



**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
ESTUDIOS DE POST GRADO
ÁREA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN
POST GRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD**

**LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO COMO INDICADOR
DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CARACAS**

**Trabajo de Investigación presentado por:
Soledad FEBRES CORDERO L.**

**Como requisito para obtener el título de
Magíster en Gerencia de Servicios Asistenciales de Salud.**

**Tutor:
Ing. (MSC) Enmanuel López C.**

Caracas, Noviembre de 2008

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios, por permitirme vivir y darme los dos amores más grandes de la vida: mis hijos MANUEL y DANIEL, quienes han servido de motor en el impulso para superarme.

A la memoria de mis padres y hermano, que sus espíritus sigan iluminando el camino por el cual me ha tocado transitar, para ser cada día mejor.

A todas aquellas personas que estuvieron, están y continuarán a mi lado, por sus palabras de aliento y motivación, durante la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por todas las personas que puso en mi camino y me dieron sus palabras de aliento y apoyo para salir adelante.

A mis hijos, por compartir su tiempo, apoyarme y ayudarme en la culminación de este trabajo.

Al Tutor Ing. Enmanuel López, por sus sabias y oportunas orientaciones en la elaboración del presente trabajo.

Al asesor estadístico Dr. Ángel Reyes Cañizales, por su gran ayuda.

A mis compañeros Dr. Carlos Dávila J. y la Dra. Luisa Lira P. por los momentos tan enriquecedores que compartí.

Al personal médico, paramédico, administrativo y obrero del Servicio de Cirugía Cardiovascular. En especial al Dr. Giambattista La Forgia por su gran apoyo y colaboración.

A los pacientes del Servicio de Cirugía Cardiovascular, por su amabilidad y disposición en la información aportada.

A todas aquellas personas que de alguna manera intervinieron en la realización de la investigación.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	pp.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del Problema	4
1.2 Objetivos de la Investigación	11
1.2.1 General	11
1.2.2 Específicos	11
1.3 Justificación e Importancia de la Investigación	11
1.4 Delimitación de la Investigación	13
1.5 Limitaciones de la investigación	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación	14
2.2 Bases Teóricas	22
2.2.1 Calidad	22
2.2.1.1 Calidad en el sector empresarial	24
2.2.1.2 Calidad en el sector asistencial	29
2.2.2 Modelos Internacionales de Gestión de la Calidad	38

	pp.
2.2.2.1 ISO	39
2.2.2.2 JCAHO	41
2.2.2.3 EFQM	47
2.2.3 Gestión por Procesos	49
2.2.4 Indicadores de Gestión de la Calidad	50
2.3 Bases Legales	55
2.3.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela	55
2.3.2 Ley Orgánica de Educación	55
2.3.3 Ley del Sistema Venezolano de la Calidad	56
2.4 Definición de términos básicos	56
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación	58
3.2 Población y Muestra	60
3.3 Técnicas e Instrumentos para la Recolección de los Datos	62
3.4 Técnicas para el Análisis de los Datos	63
3.5 Validez del Instrumento y Confiabilidad de los Resultados	65
3.6 Operacionalización de los Objetivos	66
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	73
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	103
Conclusiones	103
Recomendaciones	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
ANEXOS	112
A Consentimiento Informado	113
B Encuesta de Satisfacción del Usuario	115
C Validación del Instrumento	120
D Testimonios	122

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA		pp.
1	Ventajas y Desventajas de la Aplicación del Modelo EFQM	49
2	Instrumentos para evaluación de la calidad en Servicios de Salud	53
3	Casos Operados de Patologías Cardíacas en el servicio de Cirugía Cardiovascular (Enero - Mayo 2008)	61
4	Pacientes Encuestados en el servicio de Cirugía Cardiovascular (Enero – Mayo 2008)	62
5	Intervalos de Puntuaciones, según Opinión de Usuarios	65
6	Operacionalización de Objetivos	67
7	Identificación de los procesos para el ingreso de los pacientes al Servicio de Cirugía Cardiovascular	69
8	Distribución de Edad (años) y Sexo	74
9	Distribución Porcentual según Sexo y Grupos de Edad	74
10	Distribución Porcentual según Sexo y Nivel Educativo	76
11	Distribución Porcentual según Sexo y Profesión	77
12	Distribución Porcentual de ocupación según Sexo	79
13	Preguntas de la Dimensión Estructura	81
14	Preguntas de la Dimensión Proceso	84
15	Preguntas de la Dimensión Resultado	87
16	Datos Porcentuales según Sexo y Regiones de Procedencia	89
17	Distribución Porcentual de los Pacientes según Distribución de Instituciones Públicas o Privadas	91

TABLA		pp.
18	Distribución Porcentual según Sexo y el Tiempo Transcurrido para la Operación (Diagnóstico – Intervención) en Meses	91
19	Distribución Porcentual según Sexo y Días en Terapia	92
20	Distribución Porcentual según Sexo y Días de Hospitalización	93
21	Distribución Porcentual de la Dimensión Estructura según el sexo	94
22	Distribución Porcentual de la Dimensión Proceso, según el Sexo	94
23	Distribución Porcentual de la Dimensión Resultado, según el Sexo	94

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA		pp.
1	Diagrama de Causa – Efecto	71
2	Flujograma de la secuencia de actividades para el ingreso de pacientes con cardiopatías	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO		pp.
1	Distribución del grupo estudiado según grupo de edad	75
2	Distribución Porcentual del Grupo estudiado según Sexo y Nivel Educativo	77
3	Distribución Porcentual del Grupo estudiado según Ocupación	80
4	Distribución Porcentual del Grupo estudiado según Respuestas. Dimensión: Estructura	83
5	Distribución Porcentual del Grupo Estudiado según Respuestas. Dimensión: Proceso	86
6	Distribución Porcentual del Grupo Estudiado según Respuestas. Dimensión: Resultado	88
7	Distribución Porcentual del Grupo Estudiado según Procedencia	90
8	Distribución Porcentual del Grupo Estudiado según Evaluación de cada Dimensión	96
9	Distribución Porcentual de Respuestas a Preguntas Abiertas	102



**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESTUDIOS DE POSTGRADO
ÁREA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN
POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD**

**LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO COMO INDICADOR DE LA GESTIÓN
DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.**

**Autor: Soledad Febres Cordero
Tutor: Ing. Enmanuel López
Fecha: Octubre de 2008**

RESUMEN

En los últimos años se ha venido desarrollando un especial interés por el tema de la evaluación de la calidad en las instituciones de salud; es por ello que diversos investigadores han propuesto diferentes metodologías de abordaje, siendo una de las más significativas la del Dr. Avedis Donabedian, basado en el triple enfoque (estructura, proceso y resultado). El presente estudio se realizó con la finalidad de determinar desde la perspectiva de los usuarios del Servicio de Cirugía Cardiovascular, la calidad de la atención prestada por el mismo, en el entendido de que la satisfacción va a estar vinculada a las condiciones del entorno, al trato recibido de los diferentes profesionales de la salud y finalmente a la resolución del problema presentado. El estudio fue de tipo evaluativo, para lo cual se tomó una muestra de 79 pacientes, quienes fueron intervenidos quirúrgicamente del corazón durante el período enero-mayo 2008 y que aceptaron voluntariamente participar en la encuesta. El instrumento consistió en un cuestionario anónimo, que contenía 42 preguntas referentes al área socio demográfica y a las dimensiones estructura, proceso y resultado. No se encontraron diferencias significativas entre las variables socio demográficas y la opinión de los encuestados en relación a la satisfacción de los servicios prestados. En líneas generales, las preguntas cerradas arrojaron buenos niveles de satisfacción con la atención recibida, en todas las dimensiones, sin embargo cuando los encuestados opinaron abiertamente, gran porcentaje realizó observaciones a la atención del servicio prestado, lo cual generó cierta discrepancia entre algunos de los resultados obtenidos. Los resultados sugieren la necesidad de implementar acciones específicas, a fin de optimizar la calidad de la atención prestada al usuario, específicamente en los aspectos referentes a: mejora del mobiliario de las habitaciones, reparación y adecuación de los baños, mejora en la prestación del servicio de nutrición y mejora de la comunicación interpersonal entre los pacientes y el personal de salud (médicos y enfermeras), siendo éstos los más señalados en la encuesta.

Palabras Claves: Gestión de la Calidad en Servicios de Salud. Evaluación de la calidad, Satisfacción del usuario.

INTRODUCCIÓN

El tema de la evaluación de la calidad en los Servicios de Salud, constituye un área novedosa e importante de abordar en las instituciones, tanto públicas como privadas, ya que a través de sus resultados, se pueden mejorar los servicios ofrecidos, conformar estándares y elaborar procesos correctivos, que garanticen a la población usuaria los mayores beneficios con los menores riesgos, produciendo elevación de la calidad en el servicio prestado.

Entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX, la calidad estuvo referida básicamente al área de la manufactura, con el objeto de mejorar los procesos y la producción, luego se traslada a los Servicios de Salud y en la actualidad debido a las presiones competitivas y a los avances tecnológicos constantes, se presenta un desafío para mejorar continuamente el desempeño de las actividades.

La calidad en el servicio de salud, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) está definida como un “Conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente”. (OPS, 1999).

La evaluación de la calidad en el área de salud ha sido abordada por diferentes investigadores, bajo diferentes enfoques, permitiendo esto perfeccionar y/o complementar, tanto los métodos como las técnicas para tal fin.

El fundamento teórico asumido para la realización de la presente investigación, fue el planteado por el Dr. A. Donabedian (1966), considerado uno de los investigadores más representativos en el área y cuyo paradigma ha sido dominante dentro de la evaluación de la calidad de la atención a la salud, quien estableció un modelo basado en tres dimensiones: estructura, proceso y resultado. Bajo este enfoque, ya no se toma en cuenta sólo al paciente, sino también el entorno como parte de su estado de salud.

La presente investigación tuvo como propósito evaluar un aspecto de la gestión de la calidad en el área de la salud y que se encuentra ubicado dentro de la dimensión resultado, tal como es la “satisfacción del usuario”, con el objeto de obtener la opinión de éstos con respecto a los servicios que reciben, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas.

Evaluar la satisfacción del usuario en el área de la salud, engloba un conjunto de aspectos, dentro de los cuales se encuentran: las necesidades percibidas, las expectativas y la prestación del servicio, que fueron evaluados a través del instrumento diseñado para tal fin. Esto representa una forma de conocer y analizar cómo se está prestando la atención a los usuarios que acuden al Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas, de igual manera se podrá establecer si se cumple con los objetivos que el Servicio se propone alcanzar. Esto permitirá a su vez identificar y priorizar las posibles oportunidades de mejora, la toma de decisiones, retroalimentando y reorientando la prestación de los servicios, e introduciendo planes concretos en la búsqueda de una optimización en la calidad de la prestación en la atención.

En Venezuela, la gran mayoría de los estudios de evaluación referidos a la Calidad en los Servicios de Salud, han estado centrados en el área técnico-científica y han sido pocos los esfuerzos, tanto desde el gobierno central, como desde las instituciones, por indagar como es visto el proceso desde la perspectiva de los usuarios, que en última instancia es para quienes se realiza el trabajo.

El presente documento, que contiene el desarrollo de la investigación realizada se ha estructurado en cuatro capítulos. El Capítulo I “El Problema”, contiene el planteamiento del problema, los objetivos, tanto general como específicos, la justificación e importancia de la investigación, las delimitaciones y limitaciones de la misma. El Capítulo II “Marco Teórico”, comprende los antecedentes de la investigación, fundamentos teóricos, la

definición operativa de términos básicos y las bases legales. El Capítulo III “Marco Metodológico”, comprende el tipo y diseño de la investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos para la recolección de los datos, la validez del instrumento y la confiabilidad de los resultados, las técnicas para el análisis de los datos y la operacionalización de los objetivos. El Capítulo IV “Presentación y Análisis de los Resultados”, se exponen los resultados obtenidos en la investigación y su análisis utilizando “Pruebas de Contraste”, “T de Student”, dependencia entre variables (Chi Cuadrado), para ello se aplicó el software estadístico SPSS versión 13.0, y la interpretación de los resultados.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

No existe una definición de calidad, única y universal. A través de la historia ha habido múltiples acepciones sobre el concepto de calidad, siendo definida por diversos personajes del momento, vinculados a diversas áreas: es definido por Aristóteles en su Tratado de Lógica; desde el punto de vista religioso, es expresado por Santo Tomás de Aquino; desde la Física, señalado por Galileo; metafísico formulado por Emmanuel Kant, el Código de Hammurabi precisaba la importancia de la calidad en las funciones y oficios, esto por mencionar algunos, dándole cada quien su interpretación.

Así se tiene que el término asume un significado diferente, según sea el enfoque planteado; desde el punto de vista de la Filosofía, se ha centrado en la definición y sus alcances; para la Economía en la maximización de las ganancias y el equilibrio del mercado; en la Comercialización se ha enfocado en el comportamiento adquisitivo y la satisfacción de los usuarios; en la Gestión Operativa hacia las prácticas de ingeniería y el control de la fabricación.

La definición de calidad ha ido evolucionando, siendo a raíz de la revolución industrial cuando adquiere mayor relevancia, donde el producto era el objetivo central de la misma, luego estuvo enfocada en el control de los procesos de producción, hasta llegar al concepto de calidad total.

Entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX Frederick Taylor asocia el concepto de calidad al proceso de industrialización, estableciendo la organización del trabajo a fin de aumentar la productividad, esto realizado

a través de la inspección, con ello se garantizaba la oferta de una gran cantidad de bienes (Stephen, 2004, p.595).

Es así como el concepto de calidad se inicia en el ámbito industrial, en las empresas de producción y posteriormente se fue desarrollando, trasladándose a otro tipo de empresas.

Han sido muchos los estudiosos de la calidad, en el sector servicios de salud, sin embargo se hará referencia a algunos, cuyos aportes han sido relevantes.

En 1966 Avedis Donabedian, sistematiza el abordaje de la calidad en el campo de los Servicios de Salud y comienza a realizar investigaciones sobre la calidad de éstos, basado en la tríada estructura, proceso y resultado, relacionándolas con las áreas: técnico-científica, interpersonal y de confort.

Zurita, Beatriz (1997), en su trabajo titulado “**Calidad de atención de la salud**” hace referencia a la definición de la calidad de atención de salud del Dr. Donabedian (1966) señalando que es “el grado por el cual, los medios mas deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”.

Son muchos los investigadores que han contribuido en la formulación de modelos y metodologías en la búsqueda de la optimización de los Servicios de Salud.

En 1979 Agualimpia, Conover y Pabon (investigadores colombianos), implementan el modelo PRIDES, en el cual establecen conceptos e indicadores para evaluar la gestión de los Servicios de Salud, basados en la accesibilidad, productividad y rendimiento, cobertura, calidad, eficacia y eficiencia de dichos servicios.

Galán Morera (1985) propone el modelo DOPRI, referido a indicadores que evalúan las siguientes áreas en los Servicios de Salud: el contexto, la demanda, la oferta, la producción, los resultados y el impacto.

A partir de la década de los 80, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud (OMS)

desarrollan esfuerzos orientados a incrementar la mejora de los procesos en los servicios de salud, con la finalidad de garantizar calidad en la prestación de los mismos, en los países de América Latina y el Caribe.

Entre 1985-1988 Parasaraman, Zeithaml y Berry establecen el instrumento de “Medida de la Calidad Percibida”, también conocido como de las deficiencias (SERVQUAL), que evalúa la calidad desde las expectativas y percepciones del usuario.

En la I Cumbre de las Américas en 1994, se establecieron los principios rectores de la reforma del sector salud, los cuales estaban basados en el mejoramiento de la calidad de los servicios básicos de salud y en la búsqueda de la equidad, eficiencia, efectividad, sostenibilidad y participación social en la provisión de dichos servicios; siendo estos reafirmados en 1995 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la participación del Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otras agencias internacionales.

Basados en estos principios, surgen organizaciones, que establecen una serie de criterios enfocados a la mejora continua de la gestión de la calidad, entre ellas: ISO (Organización Internacional para la Normalización), JCAHO (Comisión de Acreditación de Organismos para el Cuidado de la Salud) y EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad). Sin embargo tanto en las normas ISO como en EFQM se han establecido ajustes, que permiten evaluar la calidad en los servicios de salud.

Dentro del modelo establecido por la Comisión de Acreditación de Organismos para el Cuidado de la Salud (JCAHO) se encuentra uno de los representantes más significativos, estudioso de la calidad en los Servicios de Salud, el Dr. Avedis Donabedian, quien estableció la tríada: estructura, proceso y resultado como parámetros para la evaluación de los Servicios de Salud.

En diferentes países del continente se han realizado numerosas investigaciones, tomando los diferentes criterios y/o modelos señalados, sin

embargo es importante destacar que gran número de estos, se han realizado en Estados Unidos, a través de la Comisión de Acreditación de los Servicios de Salud (JCAHO) y en Europa, siendo los hospitales de Holanda los que reportan mayor experiencia en este ámbito.

La evaluación de la calidad debería ser una práctica de carácter permanente en el sector salud, ya que los servicios públicos de salud deben ser sensibles a las demandas de calidad, participación, atención oportuna, que los usuarios reclaman cada vez con más insistencia y a través de la evaluación, se pueden mejorar y/o reorientar las actividades, influyendo en una mejor calidad de atención a los usuarios.

Locker & Duna (1978) señalan al respecto:

Existe una característica implícita de los estudios sobre la satisfacción de los clientes, y es que este tipo de investigaciones pueden proporcionar sugerencias, para mejorar los servicios tanto en términos de atención de los pacientes así como en términos de funcionamiento del sistema de atención de salud en general... la opinión del cliente logra influir en quienes toman las decisiones en la medida que ellos acepten el valor del punto de vista del cliente. Esto presupone...la precisa voluntad de convertirse en servicios orientados al paciente. (p. 285)

En la prestación de los Servicios de Salud, la satisfacción del usuario es una herramienta clave, que puede permitir conocer y analizar cómo se está proporcionando el servicio, siendo un reflejo de la calidad de la asistencia. Por tal motivo se considera necesario que tanto el profesional, como el servicio y la institución, conozcan y asuman el punto de vista de los pacientes para mejorar en forma continua la calidad de los mismos. Sin embargo es necesario tener presente la complejidad para la evaluación, por cuanto ésta va a ser muy subjetiva y va a depender de la expectativa del paciente, si el paciente tiene baja expectativa o está acostumbrado a tener acceso limitado a los servicios, puede no percatarse del nivel de la calidad y estar recibiendo servicios deficientes sin ninguna objeción, por el contrario si

el paciente tiene expectativas elevadas del servicio, puede señalar mayores objeciones; no obstante, ésta revela como se valora el servicio desde la perspectiva de quien lo recibe, permitiendo la retroalimentación para la toma de decisiones, aportando elementos sensibles de mejoras y/o reestructuraciones de procedimientos, incidiendo en el sistema de mejora de la calidad del servicio.

En la actualidad, no hay ningún programa definido con respecto a la evaluación de la atención al usuario en las diferentes instituciones de salud en Venezuela, sin embargo el Órgano rector, el Ministerio del Poder Popular para la Salud, ha trabajado en diversos proyectos, mas no se ha concretado ninguno.

Una de las instituciones que ha servido de centro de referencia nacional, dentro del Sector Salud en Venezuela, es el Hospital Universitario de Caracas, donde se encuentra el Servicio de Cirugía Cardiovascular, el cual fue fundado por Decreto del Consejo Universitario de la Universidad Central de Venezuela (UCV) en el mes de enero del año 1968, constituyéndose en el servicio pionero de los procedimientos cardiovasculares, con la mayor variedad de procedimientos quirúrgicos. Desde esa fecha y hasta el presente se han realizado más de 5.000 intervenciones cardíacas, (Brandi, 1997)

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la calidad de atención que se presta en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas, basado en la satisfacción del usuario como indicador de gestión de la calidad.

El propósito de ésta evaluación fue facilitar información tanto a los profesionales de la salud del Servicio de Cirugía Cardiovascular, como a la directiva y administradores de la institución, sobre como es percibida la atención en dicho servicio, así como aquellos aspectos insatisfactorios y que son susceptibles de mejora mediante la modificación de circunstancias, comportamientos o actitudes y los aspectos señalados como buenos y/o

excelentes, a fin de que sigan manteniendo y permitan brindar una atención de calidad.

Hasta los actuales momentos y según las investigaciones revisadas, las evaluaciones realizadas en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas han sido en su mayoría, referidas al área técnico-científica (número de intervenciones quirúrgicas, patologías, mortalidad, morbilidad), sin embargo, es importante incorporar evaluaciones que integren otros conceptos, tales como: satisfacción, factores socio-económicos, culturales y/o religiosos en los cuales se encuentra inmersa la población que demanda los servicios, a fin de realizar los ajustes pertinentes en base a las necesidades detectadas.

El punto de vista de los usuarios, sus necesidades y percepciones, la mayoría de las veces son descuidadas tanto por la institución como por el servicio, dándole mayor importancia al aspecto científico y no es que este no sea clave para el desarrollo de las actividades, pero se puede lograr una mejor calidad de atención si se tienen en cuenta las expectativas y percepciones de los usuarios y todo esto redundará en la prestación de un servicio de calidad.

La investigación se realizó desde el triple enfoque de Donabedian (estructura, proceso y resultado). Aún cuando existen diversas metodologías que permiten realizar evaluaciones de la satisfacción del usuario, se utilizó el descrito por el Dr. Donabedian, por ser él quien aportó claridad conceptual y metodológica en el campo de la calidad de la Atención Médica, su modelo constituye hoy en día un paradigma dominante de evaluación de la calidad en la atención de salud y sus opiniones y propuestas son tomadas en la actualidad como referencia por la mayoría de investigadores que abordan estos temas.

Donabedian (1984) define la calidad como “un tributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro

de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente” (s/p).

Partiendo de la satisfacción que el usuario percibe acerca de su atención, el cual correspondería a uno de los indicadores de resultado, se abordarán los aspectos referidos a la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), al proceso (procedimientos y actividades realizadas durante la hospitalización) y otras dimensiones del resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida).

También fue posible obtener información sobre características de accesibilidad al servicio, que en determinado momento pueden facilitar u obstaculizar la atención del usuario. Dentro de la accesibilidad se hará referencia a la localización geográfica del servicio con respecto a la población a cubrir, los tiempos de espera para ingresar al servicio y al tiempo de hospitalización.

Del planteamiento del problema, descrito anteriormente, surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los factores que afectan la satisfacción de los usuarios del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas?

¿Qué elementos de importancia aportará la realización de la evaluación integral del servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas, desde el punto de vista de la satisfacción del usuario?

¿Cómo se puede optimizar la calidad de la atención en el servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas?

Con base en las interrogantes expuestas, a las que se pretende dar respuesta en la presente investigación, se formulan los objetivos de la misma, los cuales se presentan a continuación:

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Evaluar la calidad de atención que se presta en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas, tomando como indicador de gestión de la calidad, la satisfacción de los usuarios, con base en el modelo de A. Donabedian.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Describir el modelo de estudio de la calidad de la atención a la salud de Avedis Donabedian.

