



**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
ÁREA DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Maestría en Administración de Empresas**

Proyecto de Trabajo de Grado de Maestría

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO
PRESTADO POR LOS CENTROS DE SALUD
AFILIADOS A LA AVESOC DESDE LA PERSPECTIVA
DEL USUARIO EXTERNO**

Presentado por

Farmacêutico. Jorge Luis Benavides Torrealba

Para optar al título de

Magíster en Administración de Empresas

Tutor

Lic. Vincenzo Ruggiero R.

Caracas, Julio 2013

APROBACIÓN

Considero que el trabajo de Grado titulado: **“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO POR LOS CENTROS DE SALUD AFILIADOS A LA AVESSOC DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO EXTERNO”**.

Realizado por: **Ftco. Jorge Luis Benavides T. C.I: 16672860**
Para optar al título de:

Magíster en Administración de Empresas

Reúne con todos los requisitos exigidos por la Dirección General de los Estudios de Postgrados de la Universidad Católica Andrés Bello y tiene meritos suficientes como para ser sometido a la presentación y evaluación exhaustiva del jurado examinador que se designe.

En la Ciudad de Caracas a los _____ días del mes
de _____ de 2013.

Tutor: Lic. Vincenzo Ruggiero R.

C.I: 6059534

ACTA DE VEREDICTO

Nosotros, los abajo firmantes, constituidos como jurado examinador y reunidos en la ciudad de Caracas, el día _____ de _____ de 2013, con el propósito de evaluar el Trabajo Especial de Grado Titulado: **“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO POR LOS CENTROS DE SALUD AFILIADOS A LA AVESSOC DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO EXTERNO”**.

Presentado por el Farmacéutico:

Jorge Luis Benavides T.
Para optar al Título de:
Magíster en Administración de Empresas

Emitimos el siguiente veredicto:

Reprobado _____ Aprobado _____ Notable _____
Sobresaliente _____ Mención Honorífica _____

Observaciones:

Jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso y a la Santísima Virgen por iluminarme y guiarme por el buen sendero.

A mi madre por mostrarme que siempre que exista voluntad y deseos nada es imposible en esta vida.

A mi padre por ese ejemplo de constancia y de nunca conformarse, siempre mirando hacia adelante y mejorando paso a paso.

A mis hermanos Lisbeth y Juan Carlos quienes me acompañan en todo momento haciendo menos difícil cada etapa de mi vida.

Al resto de mi familia y amigos por brindarme palabras de aliento en los momentos en que mas las necesito.

Y por último, pero no menos importante, a la Universidad Católica Andrés Bello por brindarme las herramientas que me han permitido un enorme crecimiento como profesional y persona. Ahora veo el mundo bajo otra perspectiva.....

Muchas gracias de todo corazón

Jorge Luis Benavides Torrealba

RECONOCIMIENTO

Como realizador de esta investigación quiero hacer un reconocimiento a la importante labor realizada por los distintos centros de Salud Afiliados a la AVESSOC y al equipo humano que labora en cada uno de estos centros brindando un servicio importantísimo en zonas muy necesitadas de nuestro país. Al Padre Luis Ugalde ex-rector de la Universidad Católica Andrés Bello, Bernardo Guinand Gerente General del Centro de Salud Santa Inés y del Parque Social UCAB, María Matilde Zubillaga Coordinadora General de AVESSOC, Hermana Teotiste Fernández: Directora del Hospital San José de Maiquetía y la Hermana Nieves Báez directora del dispensario San Martín de Porres por hacer espacio en sus labores cotidianas y conversar un poco conmigo.

Asimismo quiero agradecer a mi tutor y profesor Vincenzo Ruggiero por enseñarme a valorar el conocimiento y por su orientación durante esta importante etapa de mi vida.

Benavides, Jorge Luis

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
RECONOCIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE CUADROS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	5
EL PROBLEMA.....	5
1.1 Planteamiento del Problema.....	5
1.2 Interrogante de la Investigación.....	8
1.3 Objetivos de la Investigación.....	9
1.3.1 Objetivo General.....	9
1.3.2 Objetivos Específicos.....	9
1.4 Justificación.....	10
1.5 Alcance y Limitaciones.....	12
CAPÍTULO II.....	13
MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 Antecedentes Relacionados con la Investigación.....	13
2.2 Evolución de la Calidad.....	15
2.2.1 Evolución de la Calidad en el Sector Salud.....	16
2.3 Concepto de Calidad.....	18
2.3.1 Calidad Objetiva vs. Calidad Subjetiva.....	21
2.4 Calidad de Servicio.....	22
2.4.1 Expectativas vs. Percepciones.....	26
2.5 Calidad de Servicio en Servicios de Salud.....	29
2.6 Dimensiones de la Calidad.....	30
2.6.1 Dimensiones de la Calidad en los Servicios de Salud.....	33
2.7 Medición de la Calidad en los Servicios de Salud.....	37
2.7.1 Modelo de SERVQUAL.....	39
2.7.2 Modelo SERVPERF.....	41
2.8 AVESSOC.....	42
2.8.1 Reseña Histórica.....	43
2.8.2 Misión de la AVESSOC.....	44
2.8.3 Valores de la AVESSOC.....	44
2.8.4 Visión de la AVESSOC.....	45
2.8.5 Actividades como Red.....	45
2.8.6 Alcances de la Red.....	46
2.8.7 Fondo Solidario para la Salud.....	47

2.8.8 Clasificación de los Centros por Servicio.....	48
2.8.9 Antigüedad de los Centros Afiliados.....	49
2.8.10 Fortalezas de los Centros Afiliados.....	49
2.8.11 Debilidades de los Centros Afiliados.....	50
2.8.12 Perfil del Afiliado.....	50
2.8.13 Perfil del Usuario.....	51
2.8.14 Objetivos de la Red.....	51
2.9 Bases Legales para la Investigación.....	53
2.9.1 Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela.....	53
2.9.2 Código de Deontología Médica.....	53
2.9.3 Ley del Ejercicio de la Medicina.....	54
2.9.4 Ley Orgánica de Salud.....	55
CAPÍTULO III.....	56
MARCO METODOLÓGICO.....	56
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación.....	57
3.2 Población.....	58
3.3. Muestra.....	59
3.3.1 Criterios de Selección de la Muestra.....	62
3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	63
3.4.1 Elaboración del Cuestionario.....	65
3.5 Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	68
Fuente: Elaboración Propia.....	72
3.6 Procesamiento de la Información.....	72
3.7 Sistema de Variables.....	73
3.7.1 Definición Conceptual.....	73
3.7.2 Definición Operacional.....	73
CAPÍTULO IV.....	75
PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	75
4.1 Resultados Generales Obtenidos.....	76
4.1.1 Información General de los Usuarios.....	76
4.1.2 Resultados Generales de la Encuesta Calidad de Servicio.....	80
4.1.2.1 Coeficiente de Correlación de Pearson.....	96
4.1.3 Opiniones de los Usuarios.....	98
4.2 Resultados Obtenidos de cada uno de los Centros de Salud.....	100
4.2.1 Información General.....	101
4.3 Entrevista Cooperantes-Benefactores.....	108
CAPÍTULO V.....	115
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	115
5.1 Conclusiones.....	115
Recomendaciones.....	117
BIBLIOGRAFÍA.....	119
ANEXOS.....	125
ANEXO A.....	126
Modelo SERVQUAL.....	126
ANEXO B.....	128

Distribución Geográfica de los centros afiliados.....	128
ANEXO C.....	130
Lista de centros afiliados a la AVESSOC.....	130
ANEXO D.....	132
Centro de Salud Santa Inés.....	133
ANEXO E-1.....	134
Dispensario San Martín de Porres.....	135
ANEXO E-2.....	136
Dispensario San Martín de Porres.....	137
ANEXO F-1.....	138
Hospital San José de Maiquetía.....	139
ANEXO F-2.....	140
Hospital San José de Maiquetía.....	141
ANEXO G.....	142
Encuesta Calidad de Servicio Percibido.....	143
ANEXO H.....	147
Entrevista Cooperantes-Benefactores.....	148
ANEXO I.....	149
Matriz DOFA red AVESSOC.....	150

ÍNDICE DE CUADROS

pp.

CUADRO

1. Dimensiones de la Calidad.....	37
2. Servicios Médicos y Diagnósticos ofrecidos.....	47
3. Estadísticas Fondo Solidario.....	48
4. Clasificación de los centros por Servicio	49
5. Dimensiones a Evaluar.....	64
6. Instrumento de Validación	68
7. Confiabilidad del Instrumento	70
8. Definición Conceptual.....	72
9. Definición Operacional.....	73
10. Análisis de la Dimensión Elementos Tangibles.....	81
11. Análisis de la Dimensión Capacidad de Respuesta.....	83
12. Análisis de la Dimensión Fiabilidad.....	85
13. Análisis de la Dimensión Empatía.....	87
14. Análisis de la Dimensión Seguridad.....	89
15. Análisis de la Dimensión Satisfacción General.....	91
16 Estadísticos Descriptivos. Calidad de Servicio.....	92
17. Relación Coeficiente de Correlación de Pearson.....	95
18. Coeficiente de Correlación de Pearson.....	95
19. Información General. Sexo de los Usuarios.....	99
20. Información General. Edad de los Usuarios.....	100
21. Información General. Grado de Instrucción.....	101
22. Información General. Por quien fue referido.....	102
23. Información General. Tiempo de uso del Servicio.....	103
24. Resultado Calidad de Servicio de los Centros.....	104

25. Entrevista María Matilde Zubillaga.....	107
26. Entrevista Padre Luis Ugalde.....	108
27. Entrevista Bernardo Guinand.....	109
28. Entrevista Nieves Báez.....	110
29. Entrevista hermana Teotiste Fernández.....	111

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	pp.
1. Sexo de los Usuarios.....	76
2. Edad de los Usuarios.....	77
3. Grado de Instrucción de los Usuarios.....	78
4. Por quien fue referido.....	78
5. Tiempo de uso del Servicio.....	79
6. Análisis Elementos Tangibles.....	82
7. Análisis Capacidad de Respuesta.....	84
8. Análisis Fiabilidad.....	86
9. Análisis Empatía.....	88
10 Análisis Seguridad.....	90
11. Análisis Satisfacción General.....	91
12. Calidad de Servicio.....	93
13. Opiniones de los Usuarios.....	98
14. Calidad de los Centros de Salud.....	105

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICERRECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
ÁREA DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Maestría en Administración de Empresas

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO
PRESTADO POR LOS CENTROS DE SALUD
AFILIADOS A LA AVESSOC DESDE LA PERSPECTIVA
DEL USUARIO EXTERNO**
Trabajo Especial de Grado

Tutor:
Lic. Vincenzo Ruggiero. R

Presentado por:
Ftco. Jorge Luis Benavides T.

RESUMEN

La AVESSOC es una importante red de Centros de Salud que prestan sus servicios en las zonas más populares a lo largo del país; la rapidez con la que han logrado articular una amplia gama de centros de salud, su diversidad, la dificultad de algunos centros para financiarse y su ubicación geográfica suponen una interrogante acerca de la calidad del servicio que prestan los diversos centros afiliados a la AVESSOC desde la perspectiva del usuario externo. La metodología empleada para evaluar la calidad de servicio percibida fue a través de un cuestionario basado en los modelos de SERVQUAL y SERVPERF, el instrumento consta de seis dimensiones: Elementos Tangibles, Empatía, Seguridad, Satisfacción General, Fiabilidad y Capacidad de Respuesta. Este cuestionario fue aplicado a 199 usuarios que asistieron a tres centros previamente seleccionados (Centro de Salud Santa Inés, Hospital San José de Maiquetía y Ambulatorio San Martín de Porres) durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre del 2012. Luego de aplicadas las encuestas y analizados los resultados se encontró que la percepción de la calidad del servicio prestado según los usuarios en estos centros de salud es de ($\bar{x}=4,26$), siendo las dimensiones Satisfacción General ($\bar{x}=4,62$) y Seguridad ($\bar{x}=4,55$) las que presentaron la más alta valoración, mientras que las dimensiones Empatía ($\bar{x}=4,08$) y Fiabilidad ($\bar{x}=4,11$) son las dimensiones con los valores más bajo obtenidos con lo cual se llega a la conclusión de que estos centros prestan un servicio de alta calidad.

INTRODUCCIÓN

La calidad es un término polisémico que ha ido evolucionando y enriqueciéndose con el desarrollo social de cada época, desde la etapa artesanal en donde sólo importaba hacer las cosas bien a cualquier costo, pasando por un control e inspección aplicados únicamente a los productos hasta llegar a una Gestión Total de la calidad tanto en los productos como en los servicios. Su concepto y metodología se originan con el desarrollo industrial pues el hombre al construir productos observa las características de éstos y enseguida procura mejorarlos a manera de mantener una buena reputación en el mercado, volviéndose así más exigente al identificar las necesidades insatisfechas de los clientes y reconociendo el efecto estratégico que tiene la calidad como una oportunidad de competitividad.

A través de la historia diversos autores han definido Calidad desde sus perspectivas, para Crosby (1979), la calidad es ajustarse a las especificaciones o conformidad de unos requisitos, en esencia, cumplir con los objetivos para los que fue creado. Según Feigenbaum (1961), la calidad es la composición total de las características de los productos y servicios de marketing, ingeniería, fabricación y mantenimiento, a través de los cuales los productos y los servicios cumplirán las expectativas de

los clientes; subrayando que la calidad no significa mejor sino lo principal para el cliente en servicio y precio.

Más comúnmente la calidad es definida como objetiva la cual trata de estándares establecidos comparables del producto y calidad subjetiva que se caracteriza por las percepciones, opiniones y juicios de los usuarios acerca de un producto o servicio. Es importante señalar que la definición de calidad de un producto no es la misma que la de un servicio, según Lovelock (1997), la evaluación de la calidad es más compleja en el caso de los servicios que en el de los productos fabricados. Los servicios son intangibles y no siempre se pueden medir antes de su prestación, y además, cada prestación de un servicio es única en comparación con la anterior. Los servicios se producen y consumen simultáneamente, y el cliente participa en ellos en una forma activa.

En el campo de la salud, los primeros esfuerzos para definir, evaluar y mejorar en cuanto a la calidad se deben a profesionales preocupados en los resultados en la atención a sus pacientes. Posteriormente ante la necesidad de medir los resultados de los procesos realizados se adaptaron métodos del sector industrial donde existía un desarrollo metodológico más intenso motivado por la consecución de una mayor productividad para luego desarrollar procedimientos propios para el caso de los servicios (Donabedian, 1980).

De acuerdo a la Organización mundial para la Salud (OMS), calidad de los servicios de salud se define como el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención

sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los conocimientos y factores del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Este término ha cobrado una enorme importancia en el sector salud, en la actualidad los centros no sólo están en la obligación de poseer calidad técnica o intrínseca, sino también de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario de éstos servicios. Si la calidad es usada en el sector industrial como una ventaja competitiva también esta siendo utilizada en el sector salud como una herramienta gerencial que permita el mejoramiento continuo siempre pensando en la demanda, esto permite que el usuario tenga confianza y perciba que esta recibiendo un servicio de calidad con lo cual va a inclinar su posición sobre la aceptación positiva y la posibilidad de nuevos contactos tanto de su parte como de las personas de su entorno por el efecto multiplicador, ya que en la mayoría de los casos los usuarios insatisfechos no lo manifiestan directamente, sino que lo hacen a través de comentarios con las personas de su entorno.

El presente trabajo de investigación fue dividido en cinco (5) capítulos:

- En el capítulo I se presenta el planteamiento del problema, la interrogante, los objetivos y los alcances de la investigación.

- El capítulo II abarca todo el marco teórico que sustenta la investigación.
- El capítulo III muestra la metodología desarrollada durante la investigación.
- En el capítulo IV se presentan los resultados con sus respectivos análisis.
- Y por último, el capítulo V conformado por las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

En 1999 se inició en Venezuela un proceso de transición política, jurídica, económica y social con el propósito de poner en marcha un nuevo modelo de desarrollo donde se fortalezca el sistema democrático, se logre una sociedad más justa y se consolide una economía diversificada y eficiente en medio de la globalización. Esta transición política ha permitido la elaboración de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela la cual plantea un proceso de adecuación legislativa, institucional y de nuevas estrategias para realizar los cambios necesarios, estableciendo así las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector salud venezolano.

El Artículo 83 establece que la salud es un derecho social fundamental, parte integral del derecho a la vida, una obligación del Estado, que lo ha de garantizar. El Gobierno desde entonces ha desarrollado nuevas estrategias y programas que permitan combatir el grave problema de nuestro sistema sanitario, pero la realidad nos indica que se ha avanzado poco. Estos programas sirven como paliativos de esta situación, funcionan sólo al principio pero como no se les da continuidad pierden su función. Hay que aclarar que este problema sanitario no es nuevo, es un

mal que arrastramos desde hace mucho tiempo pero se ha intensificado en los últimos años, la ausencia de centros de salud en cantidad y principalmente de calidad hace insostenible la problemática.

Autores como Jaén (2006) plantean que la problemática sanitaria de nuestro país no radica en la cantidad de centros de salud ya que la infraestructura sanitaria resulta suficiente en número. Existe un elevado número de centros de salud públicos los cuales llevan el mayor peso en la prestación de servicios a la población que sumados a la oferta privada (la cual creció de manera acelerada en los últimos años) se podría absorber la demanda de salud sin ningún inconveniente. Pero el grave deterioro de la red de salud pública originada por la disminución del personal capacitado para atender al gran número de personas que recurren a estos centros hospitalarios, la falta de equipos y materiales médicos, escasa formación gerencial de las personas encargadas, falta de presupuesto, pobre infraestructura, políticas sanitarias y asistenciales erradas por parte del Gobierno así como la inaccesibilidad a los centros de salud privados para aquella parte de la población de escasos recursos económicos que viven en las comunidades más deprimidas de nuestro país hace que la calidad percibida de nuestro sistema sanitario sea bastante baja.

