



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS
ASISTENCIALES DE SALUD

PROPUESTA DE TRABAJO DE GRADO
CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD PERCIBIDA POR EL USUARIO DEL
ÁREA DE CONSULTA DE MEDICINA DE FAMILIA DEL
AMBULATORIO URBANO TIPO III VENEZUELA.
MÉRIDA. DICIEMBRE 2005

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello

Por:

JENNY GALVIS

Como requisito parcial para optar al grado de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS
ASISTENCIALES DE SALUD

Realizado con la tutoría del Dr. FERNANDO GABALDÓN.

Mérida, Abril de 2006

DEDICATORIA

A Dios, Ser Omnipotente, compañero inseparable de mi vida y eterno guía de mi existir por permitirme cumplir esta meta.

A mis padres, que con paciencia, amor y sabiduría me acompañaron en este camino. A ustedes mi amor y eterno agradecimiento.

A mis hijos, por representar el amor que ilumina cada instante de mi vida y los deseos de luchar. Para ustedes mi eterno e incondicional amor.

A mi esposo, por su amor, compañía y palabras de estímulo en el momento preciso.

A la memoria del Dr. Francisco González Berti, extraordinario compañero y amigo, quien lamentablemente no pudo culminar este objetivo.

A todos aquellos que no he mencionado, pero que formaron parte de este sueño.

AGRADECIMIENTO

Al Tutor Dr. Fernando Gabaldón, quien con su enseñanza, optimismo y colaboración hizo de este proyecto lo que es hoy. A usted mi respeto y admiración.

Al Profesor Ramón Jáuregui, por las instrucciones impartidas y oportunas recomendaciones, convirtiéndose en una gran fuente de estímulo para el logro de esta meta. Mil gracias.

Al Profesor Jesús Rafael Jiménez, por su incalculable colaboración en la asesoría estadística. A usted afecto y respeto.

Al Licenciado José Ivo Contreras, por ser digno ejemplo de la enseñanza, por sus orientaciones y observaciones acertadas. A usted mi eterno agradecimiento.

A la Universidad Católica Andrés Bello, por haberme brindado la oportunidad de realizarme profesionalmente.

Al Director y al personal del Ambulatorio Urbano Tipo III Venezuela, por su colaboración e información aportada para este estudio.

A los usuarios participantes en este estudio, por comprender la importancia del mismo.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Contenido	iv-v
Índice de Tablas	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Justificación e importancia	6
1.2 Delimitación y Factibilidad	8
1.3 Objetivo General	9
1.4 Objetivos Específicos	9
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	11
2.1 Marco Organizacional	21
2.2 Marco Referencial	25
2.3 Mapa de conceptos	27

	Página
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	29
3.1 Tipo y Modelo de investigación	29
3.2 Población y Muestra	30
3.3 Sistema de Variables	31
3.4 Diseño de Análisis	33
3.5 Modelo Estadístico	33
3.6 Fuentes Técnicas de Recolección de la Información	34
	35
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	
Conclusiones	46
Recomendaciones	49
	51
CAPITULO V. CONSIDERACIONES ÉTICAS	
5.1 Cronograma de actividades	52
5.2 Presupuesto de gastos	53
Referencias	54
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
TABLA 1. Distribución por género, edad, estado civil y nivel educativo. Valores absolutos y porcentuales. Consulta de Medicina de Familia. Ambulatorio Urbano Tipo III Venezuela. Mérida. Venezuela. Diciembre 2005	36
TABLA 2. Distribución de la Accesibilidad de la atención: geográfica, económica, organizacional, lingüística y física. Valores absolutos y porcentuales. Consulta de Medicina de Familia. Ambulatorio urbano Tipo III Venezuela. Mérida. Venezuela. Diciembre 2005	38
TABLA 3. Aceptación social y pertinencia de los servicios ofertados. Valores absolutos y porcentuales. Consulta de Medicina de Familia. Ambulatorio Urbano Tipo III Venezuela. Mérida. Venezuela. Diciembre 2005	41
TABLA 4. Distribución de la percepción de la calidad de atención recibida, según eficacia, eficiencia, efectividad y equidad. Valores absolutos y porcentuales. Consulta de Medicina de Familia. Ambulatorio urbano tipo III Venezuela. Mérida. Venezuela. Diciembre 2005	43

**CALIDAD DE ATENCION DE SALUD PERCIBIDA POR EL USUARIO DEL
AREA DE CONSULTA DE MEDICINA DE FAMILIA DEL
AMBULATORIO URBANO TIPO III VENEZUELA.
MERIDA. DICIEMBRE 2005**

AUTOR: Jenny Galvis de Hernández.

AÑO: 2006

RESUMEN

El objetivo general del presente proyecto de investigación fue medir la calidad de atención de salud percibida por el usuario del área de consulta de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano III Venezuela. Mérida. Diciembre 2005. Fue una investigación de carácter descriptivo, con un diseño trasversal, la muestra estuvo conformada por 15 usuarios, siendo seleccionada por un muestreo aleatorio simple, al cual se le aplicó un instrumento tipo cuestionario para la recolección de los datos validado por tres expertos. Para el análisis de los resultados se utilizaron estadísticas descriptivas, mediante cifras absolutas y porcentajes. *Resultados:* existe un predominio evidente del género femenino entre los usuarios estudiados, con una edad promedio de 36 años, el estado civil predominante fue el de solteros y la mayoría posee un nivel educativo de bachiller. La accesibilidad física, geográfica, organizacional, lingüística fue percibida entre buena y excelente. La accesibilidad económica entre deficiente y regular. La aceptación social y la pertinencia de los servicios ofertados fueron definidas entre buena y excelente. La percepción de la calidad fue definida entre buena y excelente en cuanto a eficacia, efectividad y equidad, contrastando con la eficiencia que fue percibida entre deficiente y regular. *Conclusiones:* la percepción de la calidad de atención de salud percibida por el usuario del área de consulta de medicina de familia del ambulatorio urbano tipo III Venezuela. Mérida. Diciembre. 2005, fue definida entre buena y excelente.

Palabras claves: calidad, percepción, usuarios externos, atención ambulatoria.

**HEALTH ATTENTION QUALITY PERCEIVED BY THE
USER OF THE CONSULTATION AREA OF FAMILY MEDICINE AT THE
URBAN AMBULATORY TYPE III VENEZUELA.
MERIDA. DICIEMBRE 2005**

AUTHOR: Jenny Galvis de Hernández.

AÑO: 2006

ABSTRACT

The general aim of the current research Project was to measure the quality of health attention perceived by the user of the consultation area of Family Medicine at the Urban Ambulatory III Venezuela in Merida during December 2005. This was a transversal descriptive research in which the sample was selected through simple random sampling and it was formed by 15 subjects all users of the previously mentioned health service. In order to collect the data, a questionnaire-type instrument was later applied and it was validated by three experts. The data analysis was done through descriptive statistics, including absolute numbers and percentages. The results showed that the female user with an average of 36 years-old is evidently predominant among the users was the single one, most of them having a high school degree. Physical, geographical, organizational and linguistic accessibility was perceives between good and excellent Regarding the aspects of efficacy, efficiency and impartiality, the perception of quality was defined between good and excellent. This previous result contrasts with the perception of efficiency which was defined between deficient and regular. This research project concluded that the quality of health attention perceived by the user of the consultation area of Family Medicine at the Urban Ambulatory Venezuela in Merida during December 2005 was defined between good and excellent.

Key words: quality, perception, external users, ambulatory attention.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en Venezuela existe una fragmentación del sistema de salud, aunado a la pérdida de valores como la equidad, solidaridad y la transformación de la cobertura y la calidad en temas de mercado, esto se traduce en necesidades y expectativas de la población que parecen no estar satisfechas. La explicación de este fenómeno estaría en la limitación de la oferta, falta de pertinencia de la atención y en la eficiencia cuestionada del sistema y de los servicios. Entre las alternativas de solución se propone el mejoramiento continuo de la calidad.

