudo haber producido la creación de la Oficina de Atención al Usuario, la persona entrevistada nos indicó que fue un cambio favorable para el hospital ya que, *“cada vez la gente lo conoce más y eso hace que la gente se sienta apoyada”*.

La calidad de servicio para esta oficina, fue definida de la siguiente manera: *“desde el momento que viene el usuario tratamos de darle todo, que la gente se vaya conforme”*.

### Limitaciones

Se manifestó por la persona entrevistada que el espacio físico representa una limitación para la oficina ya que no resulta adecuado cuando el usuario necesita privacidad.

### Análisis de las encuestas a los usuarios

Las encuestas se realizaron en base al cuestionario que fue explicado en la introducción del trabajo de campo.

El usuario encuestado le asigna un valor del 1 al 5, por un lado a las *expectativas* y por el otro a las *percepciones* de cada ítem que integra las cinco *dimensiones*.

El resultado que arroja la *diferencia* entre las *expectativas* y *percepciones* representa la brecha entre ambas. *Cuanto mayor sea la brecha, menor el nivel de calidad entre las expectativas y percepciones, siempre y cuando las expectativas superen a las percepciones y viceversa*.

En síntesis, las brechas obtenidas en cada dimensión, se muestran en el *cuadro Nº 2* que se presenta a continuación.

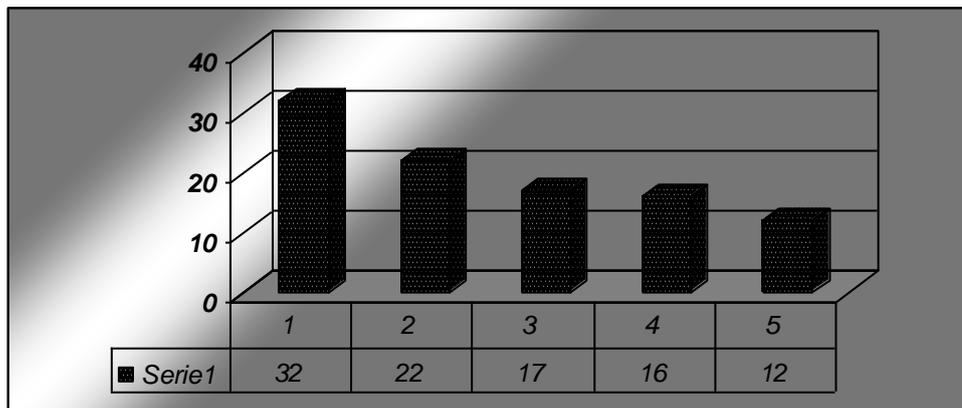
**Cuadro Nº 2: Brecha entre expectativas y percepciones obtenidas de las encuestas Hospital número 1**

Brecha	Dimensiones				
	Bs. Tangible	Confiabilidad	Capacidad de respue	Aseguramien	Empatía
Encuesta nº 1	27	17	16	23	13
Encuesta nº 2	14	10	7	5	3
Encuesta nº 3	8	4	6	4	8
Encuesta nº 4	2	0	3	2	2
Encuesta nº 5	29	19	14	14	1
Encuesta nº 6	8	12	4	5	3
Encuesta nº 7	22	9	4	7	10
Encuesta nº 8	1	8	4	0	4
Encuesta nº 9	12	10	4	0	1
Encuesta nº 10	17	18	22	13	15
Encuesta nº 11	6	6	1	11	4
Encuesta nº 12	3	6	3	4	0
Encuesta nº 13	18	15	5	12	2
Encuesta nº 14	30	11	10	1	6
Encuesta nº 15	28	12	9	3	5
Encuesta nº 16	8	5	4	5	2
Encuesta nº 17	11	9	7	5	4
Encuesta nº 18	27	17	16	23	13
Encuesta nº 19	21	16	12	19	11
Encuesta nº 20	28	10	15	14	12
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>214</b>	<b>166</b>	<b>170</b>	<b>119</b>

Para la Dimensión 1 “*elementos tangibles y bienes materiales*” el resultado de la brecha es de 320; la Dimensión 2 “*fiabilidad/confiabilidad*” es de 214; la Dimensión 3 “*capacidad de respuesta*” es de 166; la Dimensión 4 “*seguridad*” es de 170 y la de la Dimensión 5 “*empatía*” suma 119. (Ver cuadro Nº 2)

A continuación se muestran los datos tabulados antes y después de las ponderaciones de cada dimensión.

**Gráfica N° 1: Porcentaje de brechas entre expectativas y percepciones de cada dimensión antes de las respectivas ponderaciones para el Hospital número 1**



Dimensión 1 Elementos tangibles, bienes materiales: 32%

Dimensión 2 Fiabilidad/Confiabilidad: 22%

Dimensión 3 Capacidad de respuesta: 17%

Dimensión 4 Seguridad: 16%

Dimensión 5 Empatía: 12%

#### Dimensión 1 Elementos tangibles y bienes materiales

Los resultados obtenidos mostraron que esta dimensión es la que presenta mayor brecha entre las expectativas y percepciones de los usuarios (32 %), la cual se explica, por la mayor brecha en relación a las instalaciones físicas y apariencia del hospital.

#### Dimensión 2 Fiabilidad/confiabilidad

En lo que respecta a esta dimensión, la brecha se explica en gran parte porque las decisiones no están centradas en el usuario y en general, los horarios no son respetados, debido a esto, su brecha representa un 22 %.

Consideran que las decisiones se toman de acuerdo a la conveniencia del hospital o de los profesionales que prestan servicios.

### Dimensión 3 Capacidad de respuesta

La brecha es menor que las dimensiones anteriores (17%), la cual se explica porque la atención brindada por el personal médico, enfermeros y técnicos es percibida como buena y se acerca a las expectativas de los usuarios.

### Dimensión 4 Seguridad

En esta dimensión la diferencia entre las expectativas y percepciones (16%) se da porque el personal de la oficina no genera confianza, no demuestran tener un conocimiento cabal de los servicios brindados y tampoco de la normativa vigente.

### Dimensión 5 Empatía

En esta dimensión se cumple con las expectativas de los usuarios ya que el servicio es individualizado y el usuario es identificado por su nombre.

En su gran mayoría los usuarios se mostraron conformes con la atención recibida del médico.

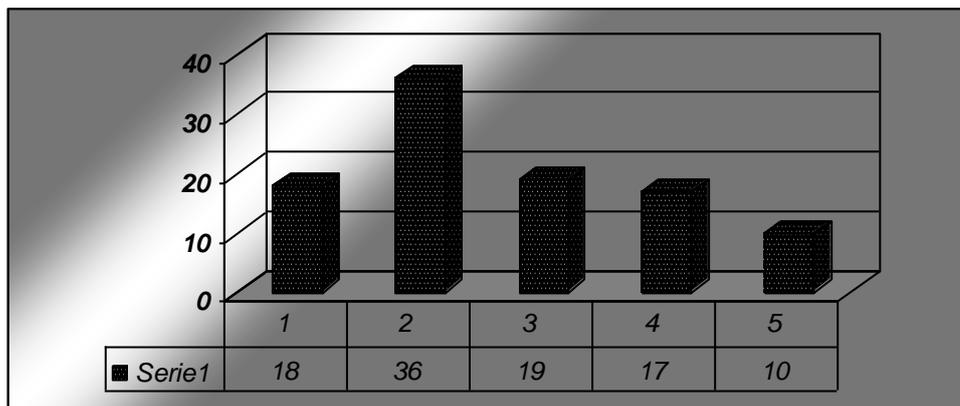
La brecha (12%) se explica porque los horarios no se adecuan a las necesidades a los usuarios.

Si realizamos el análisis basándonos en las ponderaciones de los autores Parasuraman, Zeithaml y Berry<sup>61</sup>, el resultado de las brechas por cada dimensión se ve modificado.

---

<sup>61</sup> Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Calidad Total en la gestión de servicios. Como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A.1993

**Gráfico N° 2: Porcentaje de brechas entre expectativas y percepciones de cada dimensión luego de las respectivas ponderaciones para el Hospital número 1**



Dimensión 1 Elementos tangibles, bienes materiales: 18%

Dimensión 2 Fiabilidad/Confiabilidad: 36%

Dimensión 3 Capacidad de respuesta: 19%

Dimensión 4 Seguridad: 17%

Dimensión 5 Empatía: 10%

Esta alteración se debe a que cada dimensión tiene importancias distintas entre sí, lo que lleva a que luego de ponderar cada brecha por su porcentaje respectivo, las mismas se vean alteradas en su totalidad.

En todos los casos se presentan **brechas** entre las **expectativas** y **percepciones** que poseen los usuarios sobre las respectivas variables, presentándose siempre las percepciones por debajo de las expectativas.

Bajo este análisis la dimensión 2 “*fiabilidad/confiabilidad*”, la que mayor importancia tiene según la ponderación definida, es la que arrojó **mayor brecha** con un 36 % entre las expectativas y percepciones que tienen los usuarios. (Ver

*gráfica N° 2*). Esta mayor diferencia, en que las expectativas superan las percepciones de los usuarios, implica que en esta dimensión se presentan niveles más bajos de calidad en comparación con las restantes dimensiones.

La dimensión 3 "*capacidad de respuesta*" pasa a ocupar el segundo lugar con un 19 %, lo que significa que luego de la dimensión 2 es la que le sigue con el más bajo nivel de calidad.

Manteniendo este análisis vemos que la dimensión 1 "*elementos tangibles y bienes materiales*" en esta instancia pasa al tercer lugar con un 18 %. (*Ver gráfica N° 2*)

Luego le sigue la dimensión 4 "*seguridad*" y dimensión 5 "*empatía*" con un 17% y 10% respectivamente. (*Ver gráfica N° 2*)

### **OBSERVACION**

Si bien la oficina está ubicada en un lugar de fácil acceso, pudimos observar que no resulta del todo adecuado para brindarle al usuario un lugar íntimo y privado, ya que es un lugar muy pequeño y no es un espacio cerrado, sino que por ella transita el personal de la oficina de forma frecuente.

Cuenta con cartelera visible, así como también con folletos donde informan el horario y el detalle de sus servicios.

Con respecto a las instalaciones físicas podemos resaltar que la oficina se encuentra en un sector remodelado, moderno e iluminado por lo cual resulta más atractiva que el resto de las instalaciones.

Pudimos constatar que la encargada de la oficina es una persona muy agradable, con voluntad y buena disposición.

Sin embargo, esta oficina destina gran parte del tiempo de atención a temas administrativos, como son la entrega de día y hora para consultas (denominadas habilitaciones), y no como debería ser, centrando su atención en la detección de necesidades y problemática de los usuarios del hospital.

Al consultar sobre la existencia de manuales de procedimientos la respuesta fue afirmativa, siendo los mismos transparencias que les fueron entregadas en los talleres de capacitación.

## **ANALISIS HOSPITAL 2**

### **Análisis de la entrevista a encargada**

La encargada de la “Oficina de Atención al Usuario”, nos expresó que considera que esta Oficina es una “necesidad” para el Hospital, pero piensa que se creó por mera “formalidad”, sólo a los efectos de dar cumplimiento al Decreto 395/02 que establece la obligatoriedad de crear la “Oficina de Atención al Usuario”.

La misma funciona desde 2002 y depende de la Dirección administrativa del hospital.

### **Objetivos**

En cuanto a los objetivos de esta oficina, la encargada encuentra que uno de los primeros, es “*el poder mirarse a sí mismo*”, saber cuáles puntos se deben reforzar, cuáles cambios serían adecuados y necesarios.

Como expectativas para mejorar su atención, entiende que es necesario que aumente el número de casos que se presentan en la oficina y no en la Dirección como acostumbran algunos usuarios.

También considera que un factor determinante de que presenten o no quejas, es el “*nivel educacional*” de los usuarios, afirma que depende de ello que conozcan sus derechos y obligaciones.

Nos pareció importante la siguiente declaración “*mi teoría es que cuando tú pagaste te quejas sin problemas, una de las metas mías es desterrar eso que uno no paga salud pública*”, ya que considera que es la cultura organizacional de las instituciones públicas que le da a entender al usuario que como es “*gratis*” no se pueden quejar. El “*usuario tiene ese miedo*”, como no paga directamente por los servicios de salud, (como sí se hace a nivel de salud privada) sienten que no pueden reclamar ni cuestionar la atención recibida.

#### Espacio Físico

En relación a la Dimensión 1 “*elementos tangibles y bienes materiales*”, la encargada considera que el espacio es el “*adecuado*”, tiene “*privacidad*” y está “*bien ubicado*”, pero entiende que el horario de atención al público que tiene dicha oficina no se adecua a las necesidades de los mismos, por lo que hace falta que se extienda el horario, ya que actualmente, solo ofrece 6 horas diarias y la atención del hospital es de 24 horas.

Añade además, respecto de la ubicación de dicha oficina, que se encuentra muy alejada de algunas reparticiones que están relacionadas con la misma y con las cuales lo ideal sería que interactuaran diariamente.

#### Medios de comunicación

En relación a los medios utilizados para informar a los usuarios de los servicios que ofrece la oficina, la encargada señala que son “*escasos*”. Si bien existen carteles que indican dónde se encuentra, pero nos explicó que no le permitieron

*“colocar carteles explicando las funciones de la misma”*, lo cual consideraría muy importante. En su opinión, bien informado, todo aquel que tenga alguna *“queja para plantear”*, la debe realizar en la *“oficina”* creada para ese fin, y no presentarla en la Dirección del Hospital directamente como pasa habitualmente, puesto que los usuarios justamente por desconocimiento, consideran que es el lugar adecuado.

#### Procedimientos de quejas y reclamos

Asimismo, la entrevistada afirma que existe un procedimiento para la presentación de una *“queja, reclamo o agradecimiento”*, el mismo consiste en el llenado de un formulario *“pre determinado”*. Éste puede ser llenado por *“el usuario”* o *“la encargada”*; en este último caso, se realiza cuando el usuario no desea escribir, ya sea porque *“ tiene dificultad para hacerlo o teme expresarse mal”*. Posteriormente, lee lo escrito para confirmar que el usuario esté de acuerdo con lo plasmado en el papel, y de ser así, continúa con el trámite.

Se hacen tres copias del formulario, dos las firma el usuario, de éstas, una queda en la oficina para darle seguimiento y la otra se eleva a la Dirección, la tercera vía la firma la encargada, la cual es entregada al usuario como constancia de presentación.

Este formulario debe contener los datos necesarios para realizar el trámite, a saber: fecha, explicación o desarrollo del caso y firma de la persona que presenta la misma.

#### Indicadores de satisfacción

La encargada nos cuenta además que en la oficina no se llevan estadísticas. Llama la atención el pequeño número de casos presentados, un promedio mensual de 40 casos entre los que se presentan reclamos y otras consultas.

Tampoco se llevan indicadores para medir la satisfacción de los usuarios. Pero nos explicó que como una inquietud personal, ella ha planteado a la Dirección del Hospital la necesidad e importancia de realizar encuestas a los usuarios para obtener la percepción de los mismos, pero *“no lo han aceptado”*.

Debido a ésto, la oficina de este Hospital no tiene información ni indicadores que muestren cómo se están llevando a cabo las tareas dentro del hospital y cuál es el nivel de satisfacción de los usuarios respecto de las mismas.

### Capacitación del personal

En relación a los requisitos necesarios o perfil para ocupar el cargo en la oficina la encargada considera que el perfil adecuado es de una persona que *“debería transmitir confianza y seguridad”*, para lo cual, debe ser *“simpática”*, debe saber *“manejar la información y no divulgarla”*, y que no cree que sea tan importante tener conocimientos como pueden ser de *“computación”*.

Hizo hincapié además, en que *“es necesario cambiar el pensamiento de que pueda existir represalia si se presenta una queja”*.

En este hospital la capacitación que tuvo se llamó: *“Formador de formadores”*. La idea era que concurriera algún integrante de los diferentes sectores del hospital. El mismo fue dictado por el doctor Suárez, en la Facultad de Psicología, pero no era un curso específico para la oficina. Hubo varios talleres pero solo asistieron 17 empleados.

### Limitaciones

Para el funcionamiento de la oficina se le han presentado varias limitaciones; por ejemplo, cuando por otra necesidad esta oficina no es tomada en cuenta y se la traslada a otro lugar, en función de lo que hace falta en ese momento *“se*

*precisó esta oficina por la gripe famosa, y se puso como una policlinica acá y a mi me llevaron a la dirección administrativa y estuve medio escondida 4 meses”.*

Por último, considera que la oficina implica un cambio favorable, pero que no funciona de acuerdo a lo deseado.

### **Análisis de las encuestas realizadas**

Los resultados obtenidos de las encuestas a los usuarios se muestran a continuación en cuadro número 3:

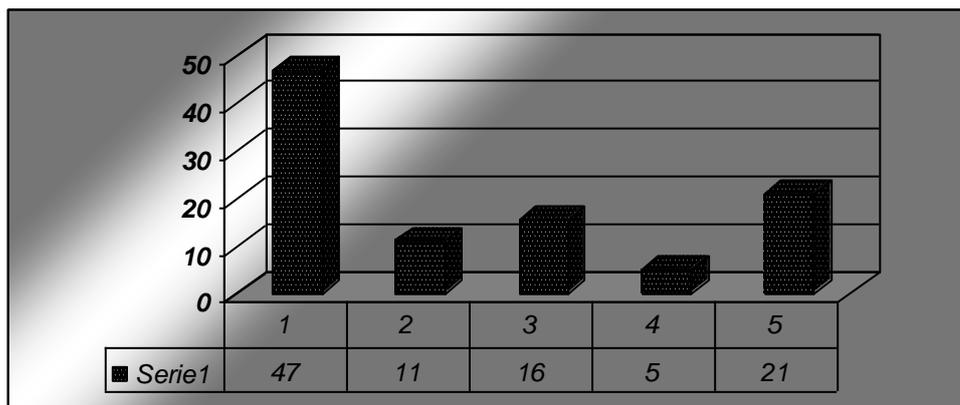
***Cuadro Nº 3: Brecha entre expectativas y percepciones obtenidas de las encuestas Hospital número 2***

Brecha	Dimensiones				
	Bs. Tangibles.	Confiabilidad	Capacidad de respuesta	Aseguramiento	Empatía
Encuesta nº 1	12	3	7	1	6
Encuesta nº 2	7	1	2	0	1
Encuesta nº 3	25	1	6	0	2
Encuesta nº 4	2	3	1	3	2
Encuesta nº 5	29	2	8	5	16
Encuesta nº 6	12	4	6	0	9
Encuesta nº 7	11	1	6	0	8
Encuesta nº 8	5	2	2	0	4
Encuesta nº 9	27	3	10	1	10
Encuesta nº 10	6	3	3	0	4
Encuesta nº 11	7	6	3	0	4
Encuesta nº 12	10	7	5	2	4
Encuesta nº 13	21	3	6	1	6
Encuesta nº 14	20	5	2	3	7
Encuesta nº 15	15	5	3	5	2
Encuesta nº 16	10	3	5	2	6
Encuesta nº 17	15	3	4	1	7
Encuesta nº 18	12	2	3	0	10
Encuesta nº 19	11	3	3	2	6
Encuesta nº 20	10	4	3	3	5
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>64</b>	<b>88</b>	<b>29</b>	<b>119</b>

Para la Dimensión 1 “*bienes tangibles y elementos materiales*” el resultado de la brecha es de 267; la Dimensión 2 “*fiabilidad/confiabilidad*” es de 64; la Dimensión 3 “*capacidad de respuesta*” es de 88; la Dimensión 4 “*seguridad*” es de 29 y la de la Dimensión 5 “*empatía*” suma 119. (Ver cuadro N° 3)

A continuación se muestran los datos tabulados según las respuestas obtenidas por parte de los usuarios encuestados; *gráfica número tres y gráfica número cuatro*:

**Gráfica N° 3: Porcentaje de brechas entre expectativas y percepciones de cada dimensión antes de las respectivas ponderaciones del Hospital número 2**



Dimensión 1 Elementos tangibles, bienes materiales: 47%

Dimensión 2 Fiabilidad/Confiabilidad: 11%

Dimensión 3 Capacidad de respuesta: 16%

Dimensión 4 Seguridad: 5%

Dimensión 5 Empatía: 21%

Dimensión 1 *Elementos tangibles y elementos materiales.*

Los resultados obtenidos, al igual que en el Hospital 1 mostraron que esta dimensión es la que presenta mayor brecha entre las expectativas y percepciones de los usuarios con 47%, la cual se explica, por la mayor brecha arrojada en relación a la instalaciones físicas, ya que no resultan atractivas y tampoco existe la señalización adecuada. Tampoco cuentan con folletos y carteles con información de las funciones. Manifestaron haberse “perdido muchas veces y demorar mucho tiempo en buscar reparticiones”.

Respecto a las instalaciones del hospital, los usuarios manifestaron como una necesidad *“individualizar las salas de internación”* y *“aumentar el número de sábanas y frazadas”*.

Pese a que las instalaciones no resultan óptimas, consideran que *“los equipos son modernos y adecuados para brindar diagnósticos”*.

Dimensión 2 *Fiabilidad \Confiabilidad*

Esta dimensión representa un 11% y surge principalmente por incumplimiento de los horarios. Algunas personas manifestaron *“esperar más de dos horas para ser atendidos”* y esto no se daba en una especialidad, sino en varias.

Dimensión 3 *Capacidad de respuesta*

La brecha de 16% se explica en mayor proporción porque el lapso que pasa desde que se solicita día y hora para una consulta y el día que lo atienden *“pasa mucho tiempo”*, los usuarios también remarcaron la lentitud para desarrollar el servicio.

La percepción con respecto a la atención brindada por el personal médico, enfermeros y técnicos es buena, y se acerca a las expectativas de los usuarios.

#### Dimensión 4 Seguridad

En esta dimensión la diferencia entre expectativas y percepciones es muy pequeña (5%), sólo por el hecho de que la mayoría de los usuarios entrevistados no habían hecho uso de la oficina.

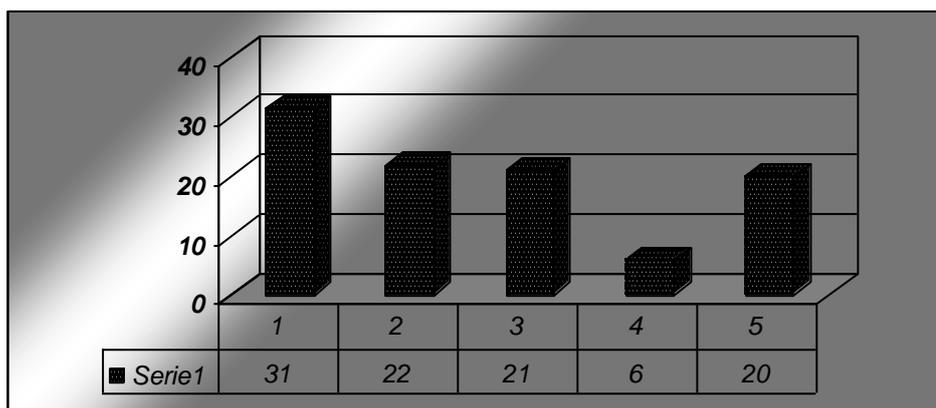
#### Dimensión 5 Empatía

En esta dimensión, la brecha ocupa el segundo lugar (21%), y se explica porque los horarios no se adecuan a las necesidades a los usuarios.

Los usuarios remarcaron que los horarios para nada se acercaban a sus necesidades ya que *“no se respeta si trabaja o vive lejos”*.

Luego de las ponderaciones las brechas sufrieron alteraciones.

**Gráfico Nº 4: Porcentaje de brechas entre expectativas y percepciones de cada dimensión luego de las respectivas ponderaciones del Hospital número 2**



Dimensión 1 Elementos tangibles, bienes materiales: 31%

Dimensión 2 Fiabilidad/Confiabilidad: 22%

Dimensión 3 Capacidad de respuesta: 21%

Dimensión 4 Seguridad: 6%

Dimensión 5 Empatía: 20%

Bajo este análisis, observamos que en el caso de los “*elementos tangibles y materiales*” luego de las ponderaciones el porcentaje fue menor (31%), pero continúa siendo la brecha mayor entre las expectativas y percepciones.

Las que le siguen con niveles de calidad más bajos, son las dimensiones 2,3 y 5 “*confiabilidad (22%), capacidad de respuesta (21%) y empatía*”, con un 20%.

En el caso de la dimensión 4 “*seguridad*” es la que menor brecha arroja, con un 6%. Aquí la brecha fue menor debido a que como mencionamos anteriormente, la mayoría de los usuarios encuestados no habían hecho uso de la misma o no la conocían.

### **OBSERVACION**

En este hospital, observamos que la cartelería que indica los diferentes sectores del hospital está correctamente señalizada con diversos colores como se muestra a continuación.



Sin embargo, en este caso la oficina, aunque se encuentra en un lugar accesible, si no se ingresa por la puerta principal resulta difícil encontrarla, ya que el único cartel que existe está en la puerta de la oficina y es en blanco y negro, por lo que resulta poco llamativo, como se muestra a continuación.



En relación al horario de atención existen inconsistencias entre la información que se brinda en la página Web [http://www.asse.com.uy/uc\\_2396\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_2396_1.html) (8:00 a 14:00 hs.) y “el cartel” que figura en la puerta de la oficina (9:00 a 15:00 hs).



Pudimos constatar que la encargada de la oficina es una persona muy agradable, con voluntad y buena disposición.

De las personas encuestadas ninguna tenía en claro cuál era la función de la oficina e incluso creían que era para retirar medicamentos o para pedir hora para consultas.

Constatamos que dependiendo de la edad que tuviera las personas entrevistadas la brecha era más grande o más chica.

Las de mayor edad se mostraron más conformes con el servicio y opinaron que existía por parte del cuerpo médico gran interés de atender sus necesidades.

Nos llamó la atención, en varias oportunidades, que las personas nos expresaron no entender cuáles eran los usuarios, si los pacientes o el cuerpo médico. Lo que explica el bajo nivel de comprensión de los usuarios de este centro hospitalario.

### **ANALISIS HOSPITAL 3**

#### **Análisis de la entrevista a la Directora**

Con relación a la importancia que se le atribuye a la Oficina de Atención al Usuario, la Directora del Hospital manifiesta que la misma es considerada una “necesidad”, más que como una “formalidad”, pese que en realidad, recién ha tomado mayor significado o importancia con el Decreto 395/02.

Como bien cita la Directora, *“el Ministerio le atribuye competencias especiales a la Oficina de Atención al Usuario, pero no están claramente definidos los perfiles y competencias del cargo y de las personas que ocupan el mismo”*, y es por eso, que considera que éstas son algunas de las limitaciones que se le plantean a la hora de *“optimizar la oficina”*, y muchas veces, aun cumpliendo con los requisitos respecto del *“lugar”*, quedan *“vacías de contenido”* puesto que no llegan a cumplir con los objetivos o necesidades primarias.

El hospital no parte de *“cero”*, sino que ya contaba con un espacio pensado para el usuario, lo que significa que ya se había detectado una necesidad de cambiar. Ya se dio el primer paso, pero aún falta para lograr los objetivos propuestos, conseguir que la oficina reúna las competencias para brindar un servicio que

verdaderamente solucione los problemas o inquietudes presentados por los usuarios.

En relación a la importancia que tiene esta *oficina* para el Hospital, la Directora nos cuenta que se creó la “Oficina de Atención al Usuario” que depende del Director Administrativo, y otra oficina que depende directamente de la Dirección del Hospital, por una cuestión de *“tamaño de la organización, cobertura, realidad y necesidad”* del hospital.

Asimismo, en muchas ocasiones, cuando los problemas no pueden ser resueltos en las respectivas Oficinas de Atención al Usuario, concurren directamente a la Dirección para buscar solución a las inquietudes o problemas.

#### Espacio Físico

En relación a la Dimensión 1 “bienes tangibles y elementos materiales”, considera que la ubicación de la Oficina no es buena ni la mejor, hay mucha gente que pregunta “¿dónde queda la oficina de atención al usuario?”.

Si bien ya contaban con un espacio creado para atender al usuario, el objetivo era crear o modificar el actual por un lugar en el que se pueda atender al usuario de una manera más personalizada. A partir del 2005 se inicia un nuevo camino, con una perspectiva nueva en *“ pos de mejorar la calidad de atención al usuario”*.

Si bien ya contaban con un espacio creado para atender al usuario, el objetivo era crear o modificar el actual por un lugar en el que se pueda atender al usuario de una manera más personalizada. A partir del 2005 se inicia un nuevo camino, con una perspectiva nueva en *“ post de mejorar la calidad de atención al usuario”*.