Ante semejante crisis palpada hoy como una realidad por los habitantes de nuestro país han surgido alternativas que intentan disminuir el problema que se le presenta a aquella parte de la población de escasos recursos que demandan servicios de altísima calidad, el mismo servicio que recibirían en algún centro de salud privado sin los altos precios. En

algunas zonas populares existen grupos de centros, algunos nuevos y otros fundados desde hace varios años que trabajan en las comunidades necesitadas y que intentan ofrecer servicios a las personas que viven en estas zonas; la AVESSOC (Asociación Venezolana de Servicios de Salud de Orientación Cristiana) ha logrado identificar y reunir en sus más de 10 años de existencia a un gran número de centros con una misma inspiración en el Distrito Capital, Vargas, Miranda y Barinas formando así una red de centros que brindan servicios de salud a bajo costo dentro de estas comunidades.

Desde centros ambulatorios pasando por centros de especialidad médica hasta llegar a la asistencia hospitalaria forman parte de esta iniciativa que tiene más de una década ofreciendo servicios sanitarios más económicos y accesibles, pero esta misma diversidad de centros afiliados, la ubicación geográfica de la mayoría, la dificultad en algunos casos de subsidiarse (la mayoría de estos centros cobra una pequeña cantidad de dinero por sus servicios recibiendo poca ayuda de terceros) el poco tiempo que lleva esta red de centros activa y el usuario al que va dirigido, suponen una necesidad de evaluar la calidad del servicio percibida por los usuarios externos que asisten a estos centros.

Para Donabedian (1980), la calidad de los servicios de salud es aquella que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes, en esencia, es una fijación

mental del usuario que asume conformidad con dicho servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades.

Históricamente se evalúa calidad de servicio desde un enfoque más objetivo, esto es, prestar un servicio técnicamente competente, eficaz y seguro, pero el usuario siempre evaluará la calidad de manera general, es decir, va a evaluar tanto la infraestructura física, los equipos, el trato con el personal e incluso el conocimiento que tengan los mismos relacionados a su área sin importar si es una institución pública ó privada.

Al ser la calidad de los servicios un termino subjetivo que involucra a todas las personas dentro de una organización, que depende del cristal con que se mire y que cobra una especial importancia por tratarse de centros de salud que van dirigidos a esas comunidades de escasos recursos económicos, se pretende con esta investigación: Evaluar la percepción de la calidad de los servicios de salud ofrecidos por los distintos centros de salud afiliados a la AVESSOC desde la perspectiva del usuario-beneficiario quien recibe el servicio y con esto obtener información que permita diseñar estrategias gerenciales que puedan ser empleadas por los distintos centros afiliados y por la oficina central para mejorar y mantener aquellos aspectos positivos de la asociación.

1.2 Interrogante de la Investigación

¿Cuál es la percepción de la calidad de los servicios ofrecidos por los centros de salud afiliados a la Asociación Venezolana de Servicios de Salud de Orientación Cristiana (AVESSOC)?

1.3 Objetivos de la Investigación

Representan el enunciado claro y preciso de las metas que se persiguen en la investigación y se presentan de acuerdo a su complejidad, primero el objetivo general y luego los específicos.

1.3.1 Objetivo General

Evaluar la percepción de la calidad de los servicios ofrecidos por los centros de salud afiliados a la Asociación Venezolana de Servicios de Salud de Orientación Cristiana (AVESSOC).

1.3.2 Objetivos Específicos

-Definir los atributos de calidad más importantes que influyen en la percepción de la calidad por los usuarios de un servicio de salud de los centros afiliados a la AVESSOC.

-Diseñar un instrumento para la medición de la percepción de la calidad por los usuarios de un servicio de salud en Venezuela.

- Realizar una medición de la percepción de la calidad del servicio prestado por los centros salud afiliados a la AVESSOC desde la perspectiva del usuario externo.
- Sistematizar la opinión de los cooperantes-benefactores sobre la labor que realiza la AVESSOC a través de sus centros asociados.
- Recomendar una serie de estrategias con base en los resultados obtenidos.

1.4 Justificación

El ofrecer servicios de salud de calidad debe ser uno de los principales objetivos (por no decir el más importante) de toda institución de salud, sin importar el carácter lucrativo de la misma. No es secreto que la calidad le dará a una empresa una ventaja competitiva con respecto a sus competidores, pero en el caso de la AVESSOC no se está buscando sólo esto, está implícito una labor social por ser centros de salud dirigidos por congregaciones religiosas, para la AVESSOC una buena calidad en el servicio brindado por los centros de salud afiliados implicaría un mayor apoyo por parte de los cooperantes-benefactores que respondan a la imagen que se está proyectando, mayor cantidad de centros se unirían a esta iniciativa lo cual permitiría una mayor articulación en la red y por ende, la atención médica será mayor en esas comunidades de escasos recursos que no pueden acceder a centros de salud alrededor del país.

No hay que olvidar que todo servicio debe adaptarse a las expectativas de los usuarios, sin dejar a un lado la productividad y la eficiencia. Una buena percepción de la calidad por parte del usuario debe ser una política orientada al logro de altos niveles de calidad, que tenga al usuario como su principal elemento. Para cumplir con esto, el usuario debe ser visto como un ser integral, que posee una serie de necesidades y expectativas que espera sean satisfechas.

Según Horovitz (1991), dado que el servicio es intangible, el cliente tiene que ser el único juez de la calidad de servicio, al ser los usuarios el eje central ó el principal elemento en los servicios de salud se hace necesario que sean ellos mismos los que evalúen la calidad de los servicios, por ello, es vital para un servicio de salud mantener una adecuada relación con los usuarios, la planificación de los procesos de atención médica debe tener como objetivo satisfacer las necesidades del usuario ya que de ésta forma se estaría ofreciendo un mejor servicio.

Se pretende que los individuos, la familias y la comunidad verdaderamente sean participe en la gestión de la calidad de los servicios que prestan los distintos centros de salud afiliados a la AVESSOC, es decir, hacer hincapié en lo que los usuarios realmente quieren y adaptar los servicios a dichas exigencias.

La experiencia demuestra que al mantener un servicio de alta calidad disminuyen los costos, se aumenta el prestigio y el reconocimiento de los

mismos por la comunidad. La única manera de brindar servicio de calidad es reencontrarse con los usuarios, es oír su voz, su clamor, su pedido, descifrarlo y responder en términos de servicios. Por último, la realización de esta investigación es una forma importante de asegurar la calidad de estos centros y determinar donde se deben realizar las correcciones (de haberlas) para que de esta forma, las personas encargadas de los distintos centros de salud pertenecientes a la AVESSOC y de la oficina central desarrollen planes y estrategias de acción que permitan no sólo la mejora de los servicios, sino también la continuación y el crecimiento de la asociación en beneficio de esas comunidades que por una u otra razón no tienen acceso directo a un centro de salud de calidad.

1.5 Alcance y Limitaciones

El estudio se realizó en los centros de salud afiliados a la AVESSOC ubicados en el área de la Gran Caracas, durante tres (3) meses consecutivos.

Varias limitaciones podrían ser percibidas durante el desarrollo del estudio:

- a. En el intento por escoger participantes de diferentes hospitales se puede presentar la limitación de que los centros de salud no autoricen a conducir el desarrollo del estudio en su institución.

- b. Si no se logra tener una muestra representativa, se limitará la capacidad para generalizar los resultados de la población.
- c. Además, se depende de la buena fe de los potenciales encuestados para llevar a cabo la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Relacionados con la Investigación

Se realizó una exhaustiva investigación en Internet y en diferentes bibliotecas acerca de temas relacionados tanto en Venezuela como en otros países.

En un estudio realizado en el **Postgrado de Gerencia de Servicios de Salud de la Universidad Católica Andrés Bello** por **Fanny Rivas** titulado: **Relación entre la calidad del servicio de salud a partir de la percepción del usuario y su grado de satisfacción en cuanto a la atención brindada por el personal de enfermería durante su estadía hospitalaria en el área de hospitalización (No-psicóticos) del hospital Sanjuán de Dios de Mérida**, se encontró que los usuarios perciben la atención ofrecida por el personal de enfermería como satisfactoria, y que las condiciones ambientales (luz y agua) e higiénicas eran buenas, cubriendo con sus expectativas. Para realizar dicho estudio tomaron una muestra de 30 usuarios recluidos en el área de hospitalización y que

luego egresaron por mejoría. Estos usuarios respondieron una encuesta con una serie de preguntas relacionadas con la satisfacción.

En otro estudio descriptivo con base cualitativo realizado en la **Universidad Católica Andrés Bello por Marina Araque titulado: Evaluación de la calidad en el servicio médico asistencial IPASME, con base a la percepción del usuario, empleados de planta (médicos y enfermeras), y dirección médica** se encontró que los profesionales de la salud consideran que el servicio que ellos brindan es de calidad, por otro lado, el usuario externo considera que la consulta es de calidad, a excepción de la planta física coincidiendo con la opinión del gerente. Para esto, los investigadores trabajaron con una muestra de 39 personas entre usuarios externos y personal de planta los cuales fueron sometidos a 3 encuestas adaptadas para cada uno de los sujetos de estudio.

En la revisión de temas relacionados en Internet se encontró un estudio realizado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Perú titulado: **Medición de la calidad en los servicios de salud en el centro de salud El Porvenir por Freddy Bustamante** se encontró que la calidad del servicio que brinda el centro de salud El Porvenir es regular. Los factores más importantes fueron la atención y capacidad de respuesta de los trabajadores de salud, la calidad de atención de los profesionales de salud y limpieza y acceso en ese orden. Para ello, aplicaron encuestas a los usuarios que asistían al centro de salud de mayores de 18 años y de cualquier sexo.

2.2 Evolución de la Calidad

El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de los años, variando incluso su función y objeto de control. La calidad puede referirse a diferentes aspectos de la actividad de una organización: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien como una corriente de pensamiento que impregna toda la empresa (Varo, 1994). Este concepto de calidad se ha ido ajustando a la evolución de la industria, habiéndose desarrollado diversas teorías, conceptos y técnicas, hasta llegar a la que se conoce hoy en día como calidad, el cual es un concepto entendido como sinónimo de gestión empresarial para conseguir la satisfacción de los clientes, los empleados, los accionistas y de la sociedad en su sentido más amplio.

Estas teorías y técnicas se desarrollaron en los países más avanzados y emprendedores. Ha habido diferentes corrientes y autores en estos países que han ido aportando soluciones y nuevas ideas que han enriquecido los principios de calidad en su aplicación a los diferentes ámbitos de la empresa y las situaciones cambiantes del mercado.

Esta evolución del concepto de calidad podemos verla por etapas y varía en función de cada autor, pero podemos decir que en general hay cuatro etapas (Bounds, 1994):

- A) Inspección: iniciada con la revolución industrial y se caracterizó por la detección y solución de los problemas generados por la falta de uniformidad del producto.
- B) Control estadístico del proceso: que se inicia en la primera mitad del siglo XX, enfocada en el control de los procesos y la aparición de métodos estadísticos para ese fin y para la reducción de los niveles de inspección del producto.
- C) Aseguramiento de la calidad: nace y se desarrolla en la época de los años 50, donde surge la necesidad de involucrar a todos los departamentos de la empresa en el diseño, planificación y ejecución de políticas de calidad.
- D) Administración o gestión de la calidad total: donde se considera el mercado y las necesidades del consumidor, reconociendo el efecto estratégico de la calidad como una oportunidad competitiva.

2.2.1 Evolución de la Calidad en el Sector Salud

En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión. Fue en el siglo XIX cuando Florence Nightingale inició un proceso de reformas para la mejora de la calidad de la atención en los hospitales. Las medidas incluían: limpieza,

saneamiento básico, mejoras en la calidad de la alimentación y en su manipulación, así como el establecimiento de una férrea disciplina y organización en la rutina hospitalaria. Este enfoque simple fue una verdadera revolución en la época, que produjo una drástica disminución de la mortalidad intrahospitalaria.

En 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano. En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad. En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continua desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.

Alrededor de los años sesenta nacen los audits médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporo a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro. La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM= Total Quality Managment) por sus siglas en inglés), asimismo la acreditación en hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.

2.3 Concepto de Calidad

La evolución del concepto de calidad ha sido tal que hoy en día disponemos de una infinidad de conceptos que dependen del enfoque que se este buscando o del punto de vista que se le quiera dar. Parece conveniente que para definir calidad citeamos a aquellas personas creadoras de las diferentes filosofías y herramientas relacionadas con lo que respecta a calidad.

Crosby (1979), señaló que el primer supuesto erróneo es que calidad significa bueno, lujoso, brillo o peso. La palabra calidad es usada para darle el significado relativo a frases como "buena calidad" o "mala

calidad". El mismo autor indica que los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no haya malentendidos. Las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos. La no conformidad detectada es una ausencia de calidad. Los problemas de calidad se convierten en problemas de no conformidad y la calidad se convierte en definición.

La calidad de un producto o servicio es equivalente a estar seguro de medir todas las características de un producto o servicio que satisfagan los criterios de especificación (Crosby, 1979). Con los requerimientos establecidos en términos de especificaciones numéricas, se puede medir las características de un producto o servicio para ver si es considerado de alta calidad.

Deming (1986), planteó que la calidad se lograba cuando los costos disminuían al producirse menos errores, menos reproceso, mejor utilización de las maquinarias, del equipo y de los materiales, y menos demora en la fabricación y en la entrega. Su estrategia se basaba en catorce principios fundamentales excepcionales para la gestión y transformación de la eficacia empresarial, con el objetivo de ser competitivo, mantenerse en el negocio y dar empleo.

La calidad tiene que estar definida en términos de satisfacción del cliente, es multidimensional y es virtualmente imposible definir calidad de un producto o servicio en términos de una simple característica o agente (Deming, 1986). Para Deming, hay diferentes grados de calidad. Como

calidad es esencialmente equitativo a la satisfacción del cliente, la calidad del producto A es mayor a la calidad del producto B, para un cliente en específico. Es decir, si A satisface las necesidades del cliente en un mayor grado que lo hace B.

Se pueden ver dos corrientes distintas a la hora de definir o pensar en calidad para estos dos autores. Para Crosby, la calidad es una manera simple de producir bienes o entregar servicios cuyas características mensurables satisfacen un determinado grupo de especificaciones que están numéricamente definidas y que puede ser utilizada para mejorar los resultados de la empresa, mientras que para Deming la calidad de los productos y servicios es simplemente aquella que satisface las necesidades de los clientes para su uso o consumo.

Para Juran (1991), la calidad se refiere a la ausencia de deficiencias que adopta la forma de retrasos en las entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas etc. Estos autores explican perfectamente la esencia de lo que es calidad, pero también podemos hablar de calidad a través de dos formas, tal vez más simples de verla, en donde utilizaríamos la objetividad y la subjetividad cuando de calidad se trata. Ambas corrientes consideran que la calidad debe ser utilizada como una estrategia imprescindible en cada empresa, organización u negocio.

2.3.1 Calidad Objetiva vs. Calidad Subjetiva

La calidad objetiva deriva de la comparación entre un estándar y un desempeño. Este concepto describe bien la excelencia, bien la superioridad técnica de los atributos del producto o del proceso, siendo independiente de la persona que realiza la medición o adquiere el producto. Responde más a una visión interna de la calidad, con orientación hacia la oferta y es particularmente adecuada para actividades estandarizadas. En cambio, la calidad subjetiva se basa en la percepción y en los juicios de valor de las personas, siendo mensurable cualitativamente estudiando la satisfacción del cliente. Se refiere a una visión externa de la calidad enfocándose principalmente en la demanda y adecuada para actividades con alto contacto con los usuarios.

Traer ambos conceptos de calidad a colación parece conveniente para el desarrollo de ésta investigación porque la calidad subjetiva es la que realmente se adapta a cualquier tipo de servicio, ya sea una cadena de comidas, un hotel o un centro hospitalario en vez del concepto de calidad objetiva el cual se aplicaría de manera perfecta a un producto. Al revisar el concepto de calidad desde varios puntos de vista podemos asegurar que: Calidad significa aquellas características de un producto o servicio que se ajustan a las necesidades del cliente y que por lo tanto le satisfacen.

2.4 Calidad de Servicio

La conceptualización de la calidad de servicio ha sufrido una evolución considerable (Casino, 1999). Como se explicó antes, el término calidad en principio se centró exclusivamente en el ámbito del sector industrial, ya que en un primer momento fue éste el tipo de empresas la que tuvo mayor protagonismo en la economía, pero con el paso de los años el sector servicios cobró una importancia igual o superior que el sector industrial en la economía.

Pamies (2004), explica que si el contexto de la economía ha cambiado, pasando de un entorno en el que el sector industrial tenía el mayor protagonismo a uno en el que el sector de servicios tiene una mayor relevancia, parece adecuado que los modelos de gestión empresarial como la calidad deban adaptarse a esta nueva dinámica, ya que si bien es cierto que ambos sectores comparten principios generales, es necesario que los modelos capten de una mejor manera las características propias y distintivas de los servicios. En estos modelos serían los usuarios los jueces de la calidad, ya que esta se entiende como respuesta a sus deseos, expectativas y necesidades; el objetivo es alcanzar su satisfacción, confianza y fidelidad futura (Toro, 2001).

De acuerdo a Gronroos (1990), la calidad ya sea en productos tangibles o en servicios es lo que los clientes perciben, sin embargo, concuerda en que debido a ciertas características que tienen los servicios se hace

bastante complejo la valoración de la calidad de los servicios por parte de los clientes o usuarios.

Estas características fundamentales de los servicios son:

A) ***Intangibilidad***: esta característica se refiere a que los servicios no se pueden ver, degustar, escuchar u oler antes de comprarse, por tanto, tampoco pueden ser almacenados, ni colocados en el escaparate de una tienda para ser adquiridos y llevados por el comprador (como sucede con los bienes o productos físicos). Por ello, esta característica de los servicios es la que genera mayor incertidumbre en los compradores porque no pueden determinar con anticipación y exactitud el grado de satisfacción que tendrán luego de adquirir un determinado servicio. Según Kotler (2002), a fin de reducir su incertidumbre, los compradores buscan incidir en la calidad del servicio. Hacen inferencias acerca de la calidad, con base en el lugar, el personal, el equipo, el material de comunicación, los símbolos y el servicio que ven.