La reforma de los sistemas de salud en muchos países de América Latina, se ha basado en el principio de que la competencia presiona la mayor eficiencia y la búsqueda en la calidad de los servicios, asociado al mejor conocimiento que tienen hoy en día los pacientes tanto de aspectos clínicos como legales de la salud, lo que ocasiona comportamientos más exigentes y no tan sumisos como en otros tiempos.

Los usuarios pueden y deben ser partícipes de la garantía de calidad, porque orientan la decisión del curso de acción que más les conviene para sus objetivos personales; porque su colaboración es necesaria en la aplicación del tratamiento establecido, y es indispensable para lograr los

beneficios requeridos para un buen servicio; porque dan información sobre lo que les gusta o les desagrada durante el proceso de atención; y porque su comportamiento facilita o dificulta el buen funcionamiento de la organización o del sistema en general.

Por esta razón, en este nuevo milenio, la calidad de atención al usuario se plasma como una necesidad y no como una obligatoriedad, por lo que en este trabajo se plantea conocer la percepción que tienen los usuarios de consulta de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano tipo III Venezuela, Mérida, Diciembre 2005.

Esta investigación se estructura en cinco capítulos. En el capítulo I se presenta el planteamiento del problema, justificación e importancia y objetivos generales y específicos.

El capítulo II, se refiere al marco teórico, marco organizacional, al marco referencial y al mapa de conceptos.

En el capítulo III se describe el marco metodológico, donde se hace referencia al tipo y modelo de investigación, así como a la población y muestra, sistema de variables, modelo estadístico, diseño de análisis,

instrumento, validez y confiabilidad, así como los materiales y procedimientos.

En el capítulo IV, se plasman los resultados, las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó con la presente investigación.

En el capítulo V se muestran las consideraciones éticas, el cronograma de actividades y el presupuesto de gastos para la elaboración del presente trabajo. Igualmente se reseñan, las referencias bibliográficas que se consultaron. En último lugar se mostrarán los anexos que fundamentan este estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio y análisis de la calidad de asistencia sanitaria es muy antiguo. Hipócrates y el Código de Hamurabi, ya plasmaban el interés en buscar mejoras éticas y de calidad en la atención a los pacientes. Otro ejemplo lo constituye el trabajo realizado por Florence Nightingale, en la guerra de Crimea cuando logró disminuir la morbilidad en los pacientes hospitalizados (Aranaz, 1998).

En Venezuela existe una amplia infraestructura para la atención en salud, principalmente a nivel ambulatorio, pero a pesar de esto, su funcionamiento y su capacidad resolutive está muy por debajo de sus capacidades, lo cual provoca que se comprometa el funcionamiento de los programas destinados a la promoción y prevención de la salud, eje central de la actividad ambulatoria (Feo, 2003). Comúnmente se dice que los usuarios no acuden a los ambulatorios por falta de información o cultura, pero la situación es que la calidad de atención y la capacidad resolutive es inadecuada, muchas veces no encuentran solución a sus demandas o consiguen muchos inconvenientes para ser atendidos. Todo esto se traduce en un alto porcentaje de referencias hacia otras instituciones de mayor

complejidad administrativa y como consecuencia se observa un congestionamiento de los centros hospitalarios con patologías que pudieran resolverse a nivel ambulatorio, por otra parte también acarrea un aumento de la morbilidad y mortalidad por problemas previsibles, a través del buen funcionamiento de los programas de promoción, prevención y diagnóstico precoz. Esta situación es igualmente descrita por la OPS/OMS (2001) cuando afirma que para los ambulatorios, la capacidad de resolución es precaria, las listas de espera para cirugías y atención son extensas y es frecuente la carencia/insuficiencia de algunos insumos esenciales para la atención de las personas. Es oportuno destacar que la atención de calidad en salud no puede verse como una cosa, sino como una referencia de la forma en que se produce y percibe el proceso de producción de servicios, Gabaldón (2003). Al respecto se puede decir que la calidad no debe verse solamente como un producto, sino también como un proceso que debe tener como base el esfuerzo persistente, el trabajo en equipo y la necesidad de satisfacer las demandas de los usuarios de los servicios de salud.

Por tal motivo se considera conveniente indagar sobre lo que percibe el usuario externo en relación al servicio de atención que se le ofrece, bajo la siguiente formulación:

¿Cuál es la calidad de atención de salud percibida por el usuario del área de consulta de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano tipo III Venezuela. Mérida. Diciembre 2005?

1.1 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Para que la calidad sea óptima se requiere que funcionen los establecimientos prestatarios de servicios, y esto no es otra cosa, al menos en el sector salud, que brindar una atención más efectiva, más equitativa y más eficiente.

Es por esto que otro aspecto de gran relevancia en la prestación de servicios públicos es la percepción de la calidad que tiene el usuario externo de la atención que recibe en los centros de salud. Ellos pueden determinar la mayor o menor demanda del servicio, por cuanto su opinión es considerada para identificar la demanda potencial como parte de la evaluación de una institución y utilizada como insumo en la toma de decisiones (Lovelock, 1997).

No es posible mejorar el desempeño de las instituciones si no son evaluadas, es necesario definir con precisión los atributos y los medidores de

la calidad de los servicios que se proporcionan al usuario. Tres afirmaciones pueden fundamentar esta consideración:

La primera es el carácter público de las instituciones, quienes reciben y administran recursos destinados a la provisión de servicios que afectan la vida y actividades de muchas personas. Esta connotación por sí sola, le otorga especial responsabilidad no sólo en la pulcra utilización de los recursos, sino en la permanente búsqueda de alternativas generadoras de un mayor rendimiento, tanto en el número de población beneficiada, como en la calidad de los servicios prestados.

La segunda razón es la creciente importancia que tiene para el funcionamiento de las instituciones públicas la opinión y la participación de los ciudadanos que acuden a estos servicios.

La tercera razón está relacionada con las normas de convivencia democrática. La administración de las instituciones públicas y, por ende, las del sector salud, es probablemente una de las actividades en las cuales se legitima frecuentemente el ejercicio democrático de un país, las mismas deben estar abiertas al escrutinio de los más variados sectores de la sociedad y dispuestos a introducir los correctivos necesarios tanto en sus objetivos como en sus métodos.

Esta investigación se justifica porque al medir la calidad de atención de salud percibida por el usuario en este centro, se podrán elaborar lineamientos que puedan ser aplicados al mismo y a cualquier otro centro con el propósito de que los servicios prestados sean cada día de mejor calidad, beneficiando de esta manera a la comunidad, a los usuarios, a los trabajadores y a la institución como tal, con un enfoque sistémico que permita vigilar la calidad durante todo el proceso de la oferta de servicios. Finalmente este estudio puede servir de base a futuros trabajos que se elaboren sobre la misma variable.

1.2 DELIMITACIÓN Y FACTIBILIDAD

El estudio comprende pacientes que acuden a consulta de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano tipo III Venezuela, durante el mes de diciembre de 2005.

La factibilidad estuvo dada por existir adecuada accesibilidad a la población en estudio, por otra parte, se dispone de suficiente soporte teórico, existe bibliografía actualizada y numerosa tanto en libros como por vía electrónica. También se cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo esta investigación: humanos (usuarios externos, personal médico, de enfermería, de registros médicos, asesor, tutor e investigador), los recursos

financieros (aportados por el investigador), recursos institucionales (Ambulatorio urbano tipo III Venezuela, Postgrado de gerencia de servicios asistenciales de salud), tiempo asignado por la cátedra de Seminario e igualmente el permiso y la autorización del personal que labora en el área seleccionada para este trabajo (consultorios de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano tipo III Venezuela).