### Medios de Comunicación

Existen carteles con flechas, que se pueden describir como modernos. En principio se podría decir que están bien ubicados y señalan claramente la localización de las diferentes oficinas. Sin embargo la oficina de atención al usuario no está señalizada por lo cual los usuarios *“tienen que preguntar dónde queda”*.

La manera de informar a la gente de la existencia de esta oficina es por medio de la web y por demanda; esta última se materializa cuando alguien se queja a una enfermera por ejemplo, y ésta la envía a la Oficina de Atención al Usuario.

### Capacitación del personal

Actualmente hay un grupo de personas que trabaja para mejorar los problemas que tienen que ver con el acceso a los servicios, pero reconoce que *“no es una oficina ejecutiva”* que le pueda solucionar problemas al usuario.

En relación a los funcionarios de la oficina, por una cuestión de *“historia institucional”*, nos revela que siempre fue desempeñado por *“voluntarias”* del hospital que prestan ayuda en todo lo que tiene que ver con la preparación de material y distribución del mismo en salas y otras tareas relacionadas a la atención al usuario.

Considera a su vez, que el personal no está capacitado en las competencias relativas a la *“atención al usuario”*. Se han capacitado en otros temas para brindar el primer apoyo, como abordar el problema y saber a dónde derivarlos.

En resumen, podemos notar que hay un gran interés y conciencia por parte de la Dirección acerca de la necesidad e importancia de una oficina, expresión de voluntad de mejorar la atención al usuario, pero reconoce que aún tiene varias carencias o deudas, como lo son el *“espacio o lugar físico definido”*, la *“capacitación del personal”* y la definición del *“perfil para el cargo”*.

Las tareas son realizadas por personal que no fue capacitado y seleccionado específicamente para ese perfil, y muchas veces, es redistribuido por problemas a otro lugar diferente, porque no posee las competencias críticas para desempeñar el cargo que le asignaron (enfermería, estadísticas), y terminan en la “Oficina de Atención al Usuario”, por considerar a ésta última, un lugar estable.

#### Procedimiento de quejas y reclamos

Un reconocimiento importante que hace la Directora, es que la mayor parte de las quejas son por problemas de relación médico-paciente, por sentirse mal tratado por el personal médico. Podemos decir que, hay una creencia implícita en el público o usuarios que hace uso de los servicios de salud del Hospital, que el médico es superior, es el que tiene la verdad y “el salvador”, por lo cual se crea una relación condicionada, con miedos por parte del paciente y sin posibilidad de opinar, discutir o no estar de acuerdo en alguna cuestión. Nos parece importante resaltar que de esta exposición, surge que estamos frente a usuarios que desconocen sus derechos.

En lo que tiene que ver con la documentación de las quejas, reclamos y demás, existen formularios para realizar los descargos correspondientes, pero no se ha desarrollado “*la pericia para saber qué hacer con ellos*”, hay un procedimiento burocrático. Existe un procedimiento establecido para las quejas, con el fin de separar las que son de índole *institucional* “quejas porque no les sirve el horario”, y por otro lado, las que tienen que ver con *la calidad en la prestación del servicio*.

La expectativa de la Directora del Hospital es que esta oficina “*resuelva los problemas*”, y que no se repitan más las mismas quejas, sino que se protocolicen.

En un Comité de Gestión están trabajando un grupo de personas para buscar la raíz del problema, pero reconoce que han encontrado grandes dificultades para llegar al final del proceso, en ese aspecto que considera que “han fracasado”.

Dentro de las limitaciones principales que señaló la Directora para cumplir con los objetivos de la “Oficina”, *remarcó la falta de personal capacitado. “Hay un compromiso organizacional, y es un cambio de paradigma también que la gente o usuarios participen de la atención de su salud, que participen activamente, en reconocer y exigir sus derechos. Le cuesta a la gente y más que a nadie a la institución, considerar que el usuario tiene derechos.”*

Como se refirió anteriormente la Directora, en el Hospital se han realizado muchos cambios que hacen a la “calidad de la atención”. *Algunos de los ejemplos son el “acompañamiento al parto”, ya que había “grandes dificultades en lograr que los médicos aceptaran que el acompañante entrara al parto”, por una cuestión de que lo juzguen, o simplemente, el miedo a que “el acompañante se desmaye”.*

Hay una búsqueda de cambio de pensamiento; antes tenía “*el poder unilateral el Doctor, y lo que él decía*”, *hacían esperar al paciente, y primaban los derechos del “doctor”.*

Una afirmación de la Directora, que nos pareció relevante en lo que hace a la “Atención del Usuario”, es que considera que la “Cultura Organizacional” es parte del proceso de cambio, están tratando mucho el cambio de mentalidad, hay un “*cambio de paradigma en la salud*”.

Nos cuenta además que hay un “*paradigma institucional*” muy fuerte de la institución que viene de muchos años, según el cual allí se “*atendía a los pobres*” y de “*forma gratuita*”, y eso no es así. “*No solo se hacía una atención de segunda, para ciudadanos de segunda, donde existía el más fuerte de los paradigmas de médico hegemónico*”, *ya que se ejercía la docencia sobre esos*

*pacientes. El problema del paciente era “secundario”, y lo principal era que aprendiera el médico. No se respetaba la intimidad del paciente. “Esta contradicción entre los paradigmas, no se dejan ni se cambian por la ley del SNIS”.*

*Como mensaje final, nos dice la Directora, “sin duda hay que cambiar, lo exige el SNIS, estamos de acuerdo, y es lo que creemos que es lo mejor para la atención de las personas, pero como en todo cambio no puedo sacar a las personas que tenía antes y poner capacitadas”.*

### **Análisis de las encuestas**

Si bien la muestra definida en el presente estudio comprende una encuesta a 20 usuarios, 15 de ellos desconoce la existencia de la Oficina de Atención al Usuario. Por tal motivo no respondieron las preguntas referidas a esta Oficina.

A continuación presentamos los resultados obtenidos de las encuestas realizadas:

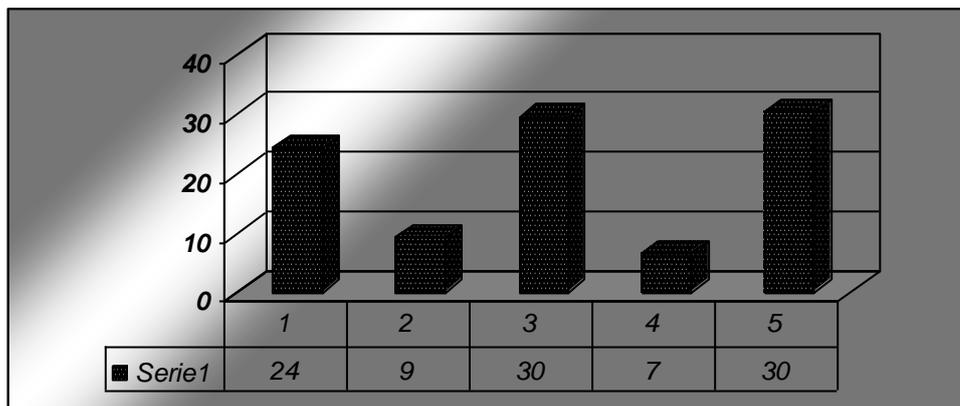
**Cuadro N° 4: Brecha entre expectativas y percepciones obtenidas de las encuestas para el Hospital número 3**

Brecha	Dimensiones				
	Bs. Tangibles.	Confiabilidad	Capacidad de respuesta	Aseguramiento	Empatía
Encuesta n° 1	13	2	5	0	5
Encuesta n° 2	1	1	1	0	5
Encuesta n° 3	4	1	7	0	5
Encuesta n° 4	4	1	9	0	4
Encuesta n° 5	0	2	8	0	6
Encuesta n° 6	3	1	8	0	6
Encuesta n° 7	4	1	0	0	0
Encuesta n° 8	7	3	6	0	10
Encuesta n° 9	4	2	7	0	7
Encuesta n° 10	3	0	10	0	14
Encuesta n° 11	2	3	6	0	3
Encuesta n° 12	4	2	4	0	7
Encuesta n° 13	2	0	6	0	4
Encuesta n° 14	1	0	6	0	9
Encuesta n° 15	5	0	4	0	5
Encuesta n° 16	2	2	8	0	5
Encuesta n° 17	13	4	5	8	7
Encuesta n° 18	4	5	7	6	9
Encuesta n° 19	14	3	5	6	4
Encuesta n° 20	7	4	2	6	6
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>37</b>	<b>114</b>	<b>26</b>	<b>121</b>

Para la Dimensión 1 “*elementos tangibles y bienes materiales*” el resultado de la brecha es de 97, la Dimensión 2 “*fiabilidad/confiabilidad*” es de 37, la Dimensión 3 “*capacidad de respuesta*” es de 114, la Dimensión 4 “*seguridad*” y de la Dimensión 5 “*empatía*” suma 121. (Ver cuadro N° 4).

A continuación se muestran los datos tabulados antes y después de las ponderaciones de cada dimensión (gráfico N° 5 y 6).

**Gráfico N° 5: Porcentaje de brechas entre expectativas y percepciones de cada dimensión antes de las respectivas ponderaciones para el Hospital número 3.**



Dimensión 1 Elementos tangibles, bienes materiales: 24%

Dimensión 2 Fiabilidad/Confiabilidad: 9%

Dimensión 3 Capacidad de respuesta: 30%

Dimensión 4 Seguridad: 7%

Dimensión 5 Empatía: 30 %

Dimensión 1 Elementos tangibles y bienes materiales.

Los resultados obtenidos, mostraron que esta dimensión se encuentra en tercer lugar (24%), a diferencia del hospital 1 y 2 que ocupa el primer lugar.

La brecha se explica por la disconformidad respecto a las instalaciones físicas del hospital. En lo que tiene relación a folletos y publicidad de la oficina no se obtuvo información, ya que el 75% de los usuarios encuestados no la conocen.

Dimensión 2 Fiabilidad/Confiabilidad

En esta dimensión, la brecha del 9% corresponde en cierto grado, a la insatisfacción de los usuarios encuestados respecto a los tiempos de espera y los horarios de atención que ofrece el hospital, ya que en relación a la atención y

tiempos de la oficina, no respondieron debido a que no han hecho uso de la misma.

### Dimensión 3 *Capacidad de respuesta*

Esta dimensión presenta una brecha (30%) ocupando el primer lugar con la dimensión *empatía*. La diferencia entre expectativas y percepciones se debe en gran parte a que los usuarios están desconformes con el trato del médico en la relación médico-paciente. Esta brecha condice con lo manifestado por la Directora en la entrevista en relación a las quejas recibidas, las cuales en su gran mayoría se deben al trato del médico en la consulta.

### Dimensión 4 *Seguridad*

En esta dimensión la diferencia entre expectativas y percepciones es muy pequeña (7%), por el hecho de que sólo el 25% de los encuestados respondió a las preguntas por no conocer la oficina ni su funcionamiento.

### Dimensión 5 *Empatía*

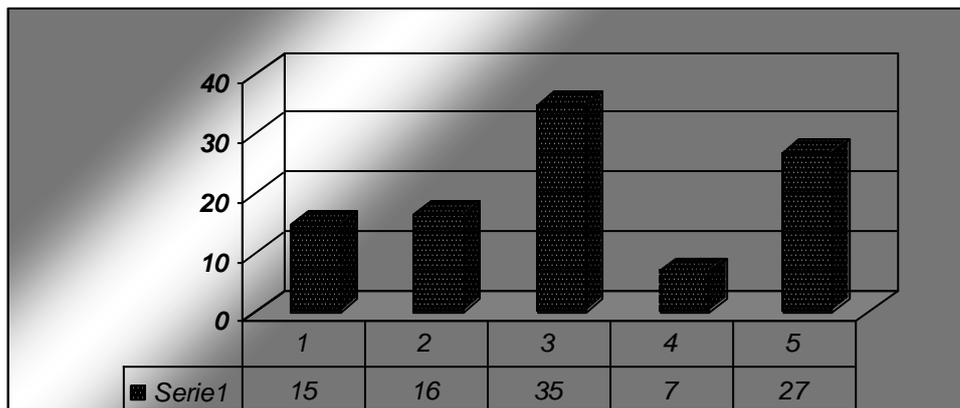
En esta dimensión, la brecha es del (30%), y se explica porque los horarios no se adecuan a las necesidades a los usuarios, ocupando también el primer lugar con la dimensión 3.

Si efectuamos el análisis basándonos en las ponderaciones de los autores Parasuraman, Zeithaml y Berry<sup>62</sup>, el resultado de las brechas por cada dimensión se ve alterado.

---

<sup>62</sup> Calidad total en la gestión de servicios, ediciones Díaz de Santos SA, 1993, Parasuraman, Zeithaml y Berry.

**Gráfico Nº 6: Porcentaje de brechas entre expectativas y percepciones de cada dimensión luego de las respectivas ponderaciones para el Hospital número 3.**



Dimensión 1 Elementos tangibles, bienes materiales: 15%

Dimensión 2 Fiabilidad/Confiabilidad: 16%

Dimensión 3 Capacidad de respuesta: 35%

Dimensión 4 Seguridad: 7%

Dimensión 5 Empatía: 27%

Bajo este análisis, observamos que la dimensión 3 “capacidad de respuesta”, luego de las ponderaciones continúa ocupando el primer lugar. Ampliándose la diferencia aún más, debido a que es la dimensión que posee mayor importancia de acuerdo a la ponderación asignada por los autores Parasuraman, Zeithmal y Berry.

La dimensión que le sigue con nivel más bajo de calidad es la dimensión “empatía” pasando de 30% a un 27%, ocupando el segundo lugar.

En cambio, la dimensión “*fiabilidad/confiabilidad*” aumentó su valor considerablemente, quedando con un 16% debido a que es la segunda dimensión con mayor importancia.

Por otra parte, la dimensión “*elementos tangibles y bienes materiales*” bajó de un 24% a un 15% como consecuencia de ser la dimensión con menor ponderación.

Por último, la dimensión “*seguridad*” mantiene su nivel en un 7%.

### **OBSERVACION**

En este hospital encontramos que los propios funcionarios del hospital desconocían la oficina. Luego de reiteradas preguntas nos informaron que la oficina ya no funcionaba desde hace un tiempo. Se trataba de una oficina de atención al usuario conducida por voluntarias “*mujer como una mujer*”; igualmente cabe aclarar que la misma no gestionaba reclamos, ni quejas, sino que promovía la participación e integración de los usuarios.

Esto explica el alto porcentaje de los usuarios encuestados que manifestaron no conocer la oficina. Podemos agregar además, que debimos concurrir en varias ocasiones para proveernos de esta información, ya que nos fue muy difícil de acceder a la misma.

En este hospital, pudimos observar que los carteles que indican los diferentes sectores del hospital están correctamente detallados y señalizados en carteles con diferentes colores como se muestra a continuación.



## **Análisis de la entrevista desde la perspectiva del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada**

Es un movimiento social autónomo, a partidario, laico y democrático que toma como área temática todo lo relacionado con la salud del paciente. Considera la salud como un derecho esencial, como un derecho del usuario a participar en las decisiones, a discutir sobre las políticas, gestión y financiamiento de la atención de la salud.

Comienza a trabajar en junio del 2005 luego de que, el gobierno del Dr. Tabaré Vázquez, instrumentara la reforma de la salud donde se plantea que el usuario va a tener una participación diferente, pasando de ser un usuario pasivo a ser un usuario activo.

El Movimiento comenzó a funcionar en Montevideo, y luego se extendió a los 19 departamentos. Se reúne mensualmente y esta integrado por 19 titulares y 19 suplentes.

### **Objetivos**

El movimiento tiene como objetivos, lograr un sistema equitativo de prestaciones, participar en las decisiones y promover conductas preventivas.

Busca defender los derechos de los usuarios, sus intereses y sus necesidades; todo lo que respecta a sus requerimientos. *"El papel nuestro es salir a recorrer, informar para que la gente sepa cuáles son sus derechos"*.

Según el entrevistado, el objetivo principal del Movimiento es dar una mirada micro a los aspectos que contribuyen a mejorar la atención del usuario.

*"Vemos los aspectos más chicos, aspectos micro que a veces la autoridad no los ve"*.

Poseen conocimientos de las leyes que es lo *"macro"* así como también de lo *"micro,"* que son los usuarios; por lo que constituye una parte muy importante del sistema, integrando y mediando entre las dos partes, logrando de esta forma disminuir las distancias entre los usuarios e Instituciones de Salud.

#### Procedimientos de quejas

Para elevar una queja, los usuarios deben presentar la misma por escrito en la *Oficina de Atención al Usuario* de la Institución de Salud correspondiente y enviar una copia al Movimiento.

De esta forma, este realiza un seguimiento de la misma, y controla que el usuario reciba una respuesta dentro de los plazos establecidos.

#### Medios de comunicación

El entrevistado considera que la oficina no ha sido lo suficientemente difundida y que mucha gente desconoce su existencia (función que le compete al MSP), *"hay mucha gente que ni sabe de la existencia de la oficina"*.

### Limitaciones

El encargado nos expresó que existen varias limitaciones con las que se encuentra el Movimiento a diario. Una, es la oposición que existe de parte de diversos grupos y menciona el ejemplo de corporaciones médicas que se resisten a que se desarrolle la reforma, ya que se ven perjudicados.

Otra limitación es el miedo al médico, *“el médico con su túnica blanca es como un Dios”*, les inspira respeto y el temor a que haya represalias. Esto tiene lugar por lo general en localidades del interior del país, donde la mayoría de los habitantes se conocen. El miedo resulta el factor que más incide, generando que el usuario evite presentarse ante algún inconveniente.

Cuando le consultamos si existía *conformidad* respecto de la *Oficina de Atención al Usuario*, su respuesta fue negativa. Considera que mucha gente no tiene conocimiento de su existencia; los funcionarios de la oficina no tienen horarios o no los cumplen, así como tampoco tienen la actitud apropiada para escuchar y atender a los pacientes.

Los aspectos que considera importante para mejorar no son sólo de la Oficina de Atención al Usuario. Se necesita un cambio organizacional; del cual expresa: *“ese cambio está instrumentado hoy en un papel, llevar ese papel a la realidad no es fácil”*, haciendo referencia a que existen leyes y manuales de procedimientos, pero la realidad es que son muy difíciles de llevar a la práctica y de hacer que se cumplan.

El principal problema es que la *cultura organizacional existente es fuerte*, lo cual dificulta la implementación de cambios: *“Las leyes están, lo difícil es hacer que se cumplan”*.

El Movimiento busca reivindicar la salud como un derecho humano fundamental, fortaleciendo el rol del usuario. Busca un cambio en el pensar y accionar de los ciudadanos, que no sea solamente el gobierno quien decida, sino que los usuarios intervengan en las decisiones defendiendo sus derechos.

### **Análisis de la entrevista a la Asociación de Usuarios del Sistema de Salud, ADUSS.**

La Asociación de Usuarios del Sistema de Salud (ADUSS), es una organización no gubernamental que comenzó a funcionar hace 18 años, cuando se reunieron un grupo de personas formando la primera comisión. La misma cuenta con su propio estatuto y directiva, la cual se elige cada dos años.

#### Objetivos

Según las respuestas obtenidas de la entrevista, el objetivo de la Asociación es *“pura y exclusivamente mediar entre, los problemas de la gente y las Instituciones de salud”*.

La persona entrevistada manifestó que la asociación busca no sólo recibir quejas, reclamos o inquietudes, sino *“hablar los problemas de la gente con la Institución y cambiar para que no vuelvan a suceder”*. Mencionó también; *“Nuestra función es colaborar para que nuestro sistema sea el mejor, lo más humano posible, que los médicos no trabajen a la defensiva, sino que pongan su mejor actitud.”*

Entiende que para brindar un buen servicio de atención al usuario, se debe partir de las personas, considerando el aspecto humano como parte fundamental del servicio.

### Procedimientos de Quejas

En primer lugar, se eleva una carta a la Asociación manifestando el problema; posteriormente se envía una copia a la Institución de Salud con la cual el usuario aduce haber tenido el problema. El damnificado queda a la espera de una respuesta por parte de la Institución.

Esta debe responder dentro del plazo máximo de 90 días desde la presentación de la solicitud (Decreto 395/02 Art. 15). Si la respuesta es considerada no satisfactoria por el usuario; ADUSS como representante de éste, llama a la Institución y gestiona una entrevista con el encargado de la sección correspondiente.

Cómo última instancia, en el caso que la respuesta obtenida de la entrevista con la Institución de Salud no satisfaga al usuario, el problema es elevado al MSP, y es la Asociación quien se encarga de hacer seguimiento al trámite para luego informar al usuario.

Según palabras de la entrevistada: *“Se trata de ayudar a la persona que se dirige a la Asociación, contribuyendo también con un apoyo social y humano, se escucha a la persona que tiene el problema”.*

### Capacitación del personal

Con relación a los integrantes de la Asociación, se recibe apoyo de pasantes de Universidades que desarrollan sus primeras experiencias y por otro lado también se recibe colaboración de profesionales amigos, en muchos casos son personas que se jubilaron y prestan ayuda a la Asociación cuando se les requiere.

*“Se trabaja entre otros, con pasantes de Universidades, de la carrera de Psicología ellos serían quienes apoyan la función del centro de atención ADUSS mediante pasantías”.*

Muchos de los usuarios no pueden acceder a una terapia en el ámbito privado, concurriendo a la Asociación para ser atendidos por los psicólogos, los cuales brindan sus servicios sin costo alguno (durante las primeras sesiones); para luego hacerlo a un bajo costo.

Cabe destacar que, la Asociación cuenta con un banco de datos que contiene información estadística de las personas que se dirigieron al centro de atención para plantear su problema o queja, así como también, la cantidad de casos que fueron resueltos.

### **Análisis de la entrevista a uno de los encargados de la Oficina Central de Atención al Usuario de ASSE**

Realizamos una breve entrevista a uno de los encargados de la Oficina Central de Atención al Usuario de ASSE, de la cual obtuvimos los siguientes datos:

Esta oficina, es la central de las Oficinas de ASSE, recogen información y necesidades de todo el país para luego actuar en consecuencia y mejorar la atención.

ASSE cuenta con 1.200.000 usuarios y es cuatro veces más grande que la mutualista con más afiliados. A consecuencia de ello, se encuentra desbordada, pero está cambiando su formato asistencial.

El entrevistado nos expresó que con la creación de la oficina se buscó ser “reactivo” a la normativa, pero posteriormente los directores tomaron conciencia de la importancia de la misma y buscaron que la misma sea orgánica.

Los usuarios acuden a esta oficina porque no tienen conocimiento que existe una en su hospital.

### Objetivos

El principal objetivo es que el usuario sea el protagonista.

Debido a la cantidad de usuarios es necesario que la información esté descentralizada, para ello se busca proveer a las diferentes Oficinas de Atención al Usuario de equipamiento adecuado, personal capacitado e información para que ellas mismas puedan resolver las diferentes situaciones que se les plantean.

Crear criterios de actuación de forma de que todas las oficinas actúen de la misma manera, funcionar en red con todas las oficinas del país y lograr tener una norma única común.

### Espacio Físico

Destaca que es un aspecto muy importante para que el usuario se sienta cómodo.

### Medios de comunicación

Se está recogiendo información del país para realizar la “Guía del Usuario”, en la que se va a detallar los servicios que se brindan en los diferentes Departamentos, va a incluir días y horarios de las diferentes especialidades en todo el país. Les está llevando mucho tiempo porque justamente, ningún centro de atención contaba con la información. Afirma además que ningún centro de salud privada cuenta con una guía para el usuario, antes había, pero se dejó de hacer.

El objetivo de ésta guía es que sea publicada en la página Web, y que cada encargado de la oficina de atención al usuario tenga una, de modo de brindar una “orientación al usuario”.

En cuanto a los folletos, nos expresó que era su idea que en un futuro existieran en todos los hospitales, ya que el usuario al no conocer la oficina y preguntar *“hacen perder tiempo a dos personas”*, por un lado a él mismo y por otro a la persona que le pregunta.

La cartelería considera que no está actualizada y no es la adecuada.

#### Procedimiento de quejas y reclamos

En general reciben consultas por teléfono, para lo cual anotan el número telefónico del usuario y posteriormente se le hace una devolución.

Se trata de consultas rápidas que no se toma nota, por ejemplo reclaman que no le han agendado una consulta o una intervención quirúrgica, o que no le entregaron los medicamentos.

*“Tratamos de darle una devolución con la que quede satisfecho, alguien se la tiene que dar”.*

#### Indicadores de satisfacción

La idea es que cada oficina tenga sus propios registros. Actualmente no existen debido a la falta de recursos.

#### Capacitación del personal

Considera que las oficinas del país no están provistas del personal adecuado para cumplir de forma correcta los objetivos. La persona encargada debe ser una *“persona especial”*, refiriéndose a que debe tener un perfil adecuado, información y capacitación para manejarse de forma independiente, se necesitan *“verdaderos profesionales en el área”*.

Se busca que la atención sea homogénea, para lo cual deben capacitar al personal para que pueda resolver. Actualmente se cuenta con personal que fue elegido *“a criterio de quien lo eligió”*.

ASSE creó un módulo de capacitación para tener los conceptos básicos a nivel público, pero todavía no se ha podido implementar.

Considera que es necesaria la reeducación para que el personal no tenga una actitud pasiva, sino por el contrario, que busquen resolver problemas de los usuarios que se plantean diariamente.

### Limitaciones

Una de las limitaciones que encuentra es que consideran al personal de atención al usuario como *“el malo de la película”*. Sin embargo, expresa que *“el usuario ya no tiene miedo, está cambiando, no se queda conforme y reclama”*. En muchos casos dice que no presentan quejas por *“miedo a perjudicar a alguien”*. *“El usuario, de a poco está entendiendo que tiene que exigir”*.

---

Como resumen general del análisis realizado en los 3 hospitales de estudio, estamos en condiciones de poder identificar fortalezas y debilidades que tiene la Oficina de Atención al Usuario de cada hospital.

Es necesario definir en ésta etapa, fortalezas y debilidades.

**Fortalezas** o puntos fuertes son aquellas características o aspectos internos que facilitan o favorecen el logro de los objetivos. Son recursos o destrezas que ha adquirido la organización o algunos servicios que los colocan en una posición ventajosa.

Las **Debilidades** o puntos débiles son características propias que constituyen obstáculos internos al logro de los objetivos. Son aquellos factores en los que la organización o algunos servicios ubican a la organización y/o área de la misma en una posición desfavorable.<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> Material Extraído de: DI MURO, José R. et. Alt., Herramientas para el control y el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud, Montevideo, UNIT, 2001, pp. 47-54)

Los resultados obtenidos para cada hospital se detallan en el cuadro siguiente.

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
<b>HOSPITAL 1</b>		
	Oficina de fácil acceso	Espacio físico para escuchar al usuario posee falta de privacidad
	Buena disposición del personal	No cuentan con indicadores de satisfacción del usuario
	Los usuarios conocen la oficina	No hay manuales de procedimientos
		Formularios de quejas no son numerados
		Reducido horario de atención
		No está definido el perfil para el cargo
		No cuentan con un sistema de información
		Dedican mucho tiempo a trabajo administrativo
<b>HOSPITAL 2</b>		
	Oficina de fácil acceso	Usuarios no saben de su existencia
	Buena disposición del personal	No cuentan con indicadores de satisfacción
	Espacio físico que ocupa la Oficina	No hay manuales de procedimientos
		Formularios de quejas no son numerados
		Reducido horario de atención
		No está definido el perfil para el cargo
		Desproporción entre la dimensión hospital y la oficina de atención
<b>HOSPITAL 3</b>		
		Distancia entre la oficina y el hospital
		No cuentan con indicadores de satisfacción
		No hay manuales de procedimientos
		Formularios de quejas no son numerados
		Reducido horario de atención
		No está definido el perfil para el cargo
		Desproporción entre la dimensión hospital y la oficina de atención

En lo que tiene relación al Hospital 1 identificamos como **fortaleza** que la oficina se encuentra físicamente bien ubicada, ya que si uno ingresa al hospital, la Oficina de Atención al Usuario se encuentra en la entrada de éste, lo que facilita la accesibilidad para los usuarios que hacen uso de ella.

Otra **fortaleza** identificada es la buena disposición del personal que integra la oficina. Constatamos que los integrantes han sido amables para con los usuarios. Del mismo modo, podemos afirmar que la Oficina de Atención al Usuario del Hospital 2 también se encuentra ubicada en un lugar accesible para los usuarios. Es necesario aclarar que si bien su ubicación es buena, el Hospital 2 cuenta con varias puertas para su ingreso, y en tal caso está faltando señalización para llegar a dicha oficina.