B) ***Inseparabilidad***: Lamb (2002) explica que los bienes se producen, se venden y luego se consumen, en cambio, los servicios con frecuencia se producen, venden y consumen al mismo tiempo, en otras palabras, su producción y consumo son actividades inseparables. Por tanto va a ver una interacción entre el proveedor y el cliente que afectará considerablemente la calidad y su evaluación.

- C) ***Heterogeneidad***: significa que los servicios tienden a estar menos estandarizados que los bienes, es decir, cada servicio depende de quien los presta, cuando y donde, debido al factor humano, el cual participa en la producción y entrega. El mismo servicio ofrecido puede variar incluso en un mismo día debido a factores como el estado de ánimo, el grado de simpatía y el cansancio que presente el proveedor.
- D) ***La propiedad***: los clientes no adquieren la propiedad sino el uso o disponibilidad del servicio. La intangibilidad de los servicios hace imposible la transferencia de la titularidad en el proceso de compra.
- E) ***Carácter perecedero***: se refiere a que los servicios no se pueden conservar, almacenar o guardar en inventario.

Estas características de los servicios son las que obligan, para determinar la calidad de los servicios, que aspectos son los que los clientes utilizan para evaluar el servicio y cual es la percepción que tienen sobre los mismos, orientando la evaluación hacia el proceso, más que hacia el resultado (Gronroos, 1994, 1984).

Pero explicar la calidad en los servicios aplicando los principios y técnicas con que se valora la calidad en los bienes tangibles resulta particularmente difícil de llevarlo a cabo, según Zeithaml (1988) estaríamos hablando de un enfoque objetivo de la calidad que se refiere a la superioridad mensurable y verificable del servicio frente a un ideal

estándar de servicios establecido por las empresas, en donde la valoración de la calidad por parte de los usuarios muchas veces no es tomada en cuenta. Pero este concepto de calidad se comienza a desplazar hacia el consumidor, produciéndose una mutación en el concepto de calidad. Surge entonces entre los autores otro enfoque que explica la calidad de los servicios, un enfoque subjetivo en donde el único juicio realmente importante sería el que realiza el cliente (Gil, 1995). Para Parasuraman A., Zeithaml, V. y Berry L (1985), esto implica que la determinación de la calidad del servicio debe estar basada fundamentalmente en las percepciones que los usuarios tienen sobre el servicio que reciben. De acuerdo a Gil (1995), introducir la percepción conlleva a formular el concepto de calidad desde la óptica del usuario.

Zeithaml (1988), define la calidad como superioridad o excelencia, por lo que la calidad percibida se puede entender como el juicio de un consumidor acerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio. La mayoría de los autores concuerdan en que la concepción del concepto de calidad debe ser personal y subjetiva, es decir, que se tome en cuenta la percepción del usuario.

Desde esta óptica podemos definir calidad de servicio, interpretando a Parasuraman A., Zeithaml, V. y Berry L (1985), como el resultado de la comparación de las expectativas o deseos del usuario y sus percepciones con respecto al servicio recibido, es decir, entre lo que espera recibir y lo que realmente recibe o él percibe que recibe.

Esta aproximación de calidad de servicio empleada por Parasuraman A., Zeitaml, V. y Berry L (1985) está basada en el “Paradigma de la Disconformidad” en donde se valora la calidad del servicio percibida como un desajuste entre expectativas y percepciones de resultados. La mayoría de los autores desarrollaron modelos para evaluar la calidad de los servicios basados en la premisa de que el término “calidad de servicio” implica una comparación entre las expectativas del cliente y las percepciones que éste tiene sobre el servicio recibido.

2.4.1 Expectativas vs. Percepciones

Parasuraman A., Zeitaml, V. y Berry L (1985) indican que las expectativas pueden ser definidas como los deseos o necesidades de los consumidores, por ejemplo, lo que sienten que debe ser entregado por un proveedor de servicios antes que lo que podría ser ofrecido, o bien como las predicciones hechas por los usuarios sobre lo que es probable que ocurra en una transacción inminente, es decir, que todos los usuarios, para el momento de dirigirse a una empresa para solicitar la prestación de un servicio, tiene creada una expectativa sobre como va a ser el servicio antes de ser ofrecido (Pamies 2004).

Las expectativas se pueden formar en base a distintos elementos y se pueden observar dos situaciones: la primera en la cual el usuario no se ha relacionado con el proveedor. Estas expectativas son generadas por los medios de comunicación de la propia empresa y por mecanismos

informales de transmisión de información como los comentarios realizados por otros usuarios y una segunda situación en la cual el usuario ya ha tenido algún contacto con el proveedor por la que sus expectativas van a depender de sus experiencias pasadas con el proveedor.

Las expectativas no sólo se caracterizan por ser un término subjetivo, sino que además va variando a lo largo del tiempo, en función de los resultados de las prestaciones anteriores del servicio. Según Parasuraman A., Zeithaml, V. y Berry L (1985), las expectativas del consumidor respecto a la calidad del servicio presentan dos niveles: el deseado y el adecuado. El nivel deseado está matizado por los deseos de los consumidores y el nivel esperado están en función de lo que espera el consumidor. Las expectativas esperadas deben ser más bajas que las expectativas deseadas pues, las primeras, son las que están en correspondencia con la experiencia del cliente con el servicio y, las segundas, están determinadas por los deseos. Lo que espera el cliente son expectativas mínimas (Lovelock, 2002).

Por otra parte, el concepto de percepción, está basado en función de la prestación del servicio, teniendo en cuenta el antes, durante y después de la transacción (Pamies 2004), son las creencias de los consumidores relativas al servicio recibido. Podríamos definir la percepción, como la capacidad de organizar los datos y la información que llega a través de los sentidos en un todo, creando un concepto, basado en nuestra formación y experiencia. Los aspectos que influyen sobre la persona que

percibe son:

1. Las necesidades y deseos, es decir, la motivación de la persona la cual le hace percibir aquello que le proporcionaría satisfacción.
2. Las expectativas; se tiende a percibir lo que se espera, aquello que resulta más familiar.
3. El estilo de cada persona para enfrentarse al ambiente que lo rodea. Algunas personas perciben más un conjunto de detalles, no pudiendo recordar por separado algunas características específicas del objeto; otras en cambio reparan en tales detalles.
4. La educación que recibió en el hogar considerando la forma de ver la vida (dinero, trabajo, valores, religión, etc.).
5. La formación académica, también guía nuestra forma de ver o sentir las cosas o situaciones.

Es posible que varias personas observen una misma situación, sin embargo, cada una de ellas puede reportar una versión diferente debido a que perciben los hechos de forma distinta. Al respecto Arellano (1993) indica que esta situación estará motivada por dos aspectos: el primero por la diferencia en la capacidad sensitiva del individuo (mejor vista, oído, etc.) y el segundo por la elaboración psicológica que cada uno de ellos haga de la información sensorial que reciba.

Parasuraman A., Zeithaml, V. y Berry L (1985) indican que los juicios de alta o baja calidad del servicio dependen de cómo perciben los consumidores el resultado actual del servicio en el contexto de lo que esperaban. Por lo que, un usuario percibirá un servicio como dotado de calidad cuando su experiencia con la prestación de un determinado servicio, iguale o supere sus expectativas iniciales.

2.5 Calidad de Servicio en Servicios de Salud

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) 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.

Existen dos enfoques que podrían explicar aún mejor la calidad del servicio en los servicios de salud. El primero de ellos proviene de Donabedian (1980, 1988), en el cual la calidad del servicio en los servicios de salud es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes.

Donabedian se refiere esencialmente a la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos, esta definición tiene una perspectiva técnica en donde los objetivos serían el máximo bienestar del usuario, relegando a un plano inferior la perspectiva de los usuarios en cuanto al servicio que se les presta. El segundo enfoque explica que la percepción del usuario acerca de la prestación de un servicio determina, en forma definitiva, su calidad. Esta definición se ajusta perfectamente a aquella encontrada en la literatura la cual vincula la calidad del servicio con una visión personal y subjetiva de ella (Gronroos, 1984; Vandamme y Leunis, 1993).

2.6 Dimensiones de la Calidad

De acuerdo a Hayes (2000) los consumidores acostumbran a describir un producto en término de diversas dimensiones o características y que la mezcla de todas las dimensiones posibles describe el producto o servicio en su totalidad, y son estas dimensiones las que los sujetos usan para evaluar los distintos objetos. Existe un elevado grado de consenso acerca de la multidimensionalidad de la calidad de servicio, ello significa que cuando los usuarios evalúan la calidad de un servicio no tienen en cuenta un solo factor o criterio sino varios (Pamies 2004).

El aporte más significativo que se realizó acerca de las dimensiones de la calidad del servicio lo realizaron Parasuraman A., Zeitaml, V. y Berry L (1985), ellos identificaron diez dimensiones que representan los criterios

que utilizan los consumidores en el proceso de evaluación de la calidad en cualquier tipo de servicio (Pamies 2004).

Estas dimensiones fueron las siguientes:

- Elementos tangibles: apariencias de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación. Esta dimensión incluiría, por ejemplo, el aspecto del personal en contacto con el cliente, la decoración del local, la presentación de folletos, etc.
- Fiabilidad: habilidad para prestar el servicio prometido de forma cuidadosa y fiable. Es decir, que el servicio se preste bien desde el principio y que la empresa cumpla con lo que promete.
- Capacidad de respuesta: disposición y voluntad de los empleados para ayudar a los clientes y ofrecerles un servicio rápido.
- Profesionalidad: que los empleados dispongan de los conocimientos y herramientas necesarias para prestar el servicio. Es decir que el proveedor de servicio sea un profesional.
- Cortesía: atención, consideración, respeto y amabilidad con los clientes por parte del personal de contacto.
- Credibilidad: creencia, veracidad y honestidad sobre el servicio que se presta.
- Seguridad: que los clientes estén tranquilos y no perciban peligros o riesgo en su relación con el proveedor del servicio. Aquí se incluiría por ejemplo, la confidencialidad de los datos del cliente.
- Accesibilidad: facilidad para acceder y contactar a la empresa. Aquí se incluiría aspectos como si el proveedor del servicio

dispone de horarios adecuados para el cliente, estacionamiento e incluso si se facilita poder tratar con la persona de mayor carga en la organización.

- Comunicaciones: el proveedor de servicio mantiene a los clientes informados y además está dispuesto a escucharlos. En esta dimensión se incluiría por ejemplo, las quejas o reclamaciones de los clientes.
- Comprensión del cliente: esforzarse por conocer a los clientes y comprender sus necesidades.

Posteriormente, estos mismos investigadores consideraron resumir esas diez dimensiones iniciales en cinco, ya que se encontró una elevada similitud o correlación entre algunas de ellas. Concretamente la profesionalidad, cortesía, credibilidad y seguridad y se agruparon en una sola dimensión que se resumió como seguridad.

Por otra parte la accesibilidad, comunicación y comprensión del cliente se agruparon en la dimensión denominada empatía. De modo que las dimensiones resultantes son las siguientes:

- Tangibilidad: apariencias de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
- Fiabilidad: habilidad para prestar el servicio prometido de forma cuidadosa y fiable.
- Capacidad de respuesta: disposición y voluntad de los empleados para ayudar a los clientes y ofrecerles un servicio rápido.

- Seguridad: conocimientos y atención mostrados por el personal de contacto y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza en el cliente.
- Empatía: atención individualizada que el prestador del servicio ofrece a los clientes.

Sin embargo, autores como Cronin y Taylor (1992) consideran que no puede existir una universalidad de estas dimensiones, ya que estas tienen relación directa con el contexto analizado, lo cual hace necesario desarrollar metodologías de investigación cualitativa y cuantitativa que descubran las dimensiones particulares para cada contexto (Carman, 1990).

Lo que Cronin y Taylor expresan es que a pesar de que existan algunas dimensiones que pueden ser comunes y generales para una gran cantidad de productos y servicios, algunas de ellas sólo podrán aplicarse a un tipo de producto o servicio. Por lo que aún hoy en día sigue el debate acerca de la dimensionalidad de la calidad del servicio (Barroso, 2000). Si la empresa conoce cuales son esas dimensiones de calidad más valoradas por los clientes, podrá enfocar sus esfuerzos en esa dirección y mejorar el nivel de la calidad percibida por el cliente.

2.6.1 Dimensiones de la Calidad en los Servicios de Salud

Muchos autores han investigado las dimensiones de calidad para los servicios médicos. En principio, podríamos utilizar el enfoque de Donabedian (1980, 1988) y el enfoque de Gronroos (1989) para establecer cuáles serían las dimensiones de la calidad en los servicios de salud. Recordemos que el enfoque de Donabedian (1980, 1988) se refería a una calidad técnica. Esta calidad técnica se refiere a la exactitud del diagnóstico médico y al ajuste a las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados.

Donabedian (1980, 1988), divide la atención médica en tres elementos fundamentales: Estructura, Proceso y Resultado.

- 1) *Por Estructura* se define a los insumos concretos y cuantificables de edificaciones, equipamiento, medicamentos, insumos médicos, vehículos, personal, dinero y sistemas organizacionales. Todos ellos necesarios, pero no suficientes para brindar una adecuada calidad de atención. Denota atributos concretos, mensurables y a menudo visibles.
- 2) *Por Proceso* se entiende todo aquello que se realiza actualmente para que el paciente reciba una adecuada prestación. El proceso de atención podría decirse que es el elemento clave para asegurar la calidad. Asumiendo que exista un mínimo de condiciones adecuadas de medicamentos, equipo e insumos, un adecuado “proceso” de atención tiene una alta probabilidad de producir un resultado satisfactorio de la atención.

- 3) *Por Resultado* se entiende una adecuada culminación del proceso de atención al paciente, con el tiempo e insumos requeridos. Los resultados son medidos normalmente por indicadores de mortalidad y morbilidad y capacidad o discapacidad funcional producida por las enfermedades. Sin embargo, indicadores favorables pueden estar afectados por factores que no se encuentren directamente bajo el control de profesionales y trabajadores de la salud. Los factores culturales, viviendas con saneamiento básico y agua potable disponibles, dieta balanceada, medio ambiente, genética y otros, son condicionantes externos con directa relación a resultados adecuados y a una óptima calidad de vida y de salud. Por tanto, los éxitos de un adecuado proceso de atención no están ni clara ni unívocamente relacionados al accionar de los profesionales y trabajadores de la salud.

Sin embargo, Donabedian es cuidadoso al definir a los tres elementos anteriormente descritos no como “atributos” de una adecuada calidad de atención sino más bien, como enfoques que permiten adquirir información acerca de la presencia de atributos que constituyen o definen la calidad.

Interpretando a Gronroos (1984) se podría hablar de calidad funcional la cual se define como aquella relación interpersonal, de dos vías, existente entre el paciente y el profesional o trabajador de salud, que es a su vez el vehículo que permite que la calidad técnica pueda ser implementada de

manera eficiente, pero que es la más difícil de identificar y evaluar, es decir, la forma en que el servicio es prestado al usuario.

No es fácil establecer cuales son las dimensiones de la calidad en los servicios de salud, recordemos que varían en contenido y cantidad según los autores, el enfoque, la metodología, el tiempo y el tipo de institución donde se realiza el estudio, es decir, no existe un acuerdo sobre el número y la composición de las dimensiones de la calidad del servicio en el área de salud, no obstante, a pesar de que la generalidad de las dimensiones que propusieron Parasuraman A., Zeitaml, V. y Berry L (1985) se cuestiona, la mayoría de los resultados propuestos en esta área, parten de estas dimensiones de calidad.

Según Varo (1994) podemos integrar los distintos puntos de vista de los autores y establecer cuales serían las diferentes dimensiones de la asistencia sanitaria relacionadas con la calidad:

- a. Eficacia
- b. Eficiencia
- c. Seguridad
- d. Adecuación a la demanda
- e. Disponibilidad
- f. Accesibilidad
- g. Continuidad temporal y espacial (los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupciones).

A fin de obtener un servicio de calidad, se deben de reunir los elementos arriba señalados, esto necesita, además, un compromiso por parte de todos los agentes que hacen vida en la institución y de una buena infraestructura física. El siguiente cuadro muestra las distintas dimensiones de acuerdo a los autores revidados en la literatura:

Cuadro 1

Dimensiones de la Calidad

Parasuraman (1985, 1988) SERVQUAL	Coddington (1987)	Bowers (1994)	Jun (1998)	Dean (1999)	Wong (2002)
Bienes Tangibles. Confiabilidad. Sensibilidad. Aseguramiento. Empatía.	Empatía/Cuidado/Respeto y Cuidado Personal Médico Equipo y Tecnología Especialización/Equipos disponibles Resultados	Empatía Confiabilidad Urgencia en la prestación del servicio Comunicación Cuidado	Tangibles Cortesía Confiabilidad Comunicación Competencia Entendimiento del cliente Acceso Responsabilidad. Cuidado Resultados en los pacientes Colaboración	Seguridad Tangibilidad, Empatía, Fiabilidad, Capacidad de respuesta.	Capacidad de respuesta Seguridad.

Fuente: Elaboración Propia

2.7 Medición de la Calidad en los Servicios de Salud

Una de las aproximaciones de mayor uso para evaluar y medir la calidad del servicio en salud es la propuesta por Donabedian (1980, 1988) en el modelo estructura-proceso-resultado. En este esquema explicado

ampliamente en el punto anterior, la estructura se refiere a el conocimiento, la habilidad y a los recursos del proveedor de servicios para diagnosticar y tratar adecuadamente las condiciones de salud del paciente. El proceso se refiere al diagnostico y la aplicación apropiada de las intervenciones terapéuticas, mientras que los resultados evalúan si los recursos profesionales y técnicos producen los efectos que se esperan en términos de salud o bienestar en el paciente.