1.3 OBJETIVO GENERAL

Medir la calidad de atención de salud percibida por el usuario del área de consulta de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano III Venezuela. Mérida. Diciembre 2005.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Describir las variables de género, edad, estado civil y nivel educativo de la población en estudio.
- b. Determinar la accesibilidad de la atención en el Ambulatorio percibida por los usuarios.
- c. Describir la aceptación social percibida por la población en estudio.

- d. Determinar la pertinencia percibida por la población en estudio.
- e. Evaluar la percepción de los usuarios sobre eficacia, eficiencia, efectividad y equidad del servicio recibido.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Existen cambios que colocan el tema de la calidad de atención en salud en el campo público, como por ejemplo la evolución del pensamiento ético y profesional, el cuestionamiento sobre el conocimiento, los avances en el campo médico, los cambios en el ejercicio profesional y en las estrategias usadas para evaluar calidad. Tuvo su inicio en los años 50 con la auditoria médica cuyo fin era buscar errores y limitar los gastos a través de herramientas contables y estadísticas, luego surgió el control de calidad, teniendo como estrategia diagnosticar desviaciones utilizando la epidemiología y el método científico como instrumentos. Más recientemente se observa la etapa de garantía de calidad que está enfocada a la solución de problemas evitables mediante el diseño de sistemas destinados a evaluar y mejorar la atención.

Actualmente estamos en la etapa del mejoramiento continuo de la calidad, cuya táctica es la finalidad de cambio utilizando como arma el desarrollo de la cultura por la calidad.

Al principio las evaluaciones tenían un carácter punitivo, lo que ocasionaba el ocultamiento de hechos, pero en la actualidad tienen un carácter más amplio, por una parte al encontrar hechos punibles son castigados, pero por otra parte también se ven los problemas como oportunidades para mejorar el desempeño institucional, hasta lograr el compromiso de la organización con la calidad y la excelencia, es decir, la evaluación ha transitado desde lo numérico y punitivo hasta lo cualitativo y social (Fernández, 2003).

La orientación de los servicios hacia las demandas de quienes los utilizan está cada día más presente en las propuestas de profesionales, gestores y planificadores del ámbito sanitario. Actualmente y desde corrientes cercanas al marketing, surgen propuestas de control de la calidad de los servicios a partir de la opinión de los usuarios que los utilizan. En esta línea, el análisis de la opinión de los usuarios incorpora la perspectiva de los ciudadanos en el marco global de la evaluación de los programas de salud. En estudios revisados sobre satisfacción y calidad, se concluye que en general los usuarios están globalmente satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas más concretos como información, trato o amabilidad esta satisfacción disminuye.

CONCEPTO DE CALIDAD

Existen algunas consideraciones importantes respecto al término calidad que vale la pena tener en cuenta. En primer lugar "calidad" no es sinónimo de lujo o de complejidad. Por el contrario, la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar no constituye un término absoluto sino que supone un proceso de mejoramiento continuo. En tercer lugar, es una cualidad objetivable y mensurable. Por último, no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización.

Al tratar de definir lo que es calidad se encuentra una amplia gama de conceptos que varían de acuerdo a las diferentes personas. Juran (1991, citado por Passos, 1997) expresa dos conceptos experimentales y uno de síntesis, los experimentales son los siguientes: "La calidad consiste en las características del producto que van al encuentro de las necesidades de los clientes y de esa forma proporcionar satisfacción en relación al producto" (p. 24). El segundo concepto establece que la "Calidad es la ausencia de defectos" (p. 24).

Lógicamente estas definiciones muchas veces generan objeciones, porque la mayoría de los productos y servicios presentan algún tipo de fallas, a veces imperceptibles para el cliente y no se puede asegurar que el

producto no tiene calidad o al contrario decir que un producto que en el presente tiene calidad, la tendrá en el futuro. El concepto de síntesis se resume en: “La calidad es definida como la adecuación al uso” (p. 25).

Esta definición ofrece la posibilidad de medir la calidad en grados de adecuación al uso y no las alternativas del todo o nada, determinándose de esta manera no solo el grado de calidad, sino el conjunto de necesidades humanas como las psicológicas, tecnológicas, éticas, etc.

Por otra parte Deming (1990, citado por Passos, 1997)), fundamenta su definición de calidad determinando, por un lado, el importante papel que tiene el consumidor como evaluador de la calidad y, por el otro, la problematización pedagógica de su significado, remitiendo esta última a una serie de indagaciones que estimulan la capacidad de reflexión de las personas, es decir, la calidad de un servicio se manifiesta al emitir un juicio que emana de la facultad de opinar.

Donabedian (1988, citado por Gabaldón, 2003), define calidad “como un conjunto de variables susceptibles de definición, medición, evaluación y mejoría constante” (p. 199).

De manera sucinta se puede definir la calidad como el compromiso ético de los integrantes del equipo de salud con la excelencia en la prestación del servicio, porque sólo una organización que ha definido en sus valores supremos generar productos y servicios de calidad para el desarrollo social, estará realmente comprometida en la consecución de sus objetivos.

Lo anteriormente expuesto concuerda con lo emitido por la Organización Mundial de la Salud, la cual define a la calidad como: “Un alto nivel de excelencia profesional. Uso eficiente de los recursos. Un mínimo de riesgos para los pacientes. Un alto grado de satisfacción por parte del paciente. Impacto final en la salud” (Gilmore, 1996).

Debe entenderse que el usuario es quien define la calidad, debiendo la empresa complacer a los clientes, y no contentarse sólo con librarlos de sus problemas inmediatos, sino ir más allá para entender a fondo sus necesidades presentes y futuras, a fin de sorprenderlos con productos y servicios que ni siquiera imaginaban. Este conocimiento ya no debe ser sólo del dominio exclusivo de grupos especiales de una organización; sino que debe ser compartido y desarrollado por todos los empleados.

ATENCIÓN DE CALIDAD EN SALUD

No depende exclusivamente de colocar en los centros dispensadores de salud la mejor tecnología y el personal más calificado, sino de involucrar a todos los elementos que intervienen en la prestación de servicios de salud llevada a cabo en estas instituciones (Pereira, 2001 citado en Gabaldón, 2003).

COMPONENTES DE LA ATENCIÓN DE CALIDAD

Esta tiene varios componentes:

La hospitalidad: se refiere a la infraestructura, higiene de los establecimientos, registros médicos, servicios de hotelería (recepción, alimentación, lavandería, mantenimiento, confort, equipamiento) y de atención directa al usuario como información y servicio social, entre otros.

Usuarios internos: representados por el personal que labora en la institución.

Usuarios externos: representados por todas las personas que reciben los servicios finales en una institución de salud.

MODELOS DE CALIDAD

Al tratar de implantar un modelo de garantía de calidad en una institución de salud, hay que considerar varios aspectos. Según refiere (Pereira, 2001 citado en Gabaldón, 2003), una de las dimensiones más importantes es la accesibilidad a los servicios de salud, la cual puede ser:

Accesibilidad geográfica: determinada por la localización de los servicios de salud respecto al sitio de residencia de los usuarios, disponibilidad de transporte, tiempo de viaje y condiciones de las vías de acceso. Por esto la infraestructura de salud en nuestro país se encuentra sectorizada y cada centro tiene un área de influencia delimitada.

Accesibilidad económica: atenta contra la calidad del servicio, debido a que actualmente se ha incrementado la pobreza crítica y el sistema de recuperación de costos implantado en muchos centros públicos le imposibilita a muchos usuarios acceder a los servicios.