Como hemos mencionado en la introducción del presente capítulo, el Hospital 3 comparte la misma Oficina de Atención al Usuario que el Hospital 2.

Para el Hospital 3, la ubicación de la oficina se encuentra apartada del mismo, lo cual constituye una **debilidad**.

En lo que respecta a **carteles de señalización y funciones** de la oficina, podemos decir que sólo el Hospital 1 cuenta con carteles adecuados e información de sus funciones mediante un folleto.

Sin embargo, el Hospital 2 cuenta con “un solo cartel” en la puerta de ingreso a la oficina. Pudimos observar que en los Hospitales 2 y 3, los diferentes sectores y especialidades están señalizados adecuadamente con carteles de colores que resultan amigables para orientar al usuario. En ninguno de éstos está señalada la Oficina de Atención al Usuario.

Las **debilidades** identificadas en este análisis son varias.

En relación al Hospital 1, el espacio físico para escuchar al usuario no es privado. Nos dirigimos a la oficina y conocimos las instalaciones con las que cuenta, así como el espacio que ocupa y en el cual se atiende al usuario.

Esta observación fue compartida por la persona entrevistada.

Ninguna de las oficinas cuenta con indicadores para medir la satisfacción de los usuarios. Tampoco cuentan con manuales de procedimientos.

Los formularios para registrar quejas y reclamos no son numerados, lo que requeriría para mantener un orden y seguimiento de los trámites presentados.

Las dos oficinas tienen horario reducido, según lo manifestado por ambas personas entrevistadas.

En relación a los perfiles definidos para ocupar cargos dentro de la Oficina de Atención al Usuario, en ningún caso están definidos los mismos.

Ambas oficinas carecen de sistemas de registro de la información para el procesamiento de la misma. En el caso del Hospital 1 queda todo anotado en *“papel y cuaderno”* y en el caso del Hospital 2 y 3 tampoco cuentan con sistemas informáticos para procesar información, lo que a su vez impide contar con indicadores de satisfacción.

## **CAPITULO VII**

### **CONCLUSIONES**

A continuación se exponen las conclusiones del estudio realizado en los tres hospitales respecto a la calidad percibida por los usuarios de la Oficina de Atención al Usuario.

Es relevante señalar que estudiamos un sector que está atravesando un proceso de cambio, por lo que el trabajo queda abierto para continuar la investigación.

En primer lugar, podemos decir que los tres hospitales cuentan con una Oficina de Atención al Usuario, como lo establece el Decreto 395/02 en su Capítulo 1 Art. 3º “Todo Servicio de Salud deberá disponer de un Departamento de Atención al Usuario...”.

Se dio cumplimiento a la creación de la oficina en los Hospitales, pero como resultado de nuestro análisis podemos afirmar que no cumple con los objetivos que establece el Art. 3º “...con el fin de informar, orientar, atender, canalizar las resoluciones de las peticiones, reclamaciones o consultas que formulen los usuarios o pacientes, en los términos y plazos que se dispone...”

Para esta afirmación nos basamos en las encuestas, y en la observación que realizamos, ya que un alto porcentaje de usuarios desconoce la existencia de dicha oficina así como también la función que cumple. Esto se reafirma en las palabras del encargado del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada cuando nos expresó: “hay mucha gente que ni sabe de la existencia de la oficina” y del encargado de la Oficina central de Atención al Usuario de ASSE.

A lo anterior agregamos, que dado el flujo de usuarios que tienen a diario estos hospitales, a pesar de que un gran porcentaje están desconformes con la atención, se han registrado muy pocas quejas, lo que nos hace pensar que desconocen el verdadero fin de esta oficina.

En base a lo expuesto, concluimos que la oficina fue creada por “formalidad”, para dar cumplimiento a la norma; no hubo un correcto plan de acción, aunque existe la conciencia de los entrevistados (Directora, Encargadas de la oficina) de que es una necesidad. Consideramos que fue de carácter reactivo a la normativa.

En lo referente a la capacitación del personal, consideramos que no fue la adecuada para el cargo, no fueron capacitados en las competencias relativas a la “atención al usuario”, ni tampoco hubo reclutamiento de personal con el perfil y competencias necesarias para el puesto con aptitudes específicas para tratar a las personas del público.

Así también lo expreso el encargado de la oficina de atención al usuario de ASSE; los funcionarios fueron elegidos “a criterio de quien los eligió”.

En relación a la ubicación de la oficina el Decreto 395/02 Art. 3º establece “...en lugar accesible al público...”; podemos señalar que, en los Hospitales 1 y 2 esto se cumple, mientras en el último caso, el Hospital 3 no. Esto lo pudimos comprobar personalmente ya que nos fue difícil acceder, así como también fue comprobable por lo expresado por los propios usuarios.

En lo que respecta a carteles de señalización acerca de ubicación y funciones de la oficina, podemos decir, que sólo el Hospital 1 cuenta con carteles adecuados e información de sus funciones, mediante un folleto que indica horario y prestaciones que cumple. (Ver Anexo)

Sin embargo, el Hospital 2 sólo cuenta con “un cartel” en la puerta de ingreso a la Oficina, lo que no coincide con lo establecido en el Decreto, pues por no contar con anuncios que detallen funciones y forma de llegar a ella, si el usuario no llega hasta ese sector del Hospital, no puede tener conocimiento de la existencia de la misma.

Pudimos observar que en los Hospitales 2 y 3, los diferentes sectores y especialidades, están señalizados adecuadamente con carteles de colores, y resultan amigables para orientar al usuario; sin embargo, en ninguno de éstos está señalada la Oficina de Atención al Usuario.

En cuanto a los canales de comunicación utilizados para informar al usuario, solo el Hospital número 1 cuenta con folletos informando los horarios de la oficina y los servicios que ésta brinda, además que en la Web del hospital se indica el teléfono gratuito para solicitar consultas.

Respecto a este último aspecto, podríamos señalar que si bien la página Web es un medio de comunicación moderno, puede resultar inadecuado para muchos de los usuarios que concurren a estos hospitales, quizás por no tener acceso o por carecer de conocimientos del uso de este medio; pero esta objeción se subsanaría al existir otro tipo de canales de aviso.

Para los restantes hospitales los usuarios se informan principalmente por el “boca a oído”, lo cual no garantiza una correcta información.

En todos los casos el horario es poco extenso, por lo que no resulta adecuado ya que los hospitales prestan servicios las 24 horas. Es necesario, para prestar un buen servicio de atención al usuario, brindar una “atención” con horarios más extensos y que abarque más tiempo a efectos de cubrir las necesidades de mayor cantidad de público.

El procedimiento para la presentación de quejas, denuncias y reclamos es similar en las dos oficinas. Podemos decir que el sistema de registro es muy básico, es llevado en cuadernos y papeles, lo que dificulta tener estadísticas o índices para medir el grado de satisfacción de los usuarios.

Tampoco existe una retroalimentación de la información que se obtiene de las quejas, respecto a la “insatisfacción o inquietudes de los usuarios”. Un correcto procesamiento de la información facilitaría el camino hacia una mejora en la calidad de la atención, estandarizando los procedimientos y evitando utilizar tiempos y personas en forma ineficiente.

Es importante agregar al considerar los concurrentes a las Instituciones de Salud Pública, que estamos frente a un sector de la sociedad que desconoce sus derechos, piensan que la gratitud les elimina el derecho a exigir y es por ello que muchas veces quizás no realizan reclamos o quejas.

De esta afirmación se desprende la importancia de contar con una Oficina de Atención al Usuario con personal debidamente capacitado para educar, enseñar y ayudarlos a hacer valer sus derechos. Es necesario que todos los hospitales cuenten con carteles que indiquen claramente su ubicación; es fundamental que sea de fácil acceso y de amplio horario para atender al público.

Del estudio realizado, concluimos que no ha existido un cambio real en la actitud mental, lo que Robert Quinn llama “el cambio profundo donde los valores, creencias y supuestos son cuestionados y modificados”. Este cambio de actitud mental es necesario para que la oficina pueda cumplir con sus objetivos. Implica que los usuarios conozcan sus derechos y cambien el concepto arraigado de que no tienen derecho a reclamar.

Este cambio debió ser conducido desde los niveles mas altos de los hospitales y desde allí bajar a los demás niveles, lo cual resulta adecuado para la implementación de una cultura centrada en la calidad.

Notamos que la oficina fue creada por mera formalidad, ya que lo obliga el decreto 395/02, pero no existe compromiso de parte de los niveles más altos para que el mismo se cumpla cabalmente. Esto se refleja en que no existen canales formales de comunicación, destacando que en un hospital no se permitió informar sobre la función de dicha oficina.

Encontramos que existen muchas fuerzas a favor de su verdadera implementación como es el contexto socio político actual y en especial a nivel empresarial donde actualmente el centro de atención es la satisfacción del cliente. Cabe destacar que a través del decreto 395/02, el gobierno promueve un cambio de mentalidad en busca del mismo objetivo a nivel de los usuarios que asisten a las instituciones de salud.

Sin embargo existen fuerzas en contra que suelen ser superiores como son la existencia de diferentes intereses, ya que la oficina es percibida como una amenaza debido a que cuestiona el accionar tanto del personal como del cuerpo médico, siendo éstos los que integran los niveles mas altos de las instituciones. Por otro lado tampoco se cumple con los requisitos de un sistema de gestión de calidad:

- No existen manuales de procedimientos ni registros;
- No existe un verdadero compromiso por parte de los niveles más altos, tampoco un enfoque al cliente ni una comunicación eficiente;

- Los recursos humanos no fueron reclutados de la manera adecuada, ni tampoco existió una capacitación específica para el desempeño de las tareas.

De lo expresado anteriormente y según Kurt Lewin no se cumplió con el proceso de cambio, el cual está compuesto por tres etapas: 1) descongelamiento, 2) cambio y 3) re-congelamiento.

Según el estudio no se cumplió con la primera etapa, el descongelamiento, pues no se creó conciencia de la necesidad de cambiar, de centrar todos los esfuerzos en la satisfacción del usuario por medio de una mejora en la calidad de los servicios brindados y no se eliminó cualquier resistencia al cambio que exista como en el personal y en el cuerpo médico.

Debido a todo concluimos que no se cumple nuestra hipótesis inicial:

**“La creación de la Oficina de Atención al Usuario en los 3 hospitales de estudio afecta positivamente la percepción de la calidad en el servicio de atención a los usuarios desde la perspectiva de estos”**

Si bien los 3 hospitales cuentan con una oficina, ello no se ve reflejado en una mejora de la percepción de la calidad desde la perspectiva de los usuarios.

Según los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a los 60 usuarios de los 3 hospitales, en todos los casos las expectativas superaron a las percepciones.

Como un nuevo emprendimiento o continuación a los cambios en pos de mejorar la atención de los usuarios, podemos resaltar la iniciativa de incorporar al SNIS la atención psicológica a los mismos, lo que confirma la preocupación por el bienestar de estos, no sólo físico sino también mental, al pretender brindar un

apoyo social al sector de la sociedad más vulnerable, que no cuenta con los recursos para hacer frente a estos costos.

Como una devolución a las Instituciones y funcionarios de los hospitales de estudio que nos atendieron con mucha calidez y cordialidad, diseñamos un formulario para poder recoger el nivel de satisfacción de los usuarios. (Ver anexo 8.7.)

El diseño del mismo es sencillo, de fácil entendimiento para cualquier usuario. Nuestro objetivo es que al momento de relevar la información pueda ser procesada ágilmente de forma de obtener una retroalimentación de los mismos.

Toda investigación implica la apertura hacia la búsqueda de acrecentar el conocimiento y acercarse a la verdad. En nuestro caso, partimos de una hipótesis que en principio podría creerse muy fácilmente demostrable por el lado positivo y sin embargo nos lleva a comprender lo contrario.

Desde el paradigma de procurar el bien social, parecería casi obvio que dicha oficina solamente podría demostrarse como una entidad útil en toda institución hospitalaria.

Hemos relevado datos y comprobamos que si es necesaria, pero que en este momento sus funcionamiento casi no se percibe como efecto de satisfacción al usuario, por lo que no ha sido “útil” todavía.

En el marco del contexto actual de políticas de preocupación social por los menos favorecidos, es de pensar que a nivel de autoridades se valore auténticamente su función para que no se quede relegada al mero cumplimiento formal del decreto 395/02.

## **CAPITULO VIII ANEXOS**

### **8.1. SÍNTESIS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS**

#### **Entrevista Hospital Maciel: Estella**

##### **Oficina de Atención al Usuario ¿una formalidad o una necesidad?**

Una necesidad

##### **¿Ya existía antes de la reforma de la salud?**

La Oficina comenzó a funcionar en el Gobierno del Dr. Tabaré Vázquez en el período 2005-2009.

##### **¿En que nivel jerárquico del organigrama se ubica la Oficina de Atención al Usuario?**

Nosotros trabajamos en continuo contacto con la Dirección. El jefe de la oficina, es el Sr. Lorenzo. Cuando existen denuncias, quejas reclamos, agradecimientos, actuamos en conjunto con la Dirección del Hospital.

##### **¿Que objetivos y expectativas tiene la Oficina de Atención al Usuario?**

Tiene varios. El primero que el usuario no sea maltratado, que tenga todos los beneficios, y los mejores posibles, no porque sea un hospital ni una sociedad médica sino que esto debe ser algo universal del país. La oficina de atención al usuario en un momento era algo olvidado, hoy funciona distinto, si la gente hace

un agradecimiento, denuncia, reclamo o queja viene por acá. El objetivo es que si el usuario está molesto o preocupado, nosotros le debemos toda la atención. Somos una “especie de contención”.

La gente tiene un problema, y pide para hablar con alguien, así lo derivan al la oficina de atención al usuario, y ahí comienza nuestro objetivo. Primero que nada, preguntarle que pasó, y luego se explica como es el procedimiento para atender al usuario.

### **¿El espacio que ocupa la Oficina de Atención al Usuario es el adecuado?**

Este espacio es único, a veces vienen personas que están mal anímicamente y necesitan privacidad, quisiéramos poner una puerta y abrir otra para dar mayor privacidad. Pero acá se sienten cómodos, nosotros tratamos de que ellos sientan cómodos, los escuchamos. Por ejemplo; piden una historia clínica por algo especial (un reclamo trágico), a veces la gente no quiere que lo estén escuchando. Nosotros hacemos que ellos se sientan cómodos.

### **¿El usuario conoce la existencia de la Oficina de Atención al Usuario? ¿Como informan la existencia de la misma?**

Si, nosotros tenemos un calendario, donde se indica en que horario funciona la oficina de atención, la gente ya la conoce. La gente conoce uno a otro, “por el boca a boca”. Queremos que la gente se vaya tranquila.

### **¿Tienen algún tipo de formulario para dejar registradas las quejas denuncias?**

Si contamos con formularios, el procedimiento es el siguiente: el formulario se lo proporcionamos a la persona, la cual completa los datos con su nombre, cedula

de identidad. Si realiza un reclamo, denuncia, queja, agradecimiento se indica el motivo de su inquietud, se registra día, fecha, y también los datos del denunciante que no tiene porque ser el mismo que el perjudicado. A demás del llenado del formulario se ingresa la solicitud a un cuaderno, sacamos una fotocopia al formulario y se envía a la dirección.

Después que pasa por la dirección y pasa por el proceso de revisión de la solicitud, el documento vuelve a nosotros, con la resolución de la dirección.

Nosotros notificamos telefónicamente al usuario que la resolución está tomada y le pedimos que venga por la oficina para que la firmen, en caso de disconformidad se forma un expediente y el procedimiento continúa hasta que el usuario quede conforme. Como vemos todo pasa por la dirección del hospital. A su vez nosotros enviamos todos los datos del primero al diez de cada mes al Ministerio de Salud Pública. Se manda vía mail, y así es como ASSE se entera de todo.

### **¿Se llevan estadísticas de denuncias quejas?**

Si, nosotros llevamos una estadística de todos los registros.

### **¿Tienen algún tipo de indicador para medir la satisfacción del usuario?**

Solo contamos con papeles, y los cuadernos.

### **¿Está todo computarizado, o queda archivado en papel?**

Nosotros acá tenemos todo archivado en papel, pero como todo pasa por la Dirección tal vez ellos si manejan una base de datos en la cual toda la

información queda registrada, pero nosotros manejamos archivos en papel, “el viejo y querido cuaderno”.

**¿Que requisitos deben cumplir los funcionarios de esta Oficina para forma parte de ella?**

Primero que nada buenos modales, porque estamos atendiendo al usuario, los buenos modales y paciencia es principal. A mi me han golpeado la mesa, me han maltratado y vos no te podes poner mal también, sino no lo estas atendiendo al usuario, sino simplemente estas teniendo una discusión.

**¿Cuántas personas integran la Oficina de Atención al Usuario?**

Actualmente el departamento está integrado por trece personas.

**¿El personal está capacitado o tuvo algún tipo de capacitación?**

Si tuvimos, hubieron tres talleres, en el año 2008/ 2009, en el cual fueron varios compañeros. Este año todavía no hemos tenido, pero es una vez por año.

**¿Cada persona tiene una función específica? ¿Cuando algún usuario se queja, llaman la atención al funcionario?**

No, no todos conocemos de todo. Cada persona conoce el trabajo de todos. Si hacen un reclamo de un funcionario, éste debe de cambiar su actitud.

**¿Encontraron limitación dentro del funcionamiento de la Oficina de Atención al Usuario?**

No. Yo estoy en la Oficina de atención hace poco tiempo, si bien hace 31 años que estoy en el hospital pero desde el 2006 que formo parte de la oficina, todos trabajan cómodamente, me dejan actuar, aunque vuelvo a reiterar que todo pasa por la dirección.

**¿La Oficina de Atención al Usuario fue un cambio favorable para la organización?**

Claro fue un cambio muy favorable, cada vez la gente conoce más su existencia y eso hace que la gente se sienta apoyada.

**¿Considera que hay que mejorar determinado aspectos?**

Claro, hay usuarios que indican determinadas inquietudes, y todo hay que dejarlo registrado, siempre hay cosas por mejorar.

**¿Existen manuales de procedimientos?**

Tenemos si, cuando hacemos talleres de capacitación (transparencias), no manuales de procedimientos internos.

**¿Cree que la Oficina de Atención al Usuario funciona de acuerdo con los objetivos y expectativas planteados?**

Si. Se está tratando de que extender el horario y que se incorpore otra persona en el horario de la tarde. Actualmente se trabaja en la mañana ya que es cuando hay más movimiento en el Hospital.

**¿Nos podría definir el concepto de calidad?, ¿Que entiende por calidad del servicio?**

Desde el momento que viene el usuario tratamos de darle todo, que la gente se vaya conforme.

**Entrevista Hospital Pereira Rosell (Pediátrico): Teresita**

**¿Oficina de Atención al Usuario, formalidad o necesidad?**

Creo que es necesario, pero creo también que más se ha hecho por formalidad, en muchos casos no lo tienen como una necesidad.

La oficina está desde el año 2002, yo no tenía mucho conocimiento de ella pero si recuerdo porque conocía a los funcionarios que trabajaban, la oficina tiene que ser un lugar con buen acceso a todos los usuarios por esto esta ubicada donde está.

**¿En qué nivel jerárquico del organigrama se encuentra la Oficina?**

Depende de la Dirección Administrativa del Hospital.

**¿Qué objetivos y expectativas tiene la Oficina de Atención al Usuario?**

Siempre digo que para mí es una forma o debiera de ser algo muy importante para la institución el poder mirarse a si mismo.

Si todos los reclamos de la gente, si todas las sugerencias de los usuarios pasaran por acá sería una manera linda de hacer un análisis bien a fondo de cuales son los puntos que se debieran reforzar.

Felizmente los puntos que habría que ajustar no son muchos. No hay problemas graves ni problemas con profesionales, sino más bien problemas de relacionamiento. La mayoría de las complicaciones que existen es antes de llegar a los profesionales.

**¿El espacio que ocupa dicha Oficina es el adecuado para los usuarios que hacen uso de él?**

Si. La oficina está bien ubicada, para los casos que hay es suficiente con una persona sola, lo que considero es que si fuéramos dos podríamos hacer un horario más extenso, pero para lo que yo recibo y tengo que actuar una persona sola es suficiente, Mi horario es de 6 horas de trabajo y el hospital funciona las 24 hs. podría tener un horario más extenso.

**¿El entorno de la Oficina de Atención es adecuado?**

Estoy alejada de algunas oficinas que se relacionan con los usuarios.

Como es identificación de usuario, (tema que la mayoría de los usuarios confunden), atención al usuario con identificación a los usuarios, este último queda cerca del patio del hospital, es donde está también identificación civil y estamos bastante alejados de dicho departamento.

Los temas que se dan a diario es que la gente no tienen carné de asistencia, hay que solucionarle el carné de asistencia eso es lo que se ha considerado a nivel de direcciones, apenas yo llegue acá hace tres años que estoy acá van a tratar de hacer un departamento de usuario como si fuera un todo. Agrupar todo.

---

**¿Consideras que es de rápido acceso, visible?**

Este lugar sí, creo que es de fácil acceso, el Pereira Rosell es muy grande, y considero que la Oficina es de fácil acceso.

**¿Cómo se informa al usuario de la existencia de la Oficina?**

Hay carteles que explican la ubicación de la Oficina de Atención al Usuario, pero no aclara donde queda exactamente, esto se llama el Hall de Morfio, se dice que está ubicado en el Hall de Morfio, pero no me permitieron poner una explicación breve por reclamos, quejas, asesoramiento, no me permitieron poner en la cartelería dicho detalle. Muchas veces si consultan al usuario, éste no sabe que implica dicha Oficina. Atención al usuario es también es donde entregan los números.

Otro tema que también he sugerido fue, hacer esta encuesta a la gente.

Me he reunido y he tratado de hablar con los directores de cada sector, el Director del Hospital de la Mujer, el Director de Pediatría.

Los usuarios tienen costumbre de ir a la Dirección por reclamos que puedan surgir, la frase es:” Siempre me voy a quejar a la dirección”, por lo que hay que informarles a los usuarios es que existe un lugar que brinda un servicio especial para sus consultas, reclamos o sugerencias que es la propia Oficina de Atención al usuario.

**¿Existen formularios para dejar registradas las quejas, denuncias, sugerencias o mejoras que los usuarios puedan manifestar? ¿Cómo se gestiona la información?**

Si existen formularios en esta oficina. Manejo la computadora, y cuando las personas vienen sugiero que ellas sean las que relaten la situación por la cual se dirigen a la Oficina (reclamo, sugerencia, queja etc.). La mayoría no lo quieren hacer, por muchas razones, o porque tienen dificultad para escribir o temen expresarse mal, en ese caso trato de escribirles en el sistema y hacerlo lo más fiel a lo que me está diciendo el usuario, y a medida que se expresan les voy leyendo permanentemente para que me den su conformidad y verificar si es eso lo que quieren expresar. De esa manera son los usuarios los que al final me dan el OK o de lo contrario los que me indican si quieren cambiar algo. El publico es variado, a veces es el usuario el que relata y yo escribo y ha ocurrido también que han venido abogados representando a los usuarios, por lo general esos casos son temas graves.

Así sea una denuncia como un reclamo siempre hago tres copias en la computadora, las tres son firmadas por mí, y dos le pido al usuario que las firme. De las tres copias una queda en la Oficina, otra se la entrego a la Dirección correspondiente y la tercera es entregada al usuario, la misma tiene la fecha, y los datos de la persona que hace el reclamo, así como el parentesco que tenga con el usuario afectado en el caso que la persona que reclama no sea la misma que se dirige a la Oficina.

Otra cosa importante que tiene que tener esa ficha de planteo son los datos del servicio involucrado, y aclarar siempre si es un reclamo, denuncia o asesoramiento.

### **¿Existen manuales de procedimientos?**

Si hay. En el caso de las denuncias hay plazos, el incumplimiento de los plazos también se manejan. Es obligación transmitirle al usuario los plazos que existen,

principalmente los casos de las denuncias. Felizmente, han sido pocos los casos en que haya habido algo importante como una pérdida.

Son diez días para que la persona involucrada o la dirección hagan el descargo correspondiente, puede pedir extensión del plazo.

Lo que hago es estar en contacto con la dirección y a los diez días consulto que pasó con la denuncia, de la persona "XX". Siempre mantengo informado al usuario.

Cuando ha finalizado el caso, o sea cuando la dirección ha enviado toda la descarga del caso y el mismo haya concluido (plazo máximo de noventa días) el usuario debe ser notificado de la resolución, en tal caso el usuario se debe presentar para levantar la misma. Si el usuario no queda conforme se pide una segunda instancia; es en esa segunda instancia que interviene el Ministerio de Salud Pública. Ya sea una queja simple o una denuncia, debo informarlo todos los meses en el periodo del uno al diez al Ministerio de Salud Pública.

### **¿Se llevan estadísticas del número de quejas denuncias, reclamos?**

Eso lo hace el Ministerio. Periódicamente viene una persona del servicio. Lo que llama la atención es que este es un Hospital muy grande y para este tamaño son pocos los casos.

### **¿Existen indicadores para medir la satisfacción de los usuarios?**

Si también de la misma manera, cuando tú recibís o tu le envías la aclaración del caso o una disculpa, ahí es que vemos el tratamiento que se vivió.

### **¿Se usan métodos para medir el nivel de satisfacción?**

No. Lo llevo mediante encuestas más, veo que respuesta o contestación me dio el usuario, si quedo conforme o no. Muchas veces los usuarios vuelven a la Oficina, a veces a agradecerme manifestando conformidad, en general la gente queda satisfecha aunque no se haya resuelto el caso (si es un problema que no tiene solución), por la manera en que uno lo ha tratado.

Yo tengo una teoría, “cuando tu pagas te quejas sin problema”, una de mis objetivos es desterrar eso, uno no paga salud pública, sino que pagas todo, y esto no es gratis, la gente tiene derechos.

Es obligación contar con la Oficina de Atención al Usuario.

Eso es algo difícil de sacar es algo arraigado a nuestra cultura, y el temor a la represalia, así como algunos desafían y no les importa lo que pueda pasar. Acá no hay represalia si está la Oficina abierta es por algo. Son cosas que hay que inculcarle al gente, de a poco, todo lleva su tiempo, son derechos, hay que enseñarle a al gente que son derechos que tenemos toda las personas, derechos del usuario.

**¿Qué requisitos deben cumplir los funcionarios de esta Oficina para formar parte de ella?**

Bueno en mi caso, a mi me eligieron yo estaba en la dirección de la guardería. Los requisitos son los siguientes: tiene que ser una persona que tenga simpatía con los demás, no importa la preparación en la computadora, pero si el perfil de la persona, la privacidad, “saber guardar”, eso es fundamental en este caso. Todo se envía a la dirección y lo reciben ahí.

---

**¿El personal fue capacitado para la atención?**

Si, en este caso hubo una preparación en la cual se llamó a varias personas para que recibieran el mismo. Fue un curso que hizo el Dr. Suárez, cuando estaba en la Dirección de la Mujer con la Dra. Stoll que se llamó: Formador de Formadores. Fuimos aproximadamente 17 personas, en la Facultad de Psicología. Fue un curso muy interesante con talleres, éramos de varias ramas, no solo administrativo, se llamo a todos, estaba muy bien el enfoque que le habían dado, era lo que se buscaba, que hubieran en enfermería, en todos lados, que hubiera una persona de cada sector para poder trasmitirlo. Tengo entendido que el Ministerio también hace curso todos los años, es muy interesante.

**¿Se encontraron limitaciones dentro del funcionamiento de la Oficina?**

Respecto a planteamientos con las compañeras, que interpretan a veces en forma errada, a nadie la gusta que le presenten una queja.

Otra limitación fue en invierno, esta oficina fue utilizada como una policlínica por el tema de la gripe y me llevaron a la Dirección Administrativa y estuve media escondida 4 meses.

**¿Considera que la repartición de atención al usuario implica un cambio favorable para la organización?**

Si.

**¿Cree que la Oficina de Atención al Usuario funciona de acuerdo a las expectativas y los objetivos planteados?**

A mí me gustaría que los usuarios se dirijan siempre a esta Oficina y que la Dirección no recibiera más casos, sino que pasen primero siempre por acá, y después de acá si se derivan a la dirección.

**¿Consideras que nivel educacional afecta que vengan a presentar quejas?**

Si muchísimo, el nivel social es fuerte. Mucho se nota, el nivel cultural de las personas es muy notorio. No saben los derechos ni deberes, porque están las dos cosas, y el tema económico pesa en todo sentido. A veces le dan una fecha y no pueden venir y te llaman por teléfono.