Desde esta óptica, la calidad de los servicios tiene un carácter técnico, y es evaluada y medida por los profesionales de la salud. Esta calidad técnica se queda corta a la hora de describir como los pacientes evalúan la calidad del servicio en el contexto de la salud. La inhabilidad de los pacientes para evaluar la calidad técnica de los servicios de salud hace necesario que su evaluación se fundamente en las relaciones interpersonales, el desempeño funcional del proveedor y los factores ambientales que rodean la prestación del servicio. Esta es la llamada calidad funcional producida y sentida por el paciente, siendo la variable más importante que incide en sus percepciones sobre calidad recibida.

Por lo tanto, la evaluación de la calidad del servicio debe realizarse aún a partir de criterios subjetivos, los cuales luego se pueden usar y trasladar a parámetros objetivos de desempeño. No importa si el paciente está en lo correcto o equivocado en su evaluación, lo realmente valido es como se siente y percibe la experiencia de servicio (Petersen, 1980), ya que su juicio sobre la calidad es lo único significativo.

2.7.1 Modelo de SERVQUAL

El modelo de SERVQUAL (Service Quality) por Parasuraman A., Zeithaml, V. y Berry L (1988), es una de las mayores contribuciones a la medición de la calidad funcional en un amplio rango de servicios, incluyendo los servicios de salud. Babakus, E. y Mangold W.G. (1992) encontraron que la escala SERVQUAL es válida y confiable para aplicarla en el ámbito hospitalario. El SERVQUAL es un instrumento, en forma de cuestionario, elaborado por Zeithaml, Parasuraman y Berry cuyo propósito es evaluar la calidad de servicio ofrecida por una organización a lo largo de cinco dimensiones (anteriormente explicadas):

1. Fiabilidad,
2. Capacidad de respuesta,
3. Seguridad,
4. Empatía y
5. Elementos tangibles.

Está constituido por una escala de respuesta múltiple diseñada para comprender las expectativas y percepciones de los usuarios respecto a un servicio. Permite evaluar, pero también es un instrumento de mejora y de comparación con otras organizaciones. En concreto, este modelo define la calidad de servicio como una función de la discrepancia entre las expectativas de los consumidores sobre el servicio que van a recibir y sus

percepciones sobre el servicio efectivamente prestado por la empresa. Según los autores, las variables que intervienen en la formación de las expectativas son cuatro: la comunicación boca-oído, la comunicación externa, las necesidades personales y la experiencia anterior del usuario (Ver Anexo A).

Originalmente el modelo contenía 10 dimensiones y 97 ítems, pero revisiones posteriores indicaron la necesidad de eliminar algunas dimensiones así como también varias preguntas quedando entonces un modelo con las cinco dimensiones descritas anteriormente con 22 ítems relacionados.

La versión final del modelo SERVQUAL consta de 2 secciones que son valoradas a través de una escala de likert de 7 puntos (1=totalmente en desacuerdo, 7= totalmente de acuerdo):

1. La primera parte contiene 22 ítems destinados a conocer las expectativas generales de los usuarios en relación al servicio.
2. La segunda parte también contiene 22 ítems destinados a conocer las percepciones de los usuarios en relación al servicio entregado.

De tal forma que para evaluar la calidad del servicio hay que calcular la diferencia que existe entre las puntuaciones que los usuarios asignan a las diferentes partes del modelo de SEVQUAL. Es decir:

$$\text{SERVQUAL} = \text{Puntuación de las Percepciones} - \text{Puntuación de las Expectativas.}$$

Además los autores decidieron agregar una tercera parte destinada a cuantificar las evaluaciones de los usuarios en relación a la importancia de las cinco dimensiones usadas en el modelo, usando para ello una escala de 100 puntos a distribuir entre las misma, con esto, se obtiene el modelo de SERVQUAL ponderado.

2.7.2 Modelo SERVPERF

Cronin y Taylor (1992 y 1994) proponen un modelo basado exclusivamente en el resultado, ya que según ellos, la conceptualización y la medición de la calidad basada en SERVQUAL eran inadecuadas y carecía de poco apoyo teórico. Este modelo se diferencia del SERVQUAL en que los autores no consideran a las expectativas una adecuada medida para calcular la calidad del servicio, para ellos un modelo basado en los resultados o las percepciones se sería una mejor alternativa para medir la calidad del servicio.

El modelo de SERVPERF en esencia es el mismo de SERVQUAL, sólo que se omite la primera parte relacionada a las expectativas de los usuarios, pero conserva la segunda parte que son las percepciones acerca del servicio recibido con sus correspondientes ítems relacionados, todo

esto a través de las mismas 5 dimensiones de calidad desarrolladas en el modelo SERVQUAL.

Para Cronin y Taylor (1992 y 1994) las expectativas no aportan información suplementaria a la ya contenida en la sección de percepciones en el modelo de SERVQUAL. Además, también consideran que las expectativas, por su naturaleza, siempre tendrán tendencia a alcanzar un valor elevado de por sí, y por tanto su consideración no resulta de mucha utilidad.

No existe un concepto ni modelo únicos de la calidad de servicio en el ámbito de la salud que se refleje en un estándar de aplicación general, existen tantos modelos como dimensiones de la calidad son establecidas por los diferentes autores. Aparece en la literatura, la sugerencia de revisar los atributos y dimensiones de calidad basadas en las propuestas por Parasuraman A., Zeitaml, V. y Berry L, (1988, 1985) con el objetivo de adaptarlos al espacio y al servicio particular al cual se aplica la escala.

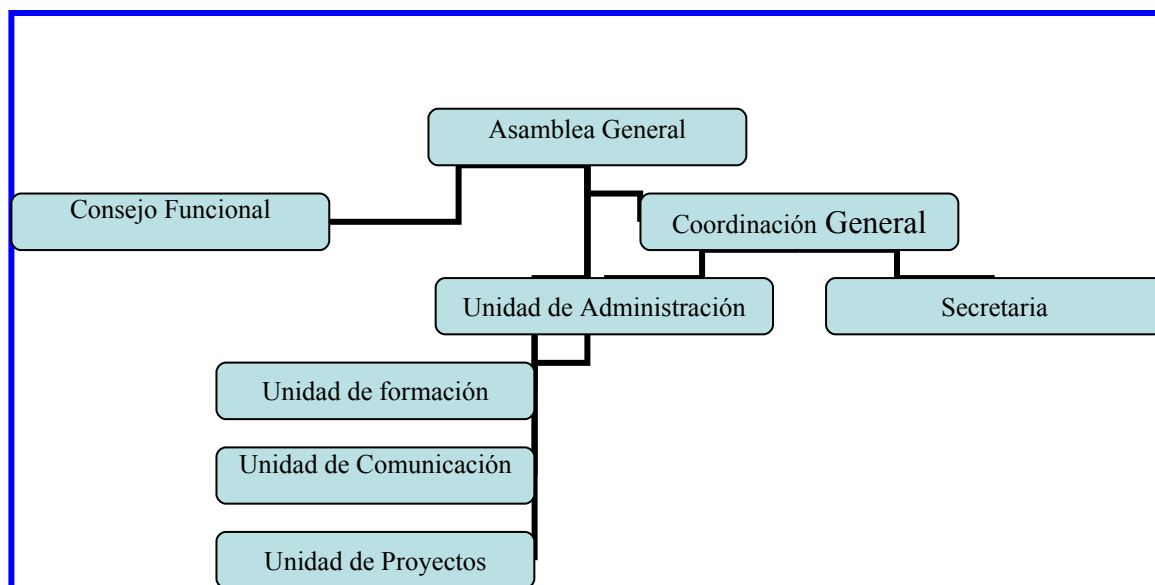
2.8 AVESSOC

La Asociación Venezolana de Servicios de Salud de Orientación Cristiana (AVESSOC) nace en el año 2001 con la finalidad de apoyar el

trabajo de diferentes organizaciones de iglesias con vocación ecuménica, que prestan servicios de prevención y atención en comunidades económica y socialmente vulnerables.

Figura 1

Organigrama AVESSOC



Fuente: AVESSOC (2010)

2.8.1 Reseña Histórica

La comisión de Salud de los Religiosos y Religiosas, tuvo que caminar durante 14 años. Durante ese tiempo, llegó a agrupar 14 centros de salud en Caracas y 4 ubicados en otras zonas del país. Uno de los anhelos de la Comisión de Salud había sido formar una Red Nacional con todos los centros y servicios de salud dirigidos por Congregaciones Religiosas que brindara el espacio para el abordaje integral de la salud del paciente.

En la búsqueda de hacer realidad este sueño, se contactó al Centro de Salud Santa Inés-UCAB quien tiene, entre sus objetivos fundamentales, la educación y la organización para la salud. Surgió entonces la alianza entre las dos instituciones. Para el mes de Marzo de 2001 se originaron las primeras jornadas de Centros de Salud dirigidos por Congregaciones Religiosas donde participaron 24 centros. Fruto de este evento nació AVESSOC. Entre las proyecciones a futuro se destaca la incorporación de Centros de Salud a nivel Nacional, que compartan nuestra misión y visión.

2.8.2 Misión de la AVESSOC

Somos una asociación de centros e instituciones de orientación cristiana, sin fines de lucro, que promueve la salud integral, principalmente a los más necesitados, brindando atención médica de calidad y fomentando estilos de vida saludables, aportando a la construcción de una sociedad solidaria.

2.8.3 Valores de la AVESSOC

- **Caridad:** nos impulsa a actuar desde la solidaridad, la confianza y la entrega, sobre todo a los más necesitados.

- **Responsabilidad:** nos anima a organizar nuestros servicios con criterios de excelencia y equidad, a partir del manejo honesto y transparente de recursos.
- **Unidad en la Diversidad:** partimos del reconocimiento y respeto del otro, promoviendo el diálogo para alcanzar acuerdos compartidos.
- **Esperanza:** nuestra fe en Cristo resucitado nos da la convicción de que la vida es impulsada por la fuerza del amor y que siempre triunfará sobre la muerte.

2.8.4 Visión de la AVESSOC

Animar esfuerzos para una sociedad que opte por la vida, como signo del Reino de Dios.

2.8.5 Actividades como Red

Desde AVESSOC nos esforzamos en fortalecer la Red de Centros de Salud, a través de programas de formación en cooperación con la UCAB Y apoya de la empresa privada.

- Fondo Solidario Diagnostica- en alianza con la empresa privada.
- Fondo Solidario Medicamentos- en alianza con Fundafarmacia.
- Referencia y contrarreferencia médica de pacientes entre los Centros De Salud Afiliados.
- Asambleas generales entre los Centros afiliados y visitas de acompañamiento periódica a los mismos.
- Formación en el área gerencial y administrativa de nuestros afiliados, en alianza con la Universidad Católica Andrea Bello.
- Asesoría legal y tributaria.
- Actividades en educación para la salud, en alianza con el Centro de Salud Santa Inés- UCAB.
- Fortalecimiento de las capacidades institucionales y mejoramiento del profesional del personal a través del uso de las nuevas tecnologías de la información: Proyecto Red Virtual AVESSOC en alianza con la Asociación Civil Centro Magis y el Centro para la aplicación de la informática UCAB.

2.8.6 Alcances de la Red

Actualmente:

- Treinta y cinco instituciones sin fines de lucro que brindan distintos niveles de atención.

- Ubicación en zonas económica y socialmente vulnerables del Distrito Capital con 20 centros afiliados y los Estados Miranda con 12, Vargas con 2 y Barinas con 1 centro afiliado (Ver Anexo B).
- Distintos servicios abiertos a toda persona independientemente de su religión, sexo, nacionalidad u orientación sexual, a costos accesibles.

Cuadro 2

Servicios Médicos y de Diagnóstico Ofrecidos

Servicios	Nº de Centros
Medicina General	13
Pediatría	21
Ginecología	20
Ginecología- Obstetricia	5
Medicina Interna	12
Laboratorio	11
Tomografía	3
Resonancia Magnética	1
Hospitalización Pediátrica	1
Unidad de Quimioterapia	1
Hospitalización	3
Medicina Alternativa	1

Fuente: AVESSOC (2010)

2.8.7 Fondo Solidario para la Salud

Su objetivo es apoyar económicamente con el 50% del costo de los exámenes de diagnóstico prescritos por un profesional de la medicina a personas de escasos recursos. Los casos son referidos al Fondo Solidario por centros de salud afiliados a la red AVESSOC o por centros del

sistema público de salud. Es un mecanismo de equidad de acceso a la atención médica para asegurar el derecho a la salud. En el año 2009 tuvo el patrocinio de la Fundación Mercantil y la Fundación Venezuela sin Límites. El programa brinda acceso a exámenes de laboratorio de diversa complejidad; así como, a estudios por imágenes, siendo los servicios más demandados: tomografía, resonancia magnética y ultrasonido.

Cuadro 3

Estadísticas Fondo Solidario

<i>Año</i>	<i>Nº de personas</i>	<i>Nº de estudios</i>	<i>Monto de la inversión Bs.F.</i>
2002	208	227	9.251.775,00
2003	971	1.351	67.885.350,00
2004	1.520	1.986	125.834.778,00
2005	1.291	1.752	132.528.113,00
2006	1.010	1.321	118.244.120,00
2007	1.275	1.591	159.708.476,00
2008	968	1.420	167.959.000,00

Fuente: AVESSOC (2010)

El total de personas atendidas es de 7.243 pacientes, el total de estudios es 9.648 estudios y el total de la inversión social es de Bs. 781.411.612,00 / Bs. F 781.412,00 hasta el año 2008.

2.8.8 Clasificación de los Centros por Servicio

Actualmente se encuentran afiliados 35 centros que prestan distintos servicios por nivel de atención.

Cuadro 4

Tipos de Centros de Salud por Nivel de Atención

Servicios	Número de centros
Atención Ambulatoria	21
Centros de referencia (consultas médicas especializadas y servicios de diagnóstico)	2
Clínica- Hospital	4
Sólo Odontología	4
Sólo Educación y Promoción de la Salud	3
Sólo Geriatria	1
Total	35

Fuente: AVESSOC (2010)

2.8.9 Antigüedad de los Centros Afiliados

Una tercera parte de las instituciones fueron fundadas en la década de los noventa. La institución de más larga data es el Hospital San José de Maiquetía de las Hermanitas de Los Pobres fundada en 1888. Posteriormente se fundan: Dispensario San Martín de Porres en 1919, Hospital Pediátrico San Juan de Dios en 1942 y A.C. Clínica Dispensario Padre Machado en 1947 (Ver Anexo C).

2.8.10 Fortalezas de los Centros Afiliados

1. Apoyo entre los centros: intercambio de recursos, conocimiento y experiencias.
2. Enfoque en calidad de atención al paciente.
3. Cercanía a los pacientes al estar los centros ubicados en comunidades social y económicamente vulnerables.
4. Recurso humano formado y en actualización permanente.
5. Infraestructura y equipos en buen estado y en constante y adecuado mantenimiento.
6. Generación de fuente de empleo en la comunidad.
7. Autonomía funcional y financiera de cada centro.

2.8.11 Debilidades de los Centros Afiliados

- Capital de trabajo restringido en cada centro, lo cual limita la contratación de recurso humano y la reinversión.
- Ausencia de mecanismos de referencia y contra-referencia en algunos centros afiliados.
- Falta capitalizar el potencial de la red como sistema de atención integral de servicios de salud.

2.8.12 Perfil del Afiliado

Instituciones sin fines de lucro, inspiradas en la fe cristiana, que prestan servicios en las modalidades de: ambulatorio, clínica u hospital, o mediante programas preventivos o de promoción de la salud en zonas económica y socialmente vulnerables.

2.8.13 Perfil del Usuario

El 63% de los usuarios de los centros afiliados a la AVESSOC son de bajo recursos, un 27% son de bajo recursos/clase media, y un 3% de clase media. Debido a que la mayoría de los usuarios de estos centros son de bajo recursos al menos 14 centros exoneran a pacientes que tienen precariedad económica, dada la inspiración cristiana que los anima.

Los costos de estas exoneraciones en la mayoría de los casos los asumen los centros a través de la figura de un “Fondo de Apoyo” para imputar estos costos, la otra parte por medio de convenios con entes del Estado o empresa privada.

2.8.14 Objetivos de la Red

Se identificaron 8 objetivos que son comunes entre los centros estudiados:

- Fortalecer las capacidades institucionales de los asociados.
- Consolidar a AVESSOC como red de instituciones de salud de orientación cristiana en Venezuela.
- Fomentar la actualización de los asociados en los avances de la Medicina.

- Brindar atención integral de prevención y atención primaria a los habitantes de las comunidades cercanas así como el seguimiento de las políticas públicas en salud.
- Garantizar calidad de atención.
- Generar la estructura para garantizar la continuidad y viabilidad de las instituciones.
- Promover estilos de vida saludables.
- Evangelizar desde la salud.

Los competidores de estos centros afiliados a la AVESSOC son los módulos de la Misión Barrio Adentro constituidos por consultorios populares, puntos de consulta y clínicas oftalmológicas y los Centros Médicos de Diagnóstico Integral (CDI) servicios que incluyen: terapia intensiva, apoyo vital, electrocardiograma con servicio de urgencia de cardiología, consultas, otras urgencias médicas, oftalmología clínica, laboratorio clínico, ultrasonido, endoscopia, Rayos X, análisis por Sistema Ultramicroanalítico (SUMA) y servicios de observación a pacientes. Uno de cada cuatro CDI cuenta con salón de operaciones para servicios de cirugía (CDIQx). Ambos (CDI y Módulos de Barrio Adentro I) son gratuitos siendo los CDI los centros que poseen una tecnología y una capacidad de atención similar a la mayoría de los centros afiliados a la AVESSOC. Los módulos de Barrio Adentro carecen de esta tecnología y capacidad de atención y un gran número de ellos ha dejado de funcionar. Son dos centros que al ser iniciativas del

gobierno central cuentan con una gran promoción de sus servicios mediante medios impresos, televisión, radio y otros.