- Describir el proceso de ingreso de los usuarios al Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas.

- Identificar los indicadores que forman parte de la estructura, proceso, resultado y accesibilidad en la satisfacción del usuario del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas en dicha evaluación.

- Analizar la percepción y valoración que tienen los usuarios del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas

- Identificar problemas y puntos débiles, susceptibles de resolver con la adopción de medidas apropiadas, a fin de mejorar la calidad del servicio prestado.

1.3 Justificación e Importancia de la Investigación

El aporte e importancia del presente trabajo de investigación es realizar una evaluación a través de la aplicación de un instrumento que contenga indicadores de gestión de la calidad y desde la percepción del usuario, con

una visión integral del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas, a fin de establecer que opinión le merece al usuario la atención recibida. Este conocimiento permitirá optimizar la calidad de la misma en el cumplimiento de los servicios.

El trabajo de investigación está basado en un tema de actualidad y sobre el cual se han realizado numerosos estudios, tal como es la utilización de indicadores de gestión de la calidad en los servicios de salud; sin embargo, en Venezuela, los estudios realizados han sido aislados y no se han implementado políticas tendentes a hacer esta práctica con periodicidad, aún cuando existe la Ley del Sistema Venezolano de la Calidad (2002), la cual podría marcar la pauta para implementarlo, basada en lo establecido para el ámbito de la calidad, en el Artículo 117 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999).

Por otra parte la mayoría de las investigaciones realizadas se han concentrado en la medición de indicadores tales como: mortalidad, morbilidad, rendimiento o aprovechamiento (cama, consulta, atención médica), razones y proporciones, entre otros, pero pocas están referidas a la calidad de la prestación de los servicios y el proceso en la prestación de estos.

Este análisis le permitirá a la Gerencia del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas, conocer cómo perciben los usuarios la calidad de atención recibida y establecer la diferencia entre lo que esperan (expectativas) y lo que perciben (percepción de resultados reales), pudiendo determinar cuáles son los factores que están incidiendo tanto de manera positiva como negativa en la prestación del servicio, permitiendo mantener y/o mejorar los positivos y corregir los negativos.

1.4 Delimitación de la Investigación

El presente trabajo de investigación, con un alcance evaluativo, se realizó en el Servicio de Cirugía Cardiovascular, del Hospital Universitario de Caracas, durante el período enero-mayo 2008; el mismo incluyó a los pacientes operados que accedieron a llenar la encuesta y que fueron hospitalizados durante el período antes mencionado, a fin de obtener su opinión y expectativas acerca de la satisfacción de sus necesidades en dicho Servicio.

1.5 Limitaciones de la Investigación

- La negación del usuario(a) a llenar el instrumento.
- La indisposición por condiciones físicas para llenar el instrumento.
- La carencia de evaluaciones anteriores, que permitan medir comparativamente el nivel de satisfacción de los usuarios, en cuanto a calidad de atención se refiere.
- Poca disponibilidad de información bibliográfica del tema, en el ámbito nacional.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

En los antecedentes de la investigación, se presentaron (5) cinco trabajos realizados en el último decenio, que aportan información sobre la satisfacción del usuario a nivel asistencial, sirviendo de referencia para la elaboración del mismo. Es importante resaltar la dificultad de conseguir trabajos de investigación en el área, realizados en Venezuela, sin embargo se consigue diversidad de ellos en Europa, Estados Unidos y países de Sur América, como México, Colombia y Perú entre otros.

Maribel Lizarzábal G., Marianela Añez y Gisela Romero (2004), efectuaron una investigación denominada **“La satisfacción del usuario como indicador de calidad en el servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo”**.

El propósito de la investigación fue hacer una evaluación al final de la cadena (demanda, oferta, proceso, resultado e impacto; también conocido como el método DOPRI), utilizando el nivel de satisfacción de los usuarios como indicador fundamental del impacto de la calidad asistencial.

La situación de la que parte la investigación, es que el paciente resulta de un contexto y de una necesidad de atención médica, recibe los recursos que ofrece el servicio de salud, a través de un poco de atención; de la interacción entre la oferta y los procesos surgen unos resultados o productos, que finalmente producen un impacto.

El estudio realizado fue de tipo descriptivo, exploratorio; con una muestra de 165 pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de

Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo, en mayo del 2004 y a quienes se les aplicó como instrumento una encuesta de 9 ítems, en escala de Lickert, agrupándose los resultados de acuerdo a los indicadores de medición. Los ítems 1 y 2 de la encuesta miden la agilidad del trámite para conseguir la consulta y la evaluación del tiempo de espera. Los ítems 3 y 4 midieron la atención recibida por la secretaria (cortesía y eficacia de la atención e información recibida). La calidad de atención médica es medida por los ítems 5 y 6. Los ítems 7 y 8 exploran la percepción del paciente sobre el área física, incluyendo su recomendación a otras personas y el 9 explora las razones psicosociales por las cuales podría disminuir la cantidad de consulta al Servicio. Cada ítem presenta tres (3) alternativas: Excelente, bueno y deficiente, que se traducen en un puntaje numérico: 5, 3 y 1 respectivamente.

La evaluación de satisfacción tomó en cuenta los reclamos presentados (o la ausencia de ellos) en relación al total de volumen asistencial realizado (que detectarían focos potenciales de problemas asistenciales) y los parámetros que miden indirectamente el grado de satisfacción entre los que se encuentran el grado de entendimiento de las instrucciones y el grado de utilización del servicio.

Como conclusión se estableció que la satisfacción del usuario puede y debe ser un resultado/impacto en sí mismo. El puntaje numérico permitió emitir con base confiable juicios cualitativos y conclusiones acerca del consenso sobre la calidad de atención médica de la consulta externa del Servicio de Gastroenterología, que resultó “Excelente” y no se objetivaron áreas problemas. El grado de satisfacción de los pacientes influye en la utilización de los servicios y en el grado de conformidad con los tratamientos y consejos médicos y ambos aspectos influyen directamente sobre los resultados terapéuticos y el estado de salud.

Pérez Cárdenas, Rodríguez Gómez, Catalán, Montejo González y Fernández Herranz (2004) investigaron acerca de la “**Valoración del grado**

de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos”. Dicho estudio fue realizado en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, España.

El objetivo del trabajo fue valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) respecto al entorno asistencial y a la información recibida, motivando la reflexión sobre la atención prestada y analizando los procesos susceptibles de mejora. El diseño correspondió a un estudio prospectivo, descriptivo durante un período de 4 meses. La muestra estuvo conformada por 55 pacientes. Se aplicó una encuesta con 40 preguntas a los familiares de primer grado de los pacientes, a los 15 días del alta de la unidad. La recogida de los datos se efectuó mediante entrevista personal o telefónica. Las variables recogidas fueron: datos demográficos, motivo de ingreso y sus complicaciones durante éste, condiciones medioambientales (intimidad, ruidos, mobiliario, sala de espera, limpieza, etc.), relación con el personal médico y la calidad de la información que había recibido, relación con el personal de enfermería (información sobre los cuidados y las normas de la UCI) y por último la organización y los tiempos de la visita.

Los resultados fueron: dentro de los motivos de ingreso mas frecuentes estuvieron: insuficiencia respiratoria grave 33,33%, patología neurológica 33,33% y sepsis de diverso origen 21,6%. El tiempo medio (DE) de estancia en la UCI fue de 8,8 (8) días. Respecto a las condiciones medioambientales, se detectó la necesidad de una sala de espera acondicionada y una sala de información más amplia e iluminada. El 98% de los encuestados consideró óptimos la limpieza y el orden de la UCI. El nivel de ruido y la iluminación ambientales se valoraron positivamente. El 89% de los encuestados consideró la información médica diaria clara y el 82% adecuado el horario de información. La información diaria acerca de los procesos de cuidados de enfermería se valoró como fluida y adecuada. Se detectó un elevado

porcentaje de respuestas que indicaban la necesidad de ampliar el tiempo de permanencia con su familiar.

Conclusiones: La relación del personal sanitario con los familiares de los pacientes fue valorada positivamente, pero en cuanto a la organización y a la visita, los resultados detectaron la necesidad de realizar mejoras estructurales en la UCI y modificar el régimen de visita.

Nelson, Ardón C. y Andrés F., Cubillos (2003) realizaron una investigación titulada “**Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud por indicadores en los hospitales de I, II y III nivel de atención**”, Bogota. Colombia.

El objetivo del trabajo fue realizar una prueba piloto para validar el sistema de indicadores para el monitoreo de la calidad de la atención en salud mediante indicadores de estructura, proceso y resultado de la atención en salud, que serían aplicados en instituciones de los tres niveles de atención.

El planteamiento del problema estuvo enfocado a medir en número y porcentajes, las actividades de inspección, vigilancia y control de las instituciones cubiertas o vigiladas, de identificación de los procesos críticos de estas instituciones, que deban ser objeto de seguimiento prioritario para determinar el tipo de acciones correctivas y preventivas que deban planearse, ejecutarse y retroalimentarse, de manera que los entes encargados puedan orientar y liderar los procesos de vigilancia y control de la prestación de los servicios de salud en el ámbito nacional.

Con esta herramienta se pretende que se generen procesos de análisis y evaluación de capacitación y asistencia técnica, de continuo aprendizaje, en el marco de una gestión más participativa, que se traduzca en resultados de mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios de salud en el país.

El tipo de estudio correspondió a un diseño descriptivo-evaluativo, de corte transversal, en el que se estructuró un sistema para el monitoreo de la

calidad y fue probado en algunos de los hospitales tipo I, II y III de nivel de atención.

Los instrumentos utilizados estuvieron conformados por entrevistas estructuradas, formatos de inspección de archivos y documentos.

El resultado principal del estudio fue, la estructuración de doce (12) indicadores: 1) oportunidad en cirugías programadas, 2) oportunidad de la atención de consulta con médico general, 3) oportunidad de la atención de consulta con médico especialista, 4) satisfacción global de los usuarios con los servicios recibidos, 5) calidad de los registros de la historia clínica para los eventos en que el paciente era internado en la institución, 6) mortalidad perinatal, 7) tasa de mortalidad materna, 8) infecciones intrahospitalarias, 9) infecciones nosocomiales por procedimientos quirúrgicos, 10) oportunidad de atención en consulta de urgencias en las IPS, 11) reingreso de pacientes atendidos en urgencias, antes de las 48 horas siguientes al egreso del servicio y 12) tasa de mortalidad hospitalaria.

La metodología de aplicación del sistema de indicadores de calidad fue la siguiente: definición del nivel de desempeño, identificación de funciones claves, guías, estándares, bases de datos, análisis y seguimiento de la información, análisis y evaluación de la información, análisis de la ruta causal, análisis de acciones de mejora, priorización de problemas, implantación de acciones de mejora, reevaluación e implantación del sistema.

Conclusión: el análisis de los resultados son una primera aproximación al sistema del monitoreo de la calidad en instituciones de salud, una vez que se haya realizado la prueba piloto y se efectúe el análisis correspondiente se determinará cuales de los indicadores son los que definitivamente conformarán el sistema para el monitoreo y evaluación de la calidad en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de I, II, III nivel de atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Es necesario que las instituciones de salud reconozcan la importancia que tienen los indicadores de oportunidad y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.

Es fundamental que las instituciones generen una cultura de calidad alrededor de la utilización de la información obtenida durante la prestación de los servicios.

Marisol Vicuña (2002), realizó un trabajo de investigación a fin de explorar cual era el **“Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos”**, en la Unidad de Epidemiología del Hospital Nacional “Hipólito Unanue”. Lima-Perú.

El objetivo de la investigación fue describir el nivel de satisfacción y las disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos.

La situación problema planteada, radica en el establecimiento de una importante tendencia de las usuarias entrevistadas a manifestar elevados porcentajes de satisfacción en la atención recibida, sin embargo, es necesario indagar sobre los mismos si se toman en cuenta las condiciones objetivas existentes, las cuales deberían conducir a mayores porcentajes de insatisfacción.

Por tal motivo se plantea la hipótesis que la percepción del beneficio obtenido por la atención es tan grande, respecto a las carencias y limitaciones anteriores, que el paciente expresa el beneficio obtenido como satisfacción, a pesar de existir manifestaciones objetivas de diversos niveles de discomfort.

La investigación realizada fue de tipo observacional, descriptiva, de corte transversal. La población estuvo constituida por 66 pacientes hospitalizadas y 34 acompañantes, a quienes se les aplicó un cuestionario.

Los resultados fueron: altos niveles de satisfacción por la atención a la paciente (86,6% pacientes y 72,4% familiares); sin embargo, el nivel de satisfacción por la atención al acompañante fue significativamente menor

(67,7%); la proporción de usuarios que califico el servicio de excelencia (24,7%) se ubicó por encima de los estándares Servqual. El 92,5% de usuarios presentó una o más disfunciones. Las pacientes se quejaron más frecuentemente por los largos tiempos de espera, la falta de calidez en el trato y deficiencias en el confort.

Conclusiones: Las usuarias del servicio de obstetricia del Hospital “Hipólito Unanue” presentaron altos niveles de satisfacción, junto a altos porcentajes de quejas. El núcleo de procesos a intervenir para mejorar la satisfacción es limitado y vulnerable a la intervención en el corto plazo.

Teresita, Ramírez. Patricia, Nájera y Gustavo, Nigenda (1998) realizaron un investigación denominada **“Percepción de la calidad de la atención de los servicios de Salud en México: Perspectiva de los usuarios”**.

El objetivo del trabajo estuvo centrado en describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en los servicios ambulatorios de salud en México (correspondiente a la dimensión resultante) y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria.

La información analizada estuvo basada en parte de la Encuesta Nacional de Salud II 1994, que levanto información de 3.324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas, previas a la encuesta.

Para medir la dimensión de resultado, fueron seleccionados un indicador principal y dos complementarios:

- Percepción general de la calidad de la atención
- Percepción de los cambios en el estado de salud después de la consulta.
- Motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar.

La lista precodificada de motivos, incluyó aspectos relacionados con: a) la accesibilidad, los costos, tiempos y características organizacionales de los servicios (horarios, fichas, cintas, etc.); b) la estructura, considerando los indicadores de existencia y atributos de los recursos humanos, materiales y/o equipos; c) el proceso, tomando en cuenta las acciones de revisión y diagnóstico, trato personal y continuidad de la atención y d) la dimensión de resultado, la cual se midió a partir de la mejoría en salud y de la aplicación de un tratamiento adecuado.

El manejo estadístico de las variables utilizadas se hizo con la aplicación de la razón de proporciones y la prueba estadística de chi-cuadrado.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Se encontró que el 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena; y 18.8% mala. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%) y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y largos tiempos de espera (11.8%).

Conclusiones: 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.

Todos los trabajos consultados tienen relación con el tema motivo de esta investigación, por cuanto señalan la aplicación de indicadores de calidad, en su mayoría desde la perspectiva del usuario, para la evaluación de diferentes áreas en los servicios de salud.

En varios de los trabajos revisados, sobre satisfacción y calidad, se concluye que los usuarios están satisfechos con los servicios que reciben, desde el punto de vista de la atención médica, pero al ir a puntos más concretos como información, trato o amabilidad, entre otros, está satisfacción disminuye, por lo que se plantea la implementación de acciones correctivas de la situación.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Calidad

La palabra calidad, proviene del término griego *kalos*, que significa “lo bueno, lo apto” y también en la palabra latina *qualitatem*, que significa cualidad o propiedad. En tal sentido calidad es una palabra de naturaleza subjetiva, una apreciación que cada individuo define según sus expectativas y experiencias.

El concepto de calidad ha sido ampliamente utilizado con múltiples definiciones. El mismo ha ido evolucionando a través del tiempo, pasando por diferentes etapas.

Han sido muchos los estudiosos de la calidad, sin embargo se hará referencia a algunos, cuyos aportes han tenido relevancia en los sistemas de calidad en general, luego se describirán los sistemas de gestión de la calidad más conocidos y utilizados (ISO, JCAHO, EFQM y Gestión por procesos) y que de alguna manera han sido aplicados en el sector de los servicios de salud.

Romero y Miranda (2007) en su artículo “**La calidad, su evolución histórica y algunos conceptos asociados**”, definen la gestión de la calidad como:

El conjunto de actividades de la función general de la dirección que determinan la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades y se lleva a cabo... por medios como: la planificación de la calidad, la inspección, el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y el mejoramiento de la calidad, en el marco del sistema de la calidad.

Entre finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX Frederick Taylor inicia el interés por lo que hoy día se conoce como la gestión de la calidad y asocia el concepto de calidad al proceso de industrialización, proponiendo la división del trabajo, de forma tal de obtener mayor producción y garantizar la oferta de gran cantidad de bienes, esto realizado esto a través de la inspección.

Durante el siglo XX, se dieron eventos importantes, los cuales tuvieron repercusión en el desempeño de los sistemas de salud en gran parte de los países. Entre estos se pueden mencionar: La Declaración de Alma Ata en 1978 “Salud para todos”, en la que se adoptó la estrategia de la atención primaria de la salud; Organización Mundial de la salud para el 2000, y la denominación de “nuevo universalismo” de la OMS, referido a la asociación de oferta básica de alta calidad con la utilización de los criterios de costo efectividad de las intervenciones; la I Cumbre de las Américas en 1994 donde se establecieron los principios rectores de la reforma del sector salud, basados en el mejoramiento de la calidad de los servicios básicos de salud y en la búsqueda de la equidad, eficiencia, efectividad, sostenibilidad y participación social en la provisión de dichos servicios.

A continuación se realizará un breve recuento de la evolución de la calidad, de los aportes más significativos que en el área de la calidad en el

sector empresarial y en el asistencial que han señalado algunos investigadores.

2.2.1.1 Calidad en el sector empresarial

Se pueden distinguir seis (6) etapas en la evolución de la calidad:

1. Etapa artesanal: Consistía en hacer buenos productos a cualquier costo, sin importar el tiempo de elaboración del mismo (satisfacción del artesano y satisfacción del comprador).

2. Etapa de la industrialización: Hacer muchos productos en poco tiempo, sin importar la calidad (satisfacción de la demanda de bienes).

3. Etapa de control final: Hacer los productos según las especificaciones del cliente, esto originó el Control de Calidad (garantizar un producto de óptima calidad y que cumpla con los requisitos exigidos por el cliente).

4. Etapa de control en proceso: Inspeccionar la materia prima y el proceso, a fin de detectar cuando y donde se producían los defectos en los productos y tomar acciones correctoras para evitar el defecto.

5. Etapa de control de diseño: Por la detección de problemas en la vida útil del producto, la calidad ya no se centra sólo en el producto, sino que empieza a formar parte de las personas, todos los integrantes de la organización intervienen en como salga el producto.

6. Mejora continua: Por la competitividad hay que dirigirse a la excelencia, buscando la calidad total.

Sin embargo, estas etapas no se han dado de manera exclusiva dentro de diferentes períodos, en ocasiones se han mezclado y han coincidido varias al mismo tiempo.

Hay diferentes corrientes y autores que aportan diversos métodos para la aplicación de la calidad en el área de las empresas.

Peter Drucker (1946) aplicó el análisis político al estudio de las corporaciones, destacando que estas deben estar organizadas de tal forma

que cumplan con sus obligaciones sociales al procurar su propio interés mediante la búsqueda del beneficio; plantea que el ejercicio del liderazgo, la formulación de estrategias, la definición de las políticas básicas y la fijación de criterios objetivos de decisión, deberían constituir los pilares del funcionamiento de una organización.

Edwards Deming (1950), conocido como el promotor de la aplicación de la estadística en las técnicas de control de la calidad, es considerado el padre de la calidad moderna. Vivió la evolución de la calidad en Japón y de esta experiencia desarrollo el modelo que lleva su nombre. Bajo este modelo se aplica la teoría del Control Total de la Calidad (TQC) o Control de la Calidad, en las empresas. Entre sus aportes más importantes destacan: las catorce obligaciones de la gerencia y la divulgación del ciclo PDCA, de Shewhart.

Señala que las catorce obligaciones de la gerencia son:

1. Crear constancia en el propósito de mejorar el producto y el servicio
2. Adoptar la nueva filosofía
3. Dejar de depender de la inspección para lograr la calidad
4. Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio
5. Mejorar siempre el sistema de producción y servicio
6. Implantar la formación
7. Adoptar e implantar el liderazgo
8. Desechar el miedo
9. Superar los problemas entre los departamentos
10. Eliminar los eslogan, exhortaciones y metas, para la mano de obra
11. Eliminar las normas de trabajo que prescriban cuotas numéricas
12. Superar los obstáculos que impiden que la gente se enorgullezca de su trabajo
13. Estimular la educación y la autoestima
14. Actuar para lograr la transformación

El ciclo de Shewhart, al cual se le denominó también “Círculo de Deming” por ser éste quien lo dió a conocer, consistía en un proceso metodológico básico, que aseguraba las actividades fundamentales de mejoramiento y mantenimiento a través de cuatro etapas: planear – hacer – verificar – actuar.

En 1951, se implementó en Japón el Premio Nacional a la Calidad, “Premio Deming”, en honor a Deming. El mismo se basa en el control de los resultados, los buenos resultados se obtienen por la implantación eficaz de las actividades de control de la calidad en todas las funciones de la empresa. Los resultados son considerados como fruto de los hechos realizados en el pasado y por tanto, con un control estricto del proceso y una actuación adecuada, se pueden modificar los resultados futuros.

Para Deming "la mejora de la calidad se consigue con el control estadístico de todos los procesos".

En la década de los años 50 Juran, Ishikawa y Taguchi plantean el establecimiento de sistemas de la calidad en todas las áreas de las organizaciones, a fin de mejorar los procesos y los productos.

Joseph Juran, una de las figuras importantes en el control de la calidad, señalaba que la administración de la calidad se debía establecer en base a los siguientes principios: adecuación al uso; la trilogía de la calidad basada en: planeación de la calidad, control de la calidad y mejora de la calidad; el concepto de autocontrol y la secuencia universal de mejoramiento. Sus aportes en este campo junto con los de Deming y Drucker fueron la base para la creación de la Administración de la calidad total japonesa.

Ishikawa Kaoru, teórico japonés en la administración de empresas, experto en el control de calidad, diferencia los estilos de administración japoneses de los occidentales. Para él, control de la calidad es "desarrollar, manufacturar y mantener un producto de calidad, que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor".

Ishikawa define las “siete herramientas básicas de la administración de la calidad”, evidenciándose una fuerte inclinación hacia las técnicas estadísticas. Las herramientas son:

1. Elaboración de gráficas de flujo del proceso (lo que se hace)
2. Gráficas que indiquen periodicidad (con que frecuencia se hace)
3. Histogramas (visión gráfica de la variación)
4. Diagrama de Pareto (clasificación de problemas)
5. Análisis de causa-efecto (lo que ocasiona los problemas)
6. Diagrama de dispersión (definición de relaciones)
7. Gráficas de control (medición y control de la variación)

Genichi Taguchi revolucionó el proceso de producción en Japón a través del ahorro de costos y su relación con la calidad. Señaló que todo proceso de producción era afectado por influencias externas, si estas eran identificadas a través de métodos específicos, tendrían grandes efectos sobre la variabilidad de la calidad de los productos. Una de sus principales contribuciones a la mejora de la calidad fue “The Loss Function”, una ecuación que cuantificaba el descenso del valor percibido por el cliente a medida que caía la calidad del producto. La contribución más importante de este investigador fue la aplicación de la estadística y la ingeniería para la reducción de costos y mejora de la calidad en el diseño de productos y los procesos de fabricación. Fue la primera persona que igualó calidad con costo.