Yo se que hay policlínicas que están muy atrasadas, que tienen muchos análisis, ecografías. Ejemplo foniatría, cada vez se usa más, cada vez los maestros están enviando a los niños, todo lo que es la parte psicológica, motricidad, creo que felizmente se está tratando más.

**¿Tiene conocimiento del Movimiento de Usuarios que hay en Salud Pública?**

Existe la atención primaria y secundaria.

El Pereira Rosell es un centro de referencia, el control se hace en la policlínica de su zona, ahora está descentralizado, entonces es difícil conocer todo.

El movimiento de usuarios si lo conozco, es muy interesante, me han dejado folletos, interactúa con atención al usuario de todos los hospitales.

Ellos son los que pueden ayudar a que se conozcan los derechos de las personas.

### **Entrevista Hospital de La Mujer “Paulina Luisi”: Directora Dra. Ima**

#### **Oficina de Atención al Usuario; ¿Existía antes de la ley? ¿Necesidad o formalidad?**

Se creo un lugar, espacio para que se pudiera atender al usuario de una manera más personalizada,

A partir del año 2005 se inicia un nuevo camino en el cual es una iniciativa de ASSE en post de la calidad de atención, realidad que se enmarca en él, de todas maneras no hemos tenido distintas experiencias en el armado de la Oficina de Atención al Usuario. Si bien el Ministerio le atribuye competencias especiales a la Oficina no está del todo definido los perfiles y las competencias que deben de tener las personas que ocupan este cargo.

Cuando nosotros podamos definir cuáles son las competencias, las habilidades y destrezas que tiene que manejar un funcionario en ese lugar, en realidad es donde realmente vamos a optimizar esta oficina, sino a veces queda vacía de contenido. Nosotros hemos definido varias cosa que tienen que ver, pero va mas allá de la relación humana, buen trato y demás.

También se requiere un conocimiento de los servicios y sobre la solución de algunos problemas prácticos que es lo que muchas veces el usuario necesita.

Todavía no la hemos podido dotar como un recurso humano que reúna o tenga esas competencias.

Esta oficina empezó siendo, el cargo digamos por llamarlo de alguna manera, estaba ejercido por lo que era las voluntarias, ahora no.

Existe una cuestión histórica en que la función era dada por voluntarias del hospital. Ellas ayudan en muchas cosas, desde preparar material, distribuir material en las salas. En esa infinidad de tareas que han hecho las voluntarias

ahora que realmente se explicita como una función del Hospital para la cual ahora hay que crear un cargo, lo tratan de implementan con ellas.

Son gente encantadora y desempeñan muy bien el cargo.

Existe una historia natural una historia institucional, que es muy difícil crear un espacio de atención al usuario que tenga un cargo técnico en el cual yo defina las competencias y las funciones y los remunerere por tal.

Por otra parte también las usuarias del sistema de salud, más de ASSE de alguna manera lo que vendría a ser la comisión de usuarias requiere un lugar para acercarse a las usuarias

Ese tipo de atención ese tipo de lugar, sería un buen lugar para crear clima de actuación conjunta y que también al Hospital le sirva.

Que las propias usuarias en base a su experiencia contribuyan en esta labor, es un lindo lugar para integrarse como trabajo y que participen en él.

La participación de las usuarias en el Hospital se da a partir de las “mujeres como una mujer”. De alguna manera esta organización que participa también como usuaria en este Hospital tiene otra información para brindarle a los usuarios que también es muy buena, como por ejemplo en lo que hace violencia domestica, lugares de atención más allá del Hospital, centros de apoyo, y otras series de cuestión que realmente muchas veces no tiene que ver con la atención brindada en el Hospital que sería de alguna manera un objetivo claro de la oficina de atención al usuario, sino que tiene que ver con un concepto más amplio y mucho más abarcativo como puede ser la atención en la salud de la mujer. Más allá del hospital dentro y fuera.

Entonces estamos todavía en la implementación de la mejor manera de la oficina de atención al usuario.

### **¿Han sido capacitados los integrantes de la Oficina?**

Los integrantes de varias oficinas han sido capacitados, no en las competencias que se requiere para el desempeño del cargo, sino han sido capacitados en algunos aspectos que tiene que ver específicamente con la salud de la mujer y la salud sexual.

Pueden derivar a una mujer con problemas de salud reproductiva, como abordar el problema para que la mujer se abra, y en base a eso derivarla, ya sean en temas que tienen que ver con que no está conforme con su embarazo o fue un embarazo no deseado o una mujer que sufre violencia doméstica o sexual.

Es eso han sido capacitadas, en cómo abordar en primera instancia, ya que ellas son el primer contacto en cómo abordar ese tema, pero de pronto no saben en lo que podría estar en una cartilla como por ejemplo el horario de atención de tal médico.

### **¿Es que se refiere cuando dice no fueron capacitados en las competencias?**

Las voluntarias no están actualizadas en si cambió un horario, el lugar, o si determinado médico está de licencia, por más que tratamos de que llegue la información; pero es un organización muy grande y con una historia institucional muy compleja entonces todavía tenemos problemas.

### **¿La Oficina en el organigrama en qué nivel jerárquico se encuentra?**

Hay varias oficinas de atención al usuario, por una cuestión de realidad de necesidad, cobertura, espacio, y realidad de este Hospital.

Si bien la oficina de atención al usuario, espacio creado por el ministerio y ASSE funciona en la órbita del Director administrativo, también nosotros tenemos esa suerte de sucursales de la oficina de atención al usuario con una visión mucho

más ejecutiva en el Hospital de la Mujer que es creada con la visión integradora de la usuaria.

Tenemos un mostrador que funciona en planta baja y depende directamente de la dirección del Hospital de la Mujer.

Por otra parte muchas veces nos llegan usuarias que manifiestan que no han podido ser resueltas sus inquietudes ni por la oficina de atención al usuario, que depende de la dirección que está adelante en la administración, ni por la oficina del Hospital de la Mujer, y por lo tanto llega acá a la Dirección donde la dirección debe resolver el problema.

Pasa mucho con problemas específicos que plantea el usuario y que son aquellos relativos con, quejas de examen médicos, por ejemplo.

Muchas veces la oficina de atención al usuario todavía no ha tenido la madurez suficiente para ser una oficina de atención y resolución del problema del usuario; sino que pasa a ser la primera frontera la oficina del quejario.

**¿Que pasos que debe seguir el usuario para que alguien lo escuche y le resuelvan el problema? ¿Existen formularios?**

Sí, hay muchos, lo que no han desarrollado es la pericia para saber que hacer con esos formularios. Más allá que se quejan y se llena el formulario, se hace el descargo, y después se detalla, por lo que hay todo un recorrido burocrático; lo que todavía no está implementado es que, si tú vas a atenderte por ejemplo a determinada hora, realmente se cumple el horario, o se retrasa el mismo.

Lo real sería que el departamento de atención al usuario resolviera el/los problema/s más que documentar, resolver el problema, buscar una solución o alternativa al problema y después sí seguir el recorrido, el proceso burocrático, para luego buscar una solución institucionalizada, y con eso existen algunas dificultades.

Esas son las expectativas que nosotros tenemos.

Una oficina que funcione solucionando aquellos problemas que por la vía institucional armada no se pueden solucionar, que puede ser una queja, pero que de alguna manera simplemente una respuesta para que ese tipo de quejas no suceda más.

### **¿Se informa al usuario de la existencia de esta Oficina?**

Si se informa mediante página Web y/o a demanda. Por ejemplo el paciente se queja de la enfermera, esta lo manda a la oficina de atención al usuario.

### **¿El espacio la Oficina de Atención al Usuario es un espacio físico acogedor, visible?**

No, la más visible es la que depende de la Dirección, de todas maneras es difícil acceder a ella.

El hospital tiene una arquitectura antigua.

Antes existían planos antiguos, ahora tienen carteles con flechas con orientación, igualmente hay mucha gente que pregunta dónde queda la oficina porque no está señalizada, te tienen que decir dónde está.

Todavía no lo tienen totalmente resuelto hay varias oficinas para cada tema. La central, la de la mujer, la del niño, etc.

Está ubicada cerca de ginecología porque creen que es donde hay más demanda de información, no de solución de problemas, sino más demanda de información y funciona en un horario nada extendido, sólo en la mañana.

## ¿Cómo se gestiona la información?

Lamentablemente no hemos implementado una oficina de atención ejecutiva al usuario, que le pueda solucionar aspectos que requiere el usuario.

Por lo general hay grandes separaciones, por un lado quejas que tienen que ver con la calidad en la prestación del servicio del hospital y por otro las quejas que tienen que ver con lo institucional en cuanto al horario (no les sirve), o los requisitos que se piden en cuanto a admisión de usuarios (no están de acuerdo), hay distintos tipo de administración de quejas, y otras que tienen que ver con el papeleo.

A su vez las que tienen que ver con la calidad también ahí hacemos una separación a grandes rasgos, las que tienen que ver con barreras, como dificultades con el acceso a los servicios (que estamos trabajando con grupos para mejorar) y otras que tienen que ver con la calidad de proceso de atención.

A su vez, acá podemos distinguir dos cosas, grandes problemas, pero la mayoría las que tienen que ver con la relación entre medico paciente. Como el sentirse maltratado de alguna forma o de otra, y en eso tratamos de alguna manera de llegar al usuario de forma telefónica, y después que el usuario hace su queja por escrito nosotros lo llamamos.

Se reúne la documentación de la forma más rápido posible, se habla con el personal actuante, ya sea de, enfermería, médico según corresponda, con las pautas y normas legales. Se habla con el usuario rápidamente para ver dos cosas: si el problema por el cual demandó atención, se solucionó; de lo contrario se trata de encontrar rápidamente una solución, implementar una atención a su problema de salud y segundo para que sepa que estamos tratando de buscar una explicación.

Se le da una explicación a lo que requiere el usuario, pero acá lo que tratamos de hacer es, junto con el médico actuante, en este tipo de problema se intenta implementar algún tipo de solución para que no vuelva a suceder, pero además de eso, protocolizarla.

Esto ha causado dificultades en llegar al fin del proceso, es en lo que más hemos fracasado.

Si yo tengo una queja sobre la atención de una enfermera en las pacientes en las salas de obstetricia; muchas veces, tratamos de analizarlo con la persona, con los jefes, de buscar soluciones. Por lo general, aparecen otros problemas secundarios, se busca una buena medida para abordar, para los que pueden ser cambios. Pero pocas veces, hemos tenido realmente, grandes resultados.

Ahora estamos trabajando mucho en eso, en lo que tiene que ver con el Comité de Gestión, un poco más descentralizado, más cerca de la gente, trata mucho del cambio de mentalidad institucional, y esto no se logra ni con un decreto, ni con una ley, ni con una oficina. Todo termina entrando en esa cultura. En la Oficina del quejario. Acordonada a la cultura organizacional, estaría el quejario y el trámite de personal que notifica en el plazo de 10 días, que presenta un abogado, etc. Y entonces, al usuario, mientras tanto lo sigo maltratando.

**En esos casos ¿se llegan a tomar medidas contra los funcionarios, más allá de que sean inamovibles?**

No. No la inamovilidad del funcionario es una realidad.

Pero también existen pautas claras, en el decreto 500/91, en base al cual hemos iniciado muchísimas investigaciones administrativas. Quizás no todas las que se deberían, porque sabemos que hay una burocracia, y un proceso burocrático más que nada muy largo para tomar las medidas.

Pero sin duda, nosotros trabajamos mucho con el gremio del hospital, y hemos logrado por ejemplo: cambio de función, porque también es verdad que la salud de la gente se desgasta y que estamos asistiendo a un cambio de paradigma en la salud, y en la salud pública. Donde si bien, es difícil de implementar el cambio y brindar una atención al usuario, para eso se crea una oficina, es una contradicción; si cada uno de los que trabajamos atendiéramos a los usuarios donde corresponde y como corresponde, no necesitaríamos una oficina de atención al usuario.

Si se crea, es por una necesidad, de averiguación y de estar en interfase de cambio de paradigma, donde se interpelan muchísimas cuestiones, no solamente el motivo de la creación de la oficina, o uno de los motivos que era la salvaguarda de los derechos usuarios, que en eso estamos todos de acuerdo; pero también para entender que ese usuario tiene derecho.

Lo entendemos, y como docente, sin duda lo he tratado de implementar en el hospital.

Existe un paradigma institucional, como ustedes saben, mucho más fuerte, de esta institución de años, donde se atendía a los pobres primer paradigma; segundo paradigma: de forma gratuita. No era verdad que se atendía a los pobres y ni era verdad que se atendía de forma gratuita.

¿Que significa gratuita? No te cobro nada y tú no pagas por tu atención, por lo tanto, agradece todo lo que recibas, no tienes derecho a exigir.

No sólo se hacía una atención de segunda, para ciudadanos de segunda, donde existía el más fuerte paradigma médico hegemónico, porque existía y existe. La facultad que de alguna manera, apoyaba este paradigma, ya que, se ejercía docencia sobre esos pacientes. Donde muchas veces el primer interés es del docente. Te voy a operar del útero, en la medida que yo voy aprender, y de paso

te soluciono un problemita. El problema del usuario es secundario, era primario para que de alguna manera yo aprendiera.

Esa intersección, esa contradicción entre los paradigmas, no se dejan ni se cambian por la ley del SNIS.

Tenemos que cambiar todos los docentes el método de enseñanza, porque el paciente era visto por 450 personas en un foro y no se respetaba su intimidad. En la parte ginecológica, imagínate lo que significaba eso. Pero siempre se enseñó así. De hecho yo lo aprendí así.

Acá se tiene que aprender a tocar los ovarios y cuando vos te formas en este paradigma, no te lo cuestionas. Pero un día te pones a reflexionar y dices, que estoy haciendo. Pero te formas en ese paradigma.

### **¿Es muy difícil ir en contra de lo que aprendiste?**

Es un trabajo que estamos haciendo año a año.

Ejemplo: Una situación muy paradigmática: Hace unos años un profesor me llamó porque yo era adjunta en ese momento y estaba con el tema de la “Calidad Asistencial”, (realmente la calidad asistencial era uno de los tantos temas de investigación) y me informa: en realidad hice una encuesta con un grupo de personas de la cátedra, un grupo de profesionales de la cátedra, y la calidad del proceso de atención me dio unos niveles altísimo de conformidad.

Hice una encuesta de satisfacción, como investigación, una encuesta de satisfacción esta bueno para empezar, y se preguntaba a la persona si estaba conforme con la atención, y todo lo que respondían era: si.

Me llamó para que yo lo ayudara a interpretar los resultados de la encuesta desde el punto de vista estadístico, para ver si la muestra era significativa.

Le contesto que si por supuesto, pero yo voy a realizar mi propia encuesta, como era ginecología, pocas pacientes, y haciendo un corte transversal, con dos preguntas, yo sola, y después analizamos las tuyas y las mías. Hice las encuestas en todas las salas de ginecología, pero nadie sabía que yo trabajaba en la dirección, fui con otra túnica. Le hacía solo 2 preguntas: nombre del médico y si le gusta la comida.

Porque me parecía muy determinante de aquella población, de aquella encuesta que realmente daba unos índices de conformidad muy grandes, que estaban conformes con la atención recibida, como se lo explicó el médico en la operación, en los resultados de la operación, en la medicación, y nadie sabía el nombre del médico que la operó en la sala de ginecología.

Resultado de la encuesta: Estaban conforme con todo y no sabían el nombre del médico que las atendió. Una relación, cualquier tipo de relación, más la de médico- paciente, se basa en que tu conozcas mi nombre y yo conozca el tuyo. Respuestas de los pacientes: a mí me operó el morochito, a mí me atendió el bajito... era el médico que las había operado, y lo de la conformidad con las comidas era algo muy extraño.

En ese momento ningún médico comía en el hospital. Porque la comida era una cosa espantosa. Hemos mejorado. Acá, el servicio de menú se brinda al acompañante también. Y siempre ha sido como una extorsión, porque como ha sido una necesidad de los pacientes, muchas veces, es una necesidad del paciente que le brinden al acompañante el almuerzo, la merienda, la cena, etc. A la hora del almuerzo, aparece el familiar que esta con el paciente.

Es algo que tiene que ver con la condición social, lo cual nosotros respetamos, por eso la dirección impone que se dé la comida, pero es algo, que muchas veces al personal de salud le molestaba, y en ese momento el personal estaba mucho menos ajustado a las necesidades que ahora. El paciente que no tenía

acompañante, que estaba sólo, recargaba al personal, la idea era sacar responsabilidad al familiar. Sino muchas veces el familiar, era el que lo conducía al baño, el que le daba el medicamento, con la responsabilidad y la ética médica que eso conlleva.

Para personal existía una relación también, que el paciente solo te recarga el trabajo.

En este paradigma, empezamos a trabajar en otras investigaciones, es que muchas veces el paciente es rehén de una situación y de un paradigma.

Una cosa es que me vos me preguntes: ¿Ima como funciona la oficina de atención al usuario del hospital? y yo te diga divino, comparado con hace diez años me parece brutal, que me parece un logro que una funcionaria no juzgara a una paciente porque quiere dar a su hijo en adopción, porque no quiere seguir adelante con el embarazo, o porque sufre violencia familiar. Hasta hace 10 años tenia problemas con los funcionarios, porque justamente, juzgaban a la paciente, y todo un montón de cosas, que los cambios, son difíciles de implementar. Eso si me preguntas con respecto hace 10 años.

Si me decís con respecto a mis expectativas, horrible. Es según desde donde los mire, teniendo siempre en cuenta, que estas oficinas son el fiel reflejo de este cambio de paradigma, que se esta dando en la atención de la salud.

**Cuando tú decías, por ejemplo que un funcionario no tenía el perfil para desempeñarse en un determinado lugar, ¿Se busca reubicarlo?**

Si. Es así. Históricamente, como la oficina de atención al usuario, es un lugar estable, estar sentado, muchas veces, que un funcionario no servía para tareas de enfermería, de estadística, de esta tarea específica, terminaba en la oficina de atención al usuario, lo cual es lo peor, pero estamos tratando de cambiar.

**Respecto a la encuesta que habían hecho, el nivel de satisfacción muy bueno que había dado, ¿puede deberse también, por las personas que estaban haciendo la encuesta?**

Si. Porque los que la hacían eran profesores de la cátedra. Si tú sabes que yo te voy a operar, y alguien te pregunta, y eres totalmente rehén de la situación, de lo que implica la relación de agencia, médico- paciente, y yo te pregunto, siendo médica, ¿estás de acuerdo conmigo?

Por eso cuando yo hice las preguntas de tarde, cuando hice las repreguntas de esas dos cosas, no me identificaba como directora. Yo les decía soy funcionaria del hospital, nadie me conocía.

**En definitiva, no cerraba el nivel de satisfacción que daban las encuestas con la realidad. Los encuestados no tenían conocimiento de los derechos que ellos tenían, y ¿Son rehenes del sistema?**

Si son rehenes. En ese momento no se hablaba de los derechos de los usuarios.

**¿Se llevan estadísticas de la cantidad de renunciaciones, reclamos de los usuarios?  
¿Hacen algún estudio?**

Si las llevo yo. Lo que tenemos es una básica. En una especie de cuaderno de mando, herramienta de gestión, que me hago yo por mes, y la visión del usuario, sistemáticamente, más fácil de medir, es el número de quejas de los usuarios.

Numero de papeles en el buzón, numero quejas que llegan a la dirección, más que un buzón, antes teníamos, (el buzón me parece una cosa bastante antipática) ahora tomamos en cuenta: ya la dirección está en un lugar complicado y escondido, que si el usuario llega hasta acá para dar la queja,

tenemos que ayudarlo. Las quejas que llegan a la dirección vienen por varios lugares: por la oficina de atención al usuario, por la oficina de atención al usuario de adelante y los usuarios que llegan hasta la dirección.

**¿Utilizan otros métodos para medir nivel de satisfacción? ¿Encuestas telefónicas por ejemplo?**

No. no tengo personal, para realizarlas sistemáticamente. Nosotros veníamos con un rezago de personal muy grande, si bien esta previsto la introducción de esas tareas al personal, requiero más personal.

A mi el tema me interesa muchísimo, creo que se va poder hacer, como el procesamiento de estas quejas en forma sistemática. Como las que tengo por mes. Esta previsto, pero dentro de lo que fue la asignación presupuestaria y lo que fue para nosotros la definición de prioridades, le dimos mucho mas prioridad a lo asistencial, donde estamos con un rezago muy importante también, desgraciadamente uno tiene que priorizar, de alguna manera, asignamos allí más personal, pero la idea es tener más.

**¿Podrías mencionarnos alguna las limitaciones, o lo necesario para el buen funcionamiento, o para cumplir las expectativas de la Oficina de Atención al Usuario?**

Es tener un personal entrenado, o capacitado en este tipo de función.

**¿Puede ser también por un tema de escasez de recursos financieros?**

Te vuelvo a decir, si tuviera los recursos financieros, y tuviera el recurso humano capacitado, que esté involucrado en una organización donde el cambio

institucional y organizacional lleva un proceso, y recién se está dando, entonces yo no me animaría a asegurar el éxito, aunque pusiera una divina oficina vidriada, con asientos muy cómodos y una persona muy capacitada.

Esto es un compromiso organizacional. Como ha sido por ejemplo: el que no se fumara en el hospital, ha sido un compromiso. Lo estamos construyendo, y si tu sales, ves gente que en el patio que está fumando.

¿Fue como romper con los paradigmas que había?

Como que la gente participe en su atención a la salud, de su proceso de atención a la salud, es un cambio de paradigma, que participe activamente, reconocer y exigir los derechos. Le cuesta a la gente y le cuesta por supuesto a la institución, más que a nadie, considerar que el usuario tiene derechos, y es por eso que nos estamos entrenando en eso. Por eso es que entrené a gente en estas cuestiones de derechos sexuales y reproductivos, en capacitación frente a casos de violencia; son situaciones que exigen un cambio de posición frente al tema.

Es por eso que a mí, me parece que no creo que sea un tema de recursos financieros ni de capacitación de recursos humanos, creo que son cuestiones que llevan más tiempo, de arquitectura o lectura.

**¿Cree que ha sido un cambio favorable para la organización?**

Si.

**La Oficina de Atención al Usuario ¿funciona de acuerdo a las expectativas y objetivos?**

También creo que, muchas veces, a quienes tomamos decisiones en una dirección, nos cuesta asumir los fracasos. Si me hubiesen entrevistado de otra cosa, creo que alguna cosa buena he hecho.

Pero, lo que es que en el cambio de paradigma institucional, de el que depende todo, en el cual estamos trabajando y en el cual, en el tema Salud es un tema muy difícil.

Hay mucho trabajo hecho, pero falta mucho más, justamente para aproximarnos a la ley.

Nosotros, hay algunos aspectos que hacen a la calidad, a la atención al usuario, por ejemplo: el acompañamiento en el parto: hasta el año pasado, tenía grandes dificultades para lograr que los médicos aceptaran que el acompañante entrara al parto; muchas veces porque no es el marido, no importa, la ley no dice que tiene que ser el marido. Por ejemplo otro derecho: el derecho de la mujer para decidir la ligadura de trompas como un tema de derecho de control de la natalidad. Los médicos hasta el 2004, le exigían a la mujer, la firma del marido, y si no había marido, ya era una limitante.

Y este derecho es difícil de cambiar por una ley, porque lo tienes que analizar, pero más allá de eso, a bueno, “tú te quieres hacer una ligadura”, bueno yo como médico; te voy a decir, ya el tono con que lo digo.

### **En el tema del derecho a que entre el acompañante al parto, ¿pasa también en La Salud Privada?**

Si, mucho menos, pero pasa. Había médicos de mi generación, que preferían que no entraran, por miedo a que se desmaye, por miedo a que me interpele, por miedo a que me cuestione mi actuación como médico. Existen todos esos mitos. Imagínense, en el lugar donde se forman.

Todo un cambio de pensamiento, antes tenía el poder Unilateral “el Doctor”, y lo que el decía.

La figura, que me vienes hablar de evidencia científica, la evidencia es la mía, no solamente en lo que tenga que ver con tu problema, que requirió atención

medica, la dolencia que te trajo, sino con tu vida, yo te digo cuales son las pautas y costumbres. Es más, cuando yo cursaba, más de tantos compañeros sexuales eras una promiscua, y ya era un factor de riesgo. Por ejemplo para infecciones genitales.

Yo hablo desde mis paradigmas, más de 4 compañeros sexuales en el año es una barbaridad, es una promiscuidad. No importando la edad, ni importando nada más, era el médico que marcaba, esta es línea de promiscuidad, desde el punto de vista médico, de alguna manera, te estoy poniendo la mochila.

Se ha empezado a revelar los derechos del usuario, este tipo de cosas. Y la edad a la que empezaste las relaciones sexuales, la cantidad de compañeros sexuales, los gustos sexuales, todo eso era mirado desde otro lugar.

En ese esquema, donde lo que primaban eran mis derechos, mi derecho es todo, en atenderte cuando quiero, te hago esperar, pero desde ese paradigma, por ejemplo: Llamo a la consulta a las 10 sabiendo que yo llego a las 11. Este es el paradigma, que me tengas que esperar una hora, eso en realidad es un disparate: tú vienes al médico, o que me digas. Mira Ima: yo la semana que viene no me puedo operar porque quiero dar un examen, siempre y cuando que no sea una cosa urgente.

Soy yo la que te soluciono el problema, por lo tanto, nada puede ser más importante que este acto que hago, uno lo dice por supuesto, dramatizando, pero es muy difícil, también, en este paradigma, poner una oficina de Atención al usuario.

Hay un tema de futuro institucional, Sin duda hay que cambiar, sin duda, es lo que exige el SNIS, en lo que estamos de acuerdo, y lo que creemos que es lo mejor para la atención de las personas.

Pero como todo cambio, no puedo sacar a las personas que tenía antes y pongo capacitadas. Hay que remarla con lo que tenés.

### **Entrevista ADUSS: Bimba**

#### **¿Cuál fue la idea original que se planteó para comenzar este emprendimiento?**

El centro fue fundado hace 18 años. Comenzó mediante la formación de un grupo, armamos una primera comisión. Lo que se planteó fue ir al Ministerio, Sindicato Médico, para conocer su funcionamiento, las normas, que cosas hacían para fiscalizar, auditorías etc.

Consideramos que se deben partir de la gente. Ofrecemos una Oficina dentro del Ministerio, dando apoyo logístico, ahí se estuvo 8 años.

Igualmente la gente no llegaba al Ministerio, nadie llegaba a hacer denuncias. Luego tuvimos mucha prensa, y comenzamos a tener mayor funcionamiento.

#### **¿Cuáles son los objetivos que tiene el centro?**

Los objetivos son pura y exclusivamente mediar entre los problemas de la gente que tiene con las Instituciones de salud.

No solo recibir quejas, sino hablar los problemas de la gente con la institución y cambiar para que no vuelva a suceder. Cuando se puede cambiar se cambia.

Nuestra función es colaborar para que nuestro sistema sea lo mejor, humano.

Que los médicos no trabajen a la defensiva, sino que pongan su mejor actitud.

Tenemos formado grupos por todo el país.

En el año 2008 atendimos 1920 cartas firmadas, solo 28 entraron al MSP.

#### **¿Cómo es el procedimiento?**

Nosotros solicitamos una Carta firmada por la persona que trae el problema, con esa carta nosotros primero la mandamos con una carta nuestra a la institución.

La institución tiene que contestarnos y si no nos contesta o si dicha respuesta la consideramos no satisfactoria llamamos a la institución y tramitamos una entrevista con la misma.

Se trata de ayudar a la persona que se dirige al centro, contribuyendo también con un apoyo social y humano, se escucha a la persona que tiene el problema.

Cuando se comenzó con la Oficina de Atención al Usuario ellos ya contaban con la oficina.

**Usted mencionó que median entre la persona que tiene el problema con la Institución de Salud Pública, ¿Qué pasa si no obtienen respuesta que satisfaga al paciente?**

En ese caso el trámite se dirige al Ministerio, y yo voy a tras del trámite.

Nosotros tenemos pasantes de la Universidad de Montevideo, de psicología, ellos apoyan la función del centro de atención mediante una pasantía.

También tenemos un grupo de psicólogos para atender a las personas que se dirigen al centro.

El apoyo del grupo de psicólogos se da como una negociación entre dicho grupo y ADUSS.

Ellos atienden 5 sesiones gratis de las personas de ADUSS y después pasa a ser su paciente con una tarifa mínima.

A su vez cuando el centro no atiende al público, cuando está cerrado los psicólogos pueden atender sus pacientes allí.