La principal fortaleza con la que cuentan los módulos de Barrios Adentro y los CDI es el apoyo y promoción por parte del gobierno central, y su principal debilidad es la imagen.

2.9 Bases Legales para la Investigación

En este punto se incluyen todas las referencias legales que soportan el tema de investigación.

2.9.1 Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela

Artículo 83.- La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

2.9.2 Código de Deontología Médica

TITULO II
Capítulo Primero
Deberes Generales de los Médicos

Artículo 1.- El respecto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud como componentes del bienestar social, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del médico.

Artículo 3.- En el ejercicio de sus obligaciones profesionales, el médico no hará distinción por razones de religión nacionalidad o raza, ni por adhesión a partido o posición social

2.9.3 Ley del Ejercicio de la Medicina

CAPITULO IV
De los Deberes Generales de los Médicos

Artículo 24.- La conducta del médico se regirá siempre por normas de probidad, justicia y dignidad. El respeto a la vida y a la persona humana constituirá, en toda circunstancia, el deber principal del médico; por tanto, asistirá a sus pacientes atendiendo sólo a las exigencias de su salud, cualesquiera que sean las ideas religiosas o políticas y la situación social y económica de ellos.

2.9.4 Ley Orgánica de Salud

Título I. Disposiciones Preliminares

Artículo 1.- Esta Ley regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de conformidad y de gratuidad, este último en los términos establecidos en la Constitución de la República. Regulará igualmente los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la prestación de dichos servicios, las actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, y la relación entre los establecimientos de atención médica de carácter privado y los servicios públicos de salud contemplados en esta Ley.

Artículo 3.- Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.

Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través

de aportes voluntarios.

Principio de Complementariedad: Los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos.

Principio de Coordinación: Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.

Principio 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.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Al momento de decidir el tipo de trabajo a realizar es conveniente tomar en consideración los objetivos planteados para determinar éste capítulo, según Tamayo (2001), la metodología es un procedimiento general para lograr de manera precisa el objetivo de la investigación, por lo cual nos presenta los métodos y técnicas para la realización de la investigación.

La finalidad de éste capítulo es describir los aspectos metodológicos utilizados para el desarrollo de la investigación y detallar aquellos aspectos relacionados con la metodología que se ha seleccionado relacionados al “cómo” de la investigación, entre estos se señalan el tipo y diseño de la investigación, población y muestra, instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento.

3.1 Tipo y Diseño de la Investigación

El tipo de investigación desarrollada es de Campo y Descriptiva. Es de Campo porque es el mismo objeto de estudio el que sirve como fuente de información para el investigador. La investigación de Campo consiste en la observación, directa y en vivo de cosas, comportamiento de personas, circunstancia en que ocurren ciertos hechos; por ese motivo la naturaleza de las fuentes determina la manera de obtener los datos. (Cázares, Christen, Jaramillo, Villaseñor y Zamudio, 2000). Es una investigación de tipo descriptiva ya que comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o procesos de los fenómenos (Tamayo, 2001). De acuerdo a Best (1970) el enfoque se hace

sobre conclusiones dominantes o sobre cómo una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente.

Por otra parte, el diseño de la investigación es No Experimental, transeccional y descriptivo. Según Las Normas para la Elaboración, Presentación y Evaluación de los Trabajos de Grado de la Universidad Santa Maria (2000) “el diseño No Experimental es aquel en el que la acción de las variables ya se dio en la realidad, el investigador no intervino en ello; se trata entonces de observar variables y relaciones entre éstas en su contexto natural, el investigador toma los datos de la realidad” (p.55).

Es transeccional porque las observaciones se realizan en un único momento en el tiempo, y por último es descriptivo porque indaga la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables.

3.2 Población

De acuerdo a Las Normas para la Elaboración, Presentación y Evaluación de los Trabajos de Grado de la Universidad Santa Maria (2000) “la población la constituye el objeto de la investigación, es el centro de la misma y de ella se extraerá la información requerida para su respectivo estudio” (p.47).

La población en esta investigación viene dada por todos los usuarios externos (pacientes y familiares) que asistieron a cada uno de los centros de salud afiliados a la AVESSOC mayores de 18 años y de ambos sexos durante el período comprendido entre los meses Julio, Agosto y Septiembre del 2012.

3.3. Muestra

Cuando no es posible medir cada uno de los individuos de una población, se toma una muestra representativa de la misma. Según Tamayo (2001), la muestra es una parte reducida del todo, de la cual nos servimos para describir las principales características de aquél. Es decir, la muestra es una parte de la población, o sea, un número de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo. Se obtiene con la finalidad de investigar, a partir del conocimiento de sus características particulares, las propiedades de la población.

El problema que se puede presentar es garantizar que la muestra sea representativa de la población, que sea lo más precisa y al mismo tiempo contenga el mínimo de sesgo posible. El tamaño de muestra se estimó utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2}{4 * E^2}$$

Donde:

n= *tamaño de la muestra representativa que deseamos obtener*

Z= *Valor crítico correspondiente al nivel de confianza elegido*

E= *Margen de error permitido*

Se consideró un nivel de confianza de 96% con un error del 10%, por lo que:

$$Z = 2$$

$$E = 10 \%$$

Sustituyendo en la formula se obtiene:

A)

$$n = \frac{2^2}{4 * (0,1)^2}$$

B)

$$n = \frac{4}{0,04} = 100$$

El tamaño mínimo de la muestra a utilizar será de 100. En esta investigación se logró una muestra de 199 usuarios divididos de la siguiente forma:

1. **Centro de Salud Santa Inés (Centro de Referencia):** con un total de 60 encuestados, ubicado en Montalbán, ofrece consultas y atención en 22 especialidades, entre las cuales están: cardiología,

odontología, dermatología, ginecología, pediatría, laboratorio, fisiatría, endocrinología, traumatología, etc. Cuenta con farmacia y servicios de imaginología (rayos x, tomografía, ultrasonido) (Ver Anexo D). Su **Visión:** *“Somos una institución de excelencia, líder en el área de prestación, educación, organización e investigación en salud, para los sectores más necesitados de la sociedad Venezolana”*. Su **Misión:** *“Promover calidad de vida, a través del diseño, ejecución y evaluación permanente de un modelo de salud integral, de servicio público y gestión privada, de alta calidad y sin fines de lucro”*.

2. **Dispensario San Martín de Porres (Centro Ambulatorio):** con un total de 76 encuestados, ubicado en Las Mayas, el dispensario cuenta con servicios ambulatorios de Medicina General, Ginecología, Laboratorio, Odontología y Reflexoterapia (Ver Anexos E-1 y E-2). Su **Misión:** *“Brindar educación y salud a los más necesitados orientándolos a través del apoyo espiritual”*.

3. **Hospital San José de Maiquetía (Centro Hospitalario):** con un total de 63 encuestados en total, este centro ubicado en La Guaira cuenta con los siguientes servicios: Cardiología, Cirugía general, Cirugía infantil, Cirugía oncológica, Cirugía plástica, Gastroenterología, Gineco –obstetricia, Ginecología, Hematología, Medicina interna, Nefrología, Neumonología, Nutrición, Oftalmología, Pediatría, Psiquiatría, Traumatología, Urología, Densitometría ósea, Ecosonograma, Electrocardiograma,

Endoscopia, Laboratorio, Mamografía, Tomografía, Emergencia Farmacia, Hospitalización, Nebulización, Terapia intensiva, Vacunación (Ver Anexo F). Su **Misión:** *“Promover servicios de salud integrales, curativos y preventivos, que estén al alcance de los sectores más pobres modelando la asistencia a los enfermos, en la fidelidad y el carisma de nuestros fundadores procurando así la máxima gloria de Dios y la mayor suma de bienestar posible”*

Estos tres centros afiliados fueron escogidos debido al nivel de atención que prestan cada uno.

3.3.1 Criterios de Selección de la Muestra.

- **Criterios de Inclusión:** todos los usuarios que soliciten el servicio salud, sin distinción de raza, religión, procedencia, sexo, etc. y que además sean mayores de 18 años, que hayan recibido atención en el período comprendido de la realización del estudio o a la persona que en ese momento acompañe a alguien que no pueda darnos la información requerida.
- **Criterios de Exclusión:** el único criterio de exclusión es que no deben participar en brindar información, aquel grupo de edad comprendido entre cinco y 17 años, debido a que al hacerle la entrevista, estos niños y adolescentes se inhiben con facilidad, les da temor contestar, son dependiente en cuanto a la opinión que manifiesten de la persona que se hacen acompañar.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para reunir la información destinada a la evaluación de la calidad por parte del usuario externo que asiste a los distintos centros afiliados a la AVESOC se utilizó un cuestionario escrito el cual constaba de 3 partes: la primera parte contentiva de preguntas relacionadas a información general sobre el encuestado, una segunda parte encargada de evaluar la percepción de la calidad del servicio de los distintos centros y por último las opiniones de los usuarios externos.

Se utilizó una modificación del modelo propuesto por Parasuraman A., Zeithaml, V. y Berry L (1985) el cual emplea 5 factores o dimensiones para evaluar la calidad del servicio en cualquier tipo de organización, institución o asociación que ofrezca cualquier clase de servicios (Ver cuadro 5).

Se seleccionó este modelo porque es uno de los más estudiados y aceptados, la modificación que se realizó se basa en disminuir el número de ítems, es decir, este es un modelo (SERVQUAL) que mide la diferencia entre las expectativas y las percepciones de los usuarios, originalmente el modelo constaba de dos partes de 22 ítems cada una: 22 ítems diseñados para medir expectativas y 22 ítems diseñados para medir percepciones, pero investigadores como Cronin y Taylor (1992 y 1994) han realizado una modificación, estos investigadores consideran que desarrollar un cuestionario en donde se mide expectativas y percepciones era inadecuado para evaluar la calidad del servicio. Afirman que un

modelo basado en las percepciones o el resultado podría ser una mejor alternativa para medir la calidad de los servicios (Modelo SERVPERF), excluyendo de esta forma, el concepto de expectativas plasmado en el cuestionario de SERVQUAL.

Cuadro 5

Dimensiones a Evaluar

Dimensión	Ítems relacionados	Cantidad de ítems relacionados
Elementos tangibles	6,7,8,9,10	5
Capacidad de respuesta	11,12,13,14,15	5
Empatía	21,22,23,24	4
Seguridad	25,26,27,28	4
Fiabilidad	16,17,18,19,20	5
Satisfacción general	29,20,31	3

Fuente: Elaboración propia

Las preguntas se presentan como una afirmación descriptiva acompañada con una escala de tipo Likert de seis puntos. Ésta escala de Likert mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares. Se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem. La escala se construye en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa acerca de un estímulo o referente. Cada ítem esta estructurado con seis alternativas de respuesta:

- 1. Completamente en desacuerdo.*
- 2. En desacuerdo.*
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.*
- 4 De acuerdo.*
- 5. Completamente de acuerdo.*
- 0. No aplica.*

La ventaja de utilizar el formato tipo Likert viene reflejada por la variabilidad de las puntuaciones resultantes de la escala. Con la dimensión de calidad expresada en el cuestionario se le permite a los usuarios que expresen el grado de su opinión sobre el servicio o producto que recibieron en lugar de restringirlos a una respuesta (Hayes, 2000).

Según Tamayo (2001), “el cuestionario es un instrumento formado por una serie de preguntas que se contestan por escrito a fin de obtener la información necesaria para la realización de una investigación” (p. 310). Es una técnica ampliamente aplicada en la investigación de carácter cualitativa. En su construcción pueden considerarse preguntas cerradas, semicerradas, abiertas o mixtas.

3.4.1 Elaboración del Cuestionario

Al momento de elaborar el cuestionario es conveniente que el investigador reflexione sobre aspectos tales como los siguientes: tipo de preguntas a ser utilizadas (cerradas, abiertas, mixtas), cuántas preguntas utilizar por dimensión o variable, si habrá o no precodificación de las

variables. También se deben tomar en cuenta las características que presentan las preguntas de un buen cuestionario. Al respecto, Hernández (1991) ha sugerido las siguientes:

1. **Las preguntas deben ser claras y comprensibles:** En este sentido, se debe evitar utilizar términos confusos o ambiguos en la redacción.
2. **Las preguntas no deben incomodar al respondiente:** Las preguntas acerca de temas tales como la edad o preferencias sexuales entre otros, por lo general tienden a incomodar al sujeto cuando se le formulan, lo cual podría llevar a que el individuo evite la respuesta o que responda de acuerdo con su mejor conveniencia, en lugar de emitir una respuesta sincera. En consecuencia, es necesario indagar sobre estos temas de manera indirecta y sutil.
3. **Las preguntas deben referirse a un sólo aspecto o asunto:** Ya que puede resultar confuso para el respondiente.
4. **Las preguntas no deben inducir las respuestas:** Cuando se diseña un cuestionario se deben evitar aquellas preguntas tendenciosas.
5. **Las preguntas no deben apoyarse en instituciones, ideas respaldadas socialmente ni en evidencia comprobada.**
6. **El orden fijo de las alternativas de respuesta puede favorecer determinadas opciones:** Por ejemplo, en el caso de los

instrumentos en los que los valores escalares están siempre colocados en el mismo orden.

7. El lenguaje debe ser apropiado al nivel de los respondientes:

En este sentido, se debe tomar en cuenta variables tales como la edad, el nivel educativo, el estrato socioeconómico, entre otras, ya que las mismas harán variar la modalidad y estilo en la formulación de las preguntas. Por lo tanto, si hemos seleccionado una muestra heterogénea en cuanto a las variables ya señaladas, sería conveniente utilizar un lenguaje que pueda ser accesible a todos los sujetos integrantes de la muestra.

El instrumento posee 26 afirmaciones destinadas a evaluar la percepción de la calidad del servicio recibido, 5 preguntas sobre información general y una última parte donde se recogen las opiniones de los usuarios (Ver Anexo G). Todo el instrumento fue desarrollado con asesoría de expertos, en principio se elaboró un instrumento con 46 ítems, para luego descartarse aquellos que no reflejaban la naturaleza de esta investigación y aquellos que eran similares.

Para sistematizar la opinión de los Cooperantes-Benefactores acerca de la labor que lleva a cabo la AVESSOC, se realizaron entrevistas a los principales Cooperantes de la AVESSOC para de esta forma recoger sus impresiones y poder desarrollar un plan estratégico que abarque a toda la red, este cuestionario consta de 7 preguntas abiertas (Ver Anexo H). Se realizaron 5 entrevistas durante el mes de Agosto de 2012.

Se logró entrevistar a cinco personas: ***Padre Luis Ugalde*** ex-rector de la Universidad Católica Andrés Bello, ***Bernardo Guinand*** Gerente General del Centro de Salud Santa Inés y del Parque Social UCAB, ***María Matilde Zubillaga*** Coordinadora General de AVESOC, ***Hermana Teotiste Fernández***: Directora del Hospital San José de Maiquetía y la ***Hermana Nieves Báez*** directora del dispensario San Martín de Porres.

3.5 Validez y Confiabilidad del Instrumento

La validez se refiere al grado en que un instrumento puede medir las variables que el investigador desea medir y la Confiabilidad al grado de congruencia con que se miden las variables.

La validez del cuestionario se determinó a través de entrevistas a expertos, la cual consistió en entregar la encuesta y el instrumento de validación a 3 expertos en el área de estudio, quienes validaron el mismo a través de una escala que va de 1 a 3, donde ***3= dejar, 2= modificar y 1= eliminar***. Se evaluaron aspectos tales como: presentación, calidad de la redacción, relevancia, factibilidad de aplicación y sugerencias para posibles cambios de ítems (Ver Cuadro 6).

Cuadro 6

Instrumento de Validación

Item	Dimensión	Calidad de la redacción	Relevancia del contenido	Factibilidad de aplicación	Orden de las preguntas
------	-----------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	------------------------

21,22,23,24	Empatía.				
25,26,27,28	Seguridad.				
6,7,8,9,10	Elementos tangibles.				
29,20,31	Satisfacción general.				
16,17,18,19,20	Fiabilidad.				
11,12,13,14,15	Capacidad de respuesta.				

Fuente: Elaboración propia

Una vez que se realizaron las correcciones sugeridas por los expertos, se procedió a aplicar una prueba piloto a 17 usuarios que asistieron a un centro de salud en el Distrito Capital, que no formaron parte de la muestra proveniente de la población objeto de estudio y que reúnen características comunes puesto que son usuarios externos. Las primeras 5 preguntas del cuestionario se relacionan con información básica del encuestado, el cuestionario en sí comienza a partir de la pregunta número 6. Los expertos seleccionados para la validación de la encuesta fueron:

- **Vincenzo Ruggiero:** Licenciado en Educación y profesor de la cátedra de Investigación de Mercados en el postgrado de Administración de Empresas en la UCAB.
- **Alberto Rodríguez:** Sociólogo y profesor de la cátedra de Seminario de Investigación I y II de la UCAB.

- **Gustavo Peña:** Psicólogo y director del Centro de Investigación y Evaluación Institucional de la UCAB.

Para determinar la Confiabilidad se procedió a aplicar otra prueba piloto a 15 usuarios que asistieron a un centro de salud en el Distrito Capital, que no formaron parte de la muestra proveniente de la población objeto de estudio y que reúnen características comunes puesto que son usuarios externos. Se tabularon los resultados de la prueba piloto y se aplicó el Coeficiente Alfa de Cronbach (α) utilizando el programa estadístico SPSS 17.0. Se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. Entre más cerca de 1 está (α), más alto es el grado de confiabilidad.

La prueba arrojó un Coeficiente Alfa de Cronbach (α) de 0,91 lo cual expresa que el instrumento es confiable. En el cuadro 7 se presenta la encuesta final en donde se coloca el Coeficiente Alfa de Cronbach (α) resultante si se eliminara determinada pregunta. Se puede observar que el (α) no varía de manera significativa por lo que se decidió mantener el cuestionario en su totalidad.