Accesibilidad organizacional: directamente relacionada con la organización de las actividades que ofrecen los servicios de salud, como horario de atención, tiempo de espera para ser atendidos, tiempo de espera

para realizarse exámenes o intervenciones, recursos humanos disponibles, etc.

Accesibilidad lingüística: si el desempeño profesional se realiza en zonas donde existan indígenas o en zonas exclusivamente turísticas, el personal debe garantizar la comunicación con ellos. Es importante que el personal de salud que atiende al usuario le garantice un lenguaje entendible.

Accesibilidad física: se refiere a las condiciones, capacidad física y funcionamiento de las instituciones de salud.

Otras dimensiones serían:

Aceptación social: se traduce en el respeto por los patrones culturales de la población.

Pertinencia de los servicios ofertados: estos deben responder a las necesidades de salud que demandan los usuarios tomando en cuenta el perfil epidemiológico de la zona.

Eficacia: capacidad del cuidado asumiendo su forma más perfecta de ayudar a mejorar las condiciones de salud.

Eficiencia: capacidad de obtener los mejores resultados en salud, al menor costo posible.

Efectividad: es cuando de hecho se obtienen las mejorías posibles en las condiciones de salud, es decir, es cuando el servicio brindado produce los resultados esperados.

Equidad: atención de salud dirigida hacia todos por igual, es decir, todas las personas deben tener la misma oportunidad para lograr desarrollar plenamente su salud.

Los modelos de calidad que se deben implantar en una institución de salud coinciden con los siete pilares de la calidad en salud (Donabedian, 1990 citado por Passos, 1997), los cuales son: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad, haciendo énfasis en la importancia de este último.

En el mismo orden de ideas se hace énfasis en que nadie puede ser discriminado en su intención de alcanzar el desarrollo de su salud (Benach y Muntaner, 2005).

CALIDAD DE SERVICIO

Se puede definir como la capacidad de ajustarse a los requerimientos del usuario, proporcionándole al usuario un servicio que supere sus necesidades y expectativas, siendo excelente en todas sus dimensiones (Pereira, 2001 citado en Gabaldón, 2003), teniendo como pilares fundamentales el sentido común y el sentido de pertenencia, la buena educación y la vocación o mística.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE SERVICIO

Confiability: se debe hacer lo que se dice que se hará.

Empatía: es el deseo de comprender la necesidad y encontrar la solución más adecuada.

Responsabilidad: prestar un servicio pronto y eficaz.

Seguridad: confianza que induce el personal de un servicio por su competencia y cortesía.

Tangibilidad: determinada por la parte manifiesta de la oferta de servicio (equipos e instalaciones de las instituciones).

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Está ampliamente difundida la idea de que el acto médico debe tener calidad técnica y humana, la cual debe reflejarse por:

- Respeto hacia el usuario.
- Ética, moral, solidaridad y equidad.
- Trato y confianza con calidez y humanidad.
- Puntualidad en la prestación del servicio.
- Explicación de su padecimiento.
- Conocimientos, tecnología, destrezas y habilidades.

2.1 MARCO ORGANIZACIONAL

AMBULATORIO URBANO TIPO III VENEZUELA

HISTORIA

El Ambulatorio Urbano III Venezuela, fue creado en el año 1.950. Su fundación se debió al crecimiento que para ese momento mantenía el

Municipio, su área de Influencia era el sector La Otra Banda y esa fue la razón para su expansión.

Su primer Director fue el Dr. Francisco Robasetti, quien, además de ser director, cumplía funciones de Médico Internista, también para esa época existían los servicios de Pediatría, Obstetricia, Otorrinolaringología, Oftalmología y Planificación Familiar. En el año 1.982 entra en funcionamiento el programa de medicina familiar y, los primeros médicos de familia de la institución fueron la Dra. Carmen Calles, el Dr. Ostilio Rivas, el Dr. Marcelino Angarita y el Dr. Alexis Coromoto Torres; de este grupo de galenos todavía hacen vida activa en este recinto los doctores: Carmen Calles y Ostilio Rivas; junto con Medicina de Familia fue creada la unidad de promoción social con cuatro trabajadores del ramo en dicha dependencia y desde ese tiempo hasta la actualidad, se mantienen los servicios descritos y lo único que ha crecido es la población, siendo su área de influencia las parroquias Antonio Spinetti Dini y Mariano Picón Salas que tienen una población actualizada de 59.670 habitantes. En el mes de enero del 2.005, por iniciativa profesional de uno de los médicos, se creó el servicio de Neurología, el cual ha tenido un rotundo éxito. Las autoridades actuales del Ambulatorio Urbano III Venezuela son: Dr. José Eloy Torres Puente, Coordinador General, Dra. Rosa Cárdenas, Adjunta, Lic. Belkis Omaira Gaviria, Coordinadora (E) de Enfermería, existen cinco (05) Médicos de

Familia, un (01) Pediatra, un (01) Ginecólogo, un (01) Sexólogo, un (01) Neurólogo, un (01) Nutricionista, Dos (02) Médicos Generales para consulta general, cinco (05) Médicos Generales para el servicio de Triage, cuatro (04) Odontólogos, dos (02) Bioanalistas, además existe el servicio de Radiodiagnóstico y Estadísticas de Salud.

MISIÓN

Estimular la creatividad del personal del Ambulatorio Urbano III Venezuela para prestar Atención integral en Salud en conjunto con la Misión Barrió Adentro I y II a la población de las parroquias Antonio Spinetti Dini y Mariano Picón Salas, con calidad, calidez, accesibilidad, equidad y solidaridad, que lleve a incrementar los niveles de bienestar y calidad de vida y ayude a disminuir las brechas sociales, aplicando estrategias transectoriales e interinstitucionales a través de la promoción, fomento y prevención de la salud con la participación de las comunidades organizadas en los años 2.006- 2.007.

VISIÓN

Garantizar la prestación de los servicios en Atención Integral en Salud a los habitantes de las parroquias Antonio Spinetti Dini y Mariano Picón

Salas, en respuesta a satisfacer sus necesidades sociales para elevar su calidad de vida en los años 2.006 – 2.007.

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el sistema de salud del Ambulatorio Urbano III Venezuela a través de los programas de Atención Integral por ciclos de vida y ámbitos de autonomía, que den respuesta a las necesidades sociales con participación activa de los subsectores, bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

a. Garantizar el funcionamiento del Ambulatorio Urbano III Venezuela que permita lograr las metas de los niveles de participación, promoción específica, prevención, atención y rehabilitación oportuna.

b. Responder a las necesidades de salud de los grupos etarios específicos de la población, mediante la aplicación de nuevos enfoques, con aptitud y metodología, fundamentado en el perfil epidemiológico del Ambulatorio Urbano III Venezuela.

c. Diseñar la sala situacional del Ambulatorio Urbano III Venezuela, que permita enfocar un diagnóstico de las condiciones de salud de la población, para fomentar medidas de intervención, fundamentadas en el proceso de planificación estratégica y gestión de servicios de salud.