Armand Feigenbaum (1950) fue el fundador de la Teoría del Control Total de la Calidad, considerando cuatro elementos principales: 1) el involucramiento de todas las funciones (no sólo de las manufacturas) en las actividades de la calidad, 2) la participación de los empleados en todos los niveles de las actividades de la calidad, 3) el propósito de la mejora continua y 4) la atención cuidadosa de la definición de calidad desde el punto de vista del consumidor.

Philip Crosby, (1957) propuso el Programa para el logro de la Calidad en 14 pasos: establecer el compromiso en la dirección o en la calidad, formar el equipo para la mejora de la calidad, capacitar al personal de la calidad, establecer mediciones de calidad, evaluar los costos de la calidad, crear conciencia de la calidad, tomar acciones correctivas, planificar el día cero defectos, festejar el día cero defectos, establecer metas, eliminar las causas del error, dar reconocimientos, formar consejos de calidad y repetir el proceso. El programa fue llamado “Cero defectos” y estableció que la calidad se basaba en cuatro principios: 1) la calidad es cumplir con los requisitos, 2) el sistema de la calidad es la prevención y no la corrección, 3) el estándar de la realización es cero defectos, 4) la medida de la calidad es el precio del incumplimiento.

A partir de la década de los 60 las funciones de calidad pasaron del control e inspección aplicados únicamente al producto, a una gestión total de la calidad, tanto en productos como en servicios.

Malcolm Baldrige (1980) propone el modelo a la excelencia, basado en los siguientes principios: la calidad orientada al cliente, el liderazgo, la mejora continua, la participación y el desarrollo de las personas, la respuesta rápida al mercado, el diseño y la prevención de calidad, la visión a largo plazo, la gestión por datos, el desarrollo de cooperaciones interna y externa y la responsabilidad corporativa y ciudadana.

En 1987, se creó en Estados Unidos el “Premio Malcolm Baldrige”, como incentivo y respuesta a la pérdida de productividad y competitividad de la economía norteamericana. El premio establece que la calidad total y la excelencia en las empresas son necesarias para que puedan competir entre ellas.

En 1991 se establece el “Premio Europeo a la Calidad”, que cuenta como organizadores a la EOQ (European Organization for Quality), la EFQM “European Foundation for Quality) y la Comisión Europea. El premio se basa en que la satisfacción del cliente, de los empleados y el impacto positivo en

la sociedad se consiguen mediante iniciativas de liderazgo, política y estrategia, gestión del personal, recursos y procesos, que a su vez llevan a la empresa a la excelencia.

En 1993 fue creado por el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo de España, el “Premio Príncipe Felipe” a la excelencia empresarial.

En 1998 se establece el “Premio de Québec a la Calidad en Canadá, a la Calidad”, a través del cual se reconoce la excelencia de los organismos tanto públicos, cómo privados.

El “Premio Iberoamericano a la Calidad”, es uno de los Programas de Cooperación de la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno que es otorgado desde el año 2000 por sus mandatarios, de acuerdo al Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión, basado en los siguientes criterios: 1) liderazgo y estilo de gestión; 2) política y estrategia; 3) desarrollo de las personas; 4) recursos y asociados; 5) clientes; 6) resultados de clientes; 7) resultados del desarrollo de las personas; 8) resultados de sociedad y 9) resultados globales.

Así se observa que la gestión de la calidad en el sector empresarial ha ido evolucionando conforme a la tecnología, al mercado y a la competitividad y una de las formas de incentivar esta actividad ha sido el establecimiento de los premios a la calidad.

2.2.1.2 Calidad en el sector asistencial

A continuación se expondrán algunas definiciones de calidad en la atención médica.

Para Lee y Jones, citado por Varo (1993), la buena asistencia médica está basada “en la práctica de la medicina racional basada en las ciencias médicas y la aplicación de todos los servicios de la medicina científica moderna a las necesidades de la población” (p. 59); Esselstyn “propone dos criterios para determinar si la asistencia médica prestada es de calidad: el

grado en que la asistencia está disponible, es aceptable, extensa y documentada y el grado en que una terapia adecuada se basa sobre un diagnóstico preciso y no sintomático” y Hare y Barnoon señalan que “la asistencia médica de calidad incorpora un sistema científico para establecer e instaurar la terapia adecuada en la dirección diseñada para satisfacer las necesidades del paciente. Además la asistencia debe estar siempre disponible, ser eficiente y documentarse adecuadamente”.

La Joint Committee on Quality Assurance of Ambulatory Care for Children and Youth establece:

que la asistencia médica de calidad incorpora un método científico que detecta los problemas mediante diagnósticos correctos e instaura la terapia apropiada con el objeto de satisfacer las necesidades del paciente. La asistencia debe estar disponible, prestarse con efectividad y documentarse adecuadamente. El objeto de la asistencia preventiva es garantizar un crecimiento y desarrollo físico, intelectual y emocional óptimos (p.59).

Donabedian y Vouri “proponen tres puntos de vista para definir la asistencia de calidad; los elementos que la integran (aspectos científico-técnicos, interpersonales y del entorno), los factores resultantes (grado de atención, costes y riesgos, y beneficios) y quién la define” (p.60).

A través de estos conceptos se evidencia el desarrollo e incorporación de diversos aspectos que complementan la conceptualización de la asistencia médica, ampliando su alcance y aumentando su complejidad.

Los primeros datos relacionados con la calidad asistencial en servicios de salud datan de la segunda mitad del siglo XIX, año 1858, cuando F. Nightingale introduce en el ámbito hospitalario el apoyo a la formación de las enfermeras y estudia las tasas de mortalidad en los hospitales militares durante la guerra de Crimea.

En 1910, Flexner A., evaluó los colegios de enseñanza médica en Estados Unidos y Canadá, descubriendo la ausencia generalizada de normas

relativas a la educación médica, por tal motivo estableció el uso de las mismas en todo el continente americano, basado en la premisa que “la medicina es básicamente un sistema educativo y la calidad de la educación es una responsabilidad social”.

En 1912 E. Codman desarrolló un método que permitió clasificar y medir los resultados finales de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y los realizados por Codman, el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales y se construyen indicadores para hospitales.

En 1950 se creó en Canadá el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Commission Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permitieron la generalización de las normas en los hospitales, apareciendo las primeras definiciones de parámetros de calidad para el área hospitalaria.

Para la década de los años 50 P. Lembdke, cirujano del John Hopkins University Medical School, desarrolló un nuevo método para evaluar la calidad: el audit médico, que basado en criterios explícitos, permitía la comparación entre instituciones y profesionales y establecía una rigurosa selección de información que incluía la verificación de los datos y el diseño del estudio.

En 1951 Makover propone evaluar la calidad atendiendo a dos componentes: la estructura (normas, organización, administración y finanzas) y el proceso (atención médica prestada, considerada como producto final).

En 1955 Sephs señaló que la evaluación de la calidad asistencial debería realizarse tomando en cuenta los siguientes items:

1. Análisis de las condiciones previas necesarias para una atención adecuada.
2. Análisis de los elementos de la actividad médica
3. Evaluaciones clínicas cualitativas sobre cuestiones técnicas y científicas

4. Análisis de los efectos de la atención.

En 1966 Avedis Donabedian introduce los conceptos de estructura, proceso y resultado, constituyendo las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Estudia los componentes de la calidad: técnico-científico, interpersonal y de confort. Escribe sobre la evaluación de la calidad y los sistemas sanitarios. Aunque existen otros investigadores que han aportado diferentes puntos de vista en relación a la calidad en los Servicios de Salud, el modelo señalado por A. Donabedian ocupa un lugar importante en cuanto al tema en cuestión se refiere.

En 1968 Dror establece los siguientes campos de análisis para la atención médica: a) los factores de producción, entre los cuales se encuentran la fuerza de trabajo cualificada y su tiempo, los conocimientos de la fuerza de trabajo, los equipos, la energía e impulso y el financiamiento; b) la estructura, corresponde a la organización de los factores productivos en la formulación y ejecución de las políticas, c) el proceso, la definición de las políticas y su ejecución, d) el producto nominal, referido al servicio prestado y e) el producto real que es la consecuencia final del proceso y corresponde al resultado.

Rosenthal (1968) sigue el esquema clásico (estructura, proceso y resultado), pero establece diferencias entre la calidad de la unidad asistencial y la calidad del sistema.

De Geyndt (1970) amplió el enfoque tradicional, estableciendo cuatro condiciones para los indicadores de estructura: estructura física, ocupacional, financiera y organizacional, para el proceso señala dos áreas, el contenido del proceso en si y la secuencia y organización de las actividades que forman parte del proceso y en el resultado señala dos efectos, el cambio del estado de la salud del individuo y el impacto que este causa en la población.

Williamson (1971) introduce una nueva metodología, con la formulación del concepto de ABNA (Achievable Bedit not Achieved, traducido como beneficio posible no alcanzado) que mide la diferencia entre los estándares

considerados como deseables para el diagnóstico y tratamiento y la práctica real evaluada.

Weed (1973) señala que el sistema de la calidad debía estar constituido por: -un sistema que evalué el sistema sanitario, -un sistema que evalúe la práctica profesional dentro del sistema y -un sistema que evalúe el resultado del sistema. Bajo este contexto la estructura y el resultado serían responsabilidad del sistema sanitario y el proceso sería competencia profesional.

Hulka (1973) estableció que la competencia profesional del médico, su cualidad personal y los inconvenientes de los cuidados que prescribía eran las dimensiones que decidían la satisfacción del paciente. Es así como se analiza la calidad percibida en base a tres factores: competencia profesional, condiciones personales y coste/comodidad.

Ware (1975) plantea la satisfacción del usuario basado en ocho elementos para el análisis de la calidad: actuación interpersonal, calidad técnica, accesibilidad/comodidad, financiamiento, eficacia/resultados, continuidad, entorno físico y disponibilidad.

Brook (1976) establece el seguimiento de pacientes a largo plazo después de la atención médica y demostró la baja correlación entre el proceso y los resultados. En base a esto desarrolla métodos para establecer la adecuación de procedimientos basados en la eficiencia, costos, riesgos, disponibilidad e indicaciones específicas para el uso adecuado de los recursos.

Wolf (1978) consideraba tres dimensiones en la satisfacción del paciente: cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico); afectiva (interés y comprensión que demuestra); y de comportamiento (habilidades y competencias técnicas del médico).

Agualimpia, Conover y Pabon (1979), implementan el modelo PRIDES (Programa de Investigación y Desarrollo de Sistemas de Salud), en el cual establecen conceptos e indicadores para evaluar la Gestión de los Servicios

de Salud, basados en la cobertura, para medir universalidad y equidad en los logros del sistema, la eficacia, que determina si la prestación de los servicios produce algún beneficio en quienes lo reciben y la eficiencia de los recursos, que mide la magnitud del esfuerzo requerido para lograr el resultado.

Donabedian en 1980 modificó su formulación anterior y propone que los enfoques para evaluar la calidad debían ser:

1. Estructura: factores de producción y organización
2. Proceso: contenido, configuración y punto final del procedimiento
3. Resultado: punto final del procedimiento relacionado con el impacto

Linder-Pelz (1982) fue quién tras poner a prueba diferentes modelos, sugirió que la satisfacción del usuario era, probablemente, el resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba y lo que creía haber recibido.

H. Vouri (1982) señala que los componentes de la calidad son: la calidad científico-técnica, la efectividad, la eficiencia y la adecuación.

Feletti, Firman y Sanson-Fisher (1986), en forma empírica, manifiestan como dimensiones mas influyentes de la satisfacción del usuario: la comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés); actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante); competencia técnica (los conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales); y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo).

En 1985-1988 Parusaraman, Zeithaml y Berry establecieron el instrumento de medida de la calidad percibida, también conocido como de las deficiencias (SERVQUAL). Este instrumento estuvo centrado en un principio en 10 criterios:

- Elementos tangibles: imagen de las instalaciones, equipos, personal, folletos, medios de comunicación
- Fiabilidad: ejecutar un servicio eficazmente, capacidad de hacer un servicio bien en un primer momento

- Capacidad de respuesta: capacidad de reacción frente a una demanda del cliente, ofrecer un servicio rápido.

- Profesionalidad: habilidad y conocimiento
- Cortesía: respeto y amabilidad
- Credibilidad: veracidad y confianza en el servicio que se presta
- Seguridad: falta de riesgos
- Accesibilidad
- Comunicación: publicidad, marketing
- Comprensión del cliente

Luego se agruparon los criterios semejantes, reduciendo a 5 los mismos:

- Fiabilidad
- Elementos tangibles
- Capacidad de respuesta
- Seguridad
- Empatía

El instrumento se compone de 44 items, divididos en dos escalas (expectativas y percepciones), de 22 items cada una y evaluados a través de la escala de Lickert, de 7 puntos. Primero califican las expectativas del servicio en términos de una extensa variedad de características específicas del mismo y posteriormente se evalúan las percepciones del desempeño en términos de las mismas características específicas. Cuando las calificaciones del desempeño percibido son mas bajas que las expectativas, es señal de una mala calidad, lo contrario indica una buena calidad.

Colmenares O. en su trabajo titulado “**Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio**” señala que Parusaraman, Zeithaml y Berry, 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”.

Berry y colaboradores expresan que para reducir o eliminar la diferencia establecida, se debían utilizar los 5 criterios antes mencionados, también denominados GAP5; los cuales estaban referidos a: las expectativas de los clientes, percepción de los directivos, discrepancias entre la calidad y el servicio ofrecido, discrepancia entre el servicio real y lo que se comunica a los clientes sobre el, los cuales a su vez dependen de la gestión eficiente que realice la empresa de servicios.

Gronroos C. en 1990 estableció seis dimensiones para el estudio de la calidad: Profesionalidad y habilidad, actitudes y comportamiento, accesibilidad y flexibilidad, confianza, mejora y credibilidad y reputación.

Vouri, investigador de la calidad en el sector salud, en 1991, señaló que la calidad tiene dos categorías: la calidad lógica que se centra en los procesos de toma de decisiones y la calidad óptima que incluye a todos los procesos destinados a optimizar los resultados de los servicios. A diferencia de Deming que hablaba de un proceso constante de mejora, este investigador afirma que la calidad tiene en cada circunstancia el límite dado por los conocimientos disponibles. Establece diferentes categorías de usuarios de los servicios (pacientes o beneficiarios, trabajadores de la salud, administradores de los servicios, dueños o dirigentes de los servicios) cada uno con expectativas diferentes respecto a la calidad de los servicios.

La Organización Mundial de la Salud (1991) afirma que una atención sanitaria de alta calidad es:

La que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento de los individuos o de la población), de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conjuntamente con la Asociación Americana de Salud Pública, elaboraron una lista de elementos constitutivos de la calidad, los cuales fueron posteriormente integrados y sistematizados por Vouri, de la siguiente manera:

1. Calidad científica-técnica o competencia profesional
2. Efectividad
3. Eficiencia
4. Adecuación
5. Accesibilidad
6. Rapidez
7. Continuidad de la atención
8. Atención integral
9. Satisfacción del usuario y del profesional

Zimmerman y Salko adaptan al área de salud, los conceptos planteados por Hammer y Champi (1993) sobre la reingeniería, movimiento que revolucionó los negocios en la década de los 90, que consistió en el rediseño radical de los procesos. Bajo esta postura se plantea la elaboración de procesos y sistemas nuevos y mejores.

Dickens (1994) señaló que la satisfacción, desde la práctica médica, es un concepto multidimensional que incluye: la empatía de los profesionales en su trato con los pacientes, tipo y cantidad de información que se le presta al paciente y familiares, competencia técnica del personal, comodidad de las instalaciones, facilidades de acceso, complejidad burocrática del sistema, continuidad de los cuidados, resultado percibido de la atención y, cuando proceda según el tipo de sistema de aseguramiento o centro, una valoración por parte del paciente del coste del tratamiento.

Galán Morera (1997) estableció el Modelo DOPRI, basado en la interacción de seis áreas: contexto, demanda, oferta, proceso, resultado y satisfacción y/o impacto.

Para la aplicación de este modelo se dispone de catorce plantillas de evaluación para cada área: evaluación del contexto, demanda, oferta, procesos, resultados e impacto; como la oferta tiene seis componentes (estructura orgánica, estructura funcional, recursos humanos, recursos físicos, recursos financieros y sistemas de información), se han elaborado plantillas para cada uno de estos componentes y una plantilla global para la integración de los mismos. Además se cuenta con plantillas para integrar la evaluación de las distintas áreas y para explicar la evaluación de la calidad de la atención en términos de sus factores determinantes.

La estructura de la plantilla es la siguiente: se divide en cuatro columnas; la primera corresponde al indicador de evaluación, la segunda registra la calificación que se da a cada indicador o parámetro, en una escala de 1 a 4, de acuerdo con los criterios establecidos (4: óptimo; 3: bueno, 2: regular; 1: malo), la tercera columna tiene una ponderación de los distintos indicadores o parámetros de evaluación, en una escala entre cero y uno, según su importancia en la respectiva área y en la cuarta columna se registran las calificaciones ponderadas de los distintos indicadores, que resultan de multiplicar las respectivas calificaciones por su correspondiente valor de ponderación. Al sumar los valores de estas columnas se obtiene la calificación del área.

2.2.2 Modelos Internacionales de Gestión de la Calidad

Para la década de los 90, el concepto de calidad es asociado a estrategias competitivas. Se adoptan ideas y prácticas del control de calidad japonés, donde la idea principal es satisfacer al cliente tanto interno, como externo, realizando procesos de mejora continua y asegurando la sostenibilidad de las organizaciones en el tiempo a través de la satisfacción de todos los involucrados en su éxito. Y es así como se hace más evidente la utilización de los criterios internacionales ISO, JCAHO y EFQM, los cuales

en sus comienzos estuvieron referidos exclusivamente a la manufactura y posteriormente a los servicios y finalmente se hará referencia al modelo de Gestión por Procesos.

2.2.2.1 ISO

ISO son las siglas internacionales de la Internacional Organization for Standardization, (Organización Internacional para la Normalización), fue creada en el año 1947 por 25 países con la finalidad de promover el desarrollo de estándares internacionales y actividades relacionadas, incluyendo la conformidad de los estatutos para facilitar el intercambio de bienes y servicios en todo el mundo.

Una norma bajo la denominación ISO, está referida a un documento técnico que contiene las especificaciones de un producto, material y/o técnica, que se normaliza. La conformidad con dicho requisito lleva a la certificación del producto, material, técnica o servicio que así lo requiera.

La finalidad de la utilización de esta norma es establecer un sistema de garantía de calidad, por el que las empresas certificadas pueden demostrar que trabajan conforme a procedimientos escritos y documentados, conocidos por toda la organización y sometidos a un seguimiento periódico y continuo.

El sistema de calidad en este contexto, es el método que adopta cada organización o institución, por el cual se asegura la conformidad de sus productos y/o servicios con lo reglamentado por la norma ISO.

En el año 1986 surge la norma ISO 8402:1986, en la cual se señala que la calidad es un “conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas”.

En el año 1994 el concepto es revisado y surge la norma ISO 8402:1994. Gestión de la Calidad y Aseguramiento de la Calidad, donde se plantea que la calidad es la “Totalidad de las características de una entidad

que influyen en su capacidad para satisfacer necesidades expresadas o implícitas”.

Es preciso señalar que para un grupo de investigadores del área, las normas ISO tienen posibilidades cuestionadas de ser adaptadas al sector salud, por cuanto señalan que los profesionales de la salud utilizan un lenguaje muy tecnificado e ininteligible; además el haber sido diseñadas para el sector industrial, no contemplan aspectos tales como las relaciones interpersonales, la ética de las organizaciones o los derechos de los usuarios. No obstante ayudan a realizar una identificación de procesos de forma ordenada y a ubicar cada cosa en su sitio, por eso constituyen una alternativa para los sectores similares al industrial (laboratorios, radiología, hostelería, entre otros).

En cuanto a los servicios de salud, es importante señalar que cuando estos se utilicen, debe estar bien específico el ámbito de la certificación y el propósito, definiendo y comunicando de forma precisa los servicios, actividades y productos comprendidos en los certificados de aprobación (análisis clínicos y/o de laboratorio, radiología, entre otros).

Posteriormente se continúan realizando ajustes a la norma ISO y surgen definiciones complementarias de las anteriores, así se tiene: la serie ISO 9000:2000 promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora un sistema de gestión de la calidad (SGC). El enfoque basado en procesos está reflejado en la estructura de la ISO 9001:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad, Requisitos y también en la ISO 9004:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para la mejora del desempeño.

El modelo ISO permite a una organización o institución integrar o alinear su propio sistema de gestión de la calidad con otros sistemas de gestión relacionados. Los requisitos de la norma 9001 y las recomendaciones de la 9004, pueden ser de utilidad para diseño y/o remodelación de los programas de calidad de las instituciones sanitarias.

El modelo ISO proporciona estándares en base a los cuales las instituciones u organismos pueden ser certificados por auditores acreditados, siendo los mismos evaluados periódicamente (cada 5 años).

A continuación se señalarán algunas experiencias en diversos países europeos, que han incorporado el modelo a su práctica asistencial:

En la Republica Checa la introducción de la norma ISO 2004 en el sistema público de asistencia sanitaria, esta en fase de planificación. En Bélgica han sido certificadas algunas organizaciones que proporcionan servicios técnicos, administrativos y de gestión a las instituciones de asistencia sanitaria. En Francia, Alemania y Suecia algunos hospitales han asumido el procedimiento ISO 9000, pero no se ha popularizado y en general es visto como inadecuado para los servicios sanitarios. En Dinamarca algunos hospitales han asumido los procedimientos ISO 9001-9002, con algunos laboratorios adoptando los estándares 9004:2 . En el Reino Unido muchos proveedores de atención sanitaria participan voluntariamente en valoraciones externas (tales como programas de acreditación, ISO 9000, Charter Mark), así como en iniciativas internas de mejora de calidad y otras formas inspección. En Polonia más de 50 hospitales han obtenido la acreditación ISO. En Finlandia se han utilizado estándares ISO para desarrollar programas de garantía de calidad. En España también hay experiencias de este modelo, que es de uso habitual en laboratorios y en otros niveles de organización sanitaria.

2.2.2.2 JCAHO

Sus siglas corresponden a Joint Comisión on Accreditation of Health-care Organizations, creada como JCAH (Joint Comisión on Accreditation of Hospitals) en 1951, en base a un acuerdo entre asociaciones de profesionales sanitarios (ACS, ACP, AMA) y la Asociación Americana de Hospitales (AHA).