Cuadro 7

Confiabilidad del Instrumento

	Media de la	Varianza de	Alfa de
--	-------------	-------------	---------

	escala si se elimina el elemento	la escala si se elimina el elemento	Cronbach si se elimina el elemento
El centro dispone de los insumos y equipos necesarios.	104,8571	182,143	,906
Las distintas áreas del centro (pasillos, consultorios, sala de espera, baños) están limpias y en orden.	105,0000	184,000	,907
La vestimenta del personal (médicos, enfermeras) es pulcra.	104,7143	190,238	,910
La ventilación en las instalaciones es adecuada.	104,7143	190,238	,910
El centro posee el adecuado material de comunicación, como por ejemplo carteleras de información y folletos.	104,5714	193,619	,911
El tiempo de espera para ser atendido es lo que esperaba.	105,1429	185,810	,907
El personal médico empleó todo el tiempo necesario en la consulta	105,1429	167,143	,909
Los médicos siempre están dispuestos a responder todas mis preguntas.	104,5714	192,286	,910
Los médicos solucionan mis problemas cada vez que acudo a ellos.	104,5714	192,286	,910
Los servicios que promete el centro están siempre disponibles.	104,5714	192,286	,910
El personal médico demuestra interés en resolver mi situación.	104,5714	192,286	,910
Los médicos se esfuerzan en no cometer errores.	104,7143	195,905	,912
Se cumple con el plazo prometido para la entrega de informes y resultados médicos.	104,5714	192,286	,910
Los servicios que ofrece el centro, funcionan en horarios convenientes.	104,5714	193,619	,911
El médico me atendió con rapidez	105,7143	186,238	,920
Atienden mis quejas o reclamaciones.	104,4286	191,619	,909

Cuadro 7 (Cont.)

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
En el centro entienden claramente mis necesidades.	105,0000	191,333	,912
El médico me informó y			

explicó acerca de los procedimientos antes de ser realizados.	105,7143	182,238	,920
Me informaron todo sobre mi estado de salud (tratamiento, complicaciones).	105,4286	180,286	,907
Me he sentido cómodo para poder contarle con confianza cualquier cosa.	105,1429	187,810	,913
La habilidad, conocimientos y experiencia del médico cumplieron con mis expectativas.	104,8571	190,810	,910
El personal (médicos y enfermeras) son amables y me tratan con respeto.	105,2857	183,905	,909
El personal (médicos y enfermeras) son amables y me tratan con respeto.	105,1429	185,810	,907
Si tuviera algún problema de salud, asistiría nuevamente a este centro.	105,2857	183,905	,909
Le recomendaría a algún familiar o conocido este centro médico.	105,1429	185,810	,907
Estoy satisfecho con el tratamiento recibido	105,1429	182,143	,908

Fuente: Elaboración Propia

3.6 Procesamiento de la Información

La información que se obtuvo de las encuestas se almaceno para su posterior análisis usando el programa estadístico SPSS 17.0. Se desarrollaron Cuadros y Gráficas para establecer el perfil de los usuarios, se realizó análisis de frecuencia de cada una de las preguntas

relacionadas a las 6 dimensiones de calidad así como el Coeficiente de Correlación de Pearson.

3.7 Sistema de Variables

Las variables representan a los elementos, factores o términos que pueden asumir diferentes valores cada vez que son examinados, o que reflejan distintas manifestaciones según sea el contexto en el que se presenten. Constituyen el centro del estudio y se presentan incorporadas en los objetivos específicos.

3.7.1 Definición Conceptual

Cuadro 8

Identificación y Operacionalización de las Variables

Objetivo Especifico	Variable	Definición Conceptual
Realizar una medición de la percepción de la calidad del servicio prestado por los centros de salud afiliados a la AVESOC desde la perspectiva del usuario externo.	Calidad del servicio prestado por los centros de salud afiliados a la AVESOC desde la perspectiva del usuario externo.	Resultado de las percepciones de los usuario con respecto al servicio recibido, es decir, entre lo que realmente recibe él o percibe que recibe.

Fuente: Elaboración Propia

3.7.2 Definición Operacional

Cuadro 9

Operacionalización de la Variable

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems
----------	-----------	-----------	-------

Calidad del servicio prestado por los centros de salud afiliados a la AVESSOC desde la perspectiva del usuario externo.	Elementos Tangibles	-Decoración y tamaño de los centros de salud. - Equipos. -Aspecto del personal. -Material de comunicación.	6,7,8,9,10
	Fiabilidad	-Confianza -Seguridad -Puntualidad. -Atención esmerada	16,17,18,19,20
	Capacidad de Respuesta	-Rapidez. -Compromiso. -Accesibilidad.	11,12,13,14,15
	Seguridad	-Confianza percibida. -Trato amable y respetuoso por parte del personal. -Conocimiento. -Confidencialidad.	25,26,27,28
	Satisfacción General	-Recomendaciones. -Calificación del Centro.	29,20,31

Cuadro 9 (Cont.)

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems
Calidad del servicio prestado por los centros de salud		-Horarios convenientes. -Facilidad de acceso.	

afiliados a la AVESSOC desde la perspectiva del usuario externo.	Empatía	-Atención de las necesidades de los pacientes.	21,22,23,24
---	---------	--	-------------

Fuente: Elaboración Propia

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La presentación de los resultados, luego de realizadas las encuestas para evaluar la percepción de la calidad de los centros de salud afiliados a la AVESOC desde la perspectiva del usuario externo se hizo de forma general para luego presentar el análisis de cada uno de los tres (3) centros por separado. El análisis de los datos se sometió a procedimientos estadísticos que permitieron definir y formular de manera lógica y expresa, los conocimientos y resultados de los estudios.

4.1 Resultados Generales Obtenidos

A continuación se presentarán y analizarán los resultados generales obtenidos con la ayuda de Cuadros y Gráficos.

4.1.1 Información General de los Usuarios

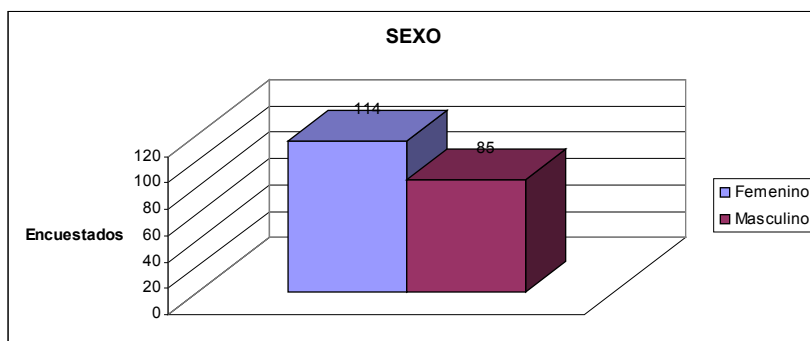
Esta parte de la encuesta tenía como propósito indagar en factores como la edad, sexo y nivel de instrucción de los encuestados. Los resultados fueron los siguientes:

En el Gráfico 1 se puede apreciar que de un total de 199 usuarios encuestados, las mujeres con el 57,3% (114 encuestadas) son los principales usuarios de estos centros de salud contra un 42,7% (85 encuestados) de sexo masculino, este resultado podría explicarse en algunos casos, por los programas y jornadas que llevan a cabo los centros con el apoyo de la empresa privada y que están orientados a la salud de

la mujer. Además, son las madres que en su mayoría acompañan a sus hijos a las diferentes consultas.

Gráfico 1

Sexo de los Usuarios

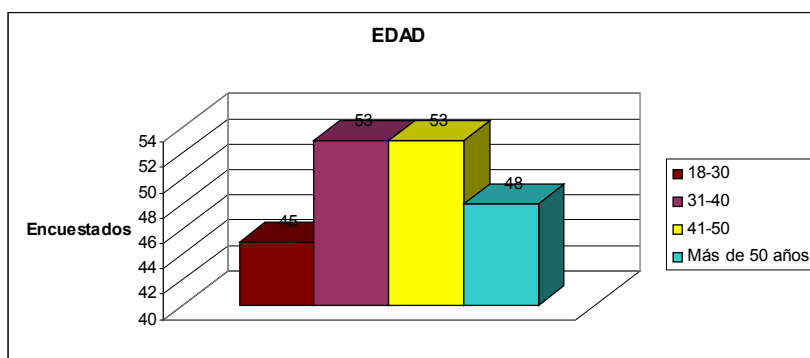


Fuente: Elaboración Propia

Las personas con edades entre los 31 y 50 años son los que más acuden a estos centros lo cual representa un 53,3% combinado (106 encuestados) sin embargo, las personas mayores de 50 años acuden en gran volumen a estos centros con un 24,1% (48 encuestados) y en un menor volumen los usuarios entre 18-30 años con el 26,3% (45 encuestados) (Ver Gráfico 2).

Gráfico 2

Edad de los Usuarios



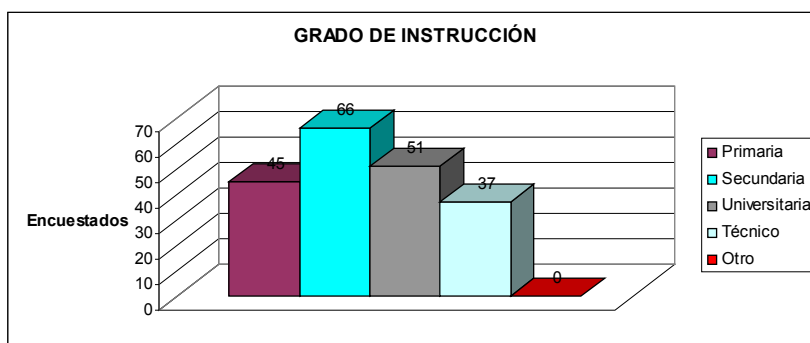
Fuente: Elaboración Propia

Las encuestas reflejan que los usuarios de estos centros poseen un grado de instrucción Secundaria con el 33,2% (66 encuestados) seguido de la Universitaria con un 25,6% (51 encuestados), esto se podría explicar por la cercanía de algunos centros de salud con instituciones educativas (Colegios, Institutos, Universidades) alrededor de la Gran Caracas, un 22,6% (45 encuestados) posee instrucción Primaria y un 18,6% (37 encuestados) expresó poseer un grado Técnico de Instrucción (Ver Gráfico 3).

Además, el 24,1% (48 encuestados) indicó haber llegado al centro a través de algún familiar, un 22,1% (44 encuestados) lo hizo por medio de la publicidad, un 20,6% (41 encuestados) fue referido por algún amigo y un 18,1% (36 encuestados) fue referido por médicos (Ver Gráfico 4).

Gráfico 3

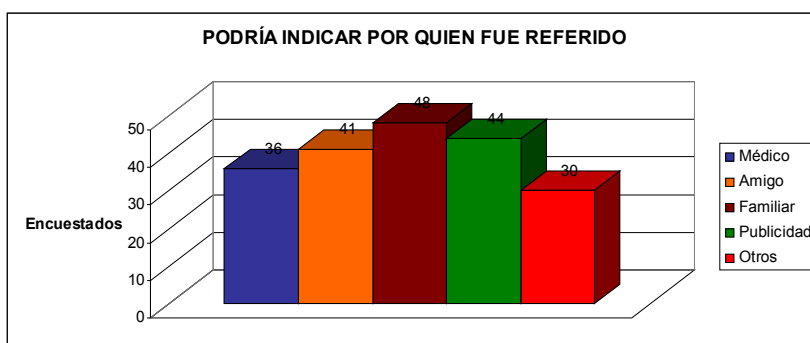
Grado de Instrucción de los Usuarios



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 4

Por Quién Fue Referido



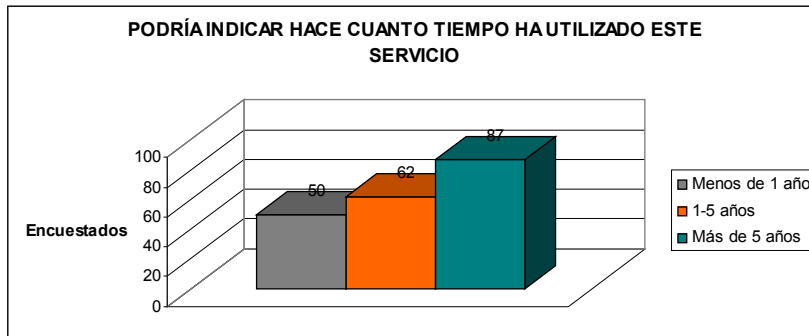
Fuente: Elaboración Propia

Por último, el 43,7% de los encuestados (87 usuarios) afirman utilizar los centros desde hace más de 5 años, un 31,2% (62 usuarios) desde 1-5 años y un 25,1% (50 usuarios) menos de 1 año. Este resultado muestra lo que se esperaba, ya que la mayoría de estos centros están ubicados en zonas

populares desde hace muchos años y los usuarios son leales a este tipo de servicios (Ver Gráfico 5).

Gráfico 5

Tiempo de Uso del Servicio



Fuente: Elaboración Propia

4.1.2 Resultados Generales de la Encuesta Calidad de Servicio

El análisis de los resultados se realizó siguiendo los parámetros de la estadística descriptiva. Para este proceso de tabulación se utilizó Excel y el programa SPSS Statistics 17.0 lo cual permitió procesar en forma automatizada el cálculo de las medias y desviaciones típicas, análisis de frecuencias y el Coeficiente de Correlación de Pearson para determinar el grado de relación existente entre las dimensiones seleccionadas para definir calidad.

Para el análisis descriptivo se diseñaron cuadros en donde se muestran las frecuencias (Fc.) con sus respectivos porcentajes (%), medias aritméticas ($\bar{x}$), desviaciones estándar (S) así como la calificación a cada una de las afirmaciones de acuerdo a su media. La escala de esta calificación es la siguiente: **1= Calidad Muy Baja, 2= Calidad Baja, 3= Calidad Moderadamente Alta, 4= Calidad Alta y 5= Calidad Muy Alta.**

A continuación los resultados obtenidos para cada una de las dimensiones:

Cuadro 10

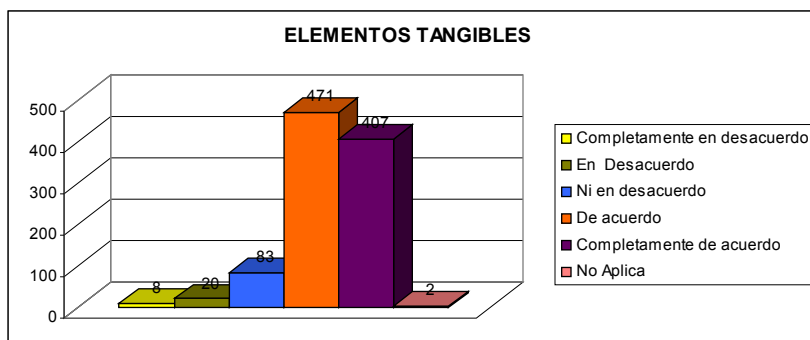
Análisis de la Dimensión Elementos Tangibles

Afirmación	Completamente en desacuerdo		En Desacuerdo		Ni en desacuerdo/Ni de acuerdo/		De acuerdo		Completamente de acuerdo		No Aplica		Media	Desv. Típica	Calidad
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)				
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	$\bar{x}$	S	
El centro dispone de los insumos y equipos necesarios.	—	—	15	7,5	33	16,6	90	45,2	57	28,6	4	2,0	3,89	1,0 3	Moderadamente Alta
Las distintas áreas del centro (pasillos, consultorios, sala de espera, baños) están limpias y en orden.	2	1,0	—	—	16	8,0	96	48,2	85	42,7	—	—	4,32	0,7 1	Alta
La vestimenta del personal (médicos, enfermeras) es pulcra.	2	1,0	—	—	6	3,0	88	44,2	103	51,8	—	—	4,46	0,6 6	Alta
La ventilación en las instalaciones es adecuada.	2	1,0	3	1,5	16	8,0	103	51,8	73	36,7	2	1,0	4,19	0,8 5	Alta
El centro posee el adecuado material de comunicación, como por ejemplo carteleros de información y folletos.	2	1,0	2	1,0	12	6,0	94	47,2	89	44,7	—	—	4,34	0,7 3	Alta

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 6

Análisis Elementos Tangibles



Fuente: Elaboración Propia

En el Cuadro 10 se aprecian los resultados obtenidos para las cinco preguntas que conforman esta dimensión. Estos resultados muestran que los usuarios perciben a los Elementos Tangibles como de alta calidad ($\bar{x} = 4,24$.) El valor más bajo lo tiene la pregunta: **“El centro dispone de los insumos y equipos necesarios”** ($\bar{x} = 3,89$) con una percepción moderadamente alta y el valor más alto lo tiene la pregunta: **“La vestimenta del personal (médicos, enfermeras) es pulcra”**. ($\bar{x} = 4,46$) con una percepción alta de su calidad. Estos resultados muestran la diversidad de centros afiliados, un alto número de los centros son dispensarios y, aunque el usuario les da una buena valoración en cuanto a su calidad, éste (el usuario) siente que carecen de equipos en algunas áreas importantes.

En el Gráfico 6 se observa que la mayoría de las respuestas dadas en esta dimensión fue: *de acuerdo* con una frecuencia de 265 (47,32%), seguido por *completamente de acuerdo* con una frecuencia de 223 (39,82%), *ni de acuerdo ni en desacuerdo* con 49 (8,75%), *en desacuerdo* con 15 (2,68%) y *completamente en desacuerdo* con una frecuencia de 4 (0,7%).