La denuncia la hace la persona y ADUSS lo que hace es tratar de solucionar el problema, mediar entre la persona que tiene el problema, y la institución de salud pública.

### **¿El centro de ADUSS de quien depende?**

Somos una ONG, que tiene su propio estatuto, tienen una directiva se elige cada 2 años. Muchas amigas, como laboratorista, químicas, colaboran con el centro, asesoran. Las personas que dan apoyo en el centro son personas capacitadas, que han dado apoyo siempre, una vez que se jubilan colaboran con el centro. Tenemos abogados que dan apoyo para asesorar a las personas. Contamos con apoyo mediante pasantías. Se armó un banco de datos cuentan con infamación estadística de las personas que se dirigieron, cuantos casos se resolvieron. Llevan un registro amplio de la operativa.

### **¿Cuántas personas trabajan en ADUSS?**

A medida que surge la necesidad las personas colaboran, no cumplen un horario fijo sino que cada vez que se requiere determinado apoyo ellos se dirigen al centro.

### **Entrevista Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada: Sr. Ruben**

#### **¿Cuándo se formó el movimiento?**

El movimiento comienza a trabajar en mayo, junio 2005, después que el programa del actual Gobierno define instrumentar la reforma de la salud. Queda planteada la posibilidad de que el usuario va a tener una participación diferente de la actual participación, en la cual terminará teniendo una diferente participación a la actual, pasando de ser un usuario pasivo a ser un usuario

activo, posibilidades de intercambiar y decidir en los planes y programas de la salud.

Comienza en Mayo/Junio 2005, primero en Montevideo a través de la comisiones de salud de los centros comunales y se comienza a expandirse.

Hoy está en los 19 departamentos. Tenemos 4000 afiliados aproximadamente.

La Dirección del Movimiento se reúne mensualmente, hay 19 titulares y 19 suplentes. Cada departamento tiene un titular y un suplente.

**Cuando tú decías 4000 usuarios, 4000 afiliados, para poder plantear inquietudes a nivel de usuarios ¿Tienen que estar estos afiliados al movimiento?**

No. Nosotros recibimos la denuncia o la situación por parte de los familiares, que nos ubican de alguna forma, pero nosotros no le preguntamos a la persona si es afiliado o no. Cada departamento afilia usuarios con la intención de que el mismo tenga determinada participación en la organización.

Mañana y pasado tenemos un encuentro en Maldonado, vienen médicos, técnicos de otros países, se va a desarrollar el tema de la policlínica comunitaria. Ese encuentro significa organización, vienen compañeros de otros departamentos como Artigas, todo implica organización, precisamos gente que se afilie para trabajar.

**¿Que fue lo que los llevó a la necesidad de crear el movimiento?**

La decisión pasaba por los compañeros, entendimos que es interesante. Por intermedio de una ley, la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, concretamente nos daba la posibilidad de estar en La Junta Nacional de Salud.

La Junta es el Organismo superior de toda la salud, ahí se maneja todo el dinero de FONASA.

Se deciden muchas cosas, convenios que hace con prestadores privados y con ASSE que es un prestador más. En ese convenio se establecen artículos que determinan obligación de las instituciones y el cumplimiento. Se establecen metas, que están vinculadas con la salud de un niño, de un recién nacido, con adolescentes, con el trabajo, y la institución de la salud tiene que cumplir esa meta, ya que ésta tiene un pago en algunos casos son de 9 pesos por afiliado, o 12 pesos, (según la meta).

El ministerio realiza una auditoria a la institución para ver el cumplimiento de lo contrario hay una sanción a la institución.

Los usuarios estamos dentro de los consejos consultivos, donde está la Dirección de la Institución, el representante de los trabajadores de la Institución y el representante de los usuarios.

En esa mesa que se reúne mensualmente, tanto los usuarios y trabajadores plantean mejoras. El trabajo del Movimiento es estar en consejos consultivos y estar en las situaciones como las mencionadas (Carlos Rossi).

Nosotros defendemos los derechos de los usuarios, y los derechos de los usuarios son muchos, y están desconocidos por la gente. El papel nuestro es salir a recorrer, informar, para que la gente sepa cuáles son sus derechos.

### **Cuándo no se cumplen las metas, ¿se sanciona a la institución?**

El cumplimiento de la meta se fija para un periodo, por ejemplo trimestral, La Institución debe brindar información, por ejemplo el niño recién nacido, que controles tuvo la madre, que atención tuvo a nivel vacunación, y todo tiene que estar comprobado. El ministerio realiza auditorias, llegan inspectores se instalan y corroboran que los datos enviados por la instituciones sean reales.

### **¿Cómo está integrado el Movimiento y de quien depende?**

El movimiento es honorario, ninguno de nosotros recibe honorarios por esto.

Lo que tenemos son ayudas que nos da el Ministerio de Salud Pública para poder desarrollar la actividad que desarrollamos, que es articular una pata de todo el sistema, que el Ministro Olesker considera fundamental.

Nosotros hacemos un control social de la actividad de salud de todo el país, de ese control social nosotros vemos los aspectos micro, que a veces la autoridad no lo ve.

El Ministro Olesker dice q la función del Movimiento de Usuarios es fundamental, porque tiene lo macro las leyes y también tiene un conocimiento de lo micro. Apuntando a lograr mejorar la equidad en la salud, que por supuesto es un proceso difícil porque tiene muchos grupos que está en contra. Existen Corporaciones o Instituciones médicas que no les interesa que la reforma se desarrolle porque los perjudican en algunos casos.

### **¿Usted tiene relación directa con la oficina de atención al usuario de cada Hospital? ¿Cómo obtiene la información?**

La Oficina de Atención al Usuario Central esta en el Ministerio de Salud Publica, hay una Directora, sub. Directora y un grupo de funcionarios que reciben información.

Nosotros al usuario lo que le decimos primero es lo siguiente, dependiendo del departamento donde vive, y si tuvo inconvenientes haga la denuncia por escrito en el Hospital en La Oficina de Atención al Usuario de dicho departamento y

luego nos envíe una copia a nosotros, así nosotros controlamos si eso llega y si cumple con el plazo establecido con un límite de respuesta de 20 días.

Por supuesto que eso a nosotros nos implica mucho trabajo, esto es una organización honoraria.

### **¿Solo del Ministerio recibe ayuda?**

La última rendición de cuenta se votó en 125000 (ciento veinticinco mil) pesos anuales. Que no nos da para cubrir todos los gastos. Aspiramos a presentar una ampliación de ese monto. Tratamos de vincularnos con Asociaciones Latinoamericanas.

El concepto central del Movimiento es promocionar todo aquello vinculado con la prevención de la salud; pero también por la cultura del país, lo que más receptionamos son quejas.

### **¿Que entiende por usuario de la salud?**

Usuario somos los tres millones de habitantes, todo aquel que tenga una cobertura de salud. La definición de usuario es aquella persona que se vincule por problemas de salud con la institución. Nosotros promovemos que la gente no llegue a la institución, sino promover todos aquellos hábitos de vida que lleva a que la gente no esté dentro de la enfermedad.

El tema paciente, es desde el punto de vista del médico, una especie de “objeto” que examina y determina si está enfermo, le da la medicación, es paciente.

Ahora el usuario de salud tiene derechos, la última Ley que se aprobó es la de “Derechos y Deberes de los Usuarios” que la gran mayoría de la población no la conoce. El usuario le tiene que preguntar al médico todo lo que considere y el médico tienen que responderle.

---

**¿Considera que los usuarios están conformes con La Oficina de Atención al Usuario?**

A nivel de ASSE vemos que la oficina de atención no tiene horario, o no se cumple, o los funcionarios no tienen la actitud que tiene que tener cuando se hace la denuncia y otros casos en los cuales si la institución funciona como debe funcionar. En ASSE predomina la primera.

**¿Qué perspectiva tienen los usuarios con dicha Oficina de Atención?**

Hay mucha gente que ni sabe la existencia de La Oficina.

La Oficina de atención al usuario está en un lugar, que es un lugar escondido.

**La Oficina de Atención al Usuario ¿se creó con la ley?**

La ley lo que hace es profundizar un cometido. En el Ministerio de Salud Pública se hicieron cursos, hubieron dos talleres que se hicieron el año pasado directamente con los funcionarios de la Oficina de Atención al Usuario.

Talleres de capacitación, pero una cosa es la capacitación y otra es la cultura centenaria de este pueblo de hacer el mínimo esfuerzo.

**¿Por que existen usuarios que, aunque no estén conformes con los servicios no presentan quejas?**

Existe un porcentaje altísimo por miedo, en el interior, en las zonas rurales, el miedo es el principal factor. El médico para ellos es “un Dios”.

Por ejemplo un padre en el cual hacer una denuncia implica para ellos, que el médico es hermano de la profesora del hijo y el niño tendría problemas en el liceo, y hacer la denuncia tiene trascendencia sobre él y el padre que tiene un taller mecánico y va a sufrir la propaganda en contra que le hiciera el médico.

Hay situaciones muy fuertes, y reales.

Caso anecdótico....

La madre la internó el viernes, el sábado lo van a ver y se había fugado, los familiares hacen la denuncia en la Seccional octava de Ituzaingó y empiezan a buscarla. Carlos Rossi es grande.

El domingo de mañana viene la nurse y le dice a lo bomberos que están en la búsqueda, dejen la búsqueda porque fue trasladada a Santa Lucia.

Los bomberos levantan la búsqueda y el jueves encuentran el cuerpo en estado de descomposición, el forense considera que murió el lunes o martes de mañana, el domingo estaba viva.

Hablo con la hija de la persona fallecida y me da la siguiente respuesta: habla con un sobrino o primo mío, hablé con él e hizo la denuncia ante la Oficina de Atención al Usuario.

Hay reacciones distintas por parte de las personas, algunos quieren dejar antecedentes para que las cosas no vuelvan a suceder.

Pero muchas veces predomina el miedo de hacer la denuncia.

**¿Considera que el nivel educacional del usuario influye que se presente o no ante La Oficina de Atención al Usuario?**

Si por supuesto el nivel cultural está directamente relacionado, incide muchísimo. Pero incide mucho mas el miedo de la gente por la represaría del médico o de la institución.

**¿Considera que está difundido el servicio de atención al usuario?**

**¿Que medios utilizan?**

Eso le corresponde al Ministerio. Si está difundido pero no lo suficiente.

**¿Considera que las quejas se deben presentar en el Ministerio?**

Nosotros el procedimiento que seguimos siempre es el siguiente; cuando se presenta la situación, como por ejemplo, mala praxis, omisión de asistencia, amenazas de muerte del médico al marido de la paciente etc. vamos a La Oficina de Atención al Usuario. Si la persona está internada nos llaman, vamos hablamos con el marido o la persona que nos indiquen, nos dan los detalles de los hechos, se le pregunta si se va a hacer la denuncia. Todos esos casos están hoy en la justicia, en La Oficina de Atención al Usuario. El proceso siempre implica que nosotros cumplimos primero en dirigirse a La Oficina de Atención al Usuario.

**¿Cómo es el procedimiento?**

La Oficina de Atención al Usuario tiene veinte días para realizar la investigación y dar una respuesta al usuario, ese es el plazo legal.

Muchas veces llegado ese plazo, los casos que son de fácil solución como por ejemplo levantar el teléfono y solicitar un traslado se hace, pero los casos mas graves lleva más tiempo y generalmente el familiar que hizo la denuncia entiende que existe todo un proceso y a veces esos veinte días no bastan.

### **¿Qué entiende por calidad en el servicio?**

Ahí hay una cantidad de componentes, en el tema de los convenios que el FONASA firmó con todas las instituciones y apunta fundamentalmente a eso, que el usuario tenga una cobertura dentro de su institución. Respecto a los tiempos de espera, es una meta por cumplir, y hay instituciones que no respetan los tiempos de espera que están establecidos y después toda la complejidad que tiene un tratamiento por parte del médico correcto hacia el paciente, que la institución tenga la cobertura con todos los especialistas, que tenga los recursos humanos suficientes para que ese usuario que paga una cuota o la paga el estado, esté cubierto.

### **¿Existen indicadores para medir el nivel de satisfacción?**

No, Nosotros no contamos con indicadores porque no tenemos estructura para eso.

### **¿Qué aspectos considera que debe mejorar La Oficina de Atención al Usuario?**

Eso no está tan vinculado con la misma oficina, pienso que hay todo un cambio, ese cambio está instrumentado hoy en un papel, llevar del papel a la realidad transformarlo a la realidad no es fácil, pienso que los temas de auditoría e inspecciones en la medida que generen un resultado dentro de las instituciones, fortalecerá varios aspectos.

La FONASA lo que hace es una publicación en la página Web en donde se indica que determinada institución fue auditada en determinada fecha y se la sancionó

con el no pago por esa suma que tiene asignada porque no cumplió con determinados requisitos establecidos.

Eso en la página Web lo ven todas las instituciones, es un elemento que se tiene en cuenta para cambiar, lo que antes no existía. Ahora la FONASA en esta nueva etapa va a tener poderes muchos más fuertes.

**Cuando se hacen este tipo de auditorías, ¿Es a igual nivel en todas las Mutualistas?**

Cuando empezó el gobierno en el año 2005 había cinco inspectores, ahora hay más de cincuenta inspectores y tienen todos ellos una preparación especial, tienen todos unos muy buenos sueldos. El equipo que sale a la inspección es rotativo, en ese equipo rotativo el Ministerio de alguna manera efectúa control. Nunca salen solos, siempre salen en grupo, de cuatro o cinco personas.

**¿Algunas veces las cosas quedan en archivos porque contra el doctor pocas veces se puede ir o pocas veces se puede sancionar?**

Como Ejemplo tenemos lo de Tomas Gomensoro en Artigas.

Existe una policlínica en la cual el médico actúa, y hace lo que se le antoja, entonces los usuarios de la policlínica que son un número importante de toda la población reivindican que tienen que haber un cambio y que unos de los cambios es por ejemplo, retirar a ese medico y contratar otro médico, pero para eso hay que conseguir un medico que esté dispuesto a instalarse en dicho departamento a vivir, solo o con su familia, y ganar un sueldo que probablemente sea la cuarta parte de lo que se gana en Montevideo, entonces no es fácil.

Hay otro tema es que faltan mas especialistas como pediatras, anestesistas.

Muchas veces el propio Ministerio queda “atado” porque no pueden tomar ciertas medidas.

Si no se logra un acuerdo de complementación, en las Instituciones e Intendencia, se dificulta.

Hoy los profesionales se reciben y muchos de ellos se van a otros países, el profesional Uruguayo tiene un nivel de preparación muy bueno.

Ahora se instrumenta el mecanismo de que, por dos años deben permanecer en el país y ahora se está instrumentando un mecanismo más fuerte con el interior. Cuando se hacen pedidos desde interior de especialistas muchas veces esos pedidos no se concretan.

Hay lugares en que los especialistas por ejemplo un cardiólogo va cada dos meses y un pediatra una vez cada quince días.

**¿Ha habido casos en que hayan trasladado del funcionario por determinados motivos como por ejemplo hablarle mal a un usuario o por falta del respeto al mismo?**

El movimiento siempre está supeditado a lo que usuario decide, si el usuario decide hacer la denuncia etc. el movimiento si toma cartas en el asunto.

**¿Han llegado a ver resultados?**

En el caso de Oncología cuando se dio el tema de amenazas de muerte que terminaron en la justicia dos médicos y el marido de la paciente, en ese caso nosotros enviamos a la Dirección de Oncología el pedido de traslado, la familia hizo lo mismo y nosotros sacamos el comunicado de prensa.

Nosotros tenemos los teléfonos de los medios de prensa, hacemos los comunicados y con ello hacemos que circule en todo el país.

Frente a ese tipo de situaciones las autoridades responden.

**¿El personal está capacitado para atender a los usuarios?**

Para formar parte de la Oficina de Atención, deben de estar capacitados.

El traslado a veces no es una sanción, sino que a veces el funcionario termina siendo beneficiado.

## **8.2. PRINCIPALES LEYES VINCULADAS AL SNIS.**

### **Ley Nº 18.131**

#### **CREACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE SALUD**

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, DECRETAN:

Artículo 1º.-Créase el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el que será administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y financiará el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS, de los jubilados del BPS que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado, con el alcance y en los términos previstos en la presente ley.

Artículo 2º.-Quedarán incluidos en el régimen establecido en la presente ley:

A) Las personas comprendidas en lo dispuesto por el artículo 8º del decreto-ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, con las modificaciones introducidas por el artículo 1º de la Ley Nº 15.953, de 6 de junio de 1988, por el artículo 186 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, en la redacción dada por el artículo 2º de la Ley Nº 16.759, de 4 de julio de 1996, y por el artículo 187 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995.

B) Los funcionarios de la Administración Central, del Tribunal de Cuentas, de la Corte Electoral, del Tribunal de lo Contencioso Administrativo y del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.

C) Las cuidadoras del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.

D) Los contratados a término.

Exceptuase del presente régimen a los funcionarios de los Incisos 03 "Ministerio de Defensa Nacional", 04 "Ministerio del Interior" y 12 "Ministerio de Salud Pública", que tuvieran derecho a otras coberturas, los que continuarán manteniendo los regímenes especiales de asistencia médica de cada Inciso.

El presente régimen no será aplicable tampoco a becarios y pasantes.

Artículo 3º.-El Fondo Nacional de Salud se integrará con los siguientes recursos:

A) Un aporte del Banco de Previsión Social equivalente al monto total que debe abonar dicho organismo a las prestadoras de servicios de salud a la fecha de vigencia de la presente ley por concepto de cuotas mensuales de prepago de las personas comprendidas en el artículo 8º del decreto-ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, con las modificaciones introducidas por el artículo 1º de la Ley Nº 15.953, de 6 de junio de 1988, por el artículo 186 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, en la redacción dada por el

artículo 2º de la Ley Nº 16.759, de 4 de julio de 1996, y por el artículo 187 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, y de las cuotas correspondientes al Fondo Nacional de Recursos. Dichos aportes serán ajustados por la variación del valor de las cuotas y por las altas y bajas que se vayan produciendo.

B) Un aporte de los funcionarios incluidos en los literales B), C) y D) del artículo 2º de la presente ley, de un 3% (tres por ciento) que se calculará sobre el total de las retribuciones sujetas a montepío. C) Un aporte a cargo del organismo empleador de los funcionarios incluidos en los literales B), C) y D) del artículo 2º de la presente ley, del 5% (cinco por ciento) sobre las mismas remuneraciones establecidas en el literal anterior.

Artículo 4º.-El aporte referido en el literal B) del artículo 3º de la presente ley, para los beneficiarios de los organismos públicos comprendidos en el artículo 2º de la presente ley, será inicialmente de cargo de Rentas Generales o de quien haga sus veces.

A partir de la fecha que determine el Poder Ejecutivo y coincidiendo con la aplicación del ajuste de recuperación salarial, los funcionarios aportarán a razón de un 1% (uno por ciento) acumulativo anual hasta alcanzar el porcentaje del 3% (tres por ciento). La diferencia entre el aporte personal descontado y el 3% (tres por ciento) será de cargo de Rentas Generales.

Los trabajadores comprendidos en lo dispuesto en el literal B) del artículo 8º del decreto-ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, quedarán excluidos de lo previsto en el inciso anterior. A efectos de hacer frente a las erogaciones que demanda el presente artículo, así como al aporte de cargo del empleador establecido en el literal C) del artículo 3º, la Contaduría General de la Nación realizará las trasposiciones y habilitaciones de créditos presupuestales necesarios en cada Inciso y unidad ejecutora.

Artículo 5º.-Los beneficiarios que ingresen al Fondo Nacional de Salud con posterioridad a la aprobación de la presente ley podrán optar, de acuerdo con lo que determine la reglamentación, por su afiliación a las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) contratadas por el Banco de Previsión Social (BPS) o a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en cuyo caso se realizará bajo las condiciones que se establezcan entre dichas instituciones (BPS y IAMC o ASSE).

Exceptuase de dicha afiliación a quienes se encuentren amparados en otros regímenes, que le aseguren la cobertura asistencial en un nivel no inferior al que tendrían derecho por el sistema que se crea en la presente ley. En ningún caso será admitida la doble cobertura de la asistencia médica al amparo de este sistema. No obstante en todos los casos el funcionario deberá realizar el aporte previsto en el artículo 3º de la presente ley.

El Poder Ejecutivo reglamentará las equivalencias de cobertura asistencial.

Facúltese al Poder Ejecutivo a determinar la fecha en que dicha opción se hará para los beneficiarios del literal A) del artículo 2º de la presente ley.

Artículo 6º.-Quienes se encuentren amparados simultáneamente por el presente régimen y por el establecido por el decreto-ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, u otras coberturas particulares, deberán optar por una única afiliación, manteniendo en las actividades comprendidas por la norma precedentemente citada los derechos y obligaciones correspondientes.

Artículo 7º.-El Banco de Previsión Social abonará una cuota uniforme a todas las prestadoras de asistencia médica por las que hubieran optado los beneficiarios. Dicha cuota podrá estar asociada a la edad y sexo de los beneficiarios e incluir pagos por el cumplimiento de metas asistenciales. La fijación de la cuota se realizará por el Poder Ejecutivo en acuerdo con los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública, tomando en consideración las economías derivadas de costos de cobranza, financieros, gestión de cobro y otros costos de gestión. Abonará, asimismo, al Fondo Nacional de Recursos las cuotas correspondientes por la totalidad de los beneficiarios incluidos en la presente ley.

Artículo 8º.-Se destinará a financiar la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) el importe de las cuotas que perciba, así como el excedente que surja de los aportes realizados por aplicación de la presente ley, luego de abonar la totalidad de las cuotas establecidas en el artículo 7º de la presente ley. El monto determinado por aplicación del inciso precedente constituirá Recursos de Afectación Especial con titularidad y disponibilidad de ASSE, y no se computará como base de cálculo de ninguna retribución, comisión o cualquier otro complemento de naturaleza salarial o no salarial, establecida por otras disposiciones legales. A efectos de la habilitación de los créditos que se financian con los recursos establecidos en el presente artículo, será de aplicación el artículo 43 de la Ley Nº 17.296, de 21 de febrero de 2001. Dichos créditos se distribuirán por unidad ejecutora para gastos de funcionamiento e inversiones de acuerdo con lo que determine la Dirección General de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Artículo 9º.-Facúltase al Poder Ejecutivo a incluir a los funcionarios de la Administración Nacional de Educación Pública, así como al Poder Judicial, en el régimen creado en la presente ley. La aportación progresiva hasta alcanzar el 3% (tres por ciento), establecida en el artículo 4º de la presente ley, no podrá significar reducción del salario líquido. Facúltese al Poder Ejecutivo a extender el régimen creado en la presente ley, a funcionarios de otros organismos públicos nacionales.

Artículo 10.-En caso de producirse las incorporaciones autorizadas en el artículo precedente u otras que se dieran en el futuro, los créditos habilitados para los regímenes de asistencia médica de cada organismo, pasarán a financiar los aportes previstos en los literales B) y C) del artículo 3º de la presente ley.

Artículo 11.-El que por cualquier medio ejecutare o encomendare ejecutar actos de intermediación lucrativa, de promoción o publicidad, con la finalidad de captar socios o afiliados para las instituciones de asistencia médica pública o privada, sean éstas colectivas o particulares, entregando a cambio o prometiendo entregar a dichos socios o afiliados dinero u otra ventaja equivalente (a excepción de mejoras en las prestaciones asistenciales) será castigado con una pena de cuatro a veinticuatro meses de prisión.

Los directores y administradores de las instituciones que por cualquier medio ejecutaren, facilitaren, propiciaren o aceptaren tales actos, serán considerados coautores del delito que se tipifica.

Constituyen circunstancias agravantes de este delito:

- A) El carácter de funcionario público del agente.
- B) El grado de jerarquía funcional del autor.

Son nulas, asimismo, las deudas contraídas por las instituciones de asistencia médica por concepto de actos ejecutados de conformidad con lo previsto por el presente artículo.

Artículo 12.-El Ministerio de Salud Pública o el Banco de Previsión Social (BPS) podrán aplicar sanciones pecuniarias de hasta 1.000 UR (un mil unidades reajustables) a aquellas instituciones que se hubieren beneficiado a consecuencia de las conductas referidas en el artículo precedente, pudiendo duplicarse el monto de la sanción en caso de reincidencia y retenerse las transferencias por concepto de cuotas de afiliación al sistema que administra el BPS.

Artículo 13.-Facúltase al Poder Ejecutivo a crear una Comisión de Seguimiento para la aplicación de la presente ley.

Artículo 14.-Derógase lo dispuesto por la Ley Nº 17.946, de 5 de enero de 2006, el artículo 14 de la Ley Nº 15.903, de 10 de noviembre de 1987, con la redacción dada por los artículos 11 de la Ley Nº 16.002, de 25 de noviembre de 1988, y 21 de la Ley Nº 16.170, de 28 de diciembre de 1990, y toda disposición que establezca otro régimen de cobertura asistencial a los beneficiarios del régimen creado en la presente ley.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 10 de mayo de 2007.

ELEUTERIO FERNÁNDEZ HUIDOBRO, Presidente. Hugo Rodríguez Filippini, Secretario.

## **LEY 18.161**

### **ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO SE CREA COMO SERVICIO DESCENTRALIZADO**

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay,  
reunidos en Asamblea General, Decretan:

#### **CAPÍTULO I**

##### **DENOMINACIÓN, PERSONERÍA Y ADMINISTRACIÓN**

Artículo 1°.- Créase, con el nombre de Administración de los Servicios de Salud del Estado (en adelante ASSE), un servicio descentralizado que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública. Este servicio descentralizado sustituye al órgano desconcentrado de igual denominación. Es persona jurídica y tendrá su domicilio principal en la capital de la República sin perjuicio de las dependencias instaladas o que se instalen en todo el país.

Artículo 2°.- ASSE será dirigida y administrada por un Directorio compuesto de cinco miembros, quienes serán designados de conformidad con lo dispuesto por el inciso primero del artículo 187 de la Constitución de la República.

Cuando el Poder Ejecutivo elabore la propuesta de Directores tendrá, especialmente en cuenta, como condiciones personales, de dos de los cinco miembros, que sean representativos de los usuarios y de los trabajadores de ASSE. Dentro de los seis meses contados desde la promulgación de la presente ley, el Poder Ejecutivo reglamentará la forma en que los usuarios y los trabajadores formularán sus respectivas propuestas. Durante los primeros tres años de su funcionamiento, ASSE podrá ser dirigida y administrada por los otros tres miembros del Directorio.

## CAPÍTULO II

### COMPETENCIAS, COMETIDOS Y PODERES JURÍDICOS

Artículo 3°.- Las competencias de ASSE son de carácter nacional y se integran con los cometidos y los poderes jurídicos que se establecen en los dos artículos siguientes.

Artículo 4°.- Son cometidos de ASSE:

- A) Organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud en su modalidad preventiva y el tratamiento de los enfermos.
- B) Ejercer la coordinación con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud, procurando al máximo accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones y/o duplicaciones.
- C) Formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud previsto en el artículo 264 de la Ley No.17.930, de 19 de diciembre de 2005, al que contribuirá en su implementación.
- D) Brindar los servicios de salud establecidos en la Ley N° 9.202, de 12 de enero de 1934, que regula los servicios prestados por el Ministerio de Salud Pública y que, hasta la vigencia de la presente ley, eran cumplidos por el órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- E) Desarrollar el cumplimiento de los derechos en materia de salud que tienen los habitantes de la República, de conformidad con el artículo 44 de la Constitución de la República, así como a quienes se comprometa a brindar servicios para lo que está habilitada, dentro del marco de los programas nacionales elaborados por el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública y las leyes de conformación del

Sistema Nacional Integrado de Salud.

F) Cumplir los cometidos previstos en el literal anterior a través de una organización que cubra y coordine adecuadamente el nivel nacional y los niveles departamentales y locales, y que abarque las diversas etapas de la atención integral en materia de salud, contribuyendo a la promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

G) Efectuar y mantener actualizado un diagnóstico sobre el estado de salud de sus usuarios y las circunstancias socio-económicas y culturales que puedan condicionar sus niveles, elaborando las estrategias más adecuadas para la superación de los mismos.

H) Contribuir, mediante planes adecuados de difusión, al cambio voluntario de las prácticas, actitudes y estilos de vida, que ponen en riesgo la salud.

### CAPÍTULO III

#### ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN

Artículo 5°.- El Directorio de ASSE tendrá los siguientes poderes jurídicos:

A) Administrar el patrimonio y los recursos del organismo.