JCAHO, es una organización sin fines de lucro, dedicada a mejorar los niveles de seguridad y calidad de los servicios para el cuidado de la salud. Desde 1951 la acreditación concedida por esta organización ha sido reconocida dentro del campo de los servicios para el cuidado de la salud como un símbolo de calidad.

Su esquema inicial y filosofía fueron semejantes a ISO: determinar criterios de origen profesional para la autorregulación voluntaria, en el ámbito hospitalario.

Este modelo se ha difundido por múltiples países con el apoyo de organizaciones como Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Sociedad Internacional de Calidad en Servicios de Salud.

Dicha organización ha evolucionado, pasando de tener indicadores solo estructurales a incluir indicadores de proceso y resultado.

A partir de los años 60, el modelo comienza a ser obligatorio para la acreditación de instituciones tales como Medicaid y Medicare, los dos grandes seguros públicos de enfermedad, en Estados Unidos. Sin embargo bajo este modelo no se detallan los requisitos del sistema o programa de gestión de calidad, por lo que en muchas ocasiones se complementa con la norma ISO 9001.

El sistema JCAHO evalúa once funciones claves comprendiendo al paciente y la organización y cuatro estructuras con funciones, mediante la verificación del cumplimiento de una serie de estándares para cada uno de los aspectos, los cuales están centrados en:

- El paciente: derechos del paciente, asistencia a los pacientes, educación sanitaria, continuidad de la asistencia, ética de la organización.

- La organización: liderazgo, gestión de la asistencia y su entorno, gestión de la información, programas de mejora de la organización, prevención y control de la infección.

- Estructuras con funciones: gobierno, dirección de áreas sanitarias, profesionales médicos, profesionales de enfermería.

Es un Modelo de Gestión de la Calidad diseñado a la medida de la atención en salud, expresado en el mismo lenguaje de los profesionales de la salud, por lo tanto cómodo y de fácil comprensión para ellos. Por otro lado bajo este modelo se tienen en cuenta aspectos de la organización centrados en el paciente, tales como: prevención de riesgos, seguridad, educación, seguimiento de principios éticos y respeto a los derechos del paciente.

En la actualidad JCAHO ha creado un sistema propio de indicadores llamado ORYX que se revisa y actualiza periódicamente, contando para el año 2004 con 52 indicadores.(SEMICYUC, 2005, p. 15)

Modelo basado en los criterios de Avedis Donabedian

En España, la acreditación JCAHO la realiza la Fundación Avedis Donabedian, creada en 1990 y presidida por el Dr. Donabedian, considerado uno de los representantes más influyentes en el estudio y difusión de los temas de la calidad paciente-profesional de la salud.

Dueñas, O. (2003) señala en su artículo “**Dimensiones de la calidad en los Servicios de Salud**” el concepto de Calidad de Salud expuesto por A. Donabedian:

Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica.

La atención en salud consiste en promover el máximo beneficio al paciente, con mínimos riesgos, dados ciertos recursos y la medición se aborda bajo el enfoque de tres dimensiones: estructura, proceso y resultado,

las cuales a su vez se relaciona con los componentes: técnico-científico, interpersonal y del entorno y/o confort.

La dimensión estructura comprende las características relativamente estables de los proveedores de la atención, los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, así como los lugares físicos donde trabajan. De ella forman parte los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan y la forma como se organizan. Se incluyen número, calificación y distribución del personal, el tipo de practica (individual y grupal), formas de remuneración, la presencia de auditoría, la existencia de procesos, manuales o protocolos para las intervenciones, los equipos, suministros y demás recursos en general.

Como referencia, vale la pena acotar la clasificación señalada por Jiménez, R. (2004) en su artículo **“Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios una mirada actual”**, que con respecto a la estructura, realiza D`Geyndt (1994), quien señala detalladamente cuatro categorías con sus respectivos indicadores:

- Estructura física: comprende cimientos, edificaciones, equipo médico y no médico (fijo y/o movable), vehículos, mobiliario médico y de oficina, medicamentos y otros insumos farmacéuticos, almacenes y condiciones de almacenamiento y mantenimiento de los inmuebles.
- Estructura ocupacional: incluye la calidad y cantidad del personal médico y no médico empleado para brindar asistencia médica: número y tipo de personas por categoría. Incluye también relaciones entre categorías de personal, entrenamiento del personal y los criterios de desempeño del personal específico.
- Estructura financiera: incluye el presupuesto disponible para operar adecuadamente los servicios, pagar a los trabajadores, financiar los requerimientos mínimos de entradas físicas y de personal y proveer incentivos con la finalidad de obtener un desempeño mejor.
- Estructura organizacional: refleja las relaciones entre autoridad y responsabilidad, los diseños de organización, aspectos de gobierno y poderes, proximidad entre responsabilidad financiera y

operacional, el grado de descentralización de la capacidad de decisión y el tipo de decisiones que son delegadas.

La dimensión proceso establece la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente. Se basa en la suposición de que es más probable obtener un buen resultado si se aplica el conocimiento disponible y la tecnología en forma racional y planificada.

Y por último la dimensión resultado se refiere a los logros, tanto en materia de salud, como resultados económicos o de valoración señalados por el paciente y el profesional, de lo que se alcanza, tras la prestación de un determinado servicio. En el análisis de los resultados se puede valorar la eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas, tanto desde el punto de vista de la tecnología como desde el punto de vista de los proveedores de los servicios asistenciales.

Dentro de los indicadores de resultados, se pueden identificar dos grandes grupos: los indicadores centinela, que están referidos a sucesos graves o indeseables y a menudo evitables; importante hacer una revisión individual de la ocurrencia de los mismos a fin de evitar su aparición y los indicadores de datos agregados, referidos a la proporción de casos de un suceso, de base que sobrepase el límite considerado aceptable por los propios profesionales.

Dentro de esta dimensión también se hace referencia a la accesibilidad, la cual corresponde a la posibilidad de los usuarios de ser atendidos por los servicios de salud. Las personas que quieren hacer uso de estos servicios se pueden encontrar con barreras de tipo: geográficas (localización física de los servicios); económicas (capacidad adquisitiva del paciente); organizacional (tiempo de espera); cultural (características culturales del paciente), que de alguna manera van a influir en los resultados obtenidos.

A. Donabedian establece la vinculación de otros componentes que no pueden dejarse de lado, ya que están muy relacionados al desenvolvimiento de las actividades en las instituciones, ellos son los componentes técnico-

científico, interpersonal y de confort que se vinculan a la estructura, al proceso y al resultado; el técnico-científico e interpersonal al proceso y el entorno y confort, a la estructura y ambos van a incidir en el resultado.

El componente técnico-científico: hace referencia a un conjunto de elementos que forman parte del proceso de prestación de servicios de salud que se ofrece. Incluye los conocimientos, habilidades y comportamientos profesionales del personal de salud que percibe el usuario.

El componente interpersonal: se refiere a las relaciones (interacción social y psicológica) que se dan entre el personal de salud y el usuario, así como la información de carácter logístico y de salud, también ubicado dentro del proceso.

El componente del entorno y/o confort: se refiere a los servicios de hostelería proporcionados, las condiciones de comodidad que ofrece la institución de salud, tanto para los usuarios como para el personal del área salud, el sistema de información, la situación de intimidad en la que se atiende al paciente, el cual corresponde a la dimensión estructura.

Los componentes interpersonal y del entorno y confort, determinan la calidad funcional y expresan la interrelación entre elementos humanos y físicos del servicio con los usuarios, mientras la dimensión técnica, está referida a la calidad técnico-científica.

La atención médica debe prestarse de forma tal que procure no sólo el bienestar del paciente, sino que sea compatible con sus preferencias y expectativas.

El análisis de la calidad a partir de las dimensiones propuestas por Donabedian (estructura, proceso y resultado), ha sido una contribución importante, ya que permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud.

Este esquema supone que los resultados se van a originar como consecuencia de la atención proporcionada a los usuarios, lo cual implica que no todos los resultados pueden ser fácil y exclusivamente imputables a

los procesos y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura.

Antonio Iñiguez (2005), en su artículo “**Estructura, Proceso y Resultado**” señala en detalles los aspectos para cada una de las áreas.

La estructura esta dada por el conjunto de condiciones en que se lleva a cabo la atención de salud. La misma puede estar referida a aspectos administrativos (estrategias, políticas, liderazgos, metas, objetivos, procedimientos administrativos), técnicos (métodos de gestión, productos y servicios, sistemas de información, equipos, infraestructuras) y humano (habilidades, conocimientos, valores, autoridad, responsabilidad, división de tareas y funciones, normas, reglas).

En el proceso se establecen procesos primarios, derivados de la asistencia clínica (evaluación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación) y procesos secundarios: referidos a los aspectos administrativos (liderazgo, análisis y planificación, metas, objetivos, políticas, control, evaluación del sistema), técnicos (procesos de apoyo: laboratorio, farmacia, Rx., control de procesos, selección de proveedores, compras, mantenimiento de equipos e infraestructuras) y humanos (comunicación, capacitación, trabajo de equipo, toma de decisiones, recompensas, motivación, aprendizaje).

Los resultados pueden ser: clínicos (diagnósticos, efectos adversos, errores médicos), funcionales (capacidad funcional, secuelas), psicológicos (confianza, temores, depresión), sociales (poblaciones mas sanas, mayor productividad, puestos de trabajo, hábitos mas saludables), evaluativos (opiniones de los pacientes, eficacia, eficiencia), resultados integrales (expectativa de vida, calidad de vida).

2.2.2.3 EFQM

Estas son las siglas de European Foundation for Quality Management (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad), institución fundada en 1988 por 14 grandes empresas europeas, con el apoyo de la Comisión Europea e inspirada en los criterios de los premios Deming de Japón y Malcolm Baldrige de Estados Unidos. También conocido como Modelo Europeo de Excelencia o de Calidad Total.

Bajo este sistema se evalúa el nivel de la excelencia empresarial. Se establece la realización de un diagnóstico organizacional, que se define como un examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización, comparados con un modelo de excelencia. Este modelo no habla de normas, ni de estándares, sino de criterios para la evaluación.

Dicho modelo está basado en la autoevaluación, con referencia a nueve criterios, a través de los que se enuncia: los resultados excelentes con respecto al rendimiento de la organización, a los clientes, las personas y la sociedad, se logra mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas, recursos y procesos. Estos criterios están divididos, a su vez, en subcriterios (32 en total) de excelencia profesional y varias áreas de observación, de forma que cada criterio supone un porcentaje diferente de la puntuación total obtenida, permitiendo además identificar puntos fuertes y débiles, áreas de mejora en la organización, orientación y prioridades futuras. Uno de los aspectos importantes de este modelo es la gestión de recursos humanos y la expectativa de que en una organización de calidad, debe contarse también con la satisfacción de los trabajadores. Se trata de un modelo industrial, el cual en la actualidad se están desarrollando múltiples esfuerzos para su adaptación al sistema de salud.

Casado P. Paloma en su trabajo titulado “**Modelos de calidad asistencial en atención primaria**” algunas ventajas y dificultades para la aplicación del modelo EFQM.

Tabla 1. Ventajas y Dificultades de la Aplicación del Modelo EFQM

Ventajas	Dificultades
<ul style="list-style-type: none"> - Aporta instrumentos de análisis metodológicamente correctos. - Posibilidad de aprender de los errores. - Herramientas para identificar áreas de mejora. - Ofrece una fotografía de la situación. - Permite reconocer los recursos para avanzar: puntos fuertes. - Permite la interacción entre los directivos y los profesionales para identificar los problemas de la organización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método complejo y laborioso de aplicar. - Complicado de adaptar al sector salud. - Requiere la motivación de todo el personal implicado (profesionales y directivos). - No dice que hacer para mejorar. - Requiere del respaldo institucional que aplique políticas de apoyo al desarrollo de organizaciones de calidad. - Alto grado de subjetividad.

Fuente: Casado, P. (2003) “Modelos de calidad asistencial en atención primaria”.

2.2.3 Gestión por Procesos

Este modelo, se gestiona en toda la organización, basándose en la visión de proceso, para ello se deben definir algunos parámetros que guíen la misma:

- La misión del servicio o unidad.
- Identificar los usuarios y sus necesidades
- Priorizar los procesos claves
- Diseño y/o elaboración de los mapas del proceso
- Implantación de los procesos en la organización
- Evaluación de lo realizado
- Análisis y mejora de los procesos.

No existen diferencias marcadas entre los diversos modelos, ya que todos apuntan hacia una meta común, la satisfacción de los usuarios, establecen gran importancia al desarrollo de las actividades, plantean la organización del trabajo como proceso, miden los resultados y fomentan la mejora continua.

Durante los últimos años ha sido evidente un importante desarrollo no sólo de los métodos para evaluar la calidad, sino las estrategias utilizadas, con la finalidad de garantizar adecuados niveles de calidad.

2.2.4 Indicadores de Gestión de la Calidad

Una vez definido el criterio que sirvió de referencia para la investigación (Donabedian), es importante señalar el establecimiento de indicadores, los cuales permiten la obtención de la información.

Beltrán J., J.M. (1998), define Indicador de Gestión como: “La relación entre variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno observado, respecto a objetivos y metas previstos e influencias esperadas” (p. 35).

Para obtener excelentes resultados (calidad del servicio), debe existir un equilibrio entre la calidad del recurso humano y material (estructura) y la calidad de los procesos (acto médico, interacción paciente-profesional de la salud) y esto se logra a través del diseño de indicadores de gestión que permita, evaluar, analizar y revalidar tanto la estructura como los procesos criterios y estándares de calidad.

Los indicadores de gestión deben contar con las siguientes características: validez, relevancia, pertinencia, objetividad, inequívoco, sensibilidad, confiabilidad, precisión, sencillez y accesibilidad.

Una de las exponentes de las dimensiones de la calidad, fue H. Palmer (1982) quien estableció los siguientes indicadores: efectividad, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad competencia profesional.

Varo J. (1995) en su trabajo titulado **“Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria”**, hace referencia a algunos indicadores en común, establecidos por organizaciones entre las cuales se encuentra la OMS y JCAHO:

- Efectividad: Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. Relaciona, igualmente, la capacidad de actuar del médico y su equipo, de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable. Comprende al mismo tiempo, minimizar los riesgos y un sistema de documentación del estado de salud y de la atención prestada.

- Eficiencia: relación entre el impacto real de un servicio o programa y su coste de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles o la prestación del máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.

Comprende dos características:

- 1) idoneidad de los servicios: oportunidad o suficiencia de un servicio concreto prestado al paciente

- 2) costes de los servicios: si se quiere lograr una eficiente provisión de servicios, en última instancia, el coste debe ser igual al valor que tienen aquellos para el paciente. Debe utilizarse los recursos alternativos menos caros y evaluar el coste beneficio.

- Adecuación: relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de una población. Su medida comprende tanto la cantidad de recursos como su distribución geográfica.

- Competencia profesional: Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional y tanto al profesional sanitario, como a la organización.

- Calidad científico-técnica: Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología medico disponibles.

- Seguridad: balance positivo de la relación beneficios/riesgos. También puede conceptuarse como el resultado de la acción sinérgica de la competencia y cortesía del personal sanitario. Respecto a los equipos y edificios, la seguridad se refiere a la garantía y protección de los mismos.

- Aceptabilidad: incluye dos dimensiones:

1) satisfacción del paciente: grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria.

2) cooperación del paciente: grado en que el enfermo cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional.

- Satisfacción del profesional: grado de complacencia del profesional con las condiciones de trabajo. Su inclusión entre los atributos de la calidad deriva de la influencia que tiene la satisfacción laboral en la calidad del trabajo.

- Disponibilidad: grado en que los servicios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados médicos deben ser disponibles cuando se necesiten durante el ciclo de vida de la persona y cuando surja cualquier enfermedad.

- Accesibilidad: facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los cuidados médicos, a pesar de ser posible barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

- Continuidad: tratamiento del paciente como un todo, en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y estar coordinados para que el plan de cuidados de un enfermo progrese sin interrupciones.

También están otros exponentes de las dimensiones de la calidad, tales como: Vouri (1982), Maxwell (1986), Nutting y col. (1987), JCAHO (1987) y el Programa Ibérico (1990) que coinciden en señalar algunos de estos indicadores: Calidad científico-técnica o componente profesional, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, adecuación o idoneidad y continuidad.

La construcción de los indicadores en el trabajo de investigación se realizó a partir de la identificación de áreas claves de la atención (dimensiones), a fin de establecer los criterios deseables y las formas concretas de evaluación.

El desarrollo y utilización de buenos indicadores, deben sustentarse en buenos sistemas de información. Por lo tanto, es importante tomar en consideración aspectos tales como: la fuente de los datos, las características

de los recolectores y la necesidad de velar por la confidencialidad de los datos aportados por los pacientes.

Existen variedad de instrumentos que han sido utilizados para la evaluación de la calidad.

Oscar Martínez (2000) en su trabajo presentado en el I Congreso Virtual de Psiquiatría, **“Expectativas en primeras consultas de un Centro de Salud Mental, importancia, descripción y relación con aspectos evolutivos y asistenciales”** señala variedad de instrumentos que a través de los años han sido utilizados en diversos trabajos de investigación, entre ellos se mencionan:

Tabla 2. Instrumentos para evaluación de la calidad en Servicios de Salud

BRADY y cols. 1960 Picture Attitude Test y Sentence Completion Attitudes Test.	El P.A.T. derivado de dos tarjetas del T.A.T. El S.C.A.T. son 21 frases incompletas. No detallado.	Pretende medir expectativas de mejoría.
HEINE y col. 1960	Cuestionario. No detallado.	Expectativas de tipo de tratamiento y grado de ayuda. Actitudes.
FRIEDMAN 1963	Cuestionario. No detallado.	Expectativas de como se sentirá al cabo de 6 meses y expectativas de mejoría.
GOIN y cols. 1965	Cuestionario. No detallado.	Expectativas acerca del tratamiento a recibir y su utilidad.
LEVINSON y cols. 1967 A.P.R.C. (Authoritarian Patient Role Conception)	Autoaplicado. 30 ítems, modificados de batería anterior. No detallado.	No solo expectativas. 4 factores: a) realismo en la idea prefijada sobre la clínica b) modelo causal del problema c) tratamiento esperado d) autoiniciativa.
BORKOVEC y col. 1972.	5 preguntas.	Medición de credibilidad de un tratamiento y expectativas que genera.
JOHNSON 1973	Simple pregunta abierta.	Elicitación de expectativas.
CAINE y cols. 1973, 1976. T.E.Q. (Treatment Expectancies Questionnaire).	No detallado. Parcialmente descrito en PEARSON y col. 1990.	Diferentes expectativas frente a tratamientos conductuales y grupales.
MARTIN y col. 1975 P.P.E.I. y T.P.E.I. (Patient -Therapist-Prognostic Expectancy Inventory).	Autoaplicado. 15 ítems cada uno. No detallado.	El de pacientes serían expectativas de mejoría. El de terapeutas predicciones académicas.
LAZARE y cols. 1975	Simples preguntas abiertas.	Pensadas para elicitación el deseo o esperanza en la demanda.

Cont. (Tabla 2)

LAZARE y col. 1977 P.R.F. (Patient request Form)	Autoaplicado. 84 ítems. 14 categorías de demanda. Modificado de otro anterior con 15 categorías y 75 ítems.	3 factores principales: Afectivo-dependiente, Entendimiento cognitivo e Intervención activa
SHAPIRO 1981	6 preguntas.	Medición de credibilidad de un tratamiento y expectativas de utilidad que genera.
GOOD y cols. 1983 P.C.P.R.S. (Primary Care Patient Request Scale)	Autoaplicado. 50 preguntas. Puntuación de 0 (menor) a 100 (mayor deseo de recibir servicios).	5 factores de demanda: psicosocial, médica, apoyo, exploración y ventilación.
McCARTHY y cols. 1986.	10 tareas cotidianas.	Motivación y expectativas de competencia personal en tareas cotidianas.
SANCHEZ SLOCUM 1987 (Group Therapy Survey)	Autoaplicado. 25 ítems.	Actitudes y expectativas ante la psicoterapia de grupo.
McEVOY y cols. 1989 I.T.A.Q. (Insight and Treatment Attitudes Questionnaire)	11 preguntas abiertas.	Incluye actitudes al tratamiento y alguna expectativa pre y post hospitalización.
ARCE y col. 1989 Cuestionario de expectativas de los familiares.	Listado de 29 posibles expectativas. Para familiares.	Mezclado con deseos y esperanzas ante el ingreso psiquiátrico. 3 factores: tratamiento intensivo, información/apoyo y rehabilitación.
VERHOEF y col. 1990	3 preguntas.	Mide escepticismo (no-expectativas) frente a medicina convencional.
LEHTINEN y cols. 1990	Preguntas directas acerca de la necesidad percibida en relación con síntomas presentes.	Necesidad autopercebida y clínica, necesidad de tratamiento.
GREGOIRE 1990	Entrevista estandarizada y preguntas incompletas. No detallado.	Expectativas frente a hospitalización y resultados.
SPINHOVEN y cols. 1991	Reducción a 14 ítems del PRF de Lazare (1977). No detallado.	3 Factores: Demandas psicológicas, médicas y externas.
MARTÍNEZ AZUMENDI y cols. 1993	Autoaplicado. Expectativas realistas en el momento de la demanda.	100 preguntas + 1 abierta. 9 preguntas únicas y 7 subescalas con diferentes factores.
ORTIZ y cols. 1995	Autoaplicado. 20 preguntas. Modificado de Salcedo (1990).	Actitudes ante enfermedad mental, tratamiento y profesionales. Varios de los ítems recogerían expectativas propiamente.
KRAVITZ y cols. 1996	Entrevista abierta de tipo cualitativo	Expectativas frustradas y omisiones de cuidados en Atención Primaria.
Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)	8 preguntas, evaluadas entre 0 y 4 puntos	Evalúa la satisfacción de los pacientes al final de la estada en el hospital.
Brief Symptom Inventory (BSY)	32 preguntas evaluadas entre 0 y 4 puntos	Concebidos para servicios psiquiátricos
Encuesta corta de salud (SF-36)	32 preguntas evaluadas entre 0 y 4 puntos	Evalúa servicios generales de salud, se administra el ingreso y al egreso.

Fuente: Martínez, O. (2000) I Congreso Virtual de Psiquiatría.

A pesar de existir variedad de instrumentos aplicables a la evaluación de los sistemas de salud, éstos van a depender de los objetivos propuestos y lo que el investigador se plantee realizar en su trabajo.

2.3 Bases Legales

2.3.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

Art. 83 "El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios..."

Art. 84..."El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad..."

Art. 85..."El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria....."

Art. 117 ..."Todas las personas tendrán derecho a disponer de bienes de calidad, así como una información adecuada y no engañosa sobre el contenido y características de los productos y servicios que consumen, a la libertad de elección y a un trato equitativo y digno. La Ley establecerá los mecanismos necesarios para garantizar esos derechos, las normas de control de calidad y cantidad de bienes y servicios..."

2.3.2 Ley Orgánica de Salud (1998)

Art. 3. "Principios de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar

criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales”.