Cuadro 11

Análisis de la Dimensión Capacidad de Respuesta

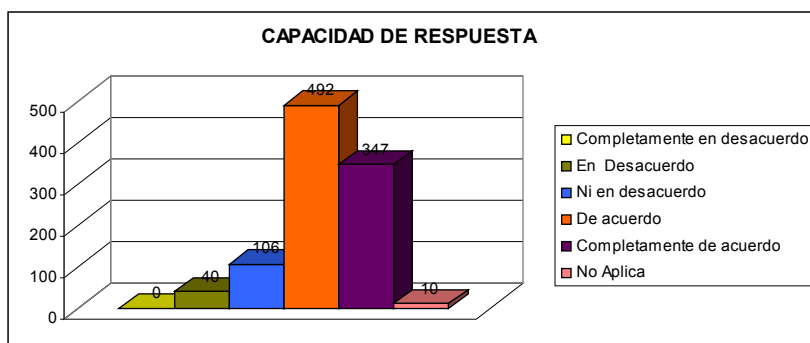
Afirmación	Completamente en desacuerdo		En Desacuerdo		Ni en desacuerdo/De acuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo		No Aplica		Media	Desv. Típica	Calidad
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)				
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	$\bar{x}$	S	
El tiempo de espera para ser atendido es lo que esperaba.	—	—	33	16,6	29	14,6	82	41,2	519	25,6	4	2,0	3,70	1,14	Moderadamente alta
El personal médico empleó todo el tiempo necesario en la consulta	—	—	1	0,5	21	10,6	90	45,2	87	43,7	—	—	4,32	0,68	Alta
Los médicos siempre están dispuestos a responder todas mis preguntas.	—	—	—	—	18	9,0	93	46,7	88	44,2	—	—	4,35	0,64	Alta

Los médicos solucionan mis problemas cada vez que acudo a ellos.	—	—	2	1,0	14	7,0	114	57,3	66	33,2	3	1,5	4,18	0,81	<i>Alta</i>
Los servicios que promete el centro están siempre disponibles.	—	—	4	2,0	24	12,1	113	56,8	55	27,6	3	1,5	4,05	0,85	<i>Alta</i>

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 7

Análisis Capacidad de Respuesta



Fuente: Elaboración Propia

En el Cuadro 11 se aprecia que la pregunta “**El tiempo de espera para ser atendido es lo que esperaba**” presenta una percepción moderadamente alta ($\bar{x}=3,70$) con respecto al resto de las preguntas, los cálculos muestran que esta dimensión es valorada como de calidad por parte de los usuarios ($\bar{x}=4,12$). El tiempo de espera siempre se presenta como un problema en toda clase de servicios, especialmente en los servicios de salud, por ello no sorprende los valores obtenidos.

El Gráfico 7 muestra que la respuesta *de acuerdo* con una frecuencia de 260 (46,42%) fue la primera opción seguida por *completamente de acuerdo* con 204 (36,42%), *ni de acuerdo ni en desacuerdo* con 63 (11,25%) y *en desacuerdo* con 28 (5%).

Cuadro 12

Análisis de la Dimensión Fiabilidad

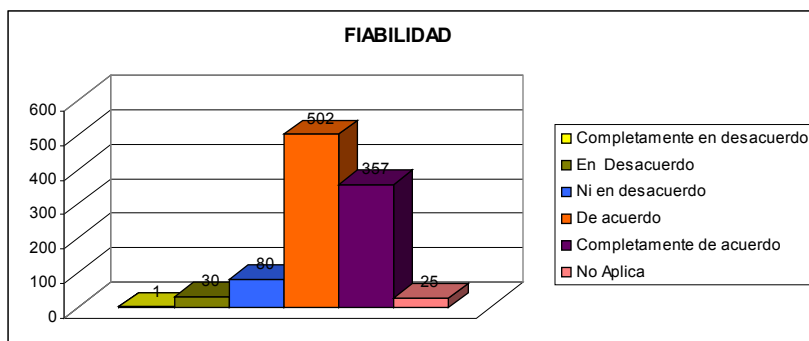
Afirmación	Completamente en desacuerdo		En Desacuerdo		Ni de acuerdo/ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo		No Aplica		Media	Desv. Típica	Calidad
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)				
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	$\bar{x}$	S	
El personal médico demuestra interés en resolver mi situación.	–	–	–	–	10	5,0	109	54,8	76	38,2	4	2,0	4,25	0,83	Alta
Los médicos se esfuerzan en no cometer errores.	–	–	–	–	2	1,0	106	53,3	84	42,2	7	3,5	4,27	0,96	Alta
Se cumple con el plazo prometido para la entrega de informes y resultados médicos.	–	–	2	1,0	23	11,6	96	48,2	78	39,2	–	–	4,26	0,70	Alta

Los servicios que ofrece el centro, funcionan en horarios convenientes.	—	—	18	9,0	25	12,6	90	45,2	64	32,2	2	1,0	3,97	0,97	<i>Moderadamente alta</i>
El médico me atendió con rapidez	1	0,5	10	5,0	20	10,1	101	50,8	55	27,6	12	6,0	3,82	1,25	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 8

Análisis Fiabilidad



Fuente: Elaboración Propia

Se listan en el Cuadro 12 los resultados, resaltan los valores de las preguntas “**Los servicios que ofrece el centro, funcionan en horarios**

convenientes” ($\bar{x}=3,97$) y **“El médico me atendió con rapidez”** ($\bar{x}=3,82$) con una percepción moderadamente alta. Los resultados finales para la dimensión Fiabilidad muestran una alta calidad ($\bar{x}=4,11$). La mayoría de estos centros ofrecen servicios sólo en un horario establecido, es decir, no es un servicio que pueda durar todo el día o todos los días de la semana (alguna consulta de odontología o pediatría) por la escasez propia de personal médico que pueda laborar en los distintos horarios, esto podría explicar el porque de los resultados obtenidos.

Se aprecia en el Gráfico 8 que la opción ***de acuerdo*** fue la más seleccionada con una frecuencia de 266 (47,5%) seguida de ***completamente de acuerdo*** con 205 (36,60%).

Cuadro 13

Análisis de la Dimensión Empatía

Afirmación	Completamente en desacuerdo		En Desacuerdo		Ni en desacuerdo/De acuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo		No Aplica		Media	Desv. Típica	Calidad
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)				
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	$\bar{x}$	S	
Atienden mis quejas o reclamaciones.	–	–	–	–	36	18,1	118	59,3	30	15,1	15	7,5	3,66	1,20	<i>Alta Moderadamente</i>

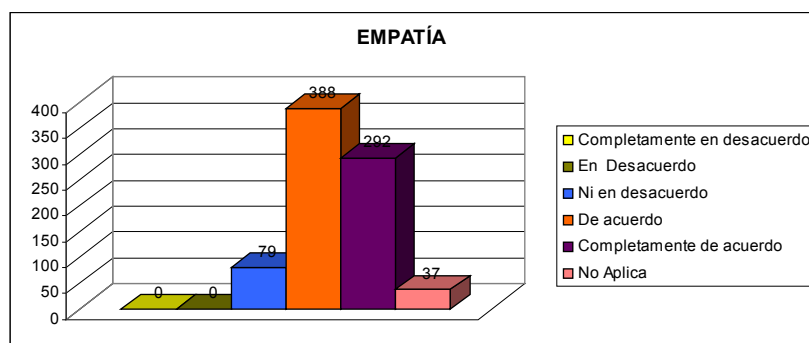
En el centro entienden claramente mis necesidades.	–	–	–	–	33	16,6	110	55,3	40	20,1	16	8,0	3,71	1,25	<i>Moderadamente Alta</i>
El médico me informó y explicó acerca de los procedimientos antes de ser realizados.	–	–	–	–	1	0,5	90	45,2	102	51,3	6	3,0	4,39	0,92	<i>Alta</i>
Me informaron todo sobre mi estado de salud (tratamiento, complicaciones).	–	–	–	–	9	4,5	70	35,2	120	60,3	–	–	4,56	0,58	<i>Alta</i>

Fuente: Elaboración Propia

En el Cuadro 13 el análisis de las respuestas a las preguntas muestra una dimensión con la más baja calidad ($\bar{x}=4,08$) de las 6, más sin embargo, esta dentro del valor que considera a la dimensión de alta calidad. Las medias de las preguntas “**Atienden mis quejas o reclamaciones**” y “**En el centro entienden claramente mis necesidades**” fue ($\bar{x}=3,55$) y ($\bar{x}=3,57$) respectivamente. El usuario siente en estas preguntas que el centro no atiende del todo sus reclamaciones y que sus necesidades no son entendidas, tal vez el deseo de ser atendidos con rapidez por el personal y de contar con todos los servicios a cualquier hora los lleva a darle dicha calificación.

Gráfico 9

Análisis Empatía



Fuente: Elaboración Propia

La dimensión Empatía (Gráfico 9) muestra que la opción *de acuerdo* de la encuesta tuvo una frecuencia de 207 lo que representa un 46,2%, *completamente de acuerdo* con una frecuencia de 167 (37,3%), *ni de acuerdo ni en desacuerdo* con una frecuencia de 45 (10%) y por último *No Aplica* con una frecuencia de 29 (6,5%).

Cuadro 14

Análisis de la Dimensión Seguridad

Afirmación	Completamente en desacuerdo		En Desacuerdo		Ni en desacuerdo/De acuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo		No Aplica		Media	Desv. Típica	Calidad
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)				
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%			
													$\bar{x}$	S	

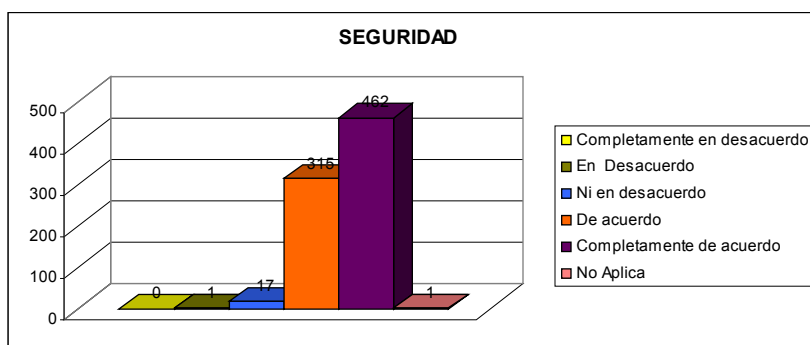
Me he sentido cómodo para poder contarle con confianza cualquier cosa	–	–	–	–	5	2,5	78	39,2	116	58,3	–	–	4,56	0,55	<i>Alta</i>
La habilidad, conocimientos y experiencia del médico cumplieron con mis expectativas.	–	–	1	0,5	1	0,5	87	43,7	110	55,3	–	–	4,54	0,54	<i>Alta</i>
El personal (médicos y enfermeras) son amables y me tratan con respeto.	–	–	–	–	11	5,5	74	37,2	113	56,8	1	0,5	4,50	0,68	<i>Alta</i>
Recibí toda la privacidad que deseaba.	–	–	–	–	–	–	76	38,2	123	61,8	–	–	4,62	0,49	<i>Alta</i>

Fuente: Elaboración Propia

En el Cuadro 14 se aprecia los valores para cada una de las preguntas. La percepción de calidad en esta dimensión es alta ($\bar{x}=4,55$). En esta dimensión se puede apreciar que los conocimientos y atención mostrados por el personal de contacto y sus habilidades inspiran confianza en el usuario ya que las medias de todas sus preguntas son muy altas.

Gráfico 10

Análisis Seguridad



Fuente: Elaboración Propia

Se aprecia en el Gráfico anterior (gráfico 10) que la opción a respuesta *completamente de acuerdo* es la primera con una frecuencia de 267 (59,5%), seguido la opción *de acuerdo* con 170 (37,9%).

Por último, los resultados de las preguntas que evaluaban Satisfacción General se muestran en el cuadro 14. La percepción de calidad de esta dimensión es alta ubicándose como la primera dimensión en cuanto a las medias se respecta ($\bar{x}=4,62$). Esta dimensión presenta las medias más elevadas, por lo que se puede inferir que los usuarios sienten que los centros afiliados a la AVESSOC en general, satisfacen sus necesidades.

Cuadro 15

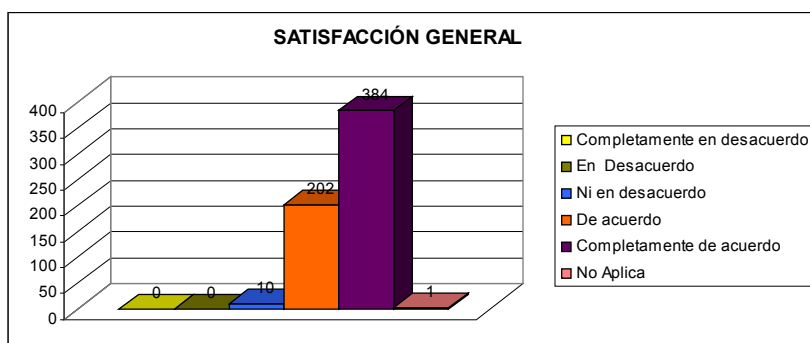
Análisis de la Dimensión Satisfacción General

Afirmación	Completamente en desacuerdo		En Desacuerdo		Ni en desacuerdo/De acuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo		No Aplica		Media	Desv. Típica	Calidad
	(1)		(2)		(3)		(4)		(5)		(6)				
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	$\bar{x}$	S	
Si tuviera algún problema de salud, asistiría nuevamente a este centro.	–	–	–	–	8	4,0	63	31,7	127	63,8	1	0,5	4,58	0,65	<i>Alta</i>
Le recomendaría a algún familiar o conocido este centro médico.	–	–	–	–	1	0,5	73	36,7	125	62,8	–	–	4,62	0,50	<i>Alta</i>
Estoy satisfecho con el tratamiento recibido.	–	–	–	–	1	0,5	66	33,2	132	66,3	–	–	4,66	0,49	<i>Alta</i>

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 11

Análisis Satisfacción General



Fuente: Elaboración Propia

En el caso del análisis de la dimensión Satisfacción General (Gráfico 11), se encontró que la opción *completamente de acuerdo* con 218 (64,9%) fue la de mayor frecuencia, seguida de la opción *de acuerdo* con 111 (33%), *ni de acuerdo ni en desacuerdo* con 6 (1,8%).

El siguiente cuadro (Cuadro 16) muestra los valores de las seis (6) dimensiones de calidad estudiadas. En una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1- representa **Muy Baja Calidad**, 2- **Baja Calidad**, 3- **Moderadamente Alta Calidad**, 4- **Alta Calidad** y 5- **Muy Alta Calidad**, se puede apreciar que todas las dimensiones arrojaron resultados por encima de los 4 puntos (Ver Gráfico 12), es decir, de acuerdo a los usuarios, su percepción de la calidad de estas dimensiones es alta.

Cuadro 16

Estadísticos Descriptivos. Calidad de Servicio

Dimensión a Evaluar	N		Media $\bar{x}$	Desviación Típica S	Calidad
	Válidos	Perdidos			

Elementos Tangibles	199	0	4,24	,8387	Alta
Capacidad de Respuesta	199	0	4,12	,8366	Alta
Fiabilidad	199	0	4,11	,9874	Alta
<i>Empatía</i>	<i>199</i>	<i>0</i>	<i>4,08</i>	<i>1,0905</i>	<i>Alta</i>
Seguridad	199	0	4,55	,5791	Alta
<i>Satisfacción General</i>	<i>199</i>	<i>0</i>	<i>4,62</i>	<i>,5686</i>	<i>Alta</i>

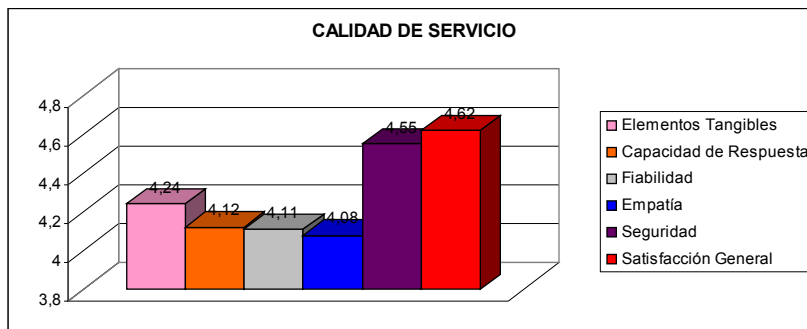
Fuente: Elaboración Propia

Las dimensiones más importantes son aquellas que se encuentran en los extremos (máximos y mínimos) de los resultados, es decir, Empatía ($\bar{x}=4,08$) y Fiabilidad ($\bar{x}=4,11$) que son los valores más bajo obtenidos, mientras que Satisfacción General ($\bar{x}=4,62$) y Seguridad ($\bar{x}=4,55$) representan los valores más altos obtenidos.

El bajo valor en la dimensión Empatía se debe a la calificación que los usuarios dieron a las preguntas que tenían que ver con entender las necesidades y atender las reclamaciones, mientras que la dimensión Satisfacción General presenta un alto valor debido a que los usuarios consideraron que asistirían y recomendarían los centros de salud debido a que estaban en general, satisfechos con los resultados obtenidos.

Gráfico 12

Calidad de Servicio



Fuente: Elaboración Propia

Utilizando el Cuadro 16, se procedió a calcular el valor que los usuarios le asignan en general a los centros de salud y que determina la Percepción de la Calidad del Servicio que prestan, dicho valor se obtiene al sumar las medias de cada una de las dimensiones y dividir el resultado entre seis (las seis dimensiones estudiadas). El resultado obtenido fue ($\bar{x} = 4,26$), es decir, que los usuarios ven a estos centros afiliados a la AVESOC como centros que prestan un servicio de alta calidad.

4.1.2.1 Coeficiente de Correlación de Pearson

Es una medida de la asociación lineal entre dos variables. Los valores del coeficiente de correlación van de -1 a 1. El signo del coeficiente indica la dirección de la relación y su valor absoluto indica la fuerza. Los valores mayores indican que la relación es más estrecha y un valor de 0 indica que no existe una relación lineal.

Luego de realizar el análisis descriptivo de las seis dimensiones, se procedió a calcular el Coeficiente de Correlación de Pearson (r) para establecer el tipo de relación entre existe entre ellas. En el Cuadro 16 se listan las correlaciones entre las diferentes dimensiones. Como se dijo anteriormente, el Coeficiente de Correlación de Pearson (r) es un valor comprendido entre -1 y 1, si bien no existen niveles o valores estandarizados, a manera de enriquecer el análisis, se interpretaron los resultados usando intervalos (Ver Cuadro 17).