B) Disponer -dentro de los límites que establezca el Reglamento General- la descentralización interna o las delegaciones que estime convenientes que permitan asignar a sus unidades asistenciales -regionales y locales- responsabilidades por el logro de objetivos, metas y resultados mediante convenios de gestión acordados, otorgándoles, para ello, suficiente autonomía

en la gestión de sus recursos para el más eficaz y eficiente cumplimiento de los cometidos del organismo.

C) Dictar sus reglamentos internos y, en general, realizar todos los actos jurídicos y operaciones materiales destinados al buen cumplimiento de sus cometidos.

D) Fijar aranceles y contraprestaciones por sus servicios con aprobación del Poder Ejecutivo.

E) Efectuar designaciones, promociones y cesantías de funcionarios sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 16 de la presente ley. Las designaciones requerirán la aprobación del Poder Ejecutivo. El Directorio tendrá la facultad de contratar el personal técnico, administrativo y de servicio que fuere necesario, así como disponer su cese, requiriéndose, en ambos casos, resolución fundada.

F) Fiscalizar y vigilar todos sus servicios y dictar las normas y reglamentos necesarios para el cumplimiento de los fines del organismo.

G) Suscribir con otros servicios de salud, públicos o privados, compromisos de gestión concertada, evitando siempre la superposición innecesaria de servicios y la insuficiente utilización de los recursos humanos y materiales.

H) Controlar la calidad de los servicios propios y contratados a terceros.

I) Ejercer la potestad disciplinaria sobre todo el personal.

J) Proyectar, dentro del plazo de 180 días, el Reglamento General del organismo, elevándolo al Poder Ejecutivo para su aprobación.

Artículo 6°.- El quórum para que pueda sesionar el Directorio, será de tres miembros.

Las resoluciones serán adoptadas por simple mayoría de votos, salvo en los casos en que esta ley o el Reglamento General disponga un determinado número de

votos para resolver. Durante el período a que refiere el inciso cuarto del artículo 2° de la presente ley, el quorum necesario para sesionar será de dos miembros.

Artículo 7°.- Al Presidente le corresponde:

- A) Ejecutar las resoluciones del Directorio.
- B) Adoptar y disponer de inmediato las medidas necesarias y urgentes, dando cuenta al Directorio en la primera sesión y estándose a lo que éste resuelva.
- C) Presidir las sesiones del Directorio y representar a la institución.
- D) Firmar con el miembro del Directorio o con el funcionario que éste designe todos los actos y contratos en que intervenga el servicio descentralizado.

El Presidente del Directorio representará al organismo y tendrá las demás facultades que establezca el Reglamento General, que será aprobado por el Poder Ejecutivo a propuesta de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Artículo 8°.- Los miembros del Directorio son personal y solidariamente responsables de las resoluciones votadas en oposición a la ley o por inconveniencia de la gestión.

Queda dispensado de esta responsabilidad el Director que hubiere hecho constar en acta su disenso y el fundamento que lo motivó. Cuando este pedido de constancia se produzca, el Presidente del Directorio estará obligado a dar cuenta del hecho dentro de las 24 horas, al Ministerio de Salud Pública, remitiéndole testimonio del acta respectiva.

Artículo 9°.- Los miembros del Directorio de ASSE no podrán ser nombrados para cargos, ni aun honorarios, que directa o indirectamente dependan de ésta. Esta inhabilitación durará hasta un año después de haber cesado en sus funciones,

cualquiera sea el motivo del cese, y se extiende a todo otro cometido, profesional o no, aunque no tenga carácter permanente ni remunerado. Los miembros del Directorio tampoco podrán ejercer simultáneamente profesiones o actividades que, directa o indirectamente, se relacionen con ASSE.

Las prohibiciones e incompatibilidades señaladas no rigen para las funciones docentes desempeñadas honorariamente en institutos de enseñanza superior.

#### CAPÍTULO IV

##### CONSEJOS ASESORES HONORARIOS

Artículo 10.- Habrá un Consejo Asesor Honorario Nacional y Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, que se integrarán en la forma que establezca el Reglamento General de ASSE, el que garantizará la participación de sus usuarios y sus trabajadores.

Artículo 11.- Estos Consejos Honorarios tendrán actividades de asesoramiento, proposición y evaluación, en sus respectivas jurisdicciones.

Todos sus informes serán presentados al Directorio de ASSE, pero no tendrán carácter vinculante.

#### CAPÍTULO V

##### PATRIMONIO Y RECURSOS

Artículo 12.- El patrimonio de ASSE se integrará de la siguiente manera:

A) Con los activos y los pasivos de cualquier naturaleza del órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que

---

se transfieren de pleno derecho al servicio descentralizado creado por esta ley. El Ministerio de Salud Pública realizará todas las operaciones necesarias a efectos de registrar las mutaciones dominiales o transferencias respectivas.

B) Con las donaciones o legados que reciba.

C) Con las transferencias de activos que a cualquier título le realice el Gobierno Central, las Intendencias Municipales y cualquier otro organismo del Estado.

Artículo 13.- Los recursos de ASSE se integrarán de la siguiente manera:

A) Con el producido de sus proventos.

B) Con las donaciones o legados que reciba.

C) Con un Fondo de Mejoramiento y Ampliación de Servicios que ASSE proyectará y enviará al Poder Ejecutivo dentro de los tres meses siguientes a la instalación de su Directorio.

D) Con las asignaciones que resulten de su presupuesto, que se elaborará y tramitará según las reglas del artículo 220 y concordantes de la Constitución de la República.

E) Con los aportes que se establezcan en función de la población atendida por ASSE.

F) Con las cantidades que puedan corresponder por integrar el Seguro Nacional de Salud previsto en el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 14.- Los eventuales excedentes operativos podrán, de acuerdo con las normas del artículo 220 de la Constitución de la República y leyes concordantes, destinarse a:

- A) Financiamiento de inversiones.
- B) Reserva especial con destino a cubrir déficit futuro.
- C) Ser transferidos al Gobierno Central.

Los eventuales déficit operativo se cubrirán:

- A) Por superávit acumulado previamente.
- B) Por créditos que contraiga el organismo.
- C) Por transferencias desde el Gobierno Central, expresamente aprobadas por el Parlamento Nacional.

Artículo 15.- Declárase de utilidad pública la expropiación y el uso de los bienes inmuebles necesarios para el cumplimiento de la presente ley (artículo 32 de la Constitución de la República y artículo 4° de la Ley N° 3.958, de 28 de marzo de 1912). Las designaciones de bienes que hubieren de realizarse en los trámites a que alude la citada ley, serán realizadas por el Poder Ejecutivo a propuesta de ASSE.

## CAPÍTULO VI

### RECURSOS HUMANOS

Artículo 16.- ASSE tendrá el personal que, a la fecha de vigencia de esta ley, pertenezca o esté afectado a las unidades ejecutoras del órgano desconcentrado que lleva la misma denominación, sin perjuicio de lo dispuesto por el literal E) del artículo 5° de la presente ley. El ingreso de personal de cualquier categoría se regirá por las normas generales del Estatuto del Funcionario Público, sin perjuicio

de las reglas especiales que se dicten en atención a la índole de sus cometidos (literal E) del artículo 59 de la Constitución de la República).

Dentro de los 120 días, contados desde la vigencia de la presente ley, deberá quedar definido por el Poder Ejecutivo el personal que pertenece a ASSE; en este plazo se atenderá la situación particular de los funcionarios que no pertenecen a la plantilla funcional de ASSE. Dentro del plazo de 180 días de promulgada la presente ley, el Directorio de ASSE proyectará y elevará el Estatuto del Funcionario, estableciendo identificación de funciones y puestos de trabajo, descripciones de cargos y régimen laboral, sistema de retribuciones, condiciones de ingreso, capacitación y desarrollo, evaluación de desempeño, ascenso, descanso, licencias, suspensión o traslado, régimen disciplinario y demás componentes de la carrera sanitaria y funcional hasta el egreso definitivo del funcionario, sin perjuicio de la aprobación de una ley marco de esta carrera.

Artículo 17.- Dentro del plazo de 180 días, a contar de la promulgación de la presente ley, el Ministerio de Salud Pública, en acuerdo con ASSE distribuirá el personal afectado al Ministerio de Salud Pública, con el asesoramiento de la Oficina Nacional del Servicio Civil.

Artículo 18.- El Ministerio de Salud Pública y ASSE definirán en el plazo de 180 días el personal afectado a cada uno de sus organismos. Hasta tanto no se lleven a cabo las regularizaciones funcionales previstas en la presente ley, el personal afectado a ASSE no verá afectada su remuneración como consecuencia de la aplicación de la misma.

## CAPÍTULO VII

### PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

Artículo 19.- ASSE dictará dentro del plazo de 180 días, a partir de la vigencia de la presente ley, las disposiciones relativas al procedimiento administrativo en general y disciplinario en particular, sobre la base de los siguientes principios:

- A) Imparcialidad.
- B) Legalidad objetiva.
- C) Impulsión de oficio.
- D) Verdad material.
- E) Economía, celeridad y eficacia.
- F) Informalismo en favor del administrado.
- G) Flexibilidad, materialidad y ausencia de ritualismos.
- H) Delegación material.
- I) Debido procedimiento.
- J) Contradicción.
- K) Buena fe, lealtad y presunción de verdad, salvo prueba en contrario.
- L) Motivación de la decisión.
- M) Gratuidad.

## CAPÍTULO VIII

### DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Artículo 20.- Hasta tanto no se sancione el primer presupuesto para el servicio descentralizado que se crea por esta ley, regirá el que a la fecha de su promulgación tenía el Ministerio de Salud Pública, con destino al órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), incluyendo la totalidad de los créditos presupuestales, cualquiera sea su naturaleza.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 17 de julio de 2007.

### **Ley Nº 18.335**

#### **PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD SE ESTABLECEN SUS DERECHOS Y OBLIGACIONES**

El Senado y la Cámara de Representantes de La República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, Decretan:

## CAPÍTULO I

### DE LAS DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º.- La presente ley regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud con respecto a los trabajadores de la salud y a los servicios de atención de la salud.

Artículo 2º.- Los pacientes y usuarios tienen derecho a recibir tratamiento igualitario y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, edad,

sexo, religión, nacionalidad, discapacidades, condición social, opción u orientación sexual, nivel cultural o capacidad económica.

## CAPÍTULO II DE LAS DEFINICIONES

Artículo 3º.- Se considera servicio de salud a toda organización conformada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados -de carácter particular o colectivo- o de naturaleza mixta, que brinde prestaciones vinculadas a la salud.

Artículo 4º.- Se entiende por trabajador de la salud, a los efectos de los derechos de los pacientes, a toda persona que desempeñe funciones y esté habilitada para ello, en el ámbito de un servicio de salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3º de la presente ley, que cumpla una actividad permanente o temporal, remunerada o no.

Artículo 5º.- Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

Se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquélla.

En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad de ejercer sus derechos y de asumir sus obligaciones, le representará su cónyuge o concubino, el pariente más próximo o su representante legal.

---

### CAPÍTULO III DE LOS DERECHOS

Artículo 6º.- Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 7º.- Todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones.

Todo paciente tiene el derecho a acceder a medicamentos de calidad, debidamente autorizados por el Ministerio de Salud Pública e incluidos por éste en el formulario terapéutico de medicamentos, y a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización.

Todo paciente tiene el derecho a que sus exámenes diagnósticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados para tal fin cuenten con el debido control de calidad. Asimismo tiene el derecho de acceso a los resultados cuando lo solicite.

Artículo 8º.- El Estado, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, será responsable de controlar la propaganda destinada a estimular tratamientos o al consumo de medicamentos. La promoción engañosa se determinará de acuerdo con lo prescripto en la Ley N° 17.250, de 11 de agosto de 2000, y, en particular, en el Capítulo IX de ese texto.

Artículo 9º.- El Estado, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, está obligado a informar públicamente y en forma regular sobre las condiciones sanitarias en el territorio nacional.

Artículo 10.- El Estado garantizará en todos los casos el acceso a los medicamentos incluidos en el formulario terapéutico de medicamentos.

Todas las patologías, agudas o crónicas, transmisibles o no, deben ser tratadas, sin ningún tipo de limitación, mediante modalidades asistenciales científicamente válidas que comprendan el suministro de medicamentos y todas aquellas prestaciones que componen los programas integrales definidos por el Ministerio de Salud Pública de acuerdo con lo establecido por el artículo 45 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

Los servicios de salud serán responsables de las omisiones en el cumplimiento de estas exigencias.

Artículo 11.- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.

En la atención de enfermos psiquiátricos se aplicarán los criterios dispuestos en la Ley N° 9.581, de 8 de agosto de 1936, y las reglamentaciones que en materia de atención a la salud mental dicte el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 12.- Todo procedimiento de investigación médica deberá ser expresamente autorizado por el paciente sujeto de investigación, en forma libre, luego de recibir toda la información en forma clara sobre los objetivos y la

metodología de la misma y una vez que la Comisión de Bioética de la institución de asistencia autorice el protocolo respectivo. En todos los casos se deberá comunicar preceptivamente a la Comisión de Bioética y Calidad de Atención del Ministerio de Salud Pública. La información debe incluir el derecho a la revocación voluntaria del consentimiento, en cualquier etapa de la investigación. La Comisión se integrará y funcionará según reglamentación del Ministerio de Salud Pública y se asesorará con los profesionales cuya capacitación en la materia los constituya en referentes del tema a investigar.

Artículo 13.- Toda persona tiene el derecho de elección del sistema asistencial más adecuado de acuerdo con lo establecido por el artículo 50 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario.

Artículo 14.- La docencia de las diferentes actividades profesionales en el ámbito de la salud podrá ser realizada en cualquier servicio de salud.

#### CAPÍTULO IV

##### DE LOS DERECHOS RELATIVOS A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

Artículo 15.- Los servicios de salud, dependiendo de la complejidad del proceso asistencial, integrarán una Comisión de Bioética que estará conformada por trabajadores o profesionales de la salud y por integrantes representativos de los usuarios.

Artículo 16.- Todo paciente tiene el derecho a disponer de su cuerpo con fines diagnósticos y terapéuticos con excepción de las situaciones de emergencia

imprevista, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.

Artículo 17.- Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno. Este derecho incluye, entre otros, a:

A) Ser respetado en todas las instancias del proceso de asistencia, en especial recibir un trato cortés y amable, ser conocido por su nombre, recibir una explicación de su situación clara y en tiempo, y ser atendido en los horarios de atención comprometidos.

B) Procurar que en todos los procedimientos de asistencia médica se evite el dolor físico y emocional de la persona cualquiera sea su situación fisiológica o patológica.

C) Estar acompañado por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de peligro o proximidad de la muerte, en la medida que esta presencia no interfiera con los derechos de otros pacientes internados y de procedimientos médicos imprescindibles.

D) Morir con dignidad, entendiendo dentro de este concepto el derecho a morir en forma natural, en paz, sin dolor, evitando en todos los casos anticipar la muerte por cualquier medio utilizado con ese fin (eutanasia) o prolongar artificialmente la vida del paciente cuando no existan razonables expectativas de mejoría (futilidad terapéutica), con excepción de lo dispuesto en la Ley N° 14.005, de 17 de agosto de 1971, y sus modificativas.

E) Negarse a que su patología se utilice con fines docentes cuando esto conlleve pérdida en su intimidad, molestias físicas, acentuación del dolor o reiteración de procedimientos. En todas las situaciones en que se requiera un paciente con fines docentes tendrá que existir consentimiento. Esta autorización podrá ser retirada en cualquier momento, sin expresión de causa.

F) Que no se practiquen sobre su persona actos médicos contrarios a su integridad física o mental, dirigidos a violar sus derechos como persona humana o que tengan como resultado tal violación.

## CAPÍTULO V

### DEL DERECHO AL CONOCIMIENTO DE SU SITUACIÓN DE SALUD

Artículo 18.- Todo paciente tiene derecho a conocer todo lo relativo a su enfermedad. Esto comprende el derecho a:

A) Conocer la probable evolución de la enfermedad de acuerdo a los resultados obtenidos en situaciones comparables en la institución prestadora del servicio de salud.

B) Conocer en forma clara y periódica la evolución de su enfermedad que deberá ser hecha por escrito si así lo solicitase el paciente; así como el derecho a ser informado de otros recursos de acción médica no disponibles en la institución pública o privada donde se realiza la atención de salud.

En situaciones excepcionales y con el único objetivo del interés del paciente con consentimiento de los familiares se podrá establecer restricciones al derecho de conocer el curso de la enfermedad o cuando el paciente lo haya expresado previamente (derecho a no saber).

Este derecho a no saber puede ser relevado cuando, a juicio del médico, la falta de conocimiento pueda constituir un riesgo para la persona o la sociedad.

C) Conocer quién o quiénes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad, con especificación de nombre, cargo y función.

D) Que se lleve una historia clínica completa, escrita o electrónica, donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte.

La historia clínica constituye un conjunto de documentos, no sujetos a alteración ni destrucción, salvo lo establecido en la normativa vigente.

El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma a sus expensas, y en caso de indigencia le será proporcionada al paciente en forma gratuita.

En caso de que una persona cambie de institución o de sistema de cobertura asistencial, la nueva institución o sistema deberá recabar de la o del de origen la historia clínica completa del usuario. El costo de dicha gestión será de cargo de la institución solicitante y la misma deberá contar previamente con autorización expresa del usuario.

La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y sólo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con éstos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente.

El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediante orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal.

E) Que los familiares u otras personas que acompañen al paciente -ante requerimiento expreso de los mismos- conozcan la situación de salud del enfermo y siempre que no medie la negativa expresa de éste.

En caso de enfermedades consideradas estigmatizantes en lo social, el médico deberá consultar con el paciente el alcance de esa comunicación. La responsabilidad del profesional en caso de negativa por parte del enfermo quedará salvada asentando en la historia clínica esta decisión.

F) Que en situaciones donde la ciencia médica haya agotado las posibilidades terapéuticas de mejoría o curación, esta situación esté claramente consignada en la historia clínica, constando a continuación la orden médica: "No Reanimar" impartida por el médico tratante, decisión que será comunicada a la familia directa del paciente.

G) Conocer previamente, cuando corresponda, el costo que tendrá el servicio de salud prestado, sin que se produzcan modificaciones generadas durante el proceso de atención. En caso de que esto tenga posibilidad de ocurrir será previsto por las autoridades de la institución o los profesionales actuantes.

H) Conocer sus derechos y obligaciones y las reglamentaciones que rigen los mismos.

I) Realizar consultas que aporten una segunda opinión médica en cuanto al diagnóstico de su condición de salud y a las alternativas terapéuticas aplicables a su caso. Las consultas de carácter privado que se realicen con este fin serán de cargo del paciente.

Artículo 19.- Toda historia clínica, debidamente autenticada, en medio electrónico constituye documentación auténtica y, como tal, será válida y admisible como medio probatorio.

Se considerará autenticada toda historia clínica en medio electrónico cuyo contenido esté validado por una o más firmas electrónicas mediante claves u otras técnicas seguras, de acuerdo al estado de la tecnología informática. Se aplicará a lo dispuesto en los artículos 129 y 130 de la Ley Nº 16.002, de 25 de noviembre de 1988, en el inciso tercero del artículo 695 y en el artículo 697 de la Ley Nº 16.736, de 5 de enero de 1996, y en el artículo 25 de la Ley Nº 17.243, de 29 de junio de 2000.

Artículo 20.- Es de responsabilidad de los servicios de salud dotar de seguridad a las historias clínicas electrónicas y determinar las formas y procedimientos de administración y custodia de las claves de acceso y demás técnicas que se usen.

El Poder Ejecutivo deberá determinar criterios uniformes mínimos obligatorios de las historias clínicas para todos los servicios de salud.

## CAPÍTULO VI

### DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Artículo 21.- El servicio de salud, en su carácter de prestador de salud, y, en lo pertinente, el profesional actuante deberán cumplir las obligaciones legales que le imponen denuncia obligatoria, así como las que determine el Ministerio de Salud Pública.

## CAPÍTULO VII

### DE LOS DEBERES DE LOS PACIENTES

Artículo 22.- Toda persona tiene el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad, tal como lo establece el artículo 44 de la Constitución de la República. Asimismo tiene la obligación de someterse a las medidas preventivas o terapéuticas que se le impongan, cuando su estado de salud, a juicio del Ministerio de Salud Pública, pueda constituir un peligro público, tal como lo dispone el artículo 224 del Código Penal.

El paciente tiene la obligación de suministrar al equipo de salud actuante información cierta, precisa y completa de su proceso de enfermedad, así como de los hábitos de vida adoptados.

Artículo 23.- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud. Tiene igualmente el deber de utilizar razonablemente los servicios de salud, evitando un uso abusivo que desvirtúe su finalidad y utilice recursos en forma innecesaria.

Artículo 24.- El paciente o en su caso quien lo representa es responsable de las consecuencias de sus acciones si rehúsa algún procedimiento de carácter diagnóstico o terapéutico, así como si no sigue las directivas médicas.

Si el paciente abandonare el centro asistencial sin el alta médica correspondiente, tal decisión deberá consignarse en la historia clínica, siendo

---

considerada la situación como de "alta contra la voluntad médica", quedando exonerada la institución y el equipo de salud de todo tipo de responsabilidad.

## CAPÍTULO VIII DE LAS INFRACCIONES A LA LEY

Artículo 25.- Las infracciones a la presente ley determinarán la aplicación de las sanciones administrativas previstas en la normativa vigente en las instituciones o en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio de otras acciones que se puedan derivar de su violación.

Artículo 26.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, los agrupamientos de trabajadores de la salud con personería jurídica, podrán juzgar la conducta profesional de sus afiliados de acuerdo a sus estatutos.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 5 de agosto de 2008.

### **8.3. PRINCIPALES DECRETOS VINCULADOS AL SNIS.**

#### **Decreto 297/02 CARTILLA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD 02/08/02**

VISTO: la necesidad de establecer una "Cartilla de derechos y deberes de los usuarios de los Servicios de Salud";

RESULTANDO: I) que por Decreto del Poder Ejecutivo No, 258/992 de 9 de junio de 1992, se establecieron normas sobre conducta médica y derechos del paciente, aplicables en el ámbito de todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública y demás Instituciones de Asistencia Médica Públicas, Colectivas y Privadas de cualquier naturaleza;

II) que, es necesario complementar dichas disposiciones con la normativa existente en nuestro ordenamiento jurídico sobre derechos y deberes de los usuarios de los Servicios de Salud, de carácter público o privado, independientemente de su condición de socio, afiliado, beneficiario o paciente;

III) que corresponde asimismo, que los derechos y deberes de los usuarios se encuentren claramente enunciados y explicitados en todas las Instituciones o Servicios de Salud, públicos y privados;

CONSIDERANDO: I) que es conveniente ordenar y sistematizar dicha normativa con el fin de contener un cuerpo de normas que rijan en la materia, facilitando el conocimiento de los particulares y las Instituciones o Servicios;

II) que, en consecuencia, la nómina de derechos y deberes que se enumeran no excluye otros que emanan de la condición de persona, revista o no la calidad de paciente o sujeto de una investigación clínica, estudio, tratamiento o asistencia en materia de salud, así como tampoco aquellos que derivan de la condición de

socio, afiliado, contratante o beneficiario de un Servicio de Salud público o privado, así como de profesionales o instituciones;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DECRETA:

**CARTILLA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

**(I) Definiciones**

Artículo 1°.- (Usuario de Servicio de Salud) Es Usuario de un Servicio de Salud toda persona física que potencialmente pueda adquirir o utilizar productos, bienes o servicios de salud como destinatario final, en forma remunerada o gratuita, cualquiera sea la naturaleza de su vinculación, ya sea en calidad de afiliado, socio o beneficiario, independientemente de su condición de paciente.

Artículo 2°.- (Servicio de Salud) Se considera Servicio de Salud a toda organización conformada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados -de carácter particular o colectivo- o de naturaleza mixta, que brinde prestaciones vinculadas a la salud -incluyendo análisis o estudios- de carácter preventivo, educativo, curativo, de rehabilitación o reparación.

Artículo 3°.- (Organizaciones de Usuarios) Se consideran Organizaciones de Usuarios a toda asociación, entidad o agrupación de usuarios de Servicios de Salud cuyo objeto específico sea la defensa de los derechos e intereses de los usuarios, asuma o no la representación de éstos.

Artículo 4°.- (Departamento de Atención al Usuario) El Departamento de Atención al Usuario es toda oficina, unidad o estructura organizada con materiales y personal idóneo que funciona dentro de un Servicio de Salud, cuya finalidad es informar, orientar, atender y resolver los reclamos, consultas o peticiones que formulen los usuarios del mismo.

## **(II) De los derechos**

Artículo 5°.- (Enumeración no taxativa) Los derechos y deberes que se enuncian a continuación, no excluyen otros que resulten inherentes a la condición de persona humana, profesionales, Instituciones u Organizaciones públicas o privadas, establecidos, reconocidos o garantizados por reglas de Derecho.

Artículo 6°.- (Derecho a conocer sus derechos y a ejercerlos)

Todo usuario tiene derecho a conocer sus derechos y ejercerlos sin otras restricciones o limitaciones que las establecidas por el ordenamiento jurídico.

Artículo 7°.- (Derecho al respeto) Todo usuario tiene derecho a que se respete su personalidad, dignidad humana, intimidad e imagen.

Artículo 8°.- (Derecho al acceso) Todo usuario tiene derecho a que se le facilite el acceso y uso de los Servicios de Salud, así como a los establecimientos donde estos funcionan, contemplando sus dificultades, discapacidades y necesidades, de conformidad a la reglamentación.

Artículo 9°.- (Derecho a un trato igualitario) Todo usuario tiene derecho a que se le dispense un trato igualitario, acorde a su situación particular y no ser discriminado por razones raciales, socio-económicas, de sexo, edad, ideológicas, religiosas, políticas, sindicales u otras.

Artículo 10°.- (Derecho a ser oído y plantear quejas o denuncias) Todo usuario tiene derecho a ser oído y atendido forma oportuna, respetuosa y en un ambiente adecuado.

Artículo 11°.- (Derecho a la instancia) Todo usuario tiene derecho a presentar ante el Servicio de Salud al que pertenece y/o ante el Ministerio de Salud Pública, de acuerdo al proceso que se establezca, las sugerencias, iniciativas, consultas, peticiones o reclamos que estime pertinentes, encaminadas entre otras a:

a) mejorar la calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad, accesibilidad de los servicios.

b) incrementar el rendimiento o el ahorro del gasto.

c) simplificar trámites o suprimir los que sean innecesarios o cualquier otra medida que suponga un mayor grado de satisfacción de sus derechos o intereses.

d) suprimir las tardanzas, desatenciones, dificultades para acceder a un servicio de salud, obtener información o beneficiarse de una prestación, etc. Artículo 12°.- (Derecho a medios alternativos de solución) Todo usuario tiene derecho a que se agoten todas las etapas del procedimiento que se establezca, tendientes a obtener una decisión sobre sus sugerencias, iniciativas, consultas, peticiones o reclamos.

Artículo 13°.- (Derecho a la confidencialidad) Todo usuario tiene derecho a la confidencialidad de sus datos, circunstancias que plantee, documentos que presente, así como del procedimiento y respuesta que se le brinde, salvo consentimiento expreso o cuando por mandato de una regla de derecho deba darse noticia a las autoridades.

Artículo 14°.- (Derecho a ser asesorado) Todo usuario tiene derecho a ser informado, orientado y asesorado sobre los procedimientos, trámites, requisitos y documentación que sean necesarios para que se le facilite el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

Artículo 15°.- (Derecho al acceso a los registros) Todo usuario tiene derecho a acceder a sus registros y archivos médicos del Servicio de Salud al que pertenece, en los términos previstos por la legislación vigente.

Artículo 16°.- (Derecho a solicitar información) Todo usuario tiene derecho a solicitar y recibir del Servicio de Salud información vinculada con el tratamiento y/o "atención médica recibida de éste, y entre otras, sobre:

- a) estructura orgánica y modalidad de las prestaciones asistenciales.
- b) los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
- c) las prestaciones comprendidas y excluidas por la cobertura a cargo del servicio de salud.
- d) precios o aranceles aplicables para las prestaciones excluidas, periodicidad de los ajustes económicos, porcentaje de los mismos, así como el sistema de fijación y responsable del mismo.
- e) monto de la cuota mensual, sobre cuotas, tasas moderadoras, etc. la periodicidad de sus ajustes económicos, porcentaje de los mismos, así como el método y responsable de su fijación.
- f) tipología del Servicio de Salud, esto es, asistencia pública o privada, particular o colectiva, de cobertura total o parcial, intermediación u otras.

La información debe ser brindada en tiempo razonable, en términos comprensibles, precisos, ser completa, continuada, verbal o escrita.