2.3.3 Ley del Sistema Venezolano de la Calidad (2002)

Art. 1...”Asimismo establece los mecanismos necesarios que permitan garantizar los derechos de las personas a disponer de bienes y servicios de calidad en el país...”

Art. 27 ...”Los órganos u organismos del Poder Público Nacional con representación en el Consejo Venezolano para la calidad son...el Ministerio de Salud y Desarrollo Social...”

2.4 Definición de términos básicos

Calidad: Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confiere la capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.

Representa una forma de hacer las cosas en las que, fundamentalmente, predominan la preocupación por satisfacer al cliente y por mejorar, día a día, procesos y resultados.

Evaluación: Es un proceso que procura determinar, de maneras sistemática y objetiva posible, la pertinencia, eficacia, eficiencia e impacto de actividades, a la luz de los objetivos específicos

Expectativa: Esperanza o posibilidad de conseguir una cosa.

Grado de satisfacción: son los valores y rangos de promedios a las respuestas de los usuarios. Asignándose valores a las respuestas que estos señalan.

Insumos: Bienes empleados en la producción de otros bienes.

Percepción: es una función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno.

Es un componente del conocimiento en donde el sujeto aplica el interactuar con el mundo objetivo. Por lo que la percepción está ligada al lenguaje y es entonces un elemento básico en el desarrollo cognitivo.

Satisfacción: complacencia del usuario (en función de sus expectativas) por el servicio recibido y la del trabajador de salud por las condiciones en las cuales brinda el servicio. Se pueden dividir en tres grados: Satisfacción completa: cuando las expectativas del usuario son cubiertas en su totalidad.

Satisfacción Intermedia: cuando las expectativas del usuario son cubiertas parcialmente.

Insatisfacción: cuando las expectativas del usuario no son cubiertas.

Usuario: persona que utiliza o trabaja con algún objeto o que es destinataria de algún servicio público o privado, empresarial o profesional.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y Diseño de la Investigación

La investigación desarrollada, se enmarca dentro del tipo evaluativa, nivel descriptivo, bajo un diseño mixto: documental y de campo; no experimental, de corte transversal.

Una investigación evaluativa, según Carol H. Weiss, citado por M. Balestrini (2001) "... tiene por objeto medir los efectos de un programa por comparación con las metas que se propuso alcanzar, a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del programa y para mejorar la programación futura" (p. 7).

Jacqueline Hurtado de Barrera señala que "la investigación evaluativa intenta resolver una situación, llenar un vacío o necesidad, a través de la aplicación de un programa de intervención, el cual es evaluado en el transcurso de la investigación" (p. 126).

De acuerdo a la naturaleza y características del problema de investigación, la misma se enmarca dentro del tipo evaluativo, por cuanto a través de la opinión emitida por los usuarios del Servicio de Cirugía Cardiovascular se tratará de establecer cómo es la atención que presta en el Servicio, desde el punto de vista de la satisfacción del usuario, sirviendo ello como punto de referencia para la elaboración de planes de acción.

Hernández, Fernández y Baptista (2006) en su libro titulado "**Metodología de la investigación**" señalan que un estudio descriptivo es aquel que "busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice" (p. 103).

La investigación es de nivel descriptivo, ya que se expone detalladamente la evolución y características de la calidad en general, así como de los servicios de salud y cuales son los diversos modelos aplicados. Así mismo se realiza un análisis de la opinión emitida por los encuestados sobre la percepción en la atención.

Fidias Arias (2006) señala que “La investigación documental es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis e interpretación de datos secundarios...” (p. 27) y la investigación de campo esta referida a la recolección de datos directamente de los sujetos investigados.

El Manual de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) 2003, define la investigación documental como:

El estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza con apoyo, principalmente, en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos. La originalidad del estudio se refleja en el enfoque, criterios, conceptualizaciones, reflexiones, conclusiones y recomendaciones (p. 6)

Para ello se tomarán elementos tanto de fuentes primarias, como secundarias y/o terciarias.

Hernández, Fernández y Batista (2006) definen las fuentes primarias como aquellas que:

Proporcionan datos de primera mano, pues se trata de documentos que contienen los resultados de estudios, como libros, antologías, artículos, monografías, tesis y disertaciones, documentos oficiales, reportes de asociaciones, trabajos presentados en conferencias o seminarios, artículos periodísticos, testimonios de expertos, documentales, videocintas en diferentes formatos, foros y paginas en Internet, entre otros” (p. 66).

Las fuentes secundarias son definidas por los mismos autores como: “listas, compilaciones y resúmenes de referencias o fuentes primarias publicadas en un área de conocimiento en particular, las cuales comentan

artículos libros, tesis, disertaciones y otros documentos especializados”. (p. 66).

Por último es una investigación no experimental transversal, ya que no existe alteración de las condiciones existentes, los datos van a ser tomados sin modificación alguna. Según Hernández, et al., una investigación de tipo no experimental, es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, es decir, que se observa el fenómeno como se presenta en su contexto natural, para después proceder a su análisis respectivo.

Dentro de los diseños no experimentales y desde el punto de vista de la evaluación del fenómeno que se analizó, la investigación se ubica en las de tipo transversal, en virtud de que la información obtenida es válida sólo para el período en que se recolectó.

De acuerdo al criterio de Hernández, et al., en una investigación de tipo transversal, se recolectan datos en un sólo momento y en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su interrelación e incidencia en el problema planteado.

3.2 Población y Muestra

Para Balestrini (2001) se entiende por población “... cualquier conjunto de elementos de los que se quiere conocer o investigar alguna o algunas de sus características” (p. 137).

La población del presente trabajo de investigación de tamaño finito, estuvo constituida por 175 pacientes, quienes fueron intervenidos quirúrgicamente del corazón, con patologías coronarias (Enf. de tronco principal y/o vasos), valvulares (aortica, mitral, tricúspide y pulmonar) congénitas y otras (mixomas, aneurisma, TU, CrioMaze, cierre de CIA o de CIV, entre otras), durante el período enero-mayo 2008.

Tabla 3. Casos de Pacientes Operados de Patologías Cardíacas en el Servicio de Cirugía Cardiovascular (Enero - Mayo 2008)

Meses	Casos Operados
Enero	36
Febrero	31
Marzo	33
Abril	38
Mayo	37
TOTAL	175

Fuente: Servicio de Cirugía Cardiovascular. Año 2008

La muestra, según Hernández, et al. “un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población (p. 240)

Los criterios para la escogencia de la muestra fueron: pacientes adultos, de uno u otro sexo, operados de cirugía cardiaca, entre los meses de enero y mayo del 2008, en condiciones de autosuficiencia física para el llenado del cuestionario de satisfacción de usuarios y que accedieron voluntariamente a realizarlo.

Las restricciones para el desarrollo de la investigación, estuvieron dadas por:

- Pacientes en Terapia intensiva y/o en condición delicada
- Pacientes que fallecieron
- Pacientes quienes no accedieron a llenar la encuesta
- Pacientes dados de alta
- Pacientes quienes no devolvieron la encuesta
- Encuestas mal llenadas

Tabla 4. Pacientes encuestados en el Servicio de Cirugía Cardiovascular (Enero-Mayo. 2008)

Meses	Total	Encuestas Inválidas	Encuestas no Devueltas	Total de Encuestas Válidas
Enero	12	0	0	12
Febrero	16	1	1	14
Marzo	18	2	2	14
Abril	26	1	1	24
Mayo	18	2	1	15
TOTAL	90	8	5	79

De la población total de 175 usuarios, la muestra estuvo conformada por 90 participantes, quienes estuvieron en condiciones y voluntariamente accedieron a realizar la encuesta, sin embargo finalmente se obtuvieron 79 encuestas válidas, ya que hubo 13 que no calificaron.

3.3 Técnicas e Instrumentos para la recolección de los datos

Las técnicas de recolección de datos están referidas a las distintas formas o maneras de obtener la información y los instrumentos a los medios materiales que se emplearán para recoger y almacenar la información.

En la recolección de los datos se utilizaron como técnicas: la observación y la encuesta, tipo cuestionario, el análisis documental y el análisis de contenido y los instrumentos fueron: las fichas, análisis, el formato de la encuesta, escalas de opinión tipo Lickert, entre otros.

La observación participativa es una técnica que permite observar y recoger la información tanto en forma directa (dentro del servicio de Cirugía Cardiovascular), como indirecta (mediante la utilización de instrumentos), de tal forma que se pueda caracterizar y conocer algunos aspectos del contexto

del servicio, así como la identificación y organización del recurso tanto humano como físico, de la manera más objetiva posible.

La encuesta utilizada fue del tipo cuestionario anónimo, el cual corresponde a un conjunto de preguntas dirigidas a la población seleccionada. Las variables que plantea el instrumento, permitieron conocer cual era la opinión de lo que el usuario percibe y expresa con relación a la interacción que se establece durante su hospitalización en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas.

El instrumento constó de tres partes, la primera referida a nueve preguntas de carácter socio demográfico, la segunda a 26 preguntas cerradas, de opinión, valoradas según escala de Lickert, cuatro preguntas abiertas, referidas a opiniones y/o sugerencias realizadas por los usuarios y tres preguntas cerradas, sobre permanencia y egreso del servicio de Cirugía Cardiovascular. (Ver Anexo 1)

El análisis documental estuvo referido a la lectura, síntesis e interpretación de las ideas principales de textos y/o documentos.

El análisis de los datos aportados por las encuestas, permitieron realizar, inferencias reproducibles y válidas, aplicables al contexto estudiado.

3.4 Técnicas para el análisis de los datos

Se utilizó el flujograma, como la representación gráfica de las actividades de un proceso, con la finalidad de identificar la secuencia de las actividades, mostrando lo que se realiza en cada etapa, los materiales o servicios que entran y salen del proceso, las decisiones que deben ser tomadas y las personas involucradas en el mismo.

Se utilizó el diagrama de causa-efecto, para señalar organizadamente algunas de las actividades consideradas importantes y contempladas dentro de cada área, basado en el modelo de Donabedian y a través del cual, se pudieron establecer los indicadores que registrarían la opinión, percepción y

expectativas del usuario del servicio, sobre la satisfacción de sus necesidades. Posteriormente y basado en el diagrama de causa-efecto se diseñó el instrumento de evaluación.

El análisis cuantitativo, consiste en la presentación de cuadros distributivos de frecuencias e índices porcentuales de las respuestas arrojadas por cada pregunta, con la finalidad de desarrollar los objetivos planteados.

El análisis cualitativo, corresponde a la interpretación de las opiniones y a la descripción de la frecuencia en que se presentaron los indicadores.

Para el análisis resumen de las dimensiones Estructura, Proceso y Resultado, se procedió a codificar la escala para cada dimensión, en base al número de posibles respuestas (0 = desconoce; 1 = deficiente; 2 = regular; 3 = bueno; 4 = excelente) y a la cantidad de preguntas para cada dimensión. Así se tiene que cada sujeto tendrá una puntuación al final de cada dimensión. En este sentido, por ejemplo, la dimensión Estructura está descrita por 7 preguntas, de allí que la puntuación de un sujeto en dicha dimensión estará comprendida entre 0 y 28 puntos, representando 0 un absoluto desconocimiento del hecho evaluado y 28 indicará que lo considera excelente.

Así mismo es importante señalar, que para el resumen general, se crea una nueva categoría (muy bueno), debido a la necesidad generada por la opinión emitida por los encuestados, ya que hubo casos en los cuales señalaron la categoría excelente, pero no en todas las preguntas, por lo tanto la puntuación final obtenida no alcanza la puntuación máxima propuesta según la codificación y que sería equivalente a excelente, estos casos fueron ubicados en esta nueva categoría.

Tabla 5. Intervalos de Puntuaciones, según opinión de Usuarios

Dimensión	NS/ Desconoce	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
Estructura (7 preguntas)	0	1 – 7	8 – 14	15 – 21	22 – 27	28
Proceso (15 preguntas)	0	1 – 15	16 – 30	31 – 45	46 – 59	60
Resultado (4 preguntas)	0	1 – 4	5 – 8	9 – 12	13 – 15	16

Para el análisis de los datos se aplicaron técnicas estadísticas descriptivas básicas, que incluyeron medidas de tendencia central (medias) y de dispersión (desviación típica). Del mismo modo, se aplicaron pruebas de contraste de medias (t de Student) y de dependencia entre variables categóricas (Chi cuadrado). En todas las pruebas se consideró como significativo un valor de $p \leq 0.05$. Para los cálculos se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 13.0.

3.5 Validez del instrumento y Confiabilidad de los resultados

La validez del instrumento, es una característica importante que deben tener los instrumentos de medición y está referida al grado en que un instrumento logra medir lo que se pretende medir.

El cuestionario elaborado, lo revisaron varios expertos en la materia (juicio de expertos) para evaluar la redacción de los ítems, el vocabulario empleado y si el contenido del mismo está acorde para medir lo que se desea medir.

La confiabilidad, es la capacidad que tiene el instrumentote producir resultados consistentes y coherentes.

Luego de incorporar al cuestionario las observaciones señaladas por los expertos, se aplicó una prueba piloto a un pequeño grupo de la población de iguales características a los que formarán parte del estudio, a fin de someterlos a correcciones, para su aplicación definitiva.

Aún cuando se evaluó la satisfacción del usuario como indicador de gestión de la calidad, en la atención que presta el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas, el cual corresponde a un indicador de la dimensión de resultado, a partir del mismo se pudo obtener opinión sobre algunos aspectos relacionados con la estructura y los procesos, a fin de ubicar contextualmente algunas de las respuestas emitidas por los usuarios del servicio. También se obtuvo información sobre la accesibilidad a los servicios.

3.6 Operacionalización de los Objetivos

A continuación en la tabla 6 que contiene: el objetivo, las variables, su definición nominal y operacional, las dimensiones con sus respectivos indicadores y las preguntas de la encuesta correspondientes a cada dimensión.

Para la realización de dicha tabla, sirvieron de apoyo: el diagrama causa – efecto (Figura 1), la identificación de los procesos para el ingreso de los pacientes al Servicio de Cirugía Cardiovascular (Tabla 7) y el flujograma de la secuencia de actividades para el ingreso de los pacientes cardiopatas.

Tabla 6. Operacionalización de Objetivos

OBJETIVO	VARIABLE	DEF. NOMINAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	PREGUNTAS
<p>EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO COMO INDICADOR DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, EN LA ATENCIÓN QUE SE PRESTA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (CCV) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS</p>	<p>SATISFACCIÓN DEL USUARIO</p>	<p>IMPLICA UNA EXPERIENCIA RACIONAL O COGNOSCITIVA, DERIVADA DE LA COMPARACIÓN ENTRE LAS EXPECTATIVAS Y EL COMPORTAMIENTO DEL PRODUCTO O SERVICIO, ESTÁ SUBORDINADA A NUMEROSOS FACTORES COMO LAS EXPECTATIVAS, VALORES MORALES, CULTURALES, NECESIDADES PERSONALES Y LA PROPIA ORGANIZACIÓN SANITARIA.</p>	<p>RESULTADO FAVORABLE PARA LOS USUARIOS, CONFORME A LAS EXPECTATIVAS Y A LO ESPERADO.</p>	<p>ESTRUCTURA</p> <p>PROCESO</p> <p>RESULTADO</p> <p>ACCESIBILIDAD</p> <p>PERCEPCIÓN</p> <p>EXPECTATIVAS</p>	<p>LIMPIEZA, COMODIDAD, INSUMOS DE ÁREAS DEL SERVICIO DE CCV.</p> <p>CONSULTA INFORMACIÓN, TRATO Y COMPETENCIA DE MEDICO, ENFERMERAS, Y SERVICIOS DE APOYO</p> <p>MEJORÍA Y VALORACIÓN DEL SERVICIO DE CCV.</p> <p>PROCEDENCIA TIEMPOS DE ESPERA (DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS)</p> <p>COMO CALIFICA EL USUARIO LA ATENCIÓN PRESTADA (GRATITUD, BIENESTAR, AGRADECIMIENTO)</p> <p>EL USUARIO ESPERA DETERMINADOS RESULTADOS PARA LA SOLUCIÓN DE SU PROBLEMA (RAPIDEZ, BUEN TRATO, RESOLUCIÓN)</p>	<p>2-3-4-5-6-17-18</p> <p>1-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-20-21-22-23</p> <p>19-24-25-26</p> <p>VI-VIII-IX-30-31</p> <p>19-26</p> <p>27</p>

Tabla 7. Identificación de los procesos para el ingreso de los pacientes al Servicio de Cirugía Cardiovascular

Área: Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario de Caracas.

Proceso: Atención Hospitalaria

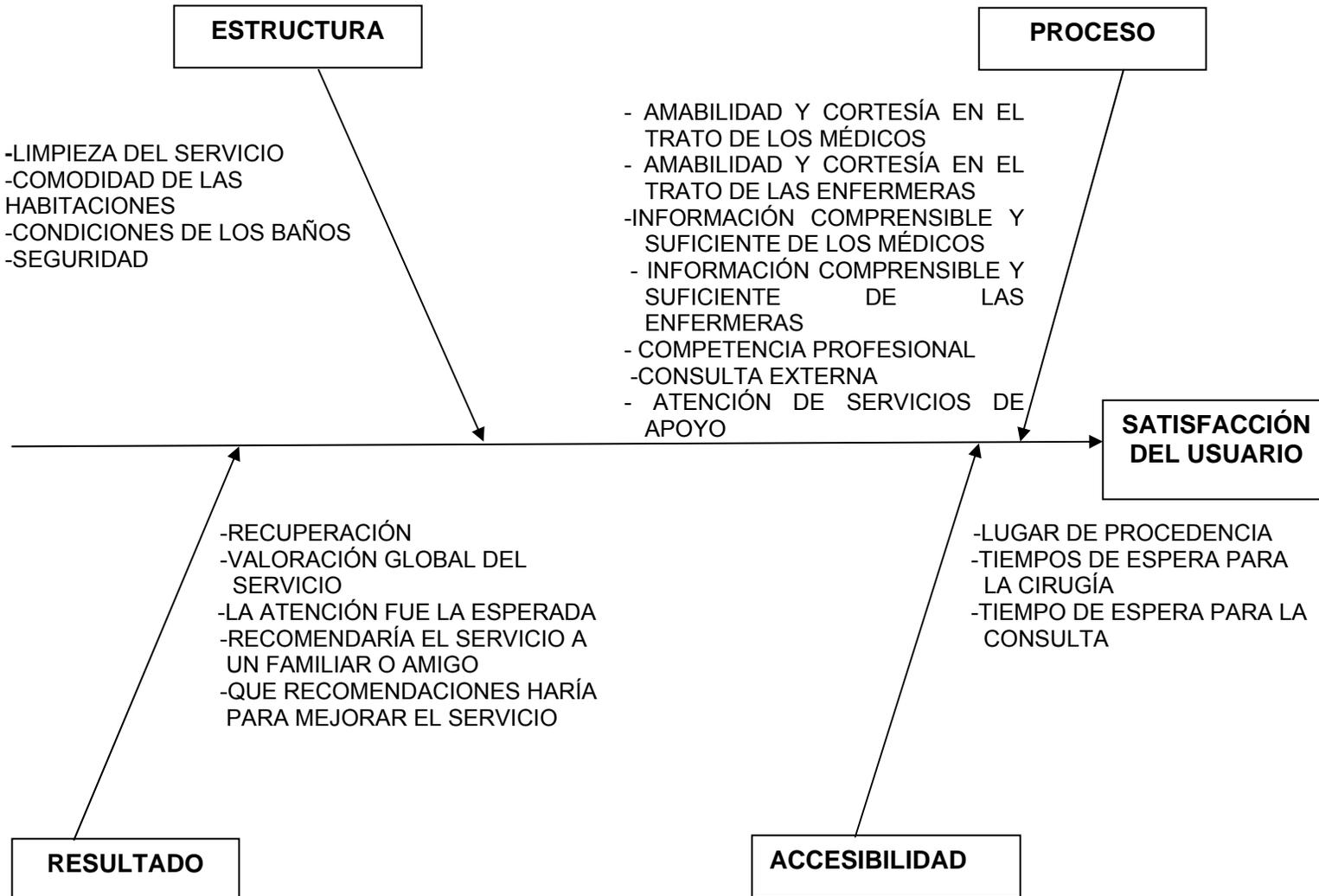
Subproceso: Hospitalización de pacientes electivos

SECUENCIA	DEPENDENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
1. PACIENTE CON PATOLOGÍA VALVULAR, CORONARIA, CONGÉNITA U OTRA.	CARDIOLOGÍA	-MÉDICOS CARDIÓLOGOS	Se recibe remisión de paciente procedente de: otra institución, otro servicio, de la consulta externa de cirugía cardiovascular o ambulatorio, para evaluación de diagnóstico.
2.a. PACIENTE EVALUADO POR CARDIOLOGÍA ES PRESENTADO EN REUNIÓN MEDICO QUIRÚRGICA	CARDIOLOGÍA	-MÉDICOS CARDIÓLOGOS -CIRUJANOS CARDIOVASCULARES	Caso de paciente es discutido para toma de decisión quirúrgica
2.b. PACIENTE INGRESA DIRECTAMENTE POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	-CIRUJANOS CARDIOVASCULARES	Recibir al paciente, actualizar historia clínica y ordenar orden de ingreso y hacer indicaciones.
3.a. CASO DE URGENCIA	-CARDIOLOGÍA -CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	-CIRUJANOS CARDIOVASCULARES	Se actualiza historia clínica, se asigna grupo quirúrgico para intervención en 48 o 72 horas.
3.b. CASO ELECTIVO	-CARDIOLOGÍA -CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	-CIRUJANOS CARDIOVASCULARES	Se asigna grupo quirúrgico para posterior intervención, según orden de llegada.
4. MEDICO INFORMA AL PACIENTE	CARDIOLOGÍA	-MÉDICOS CARDIÓLOGOS	Se explica al paciente y/o familiar la decisión tomada en la reunión medico quirúrgica.
5. ASIGNACIÓN DE GRUPO CLÍNICO PARA LA CIRUGÍA	-CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	-CIRUJANOS CARDIOVASCULARES	Asignación del grupo que estará a cargo de la atención del paciente.

Diseño: La investigadora (2008).