2.2 MARCO REFERENCIAL

AUTOR	TÍTULO	TIPO	CONCLUSIONES
Alday, S. y Toro, I. (2003),	Qué piensa la población de los servicios de salud?: accesibilidad, utilización y calidad de la atención	Descriptivo	La buena calidad de atención se asoció al buen trato, buenos resultados en salud y al diagnóstico correcto. La mala calidad al mal trato, denegación del servicio, nulos resultados en salud, casos de iatrogenia, falta de higiene, la discriminación social y la carencia de medicamentos.
Bramwell, M. (2001)	Calidad de atención percibida por los clientes en los servicios de farmacia de los Centros de Salud Patricia Duncan, Portobelo e Icacal de la Provincia de Colón, segundo trimestre de 2001	Descriptivo-transversal	La gran mayoría de los usuarios estaba insatisfecha con la atención recibida, debido principalmente a la falta de medicamentos y al mal trato recibido por parte del personal

AUTOR	TÍTULO	TIPO	CONCLUSIONES
Saco, S., Farfán, R., Andrade, V. y Martínez, C. (2001).	Diagnóstico basal de la calidad de atención de los establecimientos de salud de la Red de Quispicanchi y Acomayo desde la perspectiva del usuario	Descriptivo-transversal	Se encontró asociación entre la satisfacción del usuario con la percepción de la capacidad resolutive, de la integralidad, la calidez del servicio, menores tiempos de espera, respeto a su medicina tradicional, menores costos, comunicación del personal en su lengua nativa, y otros. No se encontró asociación con factores socio-demográficos como la edad, el sexo, ocupación, idioma ni grado de instrucción.
Granda, E., Llovera, O., Martínez, S. y Riera, E. (2001).	Calidad de atención que presta el equipo de salud a la embarazada que asiste a la consulta integral del Ambulatorio Urbano Tipo III Acarigua. Acarigua-Portuguesa. Primer trimestre. Año 2001	Descriptivo-transversal	La calidad de atención que presta el equipo de salud a la embarazada se percibe como satisfactoria según opinión de las usuarias, a pesar de haber encontrado algunas debilidades en cuanto a la visita domiciliaria, promoción de la salud y promoción del modelo de atención integral.

AUTOR	TÍTULO	TIPO	CONCLUSIONES
Ramírez, T., Nájera, P. y Nigenda, G. (2000),	Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios	Descriptivo- transversal	Los resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional, y determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención.

2.3 MAPA DE CONCEPTOS

Ambulatorios Urbanos Tipo III: prestan atención médica integral, general, familiar y especializada, no disponen de hospitalización y se encuentran ubicados en poblaciones de más de 10.000 habitantes.

Calidad: compromiso ético de los integrantes del equipo de salud con la excelencia en la prestación del servicio, porque sólo una organización que ha definido en sus valores supremos generar productos y servicios de calidad

para el desarrollo social, estará realmente comprometida en la consecución de sus objetivos.

Calidad percibida por usuario externo: es el grado de complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención.

Eficacia: capacidad del personal para encontrar la solución más adecuada a las necesidades de los usuarios.

Eficiencia: es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención sin reducir el grado de mejoramiento de la salud.

Efectividad: es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mayor atención disponible.

Equidad: igualdad de atención para todos los pacientes.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y MODELO DE INVESTIGACIÓN

Danhke, 1998, citado en Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2003), agrega que los estudios que conforman la investigación descriptiva buscan “especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. En un estudio descriptivo se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así, describir lo que se investiga” (Pág. 302).

Para Villafranca (1996) la investigación de tipo descriptiva describe un fenómeno o una situación mediante estudio del mismo y se aplica al estudio de las características de la población, eventos educacionales, epidemiológicos, etc.

El presente estudio se concibe como una investigación descriptiva, puesto que no existe manipulación de las variables ni grupos de

comparación, la misma busca medir la calidad de atención de salud percibida por el usuario del área de consulta de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano III Venezuela. Mérida. Diciembre 2005.

El diseño corresponde al descriptivo transversal, el cual se basa en la recolección de datos en un sólo momento, en un tiempo único (Hernández, 2003).

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población se define como “el conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan a los elementos o unidades (personas, instituciones o cosas) a las cuales se refiere la investigación” (Morles, 1994), pág. 54.

La población estuvo representada por los pacientes masculinos y femeninos, en edades comprendidas entre 18 y 75 años, que acuden a Consulta de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano Tipo III Venezuela de Mérida.

Para Rivas (1995) la muestra “Es una parte de la población o subconjunto de un conjunto de elementos que resulta de la aplicación de un proceso con el objeto de investigar las propiedades de la población de donde fue extraído” (p.49).

Para la realización de estos resultados preliminares, la muestra estuvo conformada por 15 usuarios que asistieron a consulta de Medicina de Familia durante el mes de diciembre de 2005. Esto permitió probar además el instrumento de recolección de la información.

Criterios de inclusión:

a. Pacientes con edad comprendida entre 18 y 75 años, atendidos por consulta de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano Tipo III Venezuela de Mérida.

b. Aceptación del paciente para ser incluido en el grupo de investigación.

Criterios de exclusión:

a. Edad menor a 18 años y mayores de 75 años.

b. Negación del paciente para ser incluido en el estudio de investigación.

3.3 SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Calidad de atención percibida por el usuario externo.

VARIABLES INTERVINIENTES:

- Accesibilidad de la atención:
 - Geográfica
 - Económica
 - Organizacional
 - Lingüística
 - Física
- Sensibilidad social.
- Perfil epidemiológico de la zona.
- Eficacia.
- Eficiencia.
- Efectividad.
- Equidad.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS:

- Género.
- Edad.
- Estado civil.
- Nivel educativo.

3.4 DISEÑO DE ANÁLISIS

Se realizó el análisis descriptivo, obteniéndose las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y porcentuales para las cualitativas, representándose en tablas acordes a la información obtenida.

Para los cálculos se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago).

3.5 MODELO ESTADÍSTICO

Para la presente investigación se utilizó un modelo estadístico descriptivo ya que se realizó una descripción completa de la muestra y

población, y para el procesamiento de los datos se realizó distribución de frecuencias.

3.6 FUENTES TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se elaboró un instrumento tipo cuestionario para la obtención de los datos, que pretendió medir las variables principales. Dicho instrumento estuvo estructurado en dos partes: La primera parte (I) recolectó datos que corresponden a las variables demográficas. La segunda parte (II), recolectó datos sobre la percepción de la calidad de atención de salud percibida por el usuario del área de consulta de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano III Venezuela. Mérida. Diciembre 2005 e incluye 22 ítems en una escala múltiple (1= deficiente. 2= Regular. 3= Buena. 4= Muy buena 5= Excelente).

Para constatar la validez del instrumento se le solicitó a 3 expertos (Técnica Delphy) en el área de estudio que evaluaran la encuesta tomando en cuenta su profundidad, coherencia y claridad. Después de su evaluación se realizaron los correctivos sugeridos por los expertos (La nota de validación se incluye en los anexos).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

En este capítulo se organiza la información obtenida en función del marco teórico y objetivos planteados. En este estudio se incluyó un total de 15 usuarios.

A continuación se presenta el análisis de los resultados obtenidos con el análisis descriptivo:

En la tabla 1 se presentan los resultados referentes a la distribución por género, edad, estado civil y nivel educativo de la muestra estudiada.

Se observa que el promedio de edad de los usuarios fue de 36 años con una desviación estándar de más o menos 17 años. Existe un predominio evidente del género femenino con un 80% sobre el género masculino entre los usuarios entrevistados.

El 53% de los pacientes estudiados son solteros y el 47% restante corresponden a casados y otros.

TABLA 1. Distribución por género, edad, estado civil y nivel educativo. Valores absolutos y porcentuales. Consulta de Medicina de Familia. Ambulatorio Urbano Tipo III Venezuela. Mérida. Venezuela. Diciembre 2005

VARIABLES	USUARIOS	
	Nº	%
Género:		
Masculino	3	20.00
Femenino	12	80.00
Edad:		
Promedio	36	
Desviación Estándar	17	
Estado Civil:		
Soltero	8	53.00
Casado	6	40.00
Otro	1	7.00
Nivel Educativo:		
Básico Incompleto	4	26.00
Básico Completo	3	20.00
Bachiller	6	40.00
Universitario	1	7.00
Otro	1	7.00

Fuente: Instrumento aplicado.