Artículo 17°.- (Derecho a un procedimiento) Todo usuario tiene derecho a acceder un procedimiento de duración razonable, así como a medios ágiles y adecuados conforme a sus necesidades, para la solución de sus planteos, sugerencias, iniciativas, reclamos, consultas o peticiones.

Artículo 18°.- (Derecho a una respuesta) Todo usuario tiene derecho a obtener del Servicio de Salud una respuesta expresa, clara, veraz y escrita a sus planteos en un plazo prudencial y ser notificado de las resoluciones, así como a que quede constancia documentada del procedimiento.

Artículo 19°.- (Derecho a conocer el estado del procedimiento) Todo usuario tiene derecho a requerir información sobre los procedimientos, en cualquier momento del estado de la tramitación de los mismos, en los que tenga la condición de interesado, obtener copia de los documentos que se presenten, formular alegaciones o presentar elementos de prueba.

Artículo 20°.- (Derecho a formar una asociación de usuarios) Todo usuario tiene derecho a asociarse con otros usuarios en defensa de sus derechos e intereses, formar Organizaciones o Asociaciones de usuarios y hacerse representar por ellas.

Artículo 21°.- (Derecho a conocer los profesionales) Todo usuario tiene derecho a conocer la nómina de profesionales que se desempeñan en el Servicio de Salud, sus nombres, especialidades y demás datos disponibles, así como sus días y horarios de consulta. Asimismo tiene derecho a conocer los nombres, cargos y funciones de cualquier miembro del personal del Servicio de Salud que participe en la atención que se le brinde.

Artículo 22°.- (Derecho a la atención preferente) Todo usuario tiene derecho a que cada Servicio de Salud cuente con un departamento u oficina dedicada preferentemente a atender, canalizar y resolver sus sugerencias, iniciativas, reclamos, consultas o peticiones.

### **(III) De los deberes**

Artículo 23°.- (Deber de observancia) Todo usuario tiene el deber de observar las normas impuestas por el Servicio de Salud, sea por ley, reglamento, estatuto o contrato.

Artículo 24°.- (Deber de respeto) Todo usuario tiene el deber de conducirse y dirigirse con respeto, tanto en relación con los funcionarios del Servicio de Salud, así como con los otros usuarios.

Artículo 25°.- (Deber de dar información) Todo usuario tiene el deber proporcionar la información que se le solicite a efectos de encaminar la solución de sus problemas, a aportar datos ciertos, reales y verdaderos, cuando suscriba declaraciones con motivo del ingreso a un Servicio de Salud o cualquier otra circunstancias posterior, así como a no inducir a error en el suministro de la cobertura asistencial.

Artículo 26°.- (Deber de cuidado) Todo usuario tiene el deber de cuidar las instalaciones, servicios, equipamiento e instrumental del Servicio de Salud, así como colaborar en su mantenimiento.

Artículo 27°. (Deber de denunciar irregularidades) Todo usuario tiene el deber de denunciar cualquier anomalía que pueda afectar al Servicio de Salud, los procesos y prestaciones que se le brinden.

Artículo 28°. (Deber de racionalización) Todo usuario tiene el deber de utilizar razonablemente el Servicio de Salud evitando abusos que desvirtúen su finalidad y distraigan recursos en forma innecesaria, de modo de acudir preferentemente a los servicios indicados por los profesionales y hacer uso de ellos de acuerdo a las prescripciones que se le impartan.

Artículo 29°. (Deber de pago) Todo usuario tiene el deber abonar en tiempo y forma la contraprestación fijada y/o convenida con el Servicio de Salud que le brinda cobertura.

Artículo 30° (Deber de cumplimiento de los reglamentos, estatuto o contrato)  
Todo usuario tiene el deber de respetar los reglamentos, estatutos de la institución o contrato celebrado con el Servicio de Salud que le brinda cobertura, so pena de soportar las consecuencias que se prevea para el caso de incumplimiento.

---

**Decreto Nº 395/002 Procedimiento para la tramitación de peticiones, reclamos o consultas de los usuarios de los servicios de salud 16/10/02**

VISTO: la necesidad de establecer normas de actuación y procedimiento en relación a la tramitación de peticiones, reclamaciones o consultas que formulan los usuarios de los Servicios de Salud;

RESULTANDO: I) que por Decretos del Poder Ejecutivo Nos. 258/992 de 9 de junio de 1992 y 297/002 de 2 de agosto de 2002 se establecieron normas sobre conducta médica y derechos del paciente, y se aprobó la "Cartilla de derechos y deberes de los usuarios de los Servicios de Salud";

II) que dichos cuerpos normativos representan un avance en la protección de los derechos de los usuarios y pacientes de los Servicios de Salud;

III) que la tramitación de las peticiones, reclamos o consultas de los usuarios de los Servicios de Salud, por sus características y especialidad, requiere de un procedimiento especial;

CONSIDERANDO: I) que es menester dar satisfacción a las exigencias precedentes, poniendo especial énfasis en la realización de los principios generales de derecho, de conformidad con los cuales se debe actuar en la protección de los usuarios y pacientes de los Servicios de Salud;

II) que el texto elaborado por el Ministerio de Salud Pública propende a agilizar y flexibilizar el procedimiento dentro de los propios Servicios de Salud y los de dicha Secretaría de Estado, minimizando exigencias de trámites, formulismos o recaudos innecesarios que dificulten su desenvolvimiento, acotando plazos para producir informes, y emitir decisión o resolución sobre las demandas de los usuarios;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DECRETA:

Artículo 1º) Apruébase el "Procedimiento para la tramitación de peticiones, reclamos o consultas de los usuarios de los Servicios de Salud" que figura adjunto en Anexo único y se considera parte integrante de este Decreto, identificándose en la forma señalada.

Artículo 2º) Dispónese la adopción y divulgación por parte de todas las Instituciones de Salud Públicas y Privadas del referido "Procedimiento para la tramitación de peticiones, reclamos o consultas de los usuarios de los Servicios de Salud".

Artículo 3º) Comuníquese, Publíquese.

ANEXO ÚNICO

**PROCEDIMIENTO PARA LA TRAMITACIÓN DE PETICIONES, RECLAMACIONES O  
CONSULTAS DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

CAPITULO I

DE LAS DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º - Objeto. Las disposiciones del presente decreto tienen por objeto regular el procedimiento para la tramitación de peticiones, reclamaciones o consultas de los usuarios de los servicios de salud, así como ante el Ministerio de Salud Pública, cuando corresponda, tendiente a garantizar y resolver las peticiones, reclamaciones o consultas que formulen los usuarios o pacientes, en protección de sus derechos o intereses directos.

Artículo 2º.- Alcance. El presente constituye un procedimiento particular, aplicable a los servicios de salud privados. En el ámbito de la Administración Pública regirán las reglas del procedimiento administrativo común, regulado por

Decreto del Poder Ejecutivo No. 500/991 de 27 de diciembre de 1991, disposiciones concordantes y complementarias. Los plazos establecidos en el presente Decreto comenzarán a correr a partir del día hábil siguiente al de su notificación.

Artículo 3º.- Departamento de Atención al Usuario. Todo Servicio de Salud deberá disponer de un Departamento de Atención al Usuario con el fin de informar, orientar, atender, canalizar las resoluciones de las peticiones, reclamaciones o consultas que formulen los usuarios o pacientes, en los términos y plazos que se disponen.

Los Servicios de Salud que a la fecha de entrada en vigencia del presente decreto no cuenten en su estructura organizativa con una dependencia de tales características, deberán constituirla en un plazo de 180 días, dotándola de los recursos materiales y humanos idóneos, necesarios para el cumplimiento de sus cometidos. Todos los Servicios de Salud deberán difundir adecuadamente entre sus usuarios, la ubicación, días y horarios de atención del Departamento de Atención al Usuario, el que deberá funcionar dentro del mismo, en lugar accesible al público, así como los medios a través de los cuales se brindará información, se podrán formular peticiones, reclamaciones o consultas y efectuar comunicaciones, notificaciones, gestiones y todo tipo de trámites. Para ello deberán habilitarse e indicarse las líneas telefónicas, de fax, direcciones de correo electrónico u otras disponibles a esos efectos. El Departamento de Atención al Usuario se ajustará razonablemente en cuanto a su organización, recursos humanos y materiales, a la estructura, dimensión y entidad del Servicio de Salud al que pertenezca.

## CAPÍTULO II

### DE LOS PRINCIPIOS GENERALES DEL PROCEDIMIENTO

Artículo 4º.- Principio de debido proceso. Los usuarios y sus representantes gozarán de todos los derechos y garantías inherentes al debido proceso, de conformidad con lo establecido por la Constitución de la República, las leyes y los reglamentos.

Estos derechos implican, entre otros, un procedimiento de duración razonable que sustancie sus peticiones.

Artículo 5º.- Principio de buena fe y lealtad. Las partes, sus representantes o funcionarios y en general todos los partícipes del procedimiento, ajustarán su conducta al respeto mutuo, lealtad y buena fe.

Artículo 6º.- Principio de verdad material. En todos los casos el procedimiento se ajustará a la verdad material de los hechos y reglas de derecho aplicables.

Artículo 7º.- Principio de informalismo. En el procedimiento se aplicará el principio del informalismo en favor del peticionante, siempre que se trate de la inobservancia de exigencias formales no esenciales, que puedan ser cumplidas posteriormente.

Artículo 8º.- Principio de economía y concentración. En el procedimiento deberá asegurarse la celeridad, simplicidad, economía del mismo, evitando la realización o exigencia de trámites, formalismos o recaudos innecesarios o arbitrarios que compliquen o dificulten su desenvolvimiento, tendiendo a la más correcta y plena satisfacción de los derechos e intereses del usuario.

Asimismo se procurará la concentración de las diligencias y trámites a fin de no entorpecer u obstaculizar el procedimiento.

Artículo 9º.- Principio de colaboración. Todos los partícipes del proceso prestarán la mayor colaboración en el mismo, tanto en el intercambio de datos e información necesarios, procurando la mejora de la calidad de los servicios y prestaciones asistenciales, así como la satisfacción a los derechos de los

pacientes y usuarios de los Servicios de Salud en cuanto ello resultare legalmente procedente.

### CAPÍTULO III DE LA INICIACIÓN DE PROCEDIMIENTO Y TRÁMITE

Artículo 10º.- Iniciativa en el proceso. La iniciación del procedimiento incumbe a todo usuario o paciente de un Servicio de Salud público o privado, sus representantes legales, apoderados o quienes actúen en protección de su derecho o interés directo, tales como las Asociaciones de Usuarios, requiriéndose en este último caso, la firma del interesado o su representante.

Artículo 11º.- De las formas de presentación. Las peticiones, reclamaciones o consultas deberán formularse, en primera instancia, ante el propio Servicio de Salud, por escrito o por los medios electrónicos de transmisión a distancia que ofrezcan garantías y seguridad de recepción, que constituirán por sí documentación auténtica que hará plena fe, a estos efectos, en cuanto a la existencia del original transmitido. Una vez agotada la instancia ante el Servicio de Salud, se seguirá el trámite establecido en el Capítulo V.

Artículo 12º.- De la presentación. La presentación deberá contener:

- a) Designación del Servicio de Salud, con indicación de su sede o departamento.
- b) Nombre del usuario, documento de identidad, número de afiliación o matrícula, domicilio, así como cualquier otro medio electrónico o similar de transmisión a distancia que ofrezca garantías y seguridad de recepción.
- c) Narración clara y precisa de los hechos, circunstancias en que funda su petición, reclamación o consulta, así como los medios de prueba pertinentes, si los hubiere.
- d) Petitorio formulado con toda precisión.
- e) Firma habitual del usuario, paciente o quienes actúen en su representación, en este último caso, acompañando los documentos que lo acrediten.

Artículo 13º.- Presentación por escrito. Toda petición, reclamación o consulta que se presente por escrito deberá estar firmada por el interesado, quienes lo representen o formulen la misma, acompañarse de copia que le será devuelta con la constancia de la fecha y hora de presentación, documentos que se acompañen y firma del funcionario receptor.

Artículo 14º.- Presentación por otros medios. En caso que la petición, reclamación o consulta se presente por fax, correo electrónico u otro procedimiento similar, se procederá de inmediato a su reproducción a través de los medios pertinentes y formará el correspondiente expediente. En los casos señalados precedentemente, el Servicio de Salud, podrá solicitar la ratificación, así como la observancia de los requisitos exigibles, lo que podrá ser cumplido por el peticionante o su representante en un plazo no inferior a diez días hábiles a contar del siguiente al envío del correspondiente documento, bajo su firma.

#### CAPÍTULO IV

##### DEL DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO Y TRÁMITE EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Artículo 15º.- Obligación de decidir. Todos los Servicios de Salud están obligados a decidir sobre cualquier petición, reclamación o consulta que le formule un usuario o paciente, previo los trámites que correspondan para la debida instrucción del asunto, como máximo dentro del término de noventa días corridos a contar de la fecha de la presentación. En ningún caso el vencimiento de los plazos exime al Servicio de Salud correspondiente de su obligación de pronunciarse expresamente sobre el fondo del asunto.

Artículo 16º.- Instrucción e impulsión de oficio. Toda vez que se formule una petición, reclamación o consulta, el Servicio de Salud deberá adoptar las medidas que estime necesarias, pertinentes y conducentes para asegurar una pronta y

eficiente resolución. La impulsión del procedimiento se realizará de oficio por el propio Servicio de Salud a través del Departamento de Atención al Usuario y demás dependencias, quienes deberán practicar las diligencias, requerir los informes y asesoramientos que correspondan con el fin de brindar respuesta y expedirse, sin perjuicio de la impulsión que pueda darle el interesado o quien lo represente. La falta de impulsión del procedimiento por el interesado no produce la perención de las actuaciones, debiendo continuar su tramitación hasta adoptar decisión final.

Artículo 17º.- Del expediente. Con todas las peticiones, reclamaciones o consultas, se formará expediente siempre que sea necesario mantener reunidas todas las actuaciones para resolver, siguiendo el ordenamiento regular de los documentos que lo integran, en forma sucesiva y por orden de fechas. Los expedientes se identificarán por su número correlativo anual único para todo el Servicio de Salud, el que será asignado por el Departamento de Atención al Usuario.

En los procedimientos reiterativos se procurará el uso de formularios que se individualizarán por su denominación.

Artículo 18º.- Informes u opiniones técnicas. Cuando para adoptar resolución resulte necesario contar con dictámenes o informes técnicos de los servicios, áreas, dependencias o profesionales pertenecientes al propio Servicio de Salud, estos deberán expedirse en plazo máximo de quince días hábiles. En caso que los dictámenes o informes técnicos se requieran a otros Servicios de Salud o del Ministerio de Salud Pública estos deberán ser brindados en plazo máximo de veinte días hábiles; tratándose de otras instituciones, organizaciones o entidades públicas o privadas, el Servicio de Salud solicitante deberá procurar que los mismos se expidan en el plazo máximo de treinta días hábiles.

Artículo 19º.- Plazos para emitir informes u opiniones técnicas. Todos los Servicios de Salud o Instituciones, públicas o privadas, deberán adoptar los

mecanismos y medidas necesarias a efectos de agilizar el procesamiento de los dictámenes e informes técnicos, y brindar en el mas breve plazo, las respuestas que se les requieran en el marco de este procedimiento. Todo pedido de información o datos necesarios para sustanciar las actuaciones, se hará directamente a través de las formas de comunicación admitidas por el presente decreto. Cuando se soliciten informes o dictámenes técnicos deberá indicarse con precisión y claridad las cuestiones sobre las que se estime necesario su pronunciamiento, y referirán exclusivamente a hechos o actos vinculados a la petición o reclamación.

Artículo 20°.- Resolución y notificación. Evacuados los informes o dictámenes técnicos solicitados, el Servicio de Salud deberá adoptar resolución expresa sobre la petición o reclamación, sin perjuicio de las medidas de orden interno que corresponda adoptar. La decisión deberá constar por escrito y ser notificada al usuario, paciente o sus representantes en forma fehaciente, personalmente en el propio Servicio o por los medios indicados al efecto. Sin perjuicio de ello, el usuario podrá acceder a los informes o dictámenes técnicos que constituyan el fundamento de la decisión, así como obtener copia de los mismos a su costo.

Artículo 21°.- Posibilidad de incorporar nuevos elementos de prueba. El peticionante o reclamante en cualquier momento del desarrollo del trámite, tanto en el propio Servicio de Salud o ante el Ministerio de Salud Pública, podrá acompañar nuevos elementos de prueba no prohibidos por la ley, que estime relevantes para la decisión del mismo.

---

CAPÍTULO V  
DEL DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO Y TRÁMITE EN EL  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Artículo. 22º.- Instancia ante el Ministerio de Salud Pública. Cuando el Servicio de Salud no se expida en el plazo establecido o la decisión adoptada no ampare la petición, reclamación o consulta, agotando la instancia ante aquél, el gestionante podrá presentarse ante la División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública. En tal caso podrá acompañar todos los recaudos pertinentes, así como los antecedentes, informes y actuaciones cumplidas en el Servicio de Salud. En su defecto, la División Servicios de Salud como primera medida podrá requerir al Servicio de Salud la remisión de todos los antecedentes, registros e historia clínica, dictámenes, informes técnicos y toda otra actuación, que deberá ser enviada en el plazo de seis días hábiles.

Artículo 23º.- Audiencia de Mediación y Conciliación. El Departamento Técnico competente de la División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública una vez estudiados los antecedentes y actuaciones cumplidas podrá citar al peticionante o reclamante, a los representantes del Servicio de Salud y su Director Técnico, a una audiencia con el fin de auspiciar mecanismos de mediación y conciliación, a fin de proponer medios de solución. Dicha audiencia deberá ser fijada como máximo dentro de los treinta días siguientes de formulada la petición, reclamación o consulta. La División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública podrá citar a los profesionales, funcionarios técnicos del Servicio de Salud, así como a terceros directamente involucrados.

Artículo 24º.- Medidas para mejor resolver. El Departamento competente de la División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública podrá solicitar, en forma previa o posteriormente a la audiencia de mediación y conciliación, otras medidas, dictámenes o informes técnicos siempre que resulten estrictamente necesarios

para la prosecución y resolución de la petición o reclamación. De las respuestas que se brinden se otorgará vista al usuario y Servicio de Salud involucrado.

Artículo 25º.- Formalidades y contenido de la audiencia.- La audiencia de mediación y conciliación será presidida por los funcionarios técnicos de la División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública. Cuando comparezcan las partes se labrará acta resumida que deberá contener: el petitorio o reclamo del usuario, la respuesta del Servicio de Salud y/o profesionales citados, y el resultado final. El acta será firmada por quienes asistan a la misma y los funcionarios de la División Servicios de Salud.

Artículo 26º.- Dictamen de la División Servicios de Salud. En caso que la audiencia concluya sin que se arribe a una resolución sobre la petición o reclamación, la División Servicios de Salud, previos los dictámenes que entienda pertinentes y oída la División Jurídico Notarial, deberá dictaminar y expedirse en el término de treinta días siguientes a partir que los autos se encuentren en estado. El dictamen de la División Servicios de Salud se notificará personalmente al usuario y Servicio de Salud involucrado. La División Servicios de Salud podrá remitir los antecedentes a la Comisión Honoraria de Salud Pública de acuerdo a lo dispuesto por la Ley No. 9.202 de 12 de enero de 1934, u otras con competencias específicas, si de las actuaciones surgiere mérito para ello, así como efectuar las comunicaciones pertinentes.

Artículo 27º.- Registro de las decisiones o dictámenes. Las soluciones a que arriben las partes en la audiencia de mediación y conciliación, así como las decisiones o dictámenes que se adopten o se emitan tanto por la División Servicios de Salud, como la Comisión Honoraria del Ministerio de Salud Pública, en su caso, deberán registrarse, cuando correspondiere, como antecedentes del Servicio de Salud y profesionales actuantes a los fines que se estimen pertinentes.

## CAPÍTULO VI DE LOS PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

Artículo 28º.- Resoluciones inmediatas en circunstancias especiales. Si en la petición o reclamación se plantearan situaciones de urgencia o emergencia, así como el acaecimiento de circunstancias que afecten o puedan afectar en forma grave e inminente la salud del usuario o paciente, que puedan causar un daño irreparable, el Servicio de Salud deberá adoptar resolución expresa de inmediato, en un plazo que no podrá exceder de veinticuatro horas.

Artículo 29º.- Las peticiones, reclamaciones o consultas de los usuarios o pacientes que no requieran informes técnicos, por resultar de mero corte administrativo deberán ser sustanciadas y resueltas por el Servicio de Salud en el plazo de cinco días.

Decreto 15/2006 - 16/01/2006

*Ministerio de Salud Pública*

ASUNTO No.1.-

Montevideo, **16 ENE 2006**

VISTO: la necesidad de actualizar las normas que reglamentan la actuación y procedimiento en relación con la tramitación de peticiones, reclamaciones o consultas de los usuarios de Servicios de Salud;-----

RESULTANDO: que el Decreto del Poder Ejecutivo N° 395/002 de 16 de octubre de 2002, oportunamente estableció normas tendientes a garantizar los derechos o intereses de los usuarios en tal sentido;-----

CONSIDERANDO: I) que por Ordenanza del Ministerio de Salud Pública N° 566 de fecha 19 de junio de 2005, se creó en la órbita de la Dirección General de la Salud una Comisión tendiente a actualizar la reglamentación vigente, a efectos de mejorar la protección de los derechos de los usuarios;-----

II) que dicha Comisión aconsejó la necesidad de adoptar medidas que confieran mayor efectividad a los procedimientos dispuesto oportunamente;-----

III) lo informado por la División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública;-----

ATENTO: a las facultades otorgadas por la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934 "Orgánica de Salud Pública" y lo dispuesto por los Decretos del Poder Ejecutivo N° 258/992 de 9 de junio de 1992, N° 297/002 de 2 de agosto de 2002 y N° 395/002 de 16 de octubre de 2002;-----

**EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA**

**DECRETA:**

Artículo 1°.- Modificase lo dispuesto por los artículos 2, 11, 13, 15, 24, 26, 27 y 29 del Decreto del Poder Ejecutivo N° 395/002 de 16 de octubre de 2002, los que quedarán redactados en los siguientes términos:

“Artículo 2º.-     **Alcance.** El presente será de aplicación a todos los servicios de salud tanto públicos como privados, de cobertura integral o parcial.-----

En el ámbito de la Administración Pública, en todo aquello que no esté regulado expresamente, será de aplicación lo dispuesto por el Decreto N° 500/991 de 27 de setiembre de 1991.-----

Los plazos establecidos en el presente Decreto comenzarán a correr a partir del día hábil siguiente al de su notificación.”-----

“Artículo 11º.-     **De las formas de presentación.** Las peticiones, reclamaciones o consultas deberán formularse, en primera instancia, ante el propio Servicio de Salud, por escrito o por los medios electrónicos de transmisión a distancia que ofrezcan garantías y seguridad de recepción, que constituirá por sí documentación auténtica que hará plena fe, a estos efectos, en cuanto a la existencia del original transmitido.-----

Una vez agotada la instancia ante el Servicio de Salud, se seguirá el trámite establecido en el Capítulo V.-----

Exceptúase de la exigencia de presentación escrita los casos que

## *Ministerio de Salud Pública*

hagan referencia a aspectos meramente  
administrativos u organizativos del  
Servicio”.

### “Artículo 13°.-

**Presentación.** Toda petición,  
reclamación o consulta a que refiere la  
presente reglamentación deberá ser  
presentada ante la Oficina de Atención  
al Usuario del Servicio de Salud  
correspondiente. Los apoderados y en  
general, el que actúe en virtud de una  
representación deberá expresar su  
calidad y acreditar la misma en los  
términos previstos por el Decreto  
N° 500/991.

La institución receptora deberá dejar  
registro de la recepción de la petición,  
reclamo o consulta que se le efectúe,  
entregando al interesado la respectiva  
constancia”.

### “Artículo 15°.-

**Obligación de Decidir y Plazos.** Todos  
los Servicios de Salud están obligados a  
decidir sobre cualquier petición,  
reclamación o consulta que le formule  
un usuario o paciente, previo los  
trámites que correspondan para la  
debida instrucción del asunto.

En los casos en que se alegue daño  
derivado de las prestaciones y el trámite  
dé lugar a una investigación dentro del  
Servicio, dicha decisión deberá ser

comunicada por escrito al usuario en un plazo no mayor de veinte días.-----

Las resultancias finales de la instrucción deberán ser notificadas por escrito al usuario o a quien lo represente en un plazo máximo de noventa días, prorrogables por causa fundada y por única vez por otros noventa días.-----

En caso de dificultad de acceso o falta de cumplimiento en las prestaciones o cuando no exista acuerdo sobre las obligaciones recíprocas de carácter no asistencial entre prestador y usuario, deberá adoptarse resolución en un plazo máximo de veinte días.-----

El incumplimiento de los plazos establecidos por parte de los Servicios otorgará derecho al usuario a su presentación ante el Área de Atención al Usuario de la División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, la que procederá a intimar el cumplimiento a la institución omisa en el plazo de diez días, bajo apercibimiento de la aplicación de las sanciones previstas por el artículo 281 de la Ley N° 15.903 de 10 de noviembre de 1987, sin perjuicio de la instrucción que corresponda dentro de su ámbito”.-

“Artículo 24°.-      **Medidas para mejor resolver.** El Departamento competente de la División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública podrá requerir de los Servicios los informes técnicos o documentación, cualquiera sea su naturaleza, que estime necesario para la instrucción del asunto. De las respuestas que se brinden se otorgará vista oportunamente, al usuario y Servicio de Salud involucrado.”-----

“Artículo 26°.-      **Dictámenes de la División Servicios de Salud.** Del dictamen de la División Servicios de Salud se otorgará vista personalmente al usuario y Servicio de Salud involucrado.-----

La División Servicios de Salud podrá aconsejar la remisión de los antecedentes a la Comisión Honoraria de Salud Pública de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934 (Orgánica de Salud Pública), u otras con competencias específicas, si de las actuaciones surgiere mérito para ello, así como efectuar las comunicaciones pertinentes.”-----

“Artículo 27°.-      **Registro de las decisiones o dictámenes.** Las decisiones o dictámenes que se adopten o se emitan

tanto por la División Servicios de Salud, como por la Comisión Honoraria de Salud Pública, en su caso deberán registrarse, cuando correspondiere, como antecedentes del Servicio de Salud y profesionales actuantes a los fines que se estimen pertinentes”-----

“Artículo 29°.- Las peticiones, reclamaciones o consultas de los usuarios que no requieran informes técnicos por resultar de mero corte administrativo o referido a la organización del Servicio de Salud, deberán ser sustanciadas o resueltas por el mismo en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas.”-----

Artículo 2°.- Los Servicios de Salud Públicos y Privados deberán remitir mensualmente al Área de Atención al Usuario de la División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, dentro de los primeros diez días de cada mes, informe sobre el número de denuncias, quejas y reclamos recibidos por los Servicios de Salud, incluyendo número total de planteos, con especificación de los datos filiatorios y Cédula de Identidad del denunciante, referencia sucinta al asunto de que se trate, profesionales involucrados y resolución adoptada, en su caso.-----

El incumplimiento de lo dispuesto precedentemente dará lugar a las sanciones pertinentes salvo que medie causa justificada, en cuyo caso la Administración podrá

*Ministerio de Salud Pública*

conceder una prórroga atendiendo las razones  
invocadas.-----

Artículo 3°.- Deróganse los artículos 23 y 25 del Decreto del Poder  
Ejecutivo N° 395 de 16 de octubre de 2002.-----

Artículo 4°.- Comuníquese. Publíquese.-----

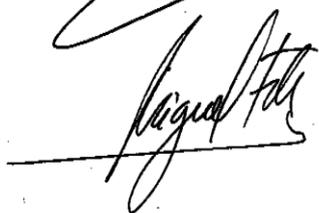
Decreto N°

Decreto Diario Oficial N°

Ref. N° 001-5004/2005

/lsm

237

  
  
Dr. Tabaré Vázquez  
Presidente de la República

#### 8.4. FORMULARIOS Y FOLLETOS UTILIZADOS POR LA OFICINA DE ATENCION AL USUARIO DE LOS HOPITALES DE ESTUDIO.



HOSPITAL  
MACIEL

**Sr./a. Usuario/a:**

Ante cualquier problema, reclamo, queja o agradecimiento sobre nuestra atención, usted cuenta para su asesoramiento con la **Oficina de Atención al Usuario** de Lunes a Viernes de 7 a 14 en el Policlínico.

**CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL  
HOSPITAL DE LA MUJER  
PLANTEO DE USUARIO**

FECHA.....
NOMBRE.....
APELLIDO.....
DIRECCION.....
TELEFONO.....
RELACION O PARENTESCO CON EL USUARIO.....
SERVICIO.....

**DETALLE DE LA SITUACION PLANTEADA:**

.....  
FIRMA



**CARACTERISTICAS del CASO**

**( marque con una cruz a derecha la opción correspondiente al caso)**

**1-FALLECIMIENTO :**

Ovito fetal --  
Materno --  
Intra o pos procedimiento invasivo  
Pos administracion de drogas o tratamiento no invasivo  
Diferido al tratamiento  
Sin asistencia

**2-LESIONES GRAVES O SECUELAS:**

Intra o pos procedimiento invasivo  
Pos administracion de drogas  
Tratamiento Oncologico  
Radioterapia  
Tratamientos medicos  
Error en tecnicas diagnosticas  
Sin asistencia

**3- IRREGULARIDADES EN EL PROCESO DE ATENCION:**

administrativo  
medico  
enfermeria

**4-FALLA EN LA RELACION MEDICO- PACIENTE**

**5- OMISION DE ASISTENCIA**

**ESTADO del CASO :**

EN PROCESO --  
RESOLUCION FAVORABLE --  
RESOLUCION NO FAVORABLE --

**IDENTIFICACION DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE:**

Nombre ( en letra de imprenta).....

CI..... Firma.....

**FORMULARIO PARA RECLAMOS**  
*( Información confidencial para el Departamento de Evaluación de Calidad del Ministerio de Salud Pública)*

FECHA - / - / -

NOMBRE de la INSTITUCION.....

**DATOS DEL CASO:**

Nombre.....  
CI.....  
Edad..... Sexo F - M -  
Fecha de ingreso a la institucion -- -- --  
Vinculo con el caso ( denuncia o reclamo): pariente.....  
el mismo involucrado ( usuario).....  
allegado.....

**DATOS DEL PROFESIONAL INVOLUCRADO**

( En caso de más de un profesional agregue los formularios correspondientes a este documento)

NOMBRE.....

CI.....

TITULO

ESPECIALIDAD

CARGO QUE DESEMPEÑA

SERVICIO de origen :

Policlinica

Atencion domiciliaria

Internacion

Cuidados intensivos

Quirofano

Cuidado intermedios

Emergencia

**CARACTERISTICAS del CASO**

( marque con una cruz a derecha la opción correspondiente al caso)

- 1- SOLICITUD DE PRESTACIONES INCLUIDAS EN LA CANASTA OBLIGATORIA
- 2- SOLICITUD DE PRESTACIONES NO INCLUIDAS EN LA CANASTA OBLIGATORIA
- 3- DIFICULTADES EN EL ACCESO ECONOMICO A LOS SERVICIOS
- 4- IRREGULARIDADES ORGANIZATIVAS

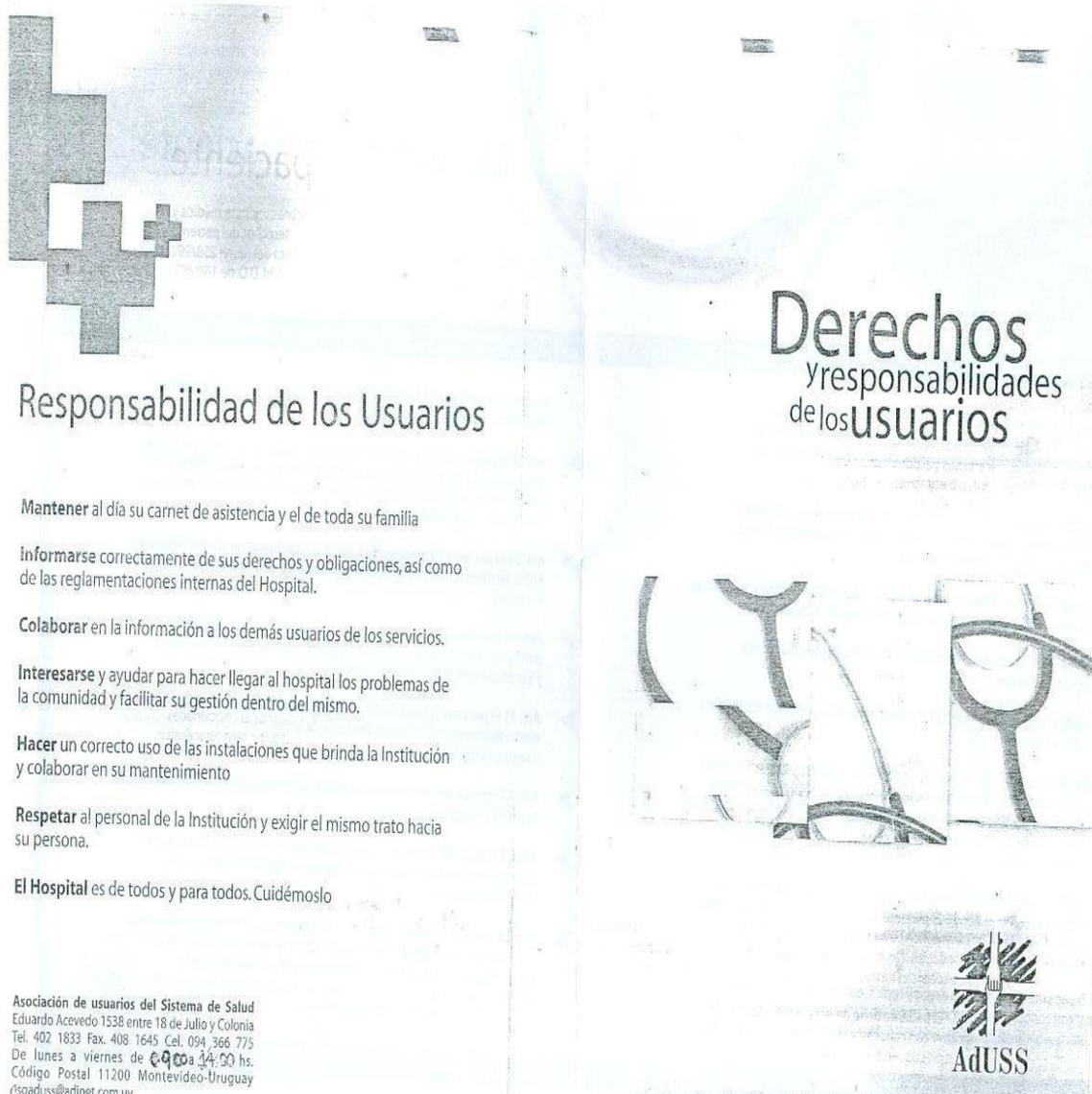
**ESTADO del CASO :**  
EN PROCESO --  
RESOLUCION FAVORABLE --  
RESOLUCION NO FAVORABLE --

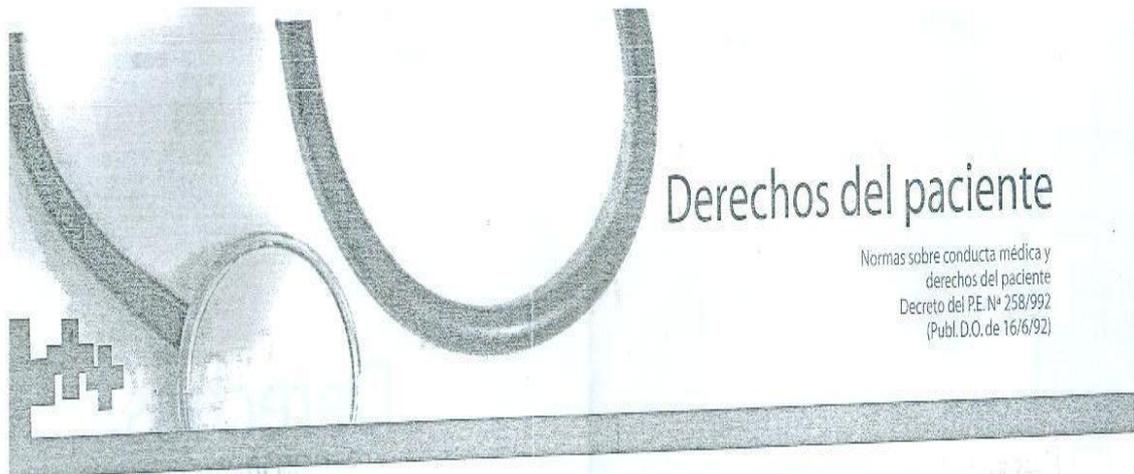
**IDENTIFICACION DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE:**

Nombre ( en letra de imprenta).....

CI..... Firma.....

## 8.5. FORMULARIOS UTILIZADOS POR LA ASOCIACION DE USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD (ADUSS)





## Derechos del paciente

Normas sobre conducta médica y derechos del paciente  
Decreto del P.E. N° 258/992  
(Publ. D.O. de 16/6/92)

- ▶ **Art. 30** El paciente tiene derecho a conocer y hacer uso de sus derechos y si por alguna razón no los conoce o necesita ayuda, el establecimiento de salud correspondiente tiene obligación de prestarle ayuda.
- ▶ **Art. 31** El paciente tiene derecho a recibir tratamiento sin distinción de raza, religión, sexo, nacionalidad de origen, impedimentos físicos, orientación sexual o fuentes de pago.
- ▶ **Art. 32** El paciente tiene derecho a recibir una atención solícita y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin restricciones innecesarias.
- ▶ **Art. 33** El paciente tiene derecho a recibir atención de emergencia cuando la necesite.
- ▶ **Art. 34** El paciente tiene derecho a saber el nombre y el cargo del médico que lo atenderá.
- ▶ **Art. 35** El paciente tiene derecho a saber los nombres, cargos y funciones de cualquier miembro del personal que participe en la atención médica que se brinda y a negarse a recibir tratamiento, a ser examinado u observado por una persona que no acepte por razones debidamente justificadas, salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato.
- ▶ **Art. 36** El paciente tiene derecho a recibir información completa sobre el diagnóstico de su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico, expuesta de modo sencillo, inteligible y procurando no alterar el equilibrio psico-social del mismo.
- ▶ **Art. 37** El paciente tiene derecho a recibir toda la información necesaria para autorizar con conocimiento de causa, cualquier tratamiento o procedimiento que le practiquen. En dicha información se deben mencionar los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento propuesto, salvo en los casos con riesgo vital inmediato.
- ▶ **Art. 38** El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esta negativa para su salud, sin perjuicio de las medidas que corresponda adoptar frente a patologías que impliquen riesgo para la sociedad que integra.
- ▶ **Art. 39** El paciente tiene derecho a negarse a participar en una investigación. Antes de decidir si va a participar o no, tiene derecho a recibir una explicación completa.
- ▶ **Art. 40** El paciente tiene derecho a que se respete su intimidad mientras permanezca en el hospital y trate confidencialmente toda la información y los documentos relativos a su salud.
- ▶ **Art. 41** El paciente tiene derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento. El hospital tiene que darle por escrito un plan terapéutico a seguir, luego del alta.
- ▶ **Art. 42** El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma, a sus expensas.
- ▶ **Art. 43** El paciente tiene derecho a quejarse de la atención y los servicios que recibe sin temor a represalias y exigir una respuesta del hospital, inclusive por escrito, si así lo desea.
- ▶ **Art. 44** La enumeración de derechos del paciente contenida en los artículos precedentes tiene carácter enunciativo y no enerva el cumplimiento por éste de todos y cada uno de los deberes que son emanación de las obligaciones constitucionales de cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad (art. 44, inc. 2° de la Constitución).

## 8.6. FORMULARIO UTILIZADO PARA LA REALIZACION DE ENCUESTAS A LOS USUARIOS DE LOS HOSPITALES DE ESTUDIO

En una escala del 1 al 5 considerando:	Edad:	
1 deficiente,	Sexo:	
2 regular,	Expectativas	Percepción
3 aceptable		
4 satisfactorio		
5 excelente		
<b><u>Dimension1: Elementos Tangibles / Bienes Materiales.</u></b>		
Apariencia de las Instalaciones Físicas, Equipos, Personal y Materiales de comunicación.		
<b><u>1.1 Las organizaciones de salud pública tienen equipos de apariencia moderna.</u></b>		
¿Considera que la organización cuenta con equipos apropiados para el mejor diagnóstico de su salud?		
¿Considera que son equipos modernos?		
¿Las instalaciones físicas son adecuadas?		
¿Existe espacio apropiado para un mejor servicio?		
¿Las estructuras físicas del hospital son atractivas?		
¿La Oficina de Atención al Usuario es un lugar accesible para los usuarios?		
<b><u>1.2 Las instalaciones físicas de las organizaciones son visualmente atractivas.</u></b>		
¿Considera que las instituciones tienen cartelera visible?		

¿Existen indicaciones a dónde dirigirse?		
¿Está ubicada en lugares amigables? ¿Es limpio, agradable, acogedor?		
¿Están en lugares accesibles?		
<b><u>1.3 Los empleados de la organización de salud tienen apariencia pulcra.</u></b>		
¿Considera que el personal integrante de la Oficina de Atención al Usuario es idóneo para el buen desempeño de sus funciones?		
¿Considera que el personal de la Oficina de Atención al Usuario está capacitado para brindar soluciones?		
¿El personal de la Oficina amable?		
¿Los empelados que integran la Oficina de Atención al Usuario generan confianza en la atención que brindan?		
<b><u>1.4 Los elementos materiales (folletos, publicidad y similares) son visualmente atractivos</u></b>		
¿La organización de salud publica cuenta con medios de comunicación adecuados?		
¿Existe folletería que actualiza los servicios de la salud?		
Los servicios brindados por la Oficina ¿están debidamente informados?		
¿Existe publicidad para atraer usuarios La Oficina de Atención al Usuario?		
¿La difusión de información de La Oficina de Atención al Usuario se basa exclusivamente en los elementos materiales?		
<b><u>Dimension2: Fiabilidad/ Confiabilidad.</u></b>		
<b><u>Habilidad para ejecutar el Servicio Prometido de forma Fiable y Cuidadosa.</u></b>		
<b><u>2.1 Cuando las organizaciones de salud promete hacer algo en cierto tiempo, lo hacen.</u></b>		
¿Manejan tiempos prudentes en la atención brindada?		

¿Respetan los horarios de atención?		
<b><u>2.2 Cuando un usuario tiene un problema, la organización muestra un sincero interés en solucionarlo.</u></b>		
La Oficina de Atención al Usuario ¿siempre está disponible para brindar soluciones?		
¿Las decisiones están centradas en el usuario?		
La Oficina de Atención al Usuario ¿tiene un procedimiento confiable y establecido para atender sus reclamos?		
<b><u>2.3. La Oficina de Atención al Usuario concluye la atención en el tiempo prometido</u></b>		
¿Los reclamos efectuados por los usuarios son atendidos en tiempo y forma?		
¿Maneja tiempos acorde a sus necesidades?		
<b><u>2.4 La Oficina de Atención al Usuario insiste en mantener registros exentos de errores</u></b>		
¿La Oficina dispone de sistemas adecuados para almacenar registros?		
¿Obtiene por parte de La Oficina una constancia de su inquietud?		
<b><u>Dimension3: Capacidad de respuesta.</u></b>		
<u>Disposición y Voluntad de los Empleados para Ayudar al usuario y Proporcionar el Servicio</u>		
<b><u>3.1 Los médicos, enfermeros o empelados de atención medica, comunican a los usuarios cuando concluirá la realización del servicio.</u></b>		
¿Está a disposición del usuario el tiempo establecido de espera?		
¿Existe un tiempo límite para obtener la respuesta a su planteamiento?		
<b><u>3.2 Los empleados de atención médica, así como los médicos, enfermeros o personal técnico del hospital ofrecen un servicio rápido a sus usuarios.</u></b>		
¿El servicio brindado por los empleados es rápido y completo?		

¿La capacidad de atención de los empleados es amigable?		
<b><u>3.3. Los empleados de la organización de salud (personal técnico, médicos, enfermeros, gerentes) siempre están dispuestos a ayudar a los usuarios.</u></b>		
¿Siempre tienen buena disposición en la atención?		
¿Se preocupan por encontrar soluciones a su planteamiento?		
<b><u>3.4 La atención en la salud nunca está demorada en los tiempos considerados prudentes para ser brindada a sus usuarios.</u></b>		
¿Los tiempos que dedican a la atención son los indicados?		
<b><u>Dimensión 4: Seguridad.</u></b>		
<u>Conocimientos y Atención Mostrados por los Empleados y sus Habilidades para Inspirar Credibilidad y Confianza</u>		
<b><u>4.1 El comportamiento del personal técnico, así como los integrantes de la Oficina de Atención al Usuario transmite confianza a sus usuarios.</u></b>		
¿Están capacitados para brindar atención?		
¿El funcionario muestra conocimiento de la normativa?		
<b><u>4.2 Los usuarios se sienten seguros en sus relaciones con la Oficina de Atención al Usuario.</u></b>		
¿Existe confianza y respeto mutuo?		
¿Trasmite seguridad y tranquilidad en el servicio brindado?		
<b><u>4.3 Los integrantes de la Oficina de Atención al Usuario son siempre amables con los usuarios.</u></b>		
¿La amabilidad es predominante en la atención brindada?		
¿Son pacientes? ¿Están dispuestos a escuchar al usuario?		

<b><u>4-4 Los empleados tienen conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los usuarios, en caso contrario se desenvuelven de forma segura derivando la situación al especialista respectivo.</u></b>		
¿La Oficina de Atención al Usuario muestra seguridad en la atención que brinda?		
¿Están capacitados para responder a las consultas de los usuarios?		
<b><u>Dimensión 5: Empatía.</u></b>		
<u>Atención Individualizada que ofrecen las Organizaciones de salud a los usuarios de la misma.</u>		
<b><u>5.1 La Oficina de Atención al Usuario brinda a los usuarios una atención individualizada.</u></b>		
¿La atención es individualizada?		
¿Considera que la misma es acorde a lo estipulado?		
<b><u>5.2 La organización de salud tiene horarios de atención médica para todos sus usuarios.</u></b>		
¿los horarios son los deseados por los usuarios		
¿Los horarios se adaptan a las necesidades de los usuarios?		
<b><u>5.3 La organización de salud tiene médicos que ofrecen una atención personalizada a sus usuarios.</u></b>		
Los médicos con los que trata ¿manejan en la consulta tiempos acordes a sus necesidades?		
<b><u>5.4 La organización de salud se preocupa por los mejores intereses de sus usuarios.</u></b>		
¿El medico identifica al usuario?		
¿Brinda garantía de cumplimiento de los derechos de los pacientes?		
<b><u>5.5 Las organizaciones de salud pública comprenden las necesidades específicas de sus usuarios.</u></b>		
¿Se preocupan por detectar necesidades de los usuarios?		

### 8.7. FORMULARIO PROPUESTO PARA REALIZAR ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

<b>ENCUESTA DE SATISFACCION</b>				
"A continuación marque con una cruz la opción deseada. Toda las opciones deben ser completadas"				
Fecha:				
Edad:				
Sexo		F	M	
	Regular	Aceptable	Muy bueno	Excelente
1.- Calidad de Atención médica				
2.- Tiempo en que accede a fijar una consulta médica				
3.- Puntualidad en la atención en consultorio				
4.- Rapidez de atención en urgencias				
5.- Calidad de atención en urgencias				
6.- Calidad de atención en enfermería				
7.- Calidad de atención en farmacia				
8.- Calidad del nivel de atención administrativa				
9.- Calidad de atención de Oficina de Atención al Usuario				
10.- Calidad de atención del personal de Oficina de atención al usuario				
11.- Carteleria, Indicaciones				
12.- ¿Se siente satisfecho con la atención recibida?				
*¿Conoce la oficina de atención al usuario? <b>SI / NO</b>				
¿Ha hecho uso de ella? <b>SI / NO</b>				
*¿Qué considera que es necesario mejorar? Cartelería / Personal / Ubicación				
<b>iiiiii Muchas gracias por su tiempo!!!!</b>				

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- <sup>1</sup> Martín A. Zurro– Cano J.F. Pérez. Concepto, Organización y Práctica Clínica. Atención Primaria. Vol.1. Barcelona Elsevier. Sexta Edición 2008
- <sup>2</sup> Gonzalo Piédrola Gil. Medicina Preventiva y salud pública. Barcelona; Masson; Décima Edición. 2001.
- <sup>3</sup> Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. Calidad Total en la gestión de servicios. Como lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid. Ediciones Díaz de Santos S.A.1993
- <sup>4</sup> Roberto Rico. Calidad Estratégica Total, Buenos Aires. Ediciones Macchi, 1991
- <sup>5</sup> David Vivas Consuelo. Volumen 1- Numero 3 -1994.
- <sup>6</sup> Salvador Castro Huerta. Teoría y práctica de la calidad en la gestión administrativa. México: UNAM, 2007
- <sup>7</sup> José Presencia Santandreu. Calidad Total y Logística Integral. Capítulo 11. Barcelona, TsEdi, Teleservicios Editoriales, S.L., Logis-Book Copyright 2000.
- <sup>8</sup> Hugo Villar, Ciro Ferreira. Descentralización en salud, sistemas departamentales de atención, Montevideo, Edición Tradinco 2005.
- <sup>9</sup> Stephen Robbins. Comportamiento Organizacional. Capítulo 17. México. Editorial Pearson Prentice Hall. Decimotercera edición. 2009.
- <sup>10</sup> Stephen Robbins. Comportamiento Organizacional. Capítulo 19. México. Editorial Pearson Prentice Hall. Decimotercera edición. 2009.
- <sup>11</sup> Lic. Carlos Cavasin Reboledo y Dr. Pablo Dauria Prando. El Sector salud en el Uruguay. Montevideo; Ideas; 2005. 597 p
- <sup>12</sup> A. González Dagnino. Calidad total en atención primaria en salud, 3 Madrid. Editorial ISBN. 1994 Pág., 153.

## OTRAS FUENTES DE CONSULTA

### Sitios Web:

- <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/eg-snis-0710.htm>  
03/08/2010
- <http://definicion.de/expectativa/03/08/2010>
- <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>.pág.48  
19/07/2010
- <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/214/21433312.pdf> pág. 4. 16/07/2010
- [http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR1459.p](http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR1459.pdf)  
df. pág.61 y 62.03/08/2010
- [http://www.salta.gov.ar/html/sitio/ocs/pdfs/ocs\\_consejos\\_y\\_sugerencias](http://www.salta.gov.ar/html/sitio/ocs/pdfs/ocs_consejos_y_sugerencias_para_una_atencion_eficaz_al_ciudadano.pdf)  
\_para\_una\_atencion\_eficaz\_al\_ciudadano.pdf. 06/07/2010
- [http://www.buscarportal.com/articulos/iso\\_9001\\_gestion\\_calidad.html](http://www.buscarportal.com/articulos/iso_9001_gestion_calidad.html).  
3/07/2010
- <http://www.cisaproteccion.com/articleContent.asp?135> 06/07/2010
- <http://www.compilaciones.com/politica/definicion-politica.html>.  
19/07/2010
- <http://www.ama-med.org.ar/com-economia/PRODUCSAN.pdf>  
19/07/2010
- [http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/admpro](http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/admpro3og.htm)  
3og.htm. 19/07/2010
- <http://www.scribd.com/doc/3489624/PLANIFICACION-DE-LA-CALIDAD>  
12/08/2010

- [http://books.google.com.uy/books?id=hJVcH5nSp0C&printsec=frontcover&dq=Como+planificamos+la+Calidad+Total&source=gbs\\_similarbooks\\_s&cad=1#v=onepage&q&f=true](http://books.google.com.uy/books?id=hJVcH5nSp0C&printsec=frontcover&dq=Como+planificamos+la+Calidad+Total&source=gbs_similarbooks_s&cad=1#v=onepage&q&f=true) 23/07/2010
- [www.plancorrientes.gov.ar/Descargahandler.ashx?...Control](http://www.plancorrientes.gov.ar/Descargahandler.ashx?...Control) 23/07/2010
- [http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis\\_sp/21.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/21.pdf) 02/07/2010
- [http://www.degerencia.com/articulo/el\\_cambio\\_de\\_paradigmas\\_en\\_la\\_gestion\\_de\\_los\\_recurso\\_s\\_humanos/mlefcovich\\_Mauricio\\_Lefcovich](http://www.degerencia.com/articulo/el_cambio_de_paradigmas_en_la_gestion_de_los_recurso_s_humanos/mlefcovich_Mauricio_Lefcovich) 23/07/2010
- [http://www.12manage.com/methods\\_zeithaml\\_servqual\\_es.html](http://www.12manage.com/methods_zeithaml_servqual_es.html) 03/07/2010
- [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WKMs\\_yLsOpEJ:www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm+&cd=4&hl=es&ct=clnk](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WKMs_yLsOpEJ:www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm+&cd=4&hl=es&ct=clnk) 03/07/2010
- <http://www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm> 04/08/2010
- [http://www.msp.gub.uy/uc\\_2928\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/uc_2928_1.html) 05/07/2010
- Publicación: Sistema Nacional Integrado de Salud. Ministerio de Salud Publica 24/4/2007
- <http://www.eumed.net/libros/2006c/203/2l.htm> 26/06/2010
- <http://www.Insp.mx/salud/40/401-2html> 25/04/2002
- <http://fad.onmedic.net/PlanesdeCalidad/EstudiosdeEvaluación/tabid/221/Default.aspx> 8/04/2010
- <http://www.med.unne.edu.ar/catedras/catedra6/libro/archivo2.pdf> 8/04/2010

- 
- <http://calidadsalud.blogspot.com/2007/01/calidad.html> 8/04/2010
  - <http://sala.clacso.org.ar/gsd/cgi-bin/library> 8/4/2010
  - <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/ejcurso.pdf> 21/07/2010
  - <http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad> 21/07/2010
  - <http://www.fmed.edu.uy/Documentos/Interes/CongresoDelPueblo.pdf>  
Facultad de Medicina. 21/07/2010
  - [http://www.fmed.edu.uy/Documentos/Instituto\\_de\\_APS.pdf](http://www.fmed.edu.uy/Documentos/Instituto_de_APS.pdf) Facultad de  
Medicina 21/07/2010
  - [http://www.fmed.edu.uy/Documentos/Escuela\\_de\\_Graduados\\_hacia\\_un\\_SNIS.pdf](http://www.fmed.edu.uy/Documentos/Escuela_de_Graduados_hacia_un_SNIS.pdf) Facultad de Medicina. 21/07/2010
  - <http://www.adur.fmed.edu.uy/archivos/9-Nov-06%20ADUR.ppt>  
17/07/10
  - [http://www.asse.com.uy/index\\_1.html](http://www.asse.com.uy/index_1.html) 10/07/2010
  - <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf> 23/02/2010
  - [http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis\\_sp/21.pdf](http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/21.pdf) 23/02/2010

## Documentos y Trabajos Monográficos

- D. Domenech. Modelo de atención integral a la Salud. Aporte desde la práctica de la Medicina Familiar y Comunitaria. Monografía. Departamento de Medicina Familia y Comunitaria. Facultad de Medicina. Montevideo. Diciembre 2007.
- OMS. Declaración de Jakarta: La promoción de la Salud en el siglo XXI. 2005.
- OMS. Salud para todos. Glosario de términos, adaptación. Ginebra 1998.
- E. Soto. Reforma Constitucional: la salud como derecho. Montevideo. 16/10/2006.
- MT. Cerqueira. Curso Especial de Posgrado Atención Integral de Salud para médicos generales. Concepto de Salud. Universidad de Costa Rica. 2003.
- Calidad percibida en Colombia.pdf. 21/07/2010
- Revista Cubana Salud Pública 2007; 33(3).pdf. 16/07/2010
- Metodología para el Análisis FODA, Dirección de Planeación y Organización.pdf. 19/08/2010
- Identificación de factores explicativos del éxito de diferentes tipos de organizaciones en el área de la salud.
- Tomos CECEA Facultad de Ciencias Económicas y de Administración - Cambio Organizacional 2008
- Revista la construcción del sistema nacional integrado de salud 2005-2009 del MSP

- Análisis y perspectivas del proceso de reforma del sistema nacional integrado de salud en Uruguay, con énfasis en el financiamiento de los prestadores

## Siglas

- ASSE: Asociación de Servicios de Salud del Estado
- JUNASA: Junta Nacional de Salud
- SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud
- MSP: Ministerio de Salud Pública
- FONASA: Fondo Nacional de Salud
- BPS: Banco de Previsión Social
- ADUSS: Asociación de Usuarios de los Servicios de Salud
- DIGESA: Dirección General de la salud