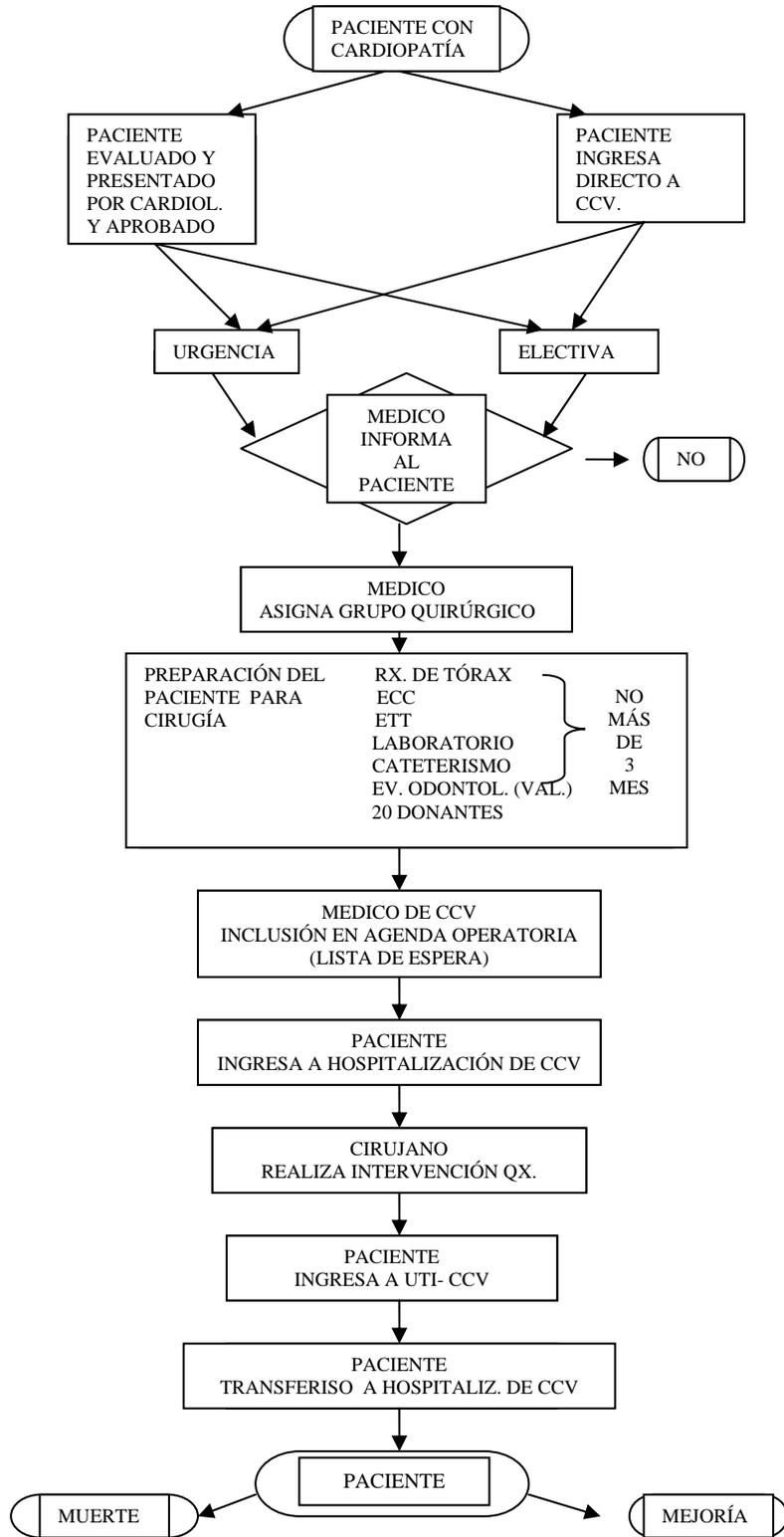
SECUENCIA	DEPENDENCIA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
6. SE SOLICITA AL PACIENTE EVALUACIÓN PRE OPERATORIA.	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	-CIRUJANOS CARDIOVASCULARES	Exámenes: rx de tórax, ecc, att, laboratorio, cateterismo, 20 donantes y evaluación odontológica para los casos valvulares; con un máximo de 3 meses de antigüedad.
7. INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	-CIRUJANOS CARDIOVASCULARES	Según los casos presentados se asigna un orden correlativo para realizar la intervención quirúrgica
8. HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	-CIRUJANOS CARDIOVASCULARES -ENFERMERÍA	Enfermería solicita historia, ubica al paciente en la cama asignada, controla signos y avisa al medico cardiovascular asignada.
9. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL PACIENTE	QUIRÓFANOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	-ANESTESIOLOGOS -CIRUJANOS CARDIOVASCULARES	Realización del procedimiento quirúrgico de acuerdo a diagnostico y técnica escogida.
10. RECUPERACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES	-MÉDICOS INTENSIVISTAS CARDIOVASCULARES -CIRUJANOS CARDIOVASCULARES	Se colocan al paciente los monitores respectivos, se administra oxigeno y se controlan signos vitales.
11. TRASLADO A HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES	- MÉDICOS INTENSIVISTAS -CIRUJANOS CARDIOVASCULARES	Se autoriza el egreso del paciente de la unidad de cuidados intensivos cardiovasculares y su transferencia a hospitalización para continuar tratamiento.
12. EGRESO DEL PACIENTE	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CIRUJANOS CARDIOVASCULARES	Cirujano revisa historia clínica, autoriza el egreso del paciente, emite indicaciones de tratamiento y coloca fecha de control.

Figura 1: Diagrama de Causa - Efecto



Diseño: La investigadora (2008).

Figura 2. Flujograma de la secuencia de actividades para el ingreso de pacientes con cardiopatías



CAPITULO IV

PRESENTACIÓN, Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizó la codificación y tabulación de los datos, según las categorías establecidas y en base a las preguntas formuladas en el cuestionario, con la ayuda del programa SPSS v. 13.

1. Datos **socio-demográficos**: preguntas relacionadas con aspectos personales (I-II-III-IV-V)

2. Aspectos relacionados con la **estructura**: involucra los recursos físicos, humanos, materiales y/o equipos (preguntas N° 2-3-4-5-6-17-18)

3. Aspectos relacionados con el **proceso**: se refieren a las actividades que dispensan los profesionales de la salud y que involucran a los pacientes (preguntas 1-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-20-21-22-23)

4. Aspectos relacionados con el **resultado**: corresponden al producto final, referido a la atención brindada. (preguntas 19-24-25-26)

5. Aspectos relacionados con la **accesibilidad**: se relacionan con el tiempo, la disponibilidad y la distancia para obtener la atención requerida (preguntas VI-VII-VIII-IX). Forman parte de la dimensión resultado.

A continuación se expondrán las tablas y gráficos resultantes de las encuestas válidas realizadas, así como su respectivo análisis.

1. Datos Sociodemográficos

Sirven para caracterizar la muestra estudiada, en base a sexo, edad, escolaridad, profesión, ocupación, procedencia y referencia.

Tabla 8. Distribución de Edad (años) y Sexo

Sexo	N	Media	DS	Mínimo	Máximo	%
Masculino	33	57,30	12,08	25	80	41,77
Femenino	46	53,22	14,19	21	78	58,23
TOTAL	79	54,92	13,42	21	80	100,00

De las 79 encuestas efectivas realizadas y de acuerdo a la distribución según sexo, la mayoría de los pacientes, pertenecen al sexo femenino 58,2% (46) y el 41,8% (33) al sexo masculino.

Es importante mencionar uno de los aspectos preocupantes para la Fundación Española del Corazón, el cual está referido al aumento que se está produciendo de las dolencias cardiovasculares en mujeres, por cuanto en épocas anteriores, esta era una enfermedad donde predominaba el sexo masculino.(Aldaz. Diario Vasco.com)

Tabla 9. Distribución Porcentual según Sexo y Grupos de Edad

Sexo	Grupos de edad												Total	
	de 25 años y menos		26 – 35		36 – 45		46 – 55		56 – 65		de 66 años y más			
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	1	3,03	1	3,03	2	6,06	8	24,24	13	39,39	8	24,24	33	100,00
Femenino	2	4,35	2	4,35	10	21,74	10	21,74	11	23,91	11	23,91	46	100,00
Total	3	3,80	3	3,80	12	15,19	18	22,78	24	30,38	19	24,05	79	100,00

Con referencia a la edad, es importante acotar cómo ha venido descendiendo la misma, en cuanto a la presentación de patologías cardíacas

quirúrgicas, las cuales hace unos años atrás, se pensaba era una enfermedad que en la mayoría de los casos presentaban personas de la tercera edad, conocidas hoy como adulto mayor (mas de 60 años), por la alta prevalencia de factores de riesgo (hipertensión, diabetes, sedentarismo, consumo de alcohol, de tabaco y el estrés) y por el elevado riesgo que cada uno de ellos confiere en estas edades. Esto es reflejado por la distribución de las edades, donde un 23% (n = 18) es menor de 45 años; 22,78 (n = 24) está entre 46 y 55 años y es resto 54,43% (n = 43) son mayores de 56 años.

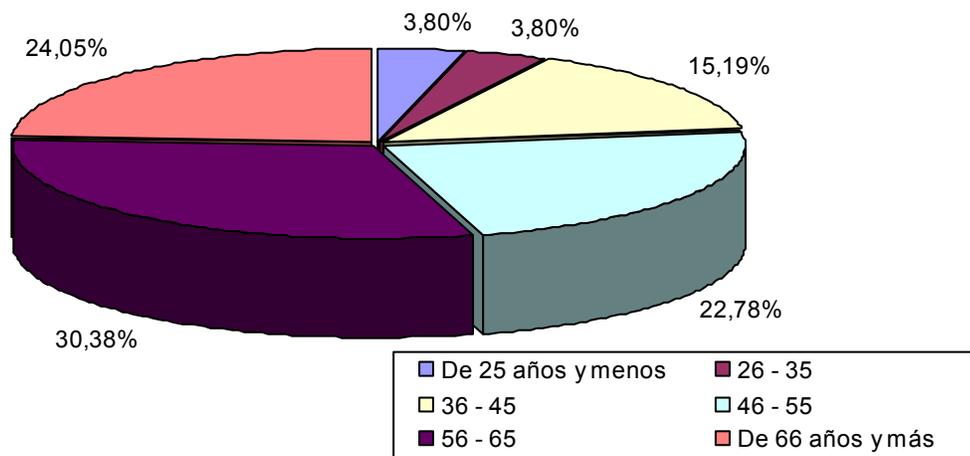


Gráfico 1. Distribución del grupo estudiado según grupo de edad

Tabla 10. Distribución Porcentual según Sexo y Nivel Educativo

Sexo	Primaria		Secundaria		Universitaria		Técnico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Masculino	13	39,39	10	30,30	6	18,18	4	12,12	33	100,00
Femenino	20	43,48	23	50,00	2	4,35	1	2,17	46	100,00
Total	33	41,77	33	41,77	8	10,13	5	6,33	79	100,00

En cuanto al nivel educativo, la mayor parte de la muestra está ubicada entre primaria y secundaria, lo cual representa el 83.6% (n = 66) pacientes, siendo el resto 16,4% (n = 13) pacientes, quienes señalaron tener educación superior.

Algunos autores mexicanos señalan que, a menor grado de instrucción, los pacientes tienden a emitir menos juicios de valor con respecto al servicio que se les presta y se muestran más conformes, mientras los que presentan mayor escolaridad tienen oportunidad de comparar bajo otros parámetros, lo cual les permite emitir juicios sobre el servicio prestado. (Nigenda, Ramírez y Zurita, 1998); sin embargo en la presente investigación, no fue evidente tal diferencia.

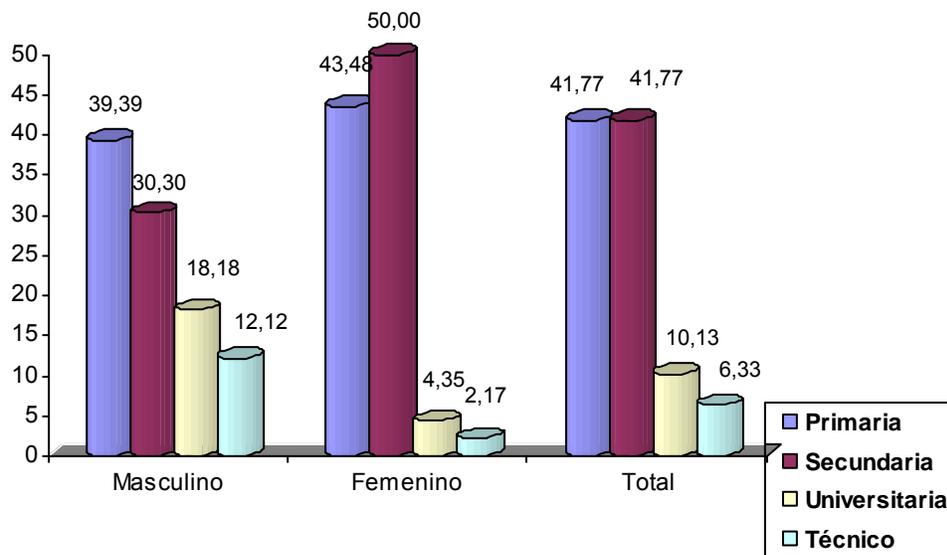


Gráfico 2. Distribución Porcentual del Grupo estudiado según Sexo y Nivel Educativo

Tabla 11. Distribución Porcentual según Sexo y Profesión

Sexo	Profesión										Total	
	Profesional universitario / Banqueros / Militar		Profesional técnico superior / Medianos comerciantes		Empleados sin profesión univers./ Téc. Medios / Peq. Comerc		Obreros especializados / Trabajadores del sector informal		Obreros no especializados			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	6	42,86	3	21,43	1	7,14	2	14,29	2	14,29	14	100,00
Femenino	1	6,67	1	6,67	10	66,67	0	0,00	3	20,00	15	100,00
Total	7	24,14	4	13,79	11	37,93	2	6,90	5	17,24	29	100,00

Dentro de la pregunta relacionada con la profesión, el 24,7% (n = 7) de los encuestados señalan tener alguna profesión universitaria, el resto 75,86% (n = 22) se ubicaron en los renglones técnico superior y/o medio, empleados sin profesión, pequeños comerciantes y obreros tanto especializados como no especializados.

En cuanto a la profesión, predominan los niveles técnico superior y medio (51,7%), seguido de los obreros (29,1%).

Es importante señalar que los encuestados que manifiestan tener alguna profesión calificada o no, corresponden al 36%, siendo el resto 63% personas quienes manifestaron no tener ninguna profesión.

Tabla 12. Distribución Porcentual de Ocupación según Sexo

Sexo	Profesionales, técnicos y personas con ocupaciones afines		Gerentes, administradores y directivos		Trabajadores en oficinas y comerciantes		Agricultores, ganaderos, pescadores		Conductores de medios de transporte y comunicaciones		Artesanos y operarios de fábricas		Trabajadores de los servicios, deportes y diversión		Otras ocupaciones no bien definidas		Jubilados / Incapacitados	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	5	15,15	1	3,03	7	21,21	3	9,09	3	9,09	9	27,27	1	3,03	0	0,00	4	12,12
Femenino	1	2,17	0	0,00	7	15,22	0	0,00	0	0,00	2	4,35	1	2,17	34	73,91	1	2,17
Total	6	7,59	1	1,27	14	17,72	3	3,80	3	3,80	11	13,92	2	2,53	34	43,04	5	6,33

La ocupación se agrupó según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO). El porcentaje más alto estuvo representado por Otras ocupaciones no bien definidas, donde el total (43,04%) está constituido por mujeres, que en su mayoría realizan labores del hogar, seguido de 17,72% que corresponden a trabajadores en oficinas y comerciantes y el 13,92 corresponde a artesanos y operarios de fabrica, siendo éstos los de mayor porcentaje, el resto de ocupaciones está representado por porcentajes inferiores al 8%

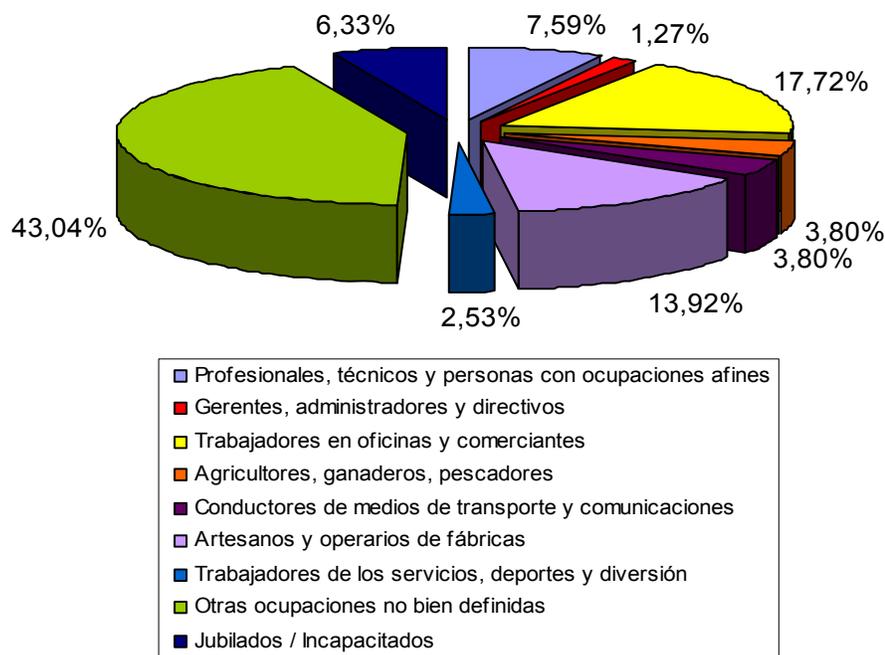


Gráfico 3. Distribución Porcentual del Grupo estudiado según Ocupación

Caracterización sociodemográfica de la muestra: hay predominio del sexo femenino, con edades entre 21 y 80 años, con nivel educativo entre primaria y secundaria, con profesiones predominantemente técnicas y/o de personal obrero calificado, la mayoría no incorporado al mercado laboral.

Al aplicar el estadístico considerando las variables sexo y nivel educativo, no se observaron asociaciones importantes (estadísticamente significativas), es decir, que probablemente no modulan la opinión que tienen los encuestados sobre la calidad de la atención que se presta en el servicio de Cirugía Cardiovascular. Es por ello que para el análisis de las dimensiones estructura, proceso y resultado no se tomaron en cuenta tales variables.

1. Aspectos relacionados con la Dimensión Estructura

Tabla 13. Preguntas de la Dimensión Estructura

Pregunta	NS / Desconoce		Deficiente		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2	0	0,00	2	2,53	9	11,39	50	63,29	18	22,78		
3	0	0,00	2	2,53	4	5,06	35	44,30	38	48,10	79	100,00
4	0	0,00	11	13,92	24	30,38	29	36,71	15	18,99		
5	1	1,28	2	2,56	7	8,97	49	62,82	19	24,36	78	100,00
6	0	0,00	7	8,86	10	12,66	44	55,70	18	22,78		
17	0	0,00	1	1,27	20	25,32	32	40,51	26	32,91	79	100,00
18	0	0,00	3	3,80	8	10,13	33	41,77	35	44,30		

La estructura está referida a la valoración de diversos elementos del ambiente físico, que no son determinantes, pero influyen en el desarrollo del proceso y en el resultado. Este aspecto se corresponde con el componente del entorno y confort en la atención prestada.

A través de la dimensión estructura se pueden identificar las características físicas donde se presta el servicio y el estado de los recursos para brindar una atención adecuada. El análisis de la estructura estuvo referida a la opinión que señalaron los usuarios sobre: las condiciones físicas de las habitaciones, las condiciones de aseo y limpieza, las condiciones de los baños, visitas a los pacientes, la seguridad, y la dotación de equipos, instrumental y medicamentos.

La opinión obtenida de los usuarios desde el enfoque de la estructura fue entre bueno y excelente, aunque existen deficiencias en algunos elementos muy puntuales.

Los(as) usuarios(as) consideran que las condiciones físicas de las habitaciones, son buenas y/o excelentes (86,1%), lo cual está en relación con la opinión emitida sobre las condiciones de aseo y limpieza. Sin embargo se establece una contradicción en la pregunta que evalúa la opinión sobre la condiciones de los baños. En ella se observa que el 44,3% opina que la condición de los baños es deficiente y/o regular.

La pregunta relacionada con la opinión sobre las visitas a los pacientes en el servicio fue considerada entre buena y excelente (87,2%) y con respecto a la seguridad el 78% la calificó entre buena y excelente, y el 21,6% la ubicó entre deficiente y regular.

En relación a la dotación de equipos e instrumental en el Servicio, el 73,4% señaló que la misma estaba entre bueno y excelente y el 26,6% la ubicó entre deficiente y regular. Y en relación al suministro de insumos y medicamentos en el servicio 86% opinó que era bueno y/o excelente y el resto consideró que había deficiencia en los mismos.

En resumen, la mayoría de los(as) usuarios(as) (97,4%) opinaron que las condiciones físicas del servicio, las cuales corresponden a la categoría estructura, estaba entre buenas y excelentes.

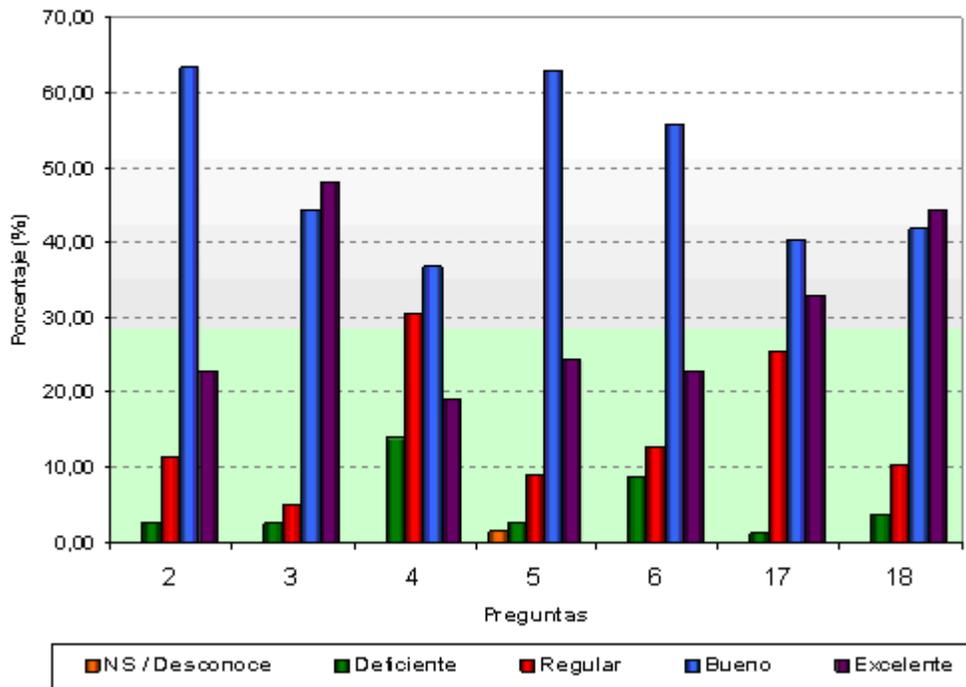


Gráfico 4. Distribución Porcentual del Grupo Estudiado según Respuestas. Dimensión: Estructura

2. Aspectos relacionados con la Dimensión Proceso

Tabla 14. Preguntas de la Dimensión Proceso

Pregunta	NS / Desconoce		Deficiente		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%
1	0	0,00	4	5,06	13	16,46	41	51,90	21	26,58		
7	20	25,32	5	6,33	8	10,13	39	49,37	7	8,90		
8	17	21,52	6	7,59	11	13,92	37	46,84	8	10,13		
9	19	24,05	3	3,80	6	7,59	37	46,84	14	17,72		
10	0	0,00	5	6,33	7	8,86	29	36,71	38	48,10		
11	0	0,00	4	5,06	6	7,59	28	35,44	41	51,90		
12	0	0,00	2	2,53	4	5,06	36	45,57	37	46,84		
13	0	0,00	1	1,27	4	5,06	19	24,05	55	69,62	79	100,00
14	0	0,00	0	0,00	4	5,06	33	41,77	42	53,16		
15	1	1,27	2	2,53	6	7,59	25	31,65	45	56,96		
16	1	1,27	2	2,53	4	5,06	32	40,51	40	50,63		
20	0	0,00	4	5,06	4	5,06	30	37,97	41	51,90		
21	4	5,06	5	6,33	3	3,80	32	40,51	35	44,30		
22	0	0,00	6	7,59	18	22,78	37	46,84	18	22,78		
23	1	1,27	3	3,80	6	7,59	33	41,77	36	45,57		

El proceso dentro del Servicio de Cirugía Cardiovascular está referido a dos aspectos: uno al desarrollo de la parte técnica, basado en la organización, planificación, diseño y prestación de la atención al usuario, para ello se solicitó la opinión de algunos aspectos del servicio como, los trámites de ingreso, la atención en la consulta y de los servicios de apoyo (Rx, Fisioterapia, Nutrición y Banco de Sangre), otro aspecto a la relación interpersonal, donde se indaga acerca de la relación entre los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) y el paciente.