El nivel educativo predominante fue el de bachiller (40%), seguido de un 26% que posee una educación básica incompleta y sólo un mínimo porcentaje (7%) posee nivel universitario.

Al hacer referencia a los resultados obtenidos en cuanto al género de los usuarios, se observa el predominio del sexo femenino sobre el masculino.

Esta situación podría obedecer a que las mujeres asisten más frecuentemente a consulta, debido quizás a que poseen más causas fisiológicas asociadas a su mismo género como podrían ser la menstruación, el embarazo, parto, puerperio, lactancia, etc.

Es notorio que hubo un amplio rango de edad entre los usuarios estudiados, siendo la mínima edad 17 años y la máxima 73 años.

En cuanto a las cifras correspondientes al estado civil de los usuarios estudiados, la gran mayoría son solteros, a pesar de que la edad promedio fue de 36 años. Por otra parte un alto porcentaje son bachilleres y sólo un mínimo porcentaje posee nivel universitario, cifras que pudieran ser acordes con sus condiciones de desarrollo socio-económico.

TABLA 2. Distribución de la Accesibilidad de la atención: geográfica, económica, organizacional, lingüística y física. Valores porcentuales. Consulta de Medicina de Familia. Ambulatorio Urbano Tipo III Venezuela. Mérida. Venezuela. Diciembre 2005

Accesibilidad	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente	Total
Física	1.33	17.33	62.68	13.33	5.33	100.00
Geográfica	0.00	6.66	6.66	36.68	50.00	100.00
Organizacional	3.33	38.35	31.66	15.00	11.66	100.00
Lingüística	0.00	13.33	50.00	23.34	13.33	100.00
Económica	6.66	66.69	13.33	6.66	6.66	100.00
Total	2.26	28.47	32.87	19.00	17.40	100.00

Fuente: Instrumento aplicado

La tabla 2 muestra la distribución de la accesibilidad de la atención geográfica, económica, organizacional, lingüística y física. De ella se deduce que el 81% de los usuarios considera que la accesibilidad física se encuentra entre buena y excelente, dada posiblemente por considerar como muy bueno el ambiente físico, el higiene y el funcionamiento del ambulatorio, aunque el 53% de los usuarios manifestó que los materiales y equipos de los consultorios no se encuentran en óptimas condiciones.

Similarmente, la accesibilidad geográfica fue catalogada entre muy buena y excelente por el 87% de los usuarios del ambulatorio, situación que podría estar influenciada por la cercanía que existe entre la residencia de la mayoría de los usuarios y el ambulatorio, y los que no viven cerca, calificaron como muy bueno el medio de transporte disponible para acceder al mismo, situación que no concuerda con los hallazgos encontrados por Alday, S. y Toro, I. (2003), donde hubo una práctica inaccesibilidad de la población rural a atención de segundo o tercer nivel.

Al valorar la accesibilidad organizacional se observa que el 58% la define entre buena y excelente, manifestando conformidad con el tiempo de espera para ser atendido, con la puntualidad en el inicio de las actividades y con el tiempo compartido con el médico en consulta.

Es notorio que el 60% de los usuarios califica como regular el tiempo de espera para realizarse exámenes solicitados y solo el 40% entre bueno y excelente.

Los hallazgos encontrados al medir la accesibilidad lingüística demuestran que el 87% la considera entre buena y excelente, circunstancia que puede responder a la explicación recibida acerca de sus enfermedades, aunque de estos usuarios el 60% manifestó falta de orientación adecuada al solicitar información al equipo de salud.

Al comparar los hallazgos encontrados al evaluar la accesibilidad organizacional y la accesibilidad lingüística se observa que los elementos que la definen entre buena y excelente concuerdan con los encontrados en un estudio realizado por Saco, S., Farfán, R., Andrade, V. y Martínez, C. (2001), donde la buena calidad se asoció con menores tiempos de espera y comunicación del personal en un lenguaje comprensible.

El 73% de los usuarios estudiados considera la accesibilidad económica entre deficiente y regular. Dentro de los factores que pudieran ser agentes causales de esta situación se podrían mencionar la falta de capacidad para costear los medicamentos indicados en consulta, resaltando que sólo el 27% de ellos la define entre buena y excelente.

Al analizar la accesibilidad en todas sus variantes, es decir, en forma global se deduce que el 70% de los usuarios la define entre buena y excelente.

Tabla 3. Aceptación social y pertinencia de los servicios ofertados. Valores porcentuales. Consulta de Medicina de Familia. Ambulatorio Urbano Tipo III Venezuela. Mérida. Venezuela. Diciembre 2005

	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente	Total
Aceptación						
Social	1.66	8.34	55.00	20.00	15.00	100.00
Pertinencia						
	6.66	20.01	60.01	6.66	6.66	100.00
Total	4.17	14.17	57.50	13.33	10.83	100.00

Fuente: Instrumento aplicado.

En la tabla 3 se expone la información referente a la aceptación social y a la pertinencia de los servicios ofertados. La primera fue definida entre buena y excelente por el 90% de los usuarios, lo cual podría explicarse por el respeto que tiene el personal hacia las costumbres y creencias de los usuarios, la moral del médico en el desempeño de la consulta y el trato recibido por parte del personal.

La aceptación social traducida como el respeto por los patrones culturales de la población fue definida entre buena y excelente por el 90% de los usuarios, destacando el buen trato recibido por parte del personal, porcentaje que difiere con publicaciones como la de Bramwell, M. (2001), donde el 45.5 por ciento de los pacientes mostraron satisfacción con la atención recibida, pero el 54.5 por ciento estaban insatisfechos, ya que de estos el 25.1 por ciento consideró que el trato recibido por parte del personal era inadecuado.

La pertinencia de los servicios hace referencia a la correspondencia que debe existir entre estos y las necesidades de salud que demandan los usuarios, tomando en cuenta el perfil epidemiológico de la zona. El 73% de los usuarios respondió que la calificaban entre buena y excelente, manifestando que los servicios prestados en el ambulatorio responden a sus necesidades de salud.

Tabla 4. Distribución de la percepción de la calidad de atención recibida, según eficacia, eficiencia, efectividad y equidad. Valores porcentuales. Consulta de Medicina de Familia. Ambulatorio Urbano Tipo III Venezuela. Mérida. Venezuela. Diciembre 2005

Percepción de la calidad de atención recibida	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente	Total
Eficacia	6.66	20.00	53.35	6.66	13.33	100.00
Eficiencia	6.66	66.69	13.33	6.66	6.66	100.00
Efectividad	0.00	6.66	66.68	20.00	6.66	100.00
Equidad	0.00	0.00	66.68	26.66	6.66	100.00
Total	3.33	23.33	50.01	15.00	8.33	100.00

Fuente: Instrumento aplicado.

Los hallazgos sobre la percepción que tiene el usuario acerca de la calidad de atención recibida están definidos en la tabla 4, donde se observa que el 73% de los usuarios califica la eficacia entre buena y excelente.

La eficacia definida como la capacidad del personal para encontrar la solución más adecuada a las necesidades de los usuarios, obtuvo una respuesta favorable, deducido por la respuesta afirmativa de la solución asertiva de sus problemas de salud.

En igual porcentaje que la anterior, pero con distinto enfoque la eficiencia fue considerada entre deficiente y regular, debido posiblemente al gran gasto que tienen que hacer los usuarios para mejorar su estado de salud.

En un estudio realizado por Ramírez, T., Nájera, P. y Nigenda, G. (2000), se encontró que 81.2 por ciento de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena, destacando como principal el trato personal. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en este estudio, ya que similar porcentaje de usuarios califica la eficacia entre buena y excelente, donde también destaca el trato recibido por parte del personal. De manera

similar, en ambos estudios los usuarios también calificaron entre deficiente y regular el tiempo de espera para realizarse exámenes solicitados.