Con relación a los trámites de ingreso el 78% de los encuestados opinan que son entre buenos y excelentes y 22% los califica entre regular y deficiente.

En referencia a la atención de la consulta externa (días, horario y atención recibida), un promedio de 23% señalan no conocer el mismo, ya que el ingreso, en muchos casos se realiza por el servicio de Cardiología y es luego de la operación cuando son citados a la consulta de Cirugía Cardiovascular. Sin embargo es importante mencionar que un 21% de los conocedores del área opina, que la atención fue regular o deficiente.

En cuanto a la información recibida de parte de los profesionales de la salud (médico y enfermeras), la mayoría considera que estuvo entre buena y excelente, igualmente el comportamiento profesional tanto de médicos como de las enfermeras, correspondiendo el porcentaje más alto al comportamiento de los médicos (69,62% lo califica de excelente) y el trato recibido tanto por médicos como por enfermeras se considera entre bueno y excelente.

En relación a los servicios de apoyo, el servicio de nutrición fue el que recibió el más alto rechazo, calificándolo un 30% entre regular y deficiente. El resto de los servicios es calificado por un 10% como regular y/o deficiente.

Los resultados coinciden con los de la dimensión estructura, la mayor parte de los usuarios encuestados (96,2%) opinan estar satisfechos con el servicio prestado tanto de los médicos, como de las enfermeras y de los servicios de apoyo.

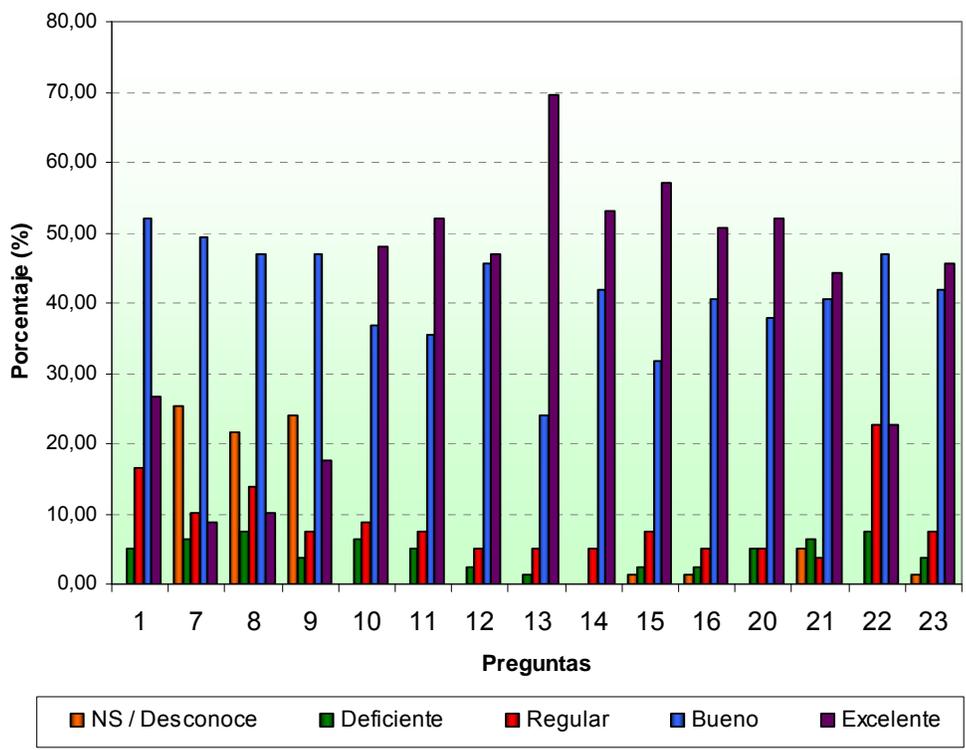


Gráfico 5. Distribución Porcentual del Grupo Estudiado según Respuestas. Dimensión: Proceso

3. Aspectos relacionados con la Dimensión Resultado

Tabla 15. Preguntas de la Dimensión Resultado

Pregunta	NS / Desconoce		Deficiente		Regular		Bueno		Excelente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
19	0	0,00	2	2,53	3	3,80	39	49,37	35	44,30		
24	0	0,00	2	2,53	7	8,86	46	58,23	24	30,38	79	100,00
25	0	0,00	4	5,06	5	6,33	43	54,43	27	34,18		
26	0	0,00	1	1,27	6	7,59	37	46,84	35	44,30		

La dimensión resultado corresponde el producto final del proceso de atención en el servicio de salud. El resultado en la investigación realizada, corresponde a la valoración que realiza el usuario en cuanto a la atención prestada en el servicio de Cirugía Cardiovascular.

El mismo hace referencia a como califica el grado de satisfacción recibida, como califica la recuperación, como se siente en la actualidad y finalmente si se cumplieron sus expectativas con respecto a la atención recibida.

Los usuarios en su mayoría (88%), califican todos los aspectos entre buenos y excelentes.

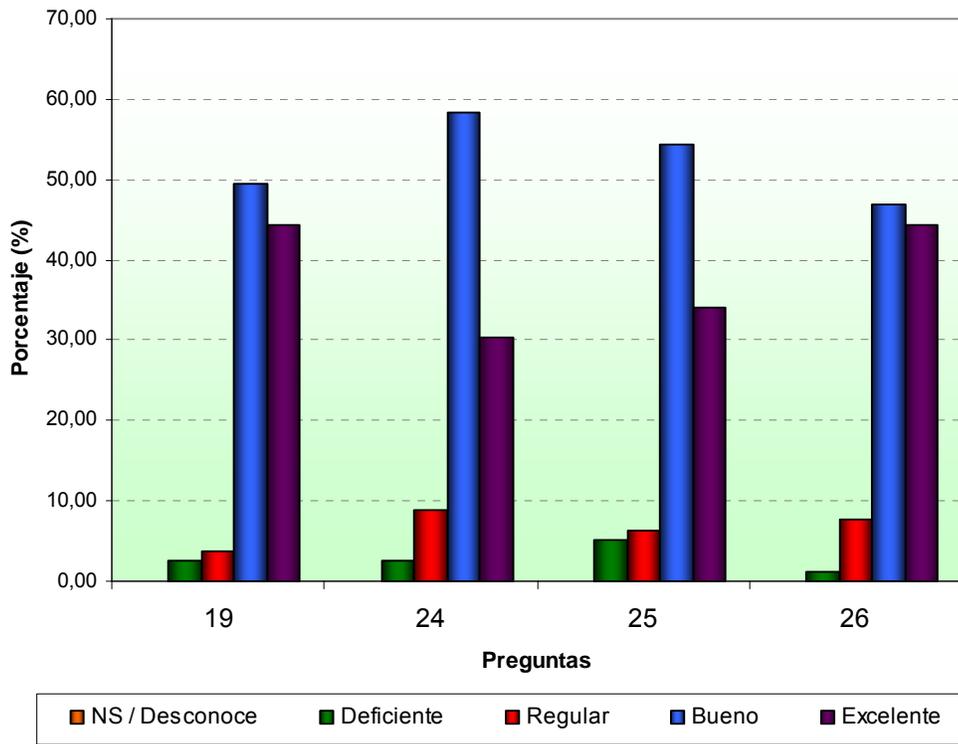


Gráfico 6. Distribución Porcentual del Grupo Estudiado según Respuestas. Dimensión: Resultado

4. Aspectos relacionados con la Dimensión Accesibilidad

Tabla 16. Datos Porcentuales según Sexo y Regiones de Procedencia

Sexo	Regiones de procedencia																Total	
	Central		Los Llanos		Centro Occidental		Los Andes		Nor Oriental		Insular		Guayana		Capital		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Masculino	2	6,45	2	6,45	1	3,23	2	6,45	3	9,68	1	3,23	1	3,23	19	61,29	31	100,00
Femenino	3	6,82	1	2,27	2	4,55	2	4,55	6	13,64	2	4,55	0	0,00	28	63,64	44	100,00
Total	5	6,67	3	4,00	3	4,00	4	5,33	9	12,00	3	4,00	1	1,33	47	62,67	75	100,00

La accesibilidad es un elemento que forma parte de la dimensión resultado y representa la posibilidad de los usuarios de ser atendidos en el servicio.

Los elementos tomados en cuenta en este ítem son: el geográfico, referido a la localización física de los usuarios con respecto a la ubicación del servicio, las organizacionales, referentes al tiempo de espera para ser intervenido quirúrgicamente y el tiempo de permanencia en la institución.

La pregunta procedencia pone en evidencia que la mayor parte de los pacientes son de la región capital (62,67%); sin embargo es importante señalar que el 37% viene de otras regiones del país. Con este resultado se puede inferir que un número importante de pacientes son referidos a la institución, bien por la no existencia de suficientes instituciones en el interior del país, con capacidad de resolución para las diferentes patologías quirúrgicas cardíacas, por el reconocimiento de la especialidad en la institución o por cualquier otro motivo, ya que éste es uno de los pocos hospitales que en la actualidad está en capacidad de resolver dicha problemática, sin embargo esto se puede traducir es una sobre carga de trabajo para la institución en cuanto a la atención de los usuarios en el área,

con la consecuente incomodidad y gasto que produce el traslado del paciente y su familiar fuera del área de su residencia.

Es importante señalar que en el Área Metropolitana , a nivel público solo están funcionando el Hospital “Miguel Pérez Carreño” y el Hospital Militar “Carlos Arvelo” para algunos casos quirúrgicos y en el interior del país, el Hospital Universitario de los Andes (Mérida).

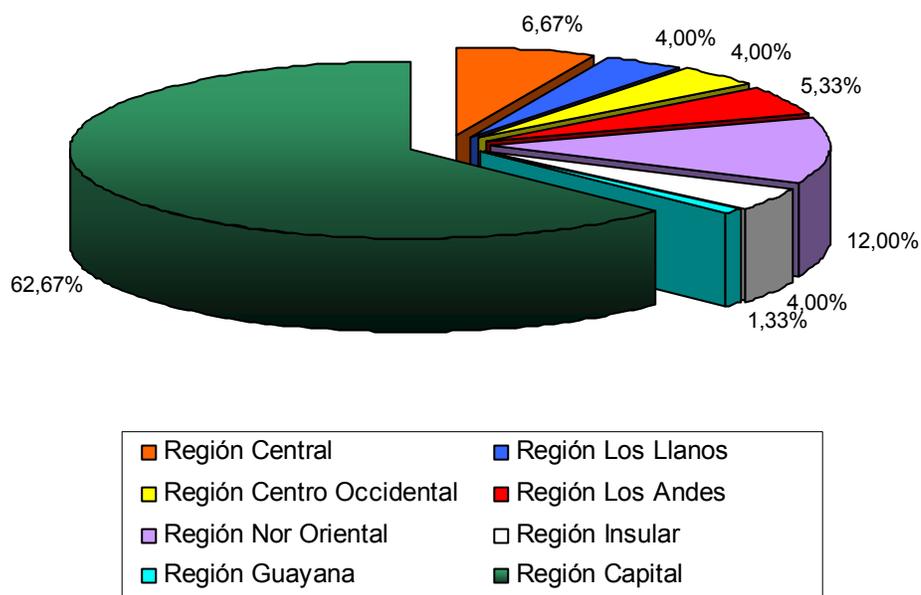


Gráfico 7. Distribución Porcentual del Grupo Estudiado según Procedencia

Tabla 17. Distribución Porcentual de los Pacientes según Distribución de Instituciones Públicas o Privadas

Instituciones	Frecuencia	Porcentaje
Públicas	62	78,00
Privadas	17	22,00
Total	79	100,00

Con respecto a la procedencia el 78% es referido de instituciones públicas y el 22% restante de privadas.

Tabla 18. Distribución Porcentual según Sexo y el Tiempo Transcurrido para la Operación (Diagnóstico – Intervención) en Meses

Sexo	n	Media	DS	Mínimo	Máximo
Masculino	33	0,73	1,13	0	4
Femenino	44	1,68	3,81	0	24
Total	77	1,27	2,99	0	24

El tiempo promedio para al ingreso, desde que el paciente es diagnosticado es de 1 mes $\frac{1}{2}$ aproximadamente, lo cual ha mejorado notablemente con respecto a años anteriores, donde la espera era hasta de 1 año.

Tabla 19. Distribución Porcentual según Sexo y Días en Terapia

Sexo	Días de Hospitalización en Terapia				
	n	Media	DS	Mínimo	Máximo
Masculino	33	4,67	3,55	1	17
Femenino	45	5,71	6,61	2	45
TOTAL	78	5,27	5,52	1	45

El tiempo promedio de permanencia de los pacientes en la Terapia de Cirugía Cardiovascular fue de cinco (5) días. Sin embargo, sería conveniente revisar la misma, ya que en investigaciones realizadas entre ellas Clínica Mayo EE.UU. (2000), Hospital La Raza, México (2000), se establece la duración entre 1 y 4 días en terapia intensiva post acto quirúrgico, la reducción de permanencia significa lograr beneficios tanto para la institución como para los pacientes.

Tabla 20. Distribución Porcentual según Sexo y Días de Hospitalización

Sexo	Días de Hospitalización en Servicio				
	n	Media	DS	Mínimo	Máximo
Masculino	33	12,27	6,15	3	30
Femenino	45	16,07	10,58	5	60
TOTAL	78	14,46	9,12	3	60

El promedio de días de hospitalización fue de 14,46, lo cual evidencia una permanencia más o menos prolongada. Sin embargo, en estudios realizados se observan permanencias menores, más o menos de 6 días. La reducción de estos tiempos traería beneficios tanto para la institución, como para los pacientes.

Es importante tomar en cuenta la permanencia del máximo de días tanto en terapia (45) como en hospitalización (60), importante chequear las causas de estadías tan prolongadas, de manera de precisar que las esta ocasionando e implementar acciones correctivas a fin de mejorar los tiempos de reclusión, aún cuando no está establecido tiempos mínimos ni máximos para este tipo de cirugías, hay cifras referenciales que pueden ser tomadas en cuenta.

A continuación se presenta las tablas resumen de las dimensiones estructura, proceso y resultado, según el sexo.

Tabla 21. Distribución Porcentual de la Dimensión Estructura según el Sexo

Sexo	Estructura								Total	
	Regular		Bueno		Muy bueno		Excelente		n	%
	n	%	n	%	N	%	n	%		
Masculino	1	3,03	15	45,45	16	48,48	1	3,03	33	100,00
Femenino	1	2,22	22	48,89	20	44,44	2	4,44	45	100,00
Total	2	2,56	37	47,44	36	46,15	3	3,85	78	100,00

Tabla 22. Distribución Porcentual de la Dimensión Proceso, según el Sexo

Sexo	Proceso								Total	
	Regular		Bueno		Muy bueno		Excelente		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Masculino	0	0,00	13	39,39	19	57,58	1	3,03	33	100,00
Femenino	3	6,52	20	43,48	21	45,65	2	4,35	46	100,00
Total	3	3,80	33	41,77	40	50,63	3	3,80	79	100,00

Tabla 23. Distribución Porcentual de la Dimensión Resultado, según el Sexo

Sexo	Resultado								Total	
	Regular		Bueno		Muy bueno		Excelente		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Masculino	0	0,00	13	39,39	16	48,48	4	12,12	33	100,00
Femenino	3	6,52	17	36,96	16	34,78	10	21,74	46	100,00
Total	3	3,80	30	37,97	32	40,51	14	17,72	79	100,00

En estas tablas se puede observar una nueva categoría, no contemplada en las encuestas (Muy bueno), la misma surge del análisis de los datos, para lo cual se establecieron rangos de puntuaciones, en base a respuestas señaladas.

Según los datos arrojados, ninguno de los encuestados ubicó los servicios dentro de la categoría no sabe o desconoce, por cuanto no hubo ninguno en el rango de 0 puntos, por esta razón dicha categoría no aparece reflejada en las gráficas.

La mayoría ubica los servicios, en sus tres dimensiones, dentro de las categorías Bueno y Muy bueno, a saber: Estructura 47,44% y 46,15% respectivamente; Proceso 41,77% y 50,63% y Resultado 37,97 y 40,51%, correspondiendo un porcentaje pequeño a la categoría regular y excelente. Esta información hace inferir que los encuestados están satisfechos con la atención prestada, sin llegar a la excelencia, según la opinión referida en las preguntas en escala de Licker.

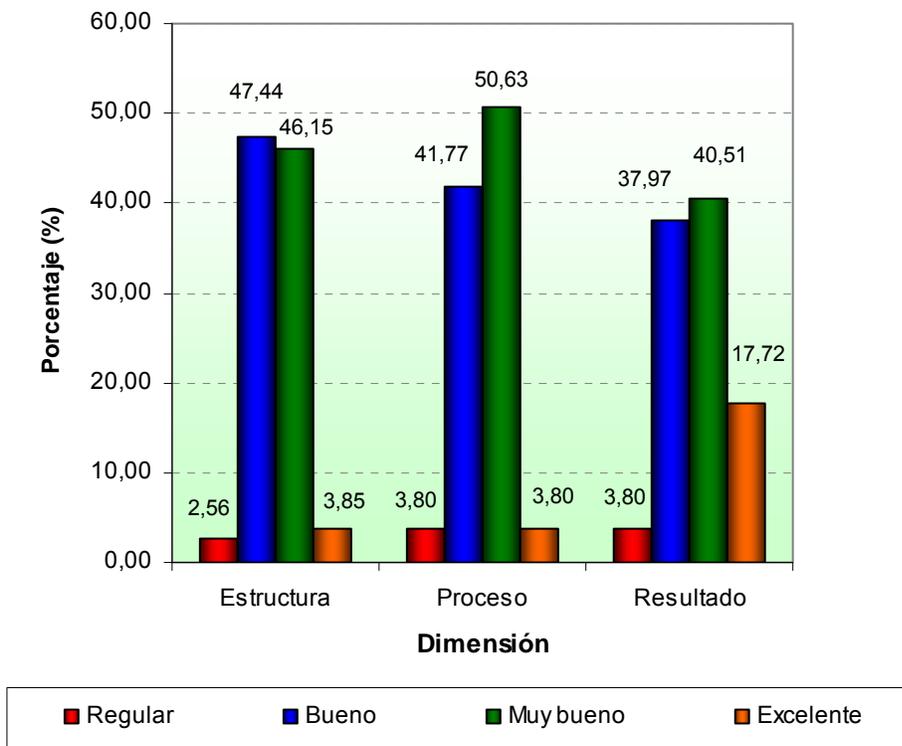


Gráfico 8. Distribución Porcentual del Grupo Estudiado según Evaluación de cada Dimensión

Los pacientes fueron encuestados posterior a la operación y antes de ser dados de alta, sin embargo no hubo ninguno que se quisiera ir contra opinión médica.

A continuación se expondrán las opiniones señaladas por los(as) usuarios(as) encuestados(as) en las cuatro preguntas abiertas, referentes a: las actividades que considera no le prestó la atención esperada, los aspectos más importantes en una buena atención de calidad, las recomendaciones que haría al Servicio y finalmente alguna(s) observación(es) que quisiera realizar.

La finalidad de las preguntas abiertas es corroborar lo señalado a través de las preguntas cerradas, dando mayor libertad y espontaneidad al encuestado para expresar lo que siente, sin embargo en el análisis de las mismas, se observa que muchas de las opiniones estuvieron centradas en señalar las fallas percibidas en la atención prestada, tal como ocurrió en la pregunta N° 28, donde tan sólo 8 de las respuestas coinciden con lo preguntado.

Del total de los 79 encuestados, 7 no respondieron a ninguna de las preguntas abiertas y 5 señalaron que todos estaban bien, el resto manifestó alguna inconformidad en algún aspecto.

La pregunta N° 27 estuvo referida a conocer la opinión sobre las actividades que considera no le prestó la atención esperada, ésta es una pregunta relacionada con la dimensión proceso, por cuanto plantea explorar que actividades consideran los encuestados no satisfizo las expectativas que tenían.

De las 79 encuestas válidas, 24 no respondieron la pregunta, 14 opinaron “ninguno”, es decir les pareció que todas las actividades se correspondieron con lo esperado, lo cual coincide con 6 que opinaron que “todo estaba bien”, siendo la actividad más cuestionada la relacionada con la deficiente calidad de la comida 8, que corresponde al servicio nutrición, también hacen referencia al aspecto referido a la falta de comunicación, tanto del personal médico 8, como de enfermería 2, siendo éste considerado en menor número; luego emiten opinión sobre diversos aspectos, entre ellos: mala atención de fisioterapia 2; deficiente atención en las consultas 2; mala atención en Banco de Sangre 2; deficiente atención un UCI 2; largo tiempo de espera para la cirugía 1; malo el post operatorio 2. Luego hay otro grupo de respuestas que no se corresponden con la pregunta realizada, sin embargo son observaciones sobre la estructura física, de la dimensión estructura: baño en malas condiciones 5; mobiliario de habitaciones sucio y/o

deteriorado 3; falta de medicinas 2; mal trato del servicio de vigilancia y seguridad 2.

En la pregunta N° 28 se solicita que coloquen en orden de prioridad los aspectos que consideran más importantes para una buena atención. Tal como se señaló anteriormente, en ésta pregunta tan sólo 8 personas respondieron correctamente lo solicitado, el resto señaló otros aspectos del servicio, o no respondieron.

De las 79 encuestas válidas, 19 no respondieron; 6 opinaron “todo bien”, “no me quejo”, “buena atención”; 8 consideraron en primer lugar la atención del médico, en segundo la atención de enfermería y en tercer lugar la infraestructura y los equipos. El resto de los encuestados 47 hicieron referencia a fallas en la dimensión estructura y en el proceso.

Con relación a la estructura opinaron: baños en malas condiciones 13; mobiliario deteriorado y sucio 8; necesidad de una lavandería 3; mal servicio de los ascensores 3; falta de insumos 2; falta de mantenimiento de los equipos 2; aumentar el personal médico 3; nevera para uso de familiares 2. En relación al proceso señalaron: falta de comunicación de médicos con los pacientes 9; mal servicio de nutrición 5; deficiente comunicación de las enfermeras 4; mejora de la calidad humana tanto de médicos como de enfermeras 3; mala atención en UCI 2; agilizar los estudios pre-operatorios 1, mejorar los trámites de ingreso 2; deficiente información en el Banco de sangre 2.

En la pregunta N° 29 se pide realizar observaciones al servicio, si las hay, con la finalidad de mejorar la atención prestada.

Del total de encuestados, 16 no responden, 11 opinan que “todo está bien”, es decir no hacen ninguna observación, el resto 52 señalaron las siguientes observaciones: con respecto a la dimensión estructura, 7 señalan la mala condición de los baños, 9 refieren la mala condición del mobiliario de la habitación, con énfasis en el sofá-cama, 3 se quejan de mal trato del personal de vigilancia y/o seguridad y de falta de vigilancia en las noches, 3

solicitan incorporar lavadora y nevera para uso de los familiares, 3 plantean la incorporación de mas sillas de ruedas, 1 solicita mejora de algunos equipos y 1 se queja de la limpieza. Con referencia a la dimensión proceso, continua la queja de la poca comunicación de los médicos 8 de las enfermeras 9, mejorar el servicio de alimentación 4, mayor cantidad de personal tanto médicos como enfermeras 4, mejorar el cronograma para los ingresos 4 y tomar peso y tensión al paciente 2.

Y finalmente la pregunta N° 33 que corresponde a las Observaciones que los encuestados realizan, a fin de mejorar la calidad en la atención prestada. Del total de los 79 encuestados, 39 no respondieron, 5 agradecen la atención recibida, 2 opinan que la atención es buena, y el resto hace las siguientes observaciones: con respecto a la estructura, 3 señalan el mal estado de los baños, 2, solicitan nevera y lavadora para los familiares de los pacientes, 2 señalan en mal estado de los sofá-camas, 1 sugiere la existencia de un comedor popular para familiares de pacientes, 1 señala la necesidad de un filtro de agua. En cuanto a la dimensión proceso, se mantiene la queja del servicio de nutrición 12, la falta de comunicación de los médicos 2, ayuda para la adquisición de los medicamentos 1, mejorar la consulta externa 1, mejor atención en la UCI 1 y asignación de mejor presupuesto que cubra todas las necesidades del servicio 1, revisar los restaurantes del hospital, están en malas condiciones higiénicas 1.

Se observa cierta discrepancia entre la opinión de los encuestados en las preguntas cerradas, las cuales todas las dimensiones fueron ubicadas entre bueno y muy bueno y lo señalado en las preguntas abiertas, donde hacen referencia a fallas muy puntuales.

Es posible que las preguntas cerradas, planteen restricciones y los encuestados tienden a sentirse limitados a las categorías establecidas como posibles respuestas y en ocasiones las respuestas tienen poca o ninguna relación con la percepción del usuario, sin embargo cuando no se limita la información, aportan un mayor numero de elementos y detalles percibidos en

la atención prestada, que en ocasiones no se corresponden con lo señalado en las preguntas cerradas.

Uno de los aspectos que más se repite es la opinión sobre el mal servicio de nutrición, cuyas opiniones y/o sugerencias señaladas son: “variar el menú”, “mejorar la comida”, “comida fría”, “chiripa en la comida”, “pan viejo”. Este aspecto no coincide con lo señalado en las preguntas cerradas, ya que la puntuación está ubicada en la categoría buena (46,84%) y excelente (22,78%) y el 22,78 % la clasifica como deficiente, sin embargo en las preguntas abiertas es un aspecto al que los usuarios hacen mucha referencia.

Otro aspecto muy señalado es la condición de los baños: la opinión al respecto es: “lavamanos rotos”, “agua muy caliente”, “entra todo el mundo”, “son pocos para tanta gente”, “colocar llave a los baños”, “colocar mas duchas”. Este aspecto coincide con lo señalado en las preguntas cerradas, donde el 13,92 señala el servicio como deficiente y 30,30 lo califica de regular.

En relación a la comunicación, tanto del personal medico, como del personal de enfermería, lo señalan como deficiente, susceptible de mejorar. Es importante establecer una buena relación interpersonal, ya que en esta medida el paciente se siente escuchado, comprende el significado de su enfermedad, aclara dudas y/o temores y se siente coparticipe de su atención, lo cual procura satisfacción en los pacientes y sus familiares. Se debe establecer una comunicación más efectiva con el paciente y su grupo familiar.

Hernández Torres y col. (2006) señalan que:

Uno de los aspectos de mayor interés para el enfermo es que el médico demuestre estar interesado por él, que utilice palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad, aconseje al paciente, pero que le permita ser él quien decida, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que él médico considere su opinión acerca del tratamiento.

Otro de los puntos señalados con frecuencia, corresponden a la dimensión estructura, referido a las condiciones del mobiliario de la habitación, en el señalan: “cortinas sucias”, “sofá-cama deteriorado”, “limpiar las ventanas”, “solicitud de lavandería y nevera para uso de familiares de pacientes”, “arreglo de closet”, “colocar filtro de agua fría”, “arreglar lavamanos de las habitaciones”, “arreglar los equipos”.

Las habitaciones para la hospitalización de los pacientes deben requerir de condiciones físicas mínimas para el adecuado desarrollo de las actividades de los profesionales, y el confort de los pacientes, por lo tanto se debe incrementar la limpieza y el confort en beneficio de los pacientes, sus familiares y el personal de salud que atiende al paciente.

Estos son los aspectos más señalados por los encuestados, luego hacen referencia a varios aspectos, pero con menor énfasis: mejorar la atención en Banco de Sangre, Fisioterapia, Consulta externa, Rx y UCI, dotar de mas sillas de ruedas al servicio, programar los ingresos de manera de no dejar a un paciente esperando hasta 8 horas para ingresarlo, mejorar el servicio de los ascensores, mejorar el servicio de seguridad y vigilancia, mejorar el mantenimiento de los equipos y un punto que si bien sólo un encuestado hizo la observación, es importante que sea tomado muy en cuenta es la toma de oxígeno en las habitaciones, que todas deberían servir, mas tratándose de un Servicio de Cirugía Cardiovascular.

Es importante señalar que de las 79 encuestas válidas analizadas, en referencia a las preguntas abiertas, 6 no respondieron ninguna de las cuatro preguntas y 4 contestaron que “todo estaba bien”, es decir, no realizaron ninguna observación en ninguna pregunta, el resto 69 de los usuarios, emitieron alguna opinión, relacionada con alguna falla percibida, en una o más de las preguntas. Esto a se vez justifica la incorporación de la categoría (muy buena) en el análisis de las preguntas cerradas, ya que al realizar algún tipo de observación, la asistencia deja de ser considerada excelente.

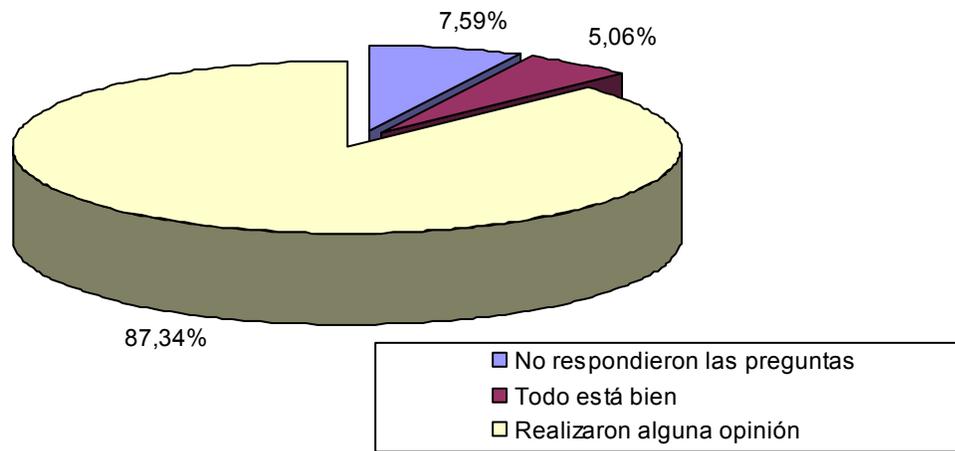


Gráfico 9. Distribución Porcentual de Respuestas a las Preguntas Abiertas

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Los resultados obtenidos a lo largo de la investigación, permitieron evaluar en base a tres dimensiones (estructura, proceso y resultado), la satisfacción del usuario, las cuales condicionan la percepción con relación a la atención prestada por el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas.

Se observó cierta discrepancia entre algunos de los resultados de las preguntas cerradas y las abiertas. Las preguntas cerradas se ubicaron más en las categorías buena y excelente, sin embargo se detecta deficiencia en uno de los servicios de apoyo (el servicio de nutrición) y en los baños. En las preguntas abiertas se emitieron un mayor número de opiniones sobre aspectos considerados deficientes, los cuales coinciden con los antes señalados, además se hace referencia a la falta de comunicación interpersonal tanto del personal médico, como de enfermería, con los pacientes y sus familiares lo cual no se detecta en las preguntas cerradas.

En el análisis realizado, no se dio una relación estadísticamente significativa, entre las variables sexo, nivel académico y categorías de satisfacción, por tal motivo, no se tomaron en cuenta para establecer cuadros de análisis por variables en las dimensiones estructura, proceso y resultado.

A partir del estudio basado en las dimensiones antes señaladas, se puede afirmar que existen fallas muy puntuales, referidas por los usuarios, siendo las más significativas: en la dimensión estructura, mejorar el mobiliario de las habitaciones y las condiciones de los baños; en la dimensión proceso, mejorar el servicio de nutrición y la comunicación interpersonal del personal médico y de enfermería con los pacientes. Mejorando estos aspectos se optimizará la satisfacción de los usuarios como resultado de la atención

prestada. Se debe brindar una atención integral, no sólo basada en el aspecto técnico-científico, sino también se debe tomar en cuenta las relaciones interpersonales y el entorno, que de alguna manera van a estar involucradas y van a influir en el estado de salud del paciente.

En general la atención prestada por el servicio de Cirugía Cardiovascular está bien valorado por los usuarios, con niveles de satisfacción buenos en la mayor parte de los aspectos, sin embargo es conveniente intervenir en los problemas señalados a fin de conseguir mayor calidad en el servicio prestado y por ende, mayor satisfacción de los usuarios.

Recomendaciones

Es importante tomar en cuenta la opinión de los encuestados acerca de los servicios que reciben, ya que esto permite conocer tanto las demandas como los resultados de los mismos, permitiendo establecer planes de mejoras concretos.

El mejoramiento de la calidad en la atención que presta el Servicio de Cirugía Cardiovascular, requiere la incorporación de un modelo de gestión que permita articular las expectativas de los pacientes con el servicio ofrecido.

Se debe establecer un sistema de evaluación continua, a fin de chequear la información y expectativas que tiene el usuario del servicio, ya que sólo tratando de igualar las expectativas, a la realidad de la atención, se podrá conseguir que la realidad percibida sea igual a la calidad real de atención prestada.

La evaluación continua también permite que se produzca una retroalimentación de acciones tendentes a mejorar o corregir las áreas que presenten debilidades.

Se debe garantizar en forma permanente la monitorización de las actividades realizadas, a fin de realizar los ajustes pertinentes.

Se puede implementar un buzón de quejas y sugerencias, ya que esto ayudará a tener un mejoramiento continuo de la calidad.

Dar apertura a un mayor número de servicios con capacidad resolutive en patologías quirúrgicas cardíacas, descongestionaría los ya existentes.

No sólo la satisfacción es de parte de los usuarios, un trabajo interesante sería evaluar la satisfacción de los profesionales de la salud (médicos y/o enfermeras) bajo los mismos parámetros y comparar los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldaz, A. (2008). **Los Médicos Desmontan el Mito de que las Hormonas Protegen a las Mujeres del Infarto**. Diario Vasco.com. (Revista en línea). Disponible: <http://www.drogomedia.com/hemeroteca/archivos/>. (Consulta: 2007 Diciembre 12).
- Ardon C. N. y Cubillos, A. (2003). **Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de Atención**. Bogotá. (Revista en línea). Disponible: <http://www.gerenciashd.com/art287.htm>. (Consulta: 2007 Diciembre 12).
- Arias, F. (2006). **El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica**. Caracas: Editorial Episteme C.A.
- Balestrini, M. (2001). **Cómo se Elabora el Proyecto de Investigación**. Caracas: BL Consultores Asociados. Servicio Editorial.
- Beltrán J., J. M. (1998). **Indicadores de Gestión. Herramientas para lograr la Competitividad**. Colombia: 3R Editores.
- Brandí, S.; Reyes, M. V. y Rojas, I. (1997). **Recuento Histórico de la Cátedra Servicio de Clínica Cardiológica del Hospital Universitario de Caracas**. Gaceta Médica de Caracas, 105(2):243-249
- Casado, P. (2005). **Modelos de calidad Asistencial en Atención Primaria**. Opina Semergen. (Documento en línea). Disponible en <http://www.semergen.es/semergen2/micrositias/opinion/opinions/opina.pdf>. (Consulta: 2007 Diciembre 12).

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial 5.453 (Extraordinario), marzo 3, 2.000.

Colmenares, O. y Saavedra, J. (2007). **Aproximación Teórica de los Modelos Conceptuales de la Calidad del Servicio.** Técnica Administrativa Buenos Aires. ISSN 1666-1680. Vol. 6 N° 4. Oct-Dic. 2007.

Deming W.E. (1990). **Qualidades e a Consumidor. En: Qualidades: A revolução da Administraço.** Río de Janeiro. Editora Marques Saravia S.A.

Dickens, P. (1994). **Quality and excellence in human services.** Chichester: Wiley.

Donabedian, A. (1984). **Calidad de la Atención a la Salud.** Salud Pública de México. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10632201> ISSN 0036-3634. (Consulta: 2007, Noviembre 03).

Dueñas, O. A. (2003). **Dimensión de la Calidad en los Servicios de Salud.** Revista Gerencia Salud. Colombia. Disponible: www.gerenciasalud.com/art260.htm - 41k. (Consultada: 2007, Noviembre 01).

Fondo para la Normalización y Certificación de la Calidad (FONDONORMA) (2002). **Sistemas de Gestión de la calidad.** Directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones de servicio a la salud. Caracas: IWA 1: 2002 (es).

González, B.; López, P.; Marín, I.; Hato, L. y Macías, A. (2001). **Satisfacción del Usuario de los Servicios de Salud en el Trabajo**. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Hernández, S.; Fernández-Collazo y Batista, L. (2006). **Metodología de la Investigación**. (4ta. ed.). México: Mac Graw Hill.

Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA. (2006). **Importancia de la Comunicación Médico-Paciente en Medicina Familiar**. Arch Med Fam 2006; 8 (2): 119-129.

Hurtado de Barrera, J. (2006). **El Proyecto de Investigación. Metodología de la Investigación Holística**. Bogotá: SYPAL.

Iñiguez, A. (2005). **Estructura, Proceso y Resultado**. (Documento en línea). Webcalidad.org. Disponible: www.webcalidad.org/articulos/es_pro_re.htm - 9k. (Consulta: 2007, Diciembre 22).

Ishikawa K. (1996) **¿Qué es el control total de la calidad?**. Editorial Norma.

Jiménez, R. (2004). **Indicadores de Calidad y Eficiencia de los Servicios Hospitalarios. Una Mirada Actual**. (Revista en línea). Disponible: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid>. (Consulta: 2007 Diciembre 12).

Ley Orgánica el Sistema Venezolano para la Calidad. (2002). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 37555 (Extraordinario). Septiembre 10, 2002.

Lizarzábal G. Maribel, Añez Marianela y Romero G, (2004). **La Satisfacción del Usuario como Indicador de Calidad en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo**” Maracaibo.

Locker, D. & Dunt, D. (1978). **Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care.** Social Science & Medicine, 12: 283-292.

Oficina Internacional del Trabajo (OIT). **Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones.** Disponible en: <http://laborsta.ilo.org/applv8/data/isco58s.html>. (Consulta: 2007, Noviembre 3).

ONG con Calidad. (2007). **Premios a la Calidad** (Documento en línea). Disponible: www.ongconcalidad.org/premios.htm - 28k - (Consulta: 2007, Noviembre 3).

Otero, J. y col. **“Calidad en Salud: Concepto Objetivo o Subjetivo** Gerencia Salud. Disponible en: www.gerenciasalud.com/art405.htm - 40k. (Consulta: 2007, octubre 26).

Pérez Cárdenas; Rodríguez Gómez; Catalán, Montejo González y Fernández Hernández. (2004). **Valoración del Grado de Satisfacción de los Familiares de pacientes Ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos.** Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Puga, F. (2000). La Cirugía Convencional sigue siendo la mejor opción en el Tratamiento Quirúrgico de la Valvulopatía Aórtica. Controversia. **Revista Española de Cardiología.** Abril 2000. Nº 04. Vol. 53. pp. 479 – 482.

Ramírez T, N. P, Nigenda G. (1998). **Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México: Perspectivas de los Usuarios**. Salud Pública. México. 40:3-12.

Romero, Arturo y Miranda Sandor (2007). **La Calidad, su Evolución Histórica y Algunos Conceptos y Términos Asociados**. La Habana-Cuba: Gestiopolis.

Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. (2005). **Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico**. Madrid: Fundación Avedis Donabedian SEMICYUC.

Stephen P. R. (2004). **Comportamiento Organizacional**. México: Pearson. Prentice Hall.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL). Vicerrectorado de Investigación y Postgrado.(2006). **Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales** . Caracas: FEDUPEL.

Varela M. J.; Rial B. A. y García C., E. (2003). **Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria**. Universidad de Compostela y la Universidad de Oviedo, España. Disponible: www.redalyc.uaemex.mx (Consulta: 2007, Octubre 24).

Varo J. (1995) **Gestión estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un Modelo de Gestión Hospitalaria**. Madrid: Díaz de Santos. 1993, Revista Medicina clínica. Vol. 104 Num. 14. 1995

Vicuña, M. (2002). **Nivel de Satisfacción y Disfunciones Percibidas sobre la Calidad de Atención de los Servicios Obstétricos**. Unidad de Epidemiología del Hospital Nacional “Hipólito Unanue”, Lima-Perú.

Zurita B, Nigenda G, Ramírez T. (1997). **Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud**, 1994. En: Frenk J, ed. Observatorio de la Salud. Necesidades, servicio, política. México DF: Fundación Mexicana para la Salud.

Zurita, B. (1997). **Calidad de la Atención de la salud**. Anales de la Facultad de medicina. México: ISSN-1025-5583. Vol. 57. N° 4. 1996.

ANEXOS

ANEXO A
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, portador de la cédula de Identidad N° _____, en uso de mis facultades, libre y voluntariamente, declaro que he sido debidamente informado(a) por la Lic. Soledad Febres, Trabajadora Social del Servicio de Cirugía Cardiovascular, sobre el objetivo y fines de la **Encuesta de Satisfacción del Usuario**, la cual deberá ser llenada por algunos de los pacientes que estuvieron hospitalizados en el servicio y otorgo mi consentimiento previamente informado para que sea realizada dicha encuesta.

Firma del Paciente

Lugar y fecha: -----

ANEXO B
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
GERENCIA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD**

ENCUESTA

El instrumento que se presenta a continuación tiene por finalidad conocer su percepción y expectativas, de la atención recibida durante su hospitalización en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Caracas.

Cabe destacar que la información suministrada será utilizada con fines académicos y estrictamente confidenciales.

Agradeciendo su valioso aporte y colaboración que pueda brindar, a fin de culminar el trabajo de investigación planteado.

Instrucciones:

- Lea cuidadosamente cada pregunta antes de responder.
- Al contestar, hágalo con la mayor sinceridad y objetividad posible.
- Marque con una sola X la opción que prefiera
- No deje ninguna pregunta sin contestar.

Gracias.

Elaborado por:

Soledad Febres Cordero

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Fecha de realización de la encuesta _____ Encuesta N° _____

Datos socio-demográficos

I. Sexo: masculino _____ femenina _____

II. Edad: _____

III. Escolaridad: primaria _____ secundaria _____ universitaria

IV. Profesión: _____

V. Ocupación: _____

VI. Procedencia: _____

VII. Quién la refirió al servicio _____

VIII. Cuándo fue aprobada su cirugía _____

IX. Cuándo fue operado(a) _____

Marque con una X el valor que Ud. Considera debe tener la pregunta, según el siguiente puntaje.

0: no sabe o desconoce. 1: deficiente. 2: regular. 3: Bueno 4: excelente

Nº	PREGUNTAS	0	1	2	3	4
1	Cómo considera los trámites de ingreso para ser operado					
2	Como considera las condiciones físicas (luz, color, espacio) de las habitaciones de hospitalización del servicio					
3	Cómo califica las condiciones de aseo y/o de limpieza del servicio					
4	Cómo califica las condiciones de los baños					
5	Cómo califica las visitas a los pacientes hospitalizados en el servicio					
6	Cómo califica la seguridad y/o vigilancia en el servicio					
7	Cómo califica los días asignados a la consulta externa					
8	Cómo califica el horario de la consulta externa					
9	Cómo califica la atención recibida en la consulta externa					
10	Cómo considera la información recibida de parte de los médicos.					
11	Cómo califica el tiempo que le dedico el médico durante su hospitalización					
12	Cómo considera la información recibida de parte de las enfermeras.					
13	Cómo califica el comportamiento profesional de los médicos.					
14	Cómo califica el comportamiento profesional de las enfermeras.					
15	Cómo considera el trato recibido de parte de los médicos					
16	Cómo considera el trato recibido de parte de las enfermeras.					
17	Cómo califica la dotación en cuanto a equipos e instrumental en el servicio					
18	Cómo califica el suministro de insumos y medicamentos durante su hospitalización.					
19	Cómo calificaría el grado de satisfacción recibido, en general					
20	Cómo calificaría la atención recibida en el servicio de Rx,					
21	Cómo califica la atención recibida del servicio de Fisioterapia					
22	Cómo califica la atención recibida del servicio de Nutrición					
23	Cómo califica la atención recibida de Banco de Sangre.					
24	Cómo califica su recuperación luego de la operación					
25	Cómo se siente actualmente					
26	La atención recibida fue como lo esperaba					

27. Qué actividad(s) considera no le prestó la atención que esperaba

- 1. -----
- 2. -----
- 3. -----

28. Enumere en orden de prioridad que aspectos considera mas importantes para una buena calidad en la atención que ofrece el Servicio de Cirugía Cardiovascular

- 1. -----
- 2. -----
- 3. -----

29. Qué recomendaciones haría al Servicio de Cirugía Cardiovascular

- 1. -----
- 2. -----
- 3. -----

30. Días de Hospitalización en terapia _____

31. Días de Hospitalización en el servicio _____

32. Egreso: Alta médica _____
Contra opinión _____

33. Observaciones:

Caracas, de enero de 2008

ANEXO C
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ANEXO D
TESTIMONIOS