La evaluación de la efectividad, entendida como el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mayor atención disponible, reveló la satisfacción de sus expectativas en relación con la atención recibida en un 93% de los usuarios estudiados.

Otro de los aspectos que se debe tomar en cuenta al hablar de los modelos de calidad que se deben implantar en una institución de salud, es el énfasis que refiere Donabedian, 1990 citado por Passos, 1997, al insistir en la importancia de la equidad en la prestación de los servicios de salud.

En el presente estudio, de todas las dimensiones que midieron la percepción de los usuarios en cuanto a calidad recibida, la que más se destaca es la equidad o igualdad de atención para todos los pacientes, donde la totalidad de ellos la percibe entre buena y excelente. Lo mencionado anteriormente se evidencia en un estudio realizado por Alday, S. y Toro, I. (2003), los cuales evaluaron un total de 24 grupos focales de madres de familia y concluyeron que uno de los aspectos que se relaciona con la mala calidad de la atención es la discriminación social, situación que no se relaciona con lo encontrado en este estudio.

Al englobar todos los aspectos que se midieron para conocer la percepción que tienen los usuarios acerca de la calidad recibida en el área estudiada, se encontró que las tres cuartas partes de los usuarios la califica entre buena y excelente.

CONCLUSIONES

En virtud de los resultados obtenidos, surgen las siguientes conclusiones:

Existe un predominio evidente del género femenino entre los usuarios estudiados, con un promedio de edad de 36 años y una desviación estándar de más o menos 17 años. En su mayoría, los usuarios son solteros. Un alto porcentaje de los usuarios son bachilleres y solo un mínimo porcentaje posee nivel universitario.

La gran mayoría de los usuarios considera que la accesibilidad física se encuentra entre buena y excelente.

Casi la totalidad de los usuarios catalogó la accesibilidad geográfica entre muy buena y excelente.

Más de la mitad de los usuarios define la accesibilidad organizacional entre buena y excelente, aunque un alto porcentaje califica como regular el tiempo de espera para realizarse exámenes solicitados.

La gran mayoría de los usuarios considera la accesibilidad lingüística entre buena y excelente, relacionada con la información adecuada acerca de sus procesos morbosos, en contraposición un porcentaje importante manifestó falta de orientación adecuada al solicitar información al equipo de salud.

Un importante número de usuarios en estudio considera la accesibilidad económica entre deficiente y regular.

La aceptación social fue definida entre buena y excelente por casi la totalidad de los usuarios, referida al respeto por los patrones culturales de la población.

En cuanto a la pertinencia de los servicios ofertados, las tres cuartas partes de los usuarios la calificó entre buena y excelente, es decir, que los servicios prestados en el ambulatorio responden a sus necesidades de salud.

La percepción de la calidad de atención recibida por parte de las tres cuartas partes de los usuarios externos califica la eficacia entre buena y excelente, dada por la respuesta afirmativa de la solución asertiva de sus problemas de salud.

En contraste con lo anterior, la eficiencia fue percibida entre deficiente y regular, debido posiblemente al gran gasto que tienen que hacer los usuarios para mejorar su estado de salud.

La efectividad percibida por casi la totalidad de los usuarios fue entre buena y excelente, revelando la satisfacción de sus expectativas en relación con la atención recibida.

La equidad o igualdad de atención para todos los pacientes, fue percibida por la totalidad de ellos entre buena y excelente.

RECOMENDACIONES

Aumentar y mejorar las investigaciones que permitan conocer las necesidades, expectativas y preferencias de los clientes externos en relación a los servicios de salud brindados, así como explorar las expectativas, percepciones y actitudes de los encargados de prestar esos servicios.

Profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional, y determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud, acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención en salud.

Tomar en cuenta la calidad del servicio definida por los usuarios, en función a sus necesidades y deseos, procediendo a fijar las especificaciones de los productos y servicios en función de aquellos.

Determinar los parámetros de los insumos, componentes y procesos a los efectos de lograr cumplir con las especificaciones de los productos y servicios.

Planificar a los efectos de fijar objetivos y políticas en materia de calidad, y determinar consecuentemente las estrategias, tácticas y acciones pertinentes para hacerlas realidad.

Organizar la institución a los efectos de establecer las relaciones entre los diversos miembros, de manera de hacer factible los objetivos en materia de calidad.

Dirigir y liderar a las fuerzas humanas de la organización para inspirarlas y motivarlas en la búsqueda de la excelencia.

Implementar sistemas de control a los efectos de medir y corregir el desempeño individual y organizacional para asegurar que los acontecimientos se adecuen a los objetivos trazados.

Difundir los resultados del presente estudio, tanto a nivel directivo como a los responsables del funcionamiento del área de consulta externa de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano Tipo III Venezuela, con el fin de motivarlos hacia un proceso de mejoramiento continuo de la calidad.

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para realizar esta investigación, se solicitó autorización al director del ambulatorio donde fueron entrevistados los usuarios.

Al elaborar la encuesta se consideró en cada ítem el respeto a la persona, por lo que se evitó el uso de palabras, frases o contenidos que resultaran soeces, desagradables, agraviantes, intimidantes o lesivas.

Se tomaron en consideración algunos aspectos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2000), como la participación voluntaria e información adecuada (consentimiento informado) que deben tener los individuos para participar en una investigación, respetar el derecho de los participantes a proteger su integridad, confidencialidad de su información y reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Este trabajo no dejará consecuencias negativas en los usuarios estudiados, ni en la propia institución, por cuanto se siguen rigurosamente los pasos de la investigación científica. El manejo de los datos serán realizados

con la ética que exige este tipo de trabajo y los resultados se darán a conocer a los integrantes de la institución.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: Septiembre 2005 - Abril 2006

CONCEPTO	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
1. Delimitación del Problema		↔						
2. Búsqueda de antecedentes de investigación		↔						
3. Elaboración del Marco Teórico		↔						
4. Estructuración de la Metodología					↔			
5. Elaboración del instrumento de recolección de información		↔						
6. Validación del Instrumento de recolección de información				↔				
7. Aplicación del instrumento de recolección de información				↔				
8. Elaboración de resultados y análisis de los mismos					↔			
9. Redacción de conclusiones y recomendaciones							↔	
10. Redacción del trabajo de grado				↔				
11. Presentación del trabajo de grado								↔

PRESUPUESTO DE GASTOS

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	Resma de papel para impresora	12.000,ºº	12.000,ºº
2	Cajas de lápices de grafito	6.250,ºº	12.500,ºº
2	Cartuchos de tinta para impresora	70.000,ºº	140.000,ºº
75	Fotocopias de encuestas	70,ºº	5.250,ºº
8	Sobres de manila	300,ºº	2.400,ºº
1	CD	1.500,ºº	1.500,ºº
2	Anillados provisionales	7.000,ºº	14.000,ºº
10	Horas en Internet	1.500,ºº	15.000,ºº
83	Páginas transcritas	600,ºº	49.800,ºº
2	Empastados definitivos	30.000,ºº	60.000,ºº
5	Tanques de combustible para vehículo	3.000,ºº	15.000,ºº
	Imprevistos		20.000,ºº
TOTAL			347.450,ºº

REFERENCIAS

Alday, S. y Toro, I. (2003). *¿Qué piensa la población de los servicios de Salud?: accesibilidad, utilización y calidad de la atención*. 11 (2): 159-181, jul.-10.

Aranaz, J. (1998). *La calidad de los servicios sanitarios: una propuesta general para los servicios clínicos*. Universidad Miguel Hernández de Elche. España.

Asociación Médica Mundial (2000). *Declaración de Helsinki*. Extraído el 05 de noviembre de 2005, de <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>

Benach, J., Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?* Instituto de altos estudios en salud pública “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Maracay, Venezuela.

Bramwel, M. (2001). *Calidad de atención percibida por los clientes en los servicios de farmacia de los Centros de Salud Patricia Duncan, Portobelo e Icacal de la Provincia de Colón*. Panamá. (13) 167 p.

Feo, Oscar. (2003). *Repensando la salud: Propuestas para salir de la crisis. Análisis de la experiencia venezolana*. Universidad de Carabobo. Maracay, Venezuela.

Fernández, N. (2003). *Calidad de la atención médica, programa de educación a distancia “Nuevas formas de organización y financiación en salud”*. Fascículo 1, pgs. 1-38.

Gabaldón, Fernando (2003). *Gerencia de organizaciones de servicio*. Consejo de publicaciones de la Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela.

Gilmore, C., de Moraes, H. (1996). *Manual de gerencia de la calidad*. Serie HSP-UNI/Manuales operativos PALTEX, volumen III, N° 9.

Granda, E., Llovera, O., Martínez, S. y Riera, E. (2001). *Calidad de atención que presta el equipo de salud a la embarazada que asiste a la consulta integral del Ambulatorio Urbano tipo III Acarigua: Acarigua – Portuguesa*. Venezuela. Tesis para optar al título de Licenciados en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2003), *Metodología de la Investigación*. (3ª ed.) Mc Graw Hill. México.

Lovelock, C. (1997). *Mercadotecnia de servicios* (3º Ed.) Editorial Prentice Hall.

Morles, V. (1994). *Metodología de la Investigación*. Editorial Panapo. Caracas, Venezuela.

Passos, R. (1997). *Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud*. Organización Panamericana de la salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.20037, E.U.A

Funcionamiento de establecimientos de salud (2001). Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Ramírez, T., Nájera, P. y Nigenda, G. (2000). *Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios*. Salud pública Méx; 40(1):3-12, ene.-feb.

Rivas, G. (1995). *Investigación científica en Ciencias de Salud*. Editorial Interamericana. México.

Saco, S., Farfán, R., Andrade, V. y Martínez C. (2001). *Diagnóstico basal de la calidad de atención de los establecimientos de salud de la Red de Quispicanchi y Acomayo desde la perspectiva del usuario*. 10(19):20-25, sept.-dic. Perú.

Villafranca, A. (1996). *Metodología de la Investigación*. Fundaca. Caracas. Venezuela.

ANEXO A

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para responder la encuesta que sobre la calidad de atención de salud percibida por el usuario del área de consulta de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano Venezuela. Mérida. Diciembre 2005, está realizando una estudiante de postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello, para optar al título de especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales de Salud. Estoy consciente que la información que estoy suministrando será utilizada para un trabajo de investigación, lo cual permitirá estudiar de que manera algunos factores pueden influir en esta situación que afecta a muchos centros asistenciales de salud hoy en día.

Entiendo que fui elegido(a) para esta investigación por ser usuario(a) de la consulta externa del Ambulatorio Urbano Tipo III Venezuela, Mérida. Además doy fe de que estoy participando de manera voluntaria y que la información que apporto es confidencial por lo que no se revela a otras personas, por lo tanto no afectará mi situación personal. Así mismo, sé que puedo dejar de proporcionar la información que se le solicita en cualquier momento, incluso después de llenada la encuesta.

Además afirmo que sé me dio suficiente información sobre los aspectos éticos legales que involucran mi participación.

Fecha _____

Firma ilegible del (de la) participante

Firma del investigador principal

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
POSTGRADO DE GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE
SALUD

La siguiente es una encuesta cuyo objetivo es valorar la percepción que tiene el usuario de la calidad del servicio recibido por parte del personal de consulta de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano Tipo III Venezuela. Mérida. Diciembre 2005

Participar en el estudio es totalmente voluntario. La información suministrada será manejada de manera confidencial, por lo que no se refiere de sus datos de identificación personal. El uso de la información será sólo para fines de esta investigación.

Sus opiniones y sentimientos son muy importantes para obtener una evaluación objetiva, por lo tanto la honestidad es altamente valorada.

De antemano agradecemos su colaboración para con los objetivos de este trabajo. GRACIAS.

La Autora.

INSTRUMENTO.

I PARTE: Características demográficas.

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y marque con una "X" o escriba la respuesta que se adapte a su condición.

I.1. Género

Masculino _____

Femenino _____

I.2 Edad _____

I.3 Estado Civil:

Soltero (a) _____

Casado (a) _____

Divorciado (a) _____

Viudo (a) _____

Otro. Especifique: _____

I.4 Nivel Educativo:

Básico incompleto _____ Básico completo _____ Bachiller _____

Universitario _____

Otro. Especifique: _____

II PARTE: Percepción de la calidad del servicio por parte del usuario directo.

Lea cada una de las proposiciones siguientes y responda marcando con el número que considere conveniente en cada alternativa.

1= deficiente. 2= Regular. 3= Buena. 4= Muy buena.
5= Excelente.

Nº	Descripción	Puntuación
1	¿Cómo evaluaría ud. el ambiente físico en donde fue atendido/a?	
2	¿Cómo calificaría ud. las condiciones físicas del ambulatorio?	
3	¿Cómo calificaría ud. la higiene del establecimiento?	
4	¿Cómo definiría ud. el funcionamiento del ambulatorio en cuanto al servicio prestado?	
5	¿Cómo consideraría ud. el estado de los materiales y equipos del consultorio?	
6	¿Cómo es la orientación que ud. recibe por parte del personal al solicitar alguna información?	
7	¿Cómo clasificaría ud. el respeto que tiene el personal por las creencias de los usuarios?	
8	¿Cómo calificaría la confianza que ud. tiene hacia el personal del ambulatorio?	
9	¿Cómo es el comportamiento del médico durante el desempeño de la consulta?	
10	¿Cómo calificaría ud. la capacidad del personal para encontrar la solución más adecuada a las necesidades de los usuarios?	
11	¿Cómo calificaría la explicación que ud. recibe acerca de sus enfermedades?	
12	¿Cómo describe ud. el trato recibido por parte del personal?	
13	¿Cómo considera ud. el tiempo de espera para ser atendido?	
14	¿Cómo considera ud. el tiempo de espera para realizarse los exámenes solicitados?	
15	¿Cómo clasifica ud. el grado en que los servicios prestados en el ambulatorio responden a sus necesidades de salud?	

16	¿Cómo calificaría ud. la localización de su residencia con relación al ambulatorio?	
17	¿Cómo define ud. el transporte disponible para trasladarse al ambulatorio?	
18	¿Cómo clasificaría la puntualidad en el inicio de las Actividades	
19	¿Cómo clasificaría ud. la igualdad de atención para todos los pacientes?	
20	¿Cómo clasificaría ud. la satisfacción de sus expectativas en relación con la atención recibida?	
21	¿Cómo considera su capacidad económica para pagar los tratamientos indicados?	
22	¿Cómo considera ud. el tiempo compartido con el médico en consulta?	
23	¿Cómo calificaría ud. el gasto que tiene que hacer para poder mejorar su salud?	

ANEXO B

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

INSTRUMENTO PARA LA VALIDACIÓN

CRITERIOS	APRECIACIÓN CUALITATIVA			
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
Presentación del instrumento				
Calidad de redacción de los ítems				
Pertinencia de las variables con los indicadores				
Relevancia del contenido				
Factibilidad de aplicación				

Apreciación Cualitativa

Observaciones

Validado por:

Profesión: _____ Lugar de trabajo: _____

Cargo que desempeña: _____

Fecha: _____ Firma: _____