Cuadro 17

Relación Coeficiente de Correlación

Coeficiente de Correlación de Pearson (r)	Relación
1	Relación perfecta
0,8-1	Relación muy alta
0,6-0,8	Relación alta
0,4-0,6	Relación moderada
0,2-0,4	Relación baja
0-0,2	Relación muy baja
0	Relación nula

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 18

Coeficiente de Correlación de Pearson

	Elementos Tangibles	Capacidad de Respuesta	Fiabilidad	Seguridad	Empatía	Satisfacción General
Elementos Tangibles		,647	,435	-,246	-,432	,833
Capacidad de Respuesta	,647	—	,473	,058	-,243	,741

Fiabilidad	,435	,473		-,648	,353	,115
Seguridad	-,246	,058	-,648		-,635	,686
Empatía	-,432	-,243	,353	-,635		-,758
Satisfacción General	,833	,741	,115	,686	-,758	

Fuente: Elaboración Propia

En el anterior cuadro (Cuadro 18) se puede apreciar que la combinación *Satisfacción General-Elementos Tangibles* ($r=,833$) presenta una relación muy alta, mientras que la combinación *Seguridad-Capacidad de Respuesta* ($r=,058$) presenta una relación baja. Parece ser que uno de los aspectos más importante para los usuarios son los elementos tangibles (equipos en cantidad y calidad, ropa, instalaciones etc.) y es este aspecto uno de los que representa la satisfacción o insatisfacción en el usuario.

También se puede apreciar que la Satisfacción General de los usuarios con los servicios estará muy relacionada con la capacidad de respuesta del personal, y el conocimiento que muestra el personal médico asistencial (Seguridad).

4.1.3 Opiniones de los Usuarios

Las opiniones de los usuarios fueron muy variadas, van desde lo positivo que presentan los centros hasta aquellos aspectos negativos que los centros deberían tener en cuenta. En el Gráfico 13 se observan las más importantes opiniones expresadas por los usuarios durante la realización de las encuestas.

De un total de 123 usuarios que expresaron su opinión, 26 opinaron que a pesar de ser buenos servicios, la falta de personal médico en diferentes áreas era un problema, consideran que al haber mayor presencia médica mayor será el número de pacientes atendidos durante el día, en segundo lugar, la falta de equipos modernos en algunos de estos centros fue la opinión que dieron 22 de los encuestados, la ausencia de equipos médicos puede originar errores en los diagnósticos que podría colocar sus vidas en peligro, esto es entendido así por algunos encuestados, quienes expresaron poca confianza ante algunos de los equipos disponibles.

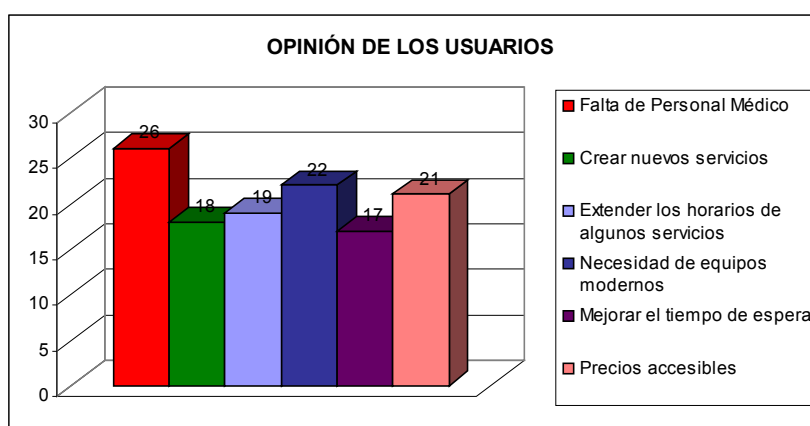
Extender los horarios de algunos servicios con 19 encuestados fue la tercera opción, los servicios de algunos de estos centros no es continuo, es decir, solamente se prestan durante ciertos días y en ciertas horas, para los usuarios es importantísimo que algunos servicios como pediatría ó medicina general sean ofrecidos durante todo el día, además, la mayoría de los centros reparten una cierta cantidad de números que resulta insuficiente para la población que asiste. 21 usuarios expresaron que los precios de estos servicios eran accesibles y que respondían a una necesidad. Por otro lado, 18 usuarios consideran que es necesario la creación de nuevos servicios en algunos de estos centros lo cual va a permitir una atención mucho más completa y una cobertura más amplia.

Por último, la necesidad de mejorar los tiempos de espera es uno de los aspectos que preocupa a 17 de los encuestados, la falta de personal médico y de enfermería así como la gran cantidad de personas que

asisten a estos centros aumenta de manera considerable los tiempos de espera para ser atendidos.

Gráfico 13

Opiniones de los Usuarios



Fuente: Elaboración Propia

4.2 Resultados Obtenidos de cada uno de los Centros de Salud

Se presentarán los resultados de los tres (3) centros estudiados a manera de enriquecer el análisis y posterior conclusión, rápidamente repasamos los centros que accedieron a realizar el estudio:

- Dispensario San Martín de Porres.
- Centro de Salud Santa Inés.
- Hospital San José de Maiquetía.

4.2.1 Información General

A continuación se presentarán los resultados obtenidos de la primera parte de la encuesta:

Cuadro 19

Información General. Sexo de los Usuarios

Centro de Salud	Sexo		Total Encuestados
	Femenino	Masculino	
San Martín de Porres	45	31	76
Centro de Salud Santa Inés	33	27	60
Hospital San José de Maiquetía	36	27	63
		199	

Fuente: Elaboración Propia

En el dispensario San Martín de Porres del total de 76 encuestados, 45 (59,2%) fueron de sexo femenino y 31 (40,8%) de sexo masculino, estos resultados se podrían explicar por la presencia de un Colegio Fe y Alegría cerca de las instalaciones del dispensario. (Ver Cuadro 19).

El 55% (33 encuestados) de los usuarios del Centro de Salud Santa Inés son de sexo Femenino contra un 45% (27 encuestados) de sexo Masculino (Ver Cuadro 19).

Mientras que los resultados en el Hospital San José de Maiquetía muestran que el 57,1% de los usuarios (36 encuestados) son de sexo Femenino contra un 42,9% de sexo Masculino (27 encuestados) (Ver Cuadro 19).

Cuadro 20

Información General. Edad de los Usuarios

Centro de Salud	Edad				Total Encuestados
	18-30	31-40	41-50	Más de 50 años	
San Martín de Porres	14	22	20	20	76
Centro de Salud Santa Inés	17	15	16	12	60
Hospital San José de Maiquetía	14	16	17	16	63

Fuente: Elaboración Propia

199

El 28,9% de los encuestados en el Dispensario San Martín de Porres, afirmaron tener entre 31-40 años (22 encuestados) y el 18,4% (14 encuestados) expresó tener entre 18-30 años de edad (Ver Cuadro 20).

En el Centro de Salud Santa Inés, la edad de los usuarios esta entre 18-30 y 41,50 con el 28,3% y 26,7% respectivamente (17 y 16 encuestados), mientras que los usuarios mayores de 50 años representan el 20,0% del total (12 encuestados) (Ver Cuadro 20).

Cuadro 21***Información General. Grado de Instrucción de los Usuarios***

Centro de Salud	Grado de Instrucción					Total Encuestados
	Primaria	Secundaria	Universitaria	Técnico	Otro	
San Martín de Porres	21	25	22	8	0	76
Centro de Salud Santa Inés	13	22	13	12	0	60
Hospital San José de Maiquetía	11	19	16	17	0	63
						199

Fuente: Elaboración Propia

En el Cuadro 21 se puede apreciar que el 32,9% de los usuarios que asisten al Dispensario San Martín de Porres tienen un grado de instrucción Secundaria (25 encuestados) seguido de instrucción Universitaria con el 28,9% (22 encuestados) y por último 8 usuarios (4,0%) respondieron tener un grado Técnico de instrucción.

El 36,7% de los usuarios (22 encuestados) del Centro de Salud Santa Inés expresó tener un grado Secundario de instrucción, mientras que sólo el 21,7% (13 encuestados) indicó tener un grado de instrucción Universitaria (Ver Cuadro 21).

Los resultados para el Hospital San José de Maiquetía fueron los siguientes: el 30,2% contestó que tenía un grado de instrucción de Secundaria (19 encuestados) seguido de instrucción Técnica con 26,9 (17 encuestados), instrucción Universitaria con el 25,4% (16 encuestados) y por último 11 usuarios (17,5%) respondieron tener un grado Primaria de instrucción (Ver Cuadro 21).

Cuadro 22

Información General. Por Quién Fue Referido

Centro de Salud	Referido					Total Encuestados
	Médico	Amigo	Familiar	Publicidad	Otros	
San Martín de Porres	9	17	19	13	18	76
Centro de Salud Santa Inés	13	11	17	19	0	60
Hospital San José de Maiquetía	14	13	12	12	12	63
						199

Fuente: Elaboración Propia

En el Dispensario San Martín de Porres se obtuvo que el 25,0% (19 encuestados) son referidos a este centro por algún familiar, un 22,4% (17) por amigo, mientras que tan sólo un 11,8% (9 encuestados) por Médicos (Ver Cuadro 22).

En el caso del Centro de Salud Santa Inés el 31,7% de los usuarios afirman que fueron referidos a través de la Publicidad (19 encuestados), un 28,3% (17 encuestados) por algún Familiar y un 21,7% (13 encuestados) por Médico (Ver Cuadro 22).

Mientras que el 22,2% de los usuarios (14 encuestados) del Hospital San José de Maiquetía afirman que fueron referidos por Médicos, seguido de de Amigos con 20,6% cada uno (13 encuestados), la Publicidad con 19,0% (12 encuestados) y Familiares con 19,4% (12 encuestados) (Ver Cuadro 22).

Cuadro 23

Información general. Tiempo de Uso del Servicio

Centro de Salud	Tiempo de Uso			Total Encuestados
	Menos de 1 año	1-5 años	Más de 5 años	
San Martín de Porres	17	19	40	76
Centro de Salud Santa Inés	16	21	23	60
Hospital San José de Maiquetía	17	22	24	63
				199

Fuente: Elaboración Propia

En la última de las preguntas, se puede observar en el Cuadro 23 que los resultados para el Dispensario San Martín de Porres fue: 52,6 % (40 encuestados) indicaron usar los servicios del centro desde hace más de 5 años contra un 22,4% (17 encuestados) que afirmaron usarlo desde hace menos de 1 año, mientras que otro 25,0% (19 encuestados) lo utilizan desde 1-5 años.

En el Centro de Salud Santa Inés 23 usuarios (38,3%) respondieron que utilizan los servicios del centro desde hace más de 5 años, mientras que

16 respondieron menos de 1 año (26,7%) y 21 encuestados (35,0%) entre 1-5 años. (Ver Cuadro 23).

Por último, en el Hospital San José de Maiquetía el 38,1% de los usuarios (24 encuestados) contestaron haber usado los servicios de este centro desde hace más de 5 años, un 34,9% (22 encuestados) de 1-5 años y por último un 22,2% (17 usuarios) menos de 1 año (Ver Cuadro 23).

Cuadro 24

Resultados Calidad de Servicio de los Centros

Dimensión	San Martín de Porres	Centro de Salud Santa Inés	Hospital San José de Maiquetía
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$
Elementos Tangibles	4,15	4,38	4,19
Capacidad de Respuesta	4,13	4,33	3,89
Fiabilidad	4,11	4,27	3,95
Empatía	4,01	4,12	4,11
Seguridad	4,61	4,57	4,46
Satisfacción General	4,68	4,71	4,47
Total Calidad de Servicio	4,28	4,40	4,18

Fuente: Elaboración Propia

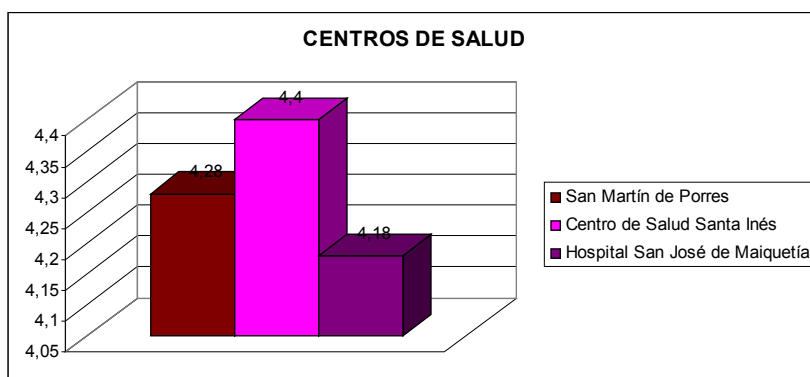
Los valores que se muestran en el Cuadro 24 indican que los usuarios perciben el servicio que prestan estos tres centros por separado como de calidad, ya que en todos los casos estudiados por separados se obtuvo una media ($\bar{x}$) por encima de los 4 puntos (Ver Gráfico 14). El hospital San José de Maiquetía presenta la valoración más baja luego de realizados los cálculos debido, en parte, a la molestia de algunos usuarios con la

lentitud con la cual fueron atendidos y en muchos casos al no ser atendidos por falta de personal o sencillamente ya no prestaban dicho servicio por haber alcanzado el límite de consultas, sin embargo, la gran mayoría de los usuarios concuerdan en que el hospital San José de Maiquetía es el mejor de la zona. El centro de salud Santa Inés presenta un servicio muy bien valorado por los usuarios, en líneas generales, sus servicios son de excelente calidad acompañados de un gran profesionalismo.

Por último, el dispensario San Martín de Porres es muy apoyado por los residentes de las Mayas ya que se constituye como una de las primeras opciones en ese sector, a pesar de tener ubicado cerca un Centro de Diagnostico Integral y un Barrio Adentro, el volumen de pacientes que manejan mensualmente sobrepasa los 600, probablemente el mayor inconveniente de este centro es la necesidad de equipos médicos modernos en cantidad y calidad.

Gráfico 14

Calidad de los Centros de Salud



Fuente: Elaboración Propia

4.3 Entrevista Cooperantes-Benefactores

En este punto corresponde analizar las entrevistas realizadas a través de un cuestionario de 7 preguntas abiertas a los principales Cooperantes-Benefactores de la AVESSOC. Es importante resaltar que al hablar de Cooperantes-Benefactores intento abarcar aquellas personas o instituciones que apoyan a la AVESSOC (vista como oficina central) no sólo desde el punto de vista financiero, sino también del apoyo en cuanto al recurso humano.

Se hace necesario entonces, analizar las entrevistas del ***Padre Luis Ugalde*** ya que la UCAB, a través de la Fundación Inés de Planas financia más del 70% del funcionamiento de la AVESSOC y de ***Bernardo Guinand*** al estar al frente del Centro de Salud Santa Inés y del Parque Social cooperando considerablemente con la AVESSOC. Es importante además, conocer las impresiones de personas como ***María Matilde***

Zubillaga la cual estuvo al frente del Centro de Salud Santa Inés al momento de constituirse la AVESSOC cooperando a nombre de Santa Inés con el recurso humano durante ese período y de la **Hermana Teotiste**, la cual formó parte del Secretariado Conjunto de los religiosos y religiosas de Venezuela (actual CONVER) contribuyendo con el recurso humano. Las entrevistas duraron en promedio 45 minutos, por lo que sólo se presentará la parte más importante de cada una de las respuestas. A continuación las entrevistas:

Cuadro 25

Entrevista María Matilde Zubillaga

Instrumento # 2	Para: Cooperantes-Benefactores
1- En la actualidad, ¿Cree usted que se han cumplido con los objetivos planteados al inicio? No, falta mucho que hacer, el objetivo al inicio es que AVESSOC esté a nivel nacional pero no ha llegado, se ha trabajado para identificar otros centros inspirados en la fe, es decir, ampliar la base de datos pero aún falta visitarlas, pero el plan estratégico es llegar a ellos.	
2- ¿Cuál es su opinión acerca de la labor actual que desempeña la AVESSOC? No responde.	
3- ¿Cuáles considera usted que son las principales dificultades que afrontará la AVESSOC en el futuro? El sostenimiento económico, como cubrir los gastos operativos, la falta de recursos económicos, convenios con el estado para poder pagar el recurso humano, ese es uno de los problemas, al no tener el incentivo económico se hace difícil atraer a esos centros que faltan, la necesidad de buscar un elemento de cohesión para que el resto de los centros se adhieran.	
4- ¿Considera que ésta iniciativa ha logrado el impacto que se esperaba? Las expectativas son tan altas que considero que no se ha logrado en mi opinión, pero este tipo de experiencia se cocina a fuego lento, se está trabajando para que este proyecto sea algo grande, ese impacto.	
5- ¿Cree que la AVESSOC continuará creciendo? ¿Por qué? Si creo que la AVESSOC va a continuar creciendo ya que se han dado los cambios para que AVESSOC crezca, los primeros estatutos impedían que AVESSOC creciera ya que era concebida como una estructura de servicios de profesionales de una universidad a unos centros, los centros asociados eran como clientes de una oficina central que reciben esos recursos de capacitación, del fondo solidario, esa era la visión que existía ya para el año 2009 se revisan los estatutos y papeles y se cambia la filosofía de AVESSOC.	
6- ¿Qué aspectos mejoraría (de haberlos) en la AVESSOC? No responde.	
7- ¿Cuáles son las principales debilidades y fortalezas que identifica usted de la AVESSOC? No responde.	

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 26

Entrevista Padre Luis Ugalde

Instrumento # 2	Para: Cooperantes-Benefactores
1- En la actualidad, ¿Cree usted que se han cumplido con los objetivos planteados al inicio? Yo creo que si, naturalmente si AVESSOC tuviera dinero extra al año, las cosas se dispararan, por ejemplo, si se pudiera presentar a la comunidad extranjera la idea o tener convenios con el gobierno, en donde se les puede financiar la farmacia básica, cubrir parte del pago de la consulta ya que están ubicados los centros en el barrio y a mi me interesan, pero al haber problemas de ideología. La parte de la articulación se ha fortalecido ya que cuentan el parque social, ha cumplido pero en pequeño, ya que por ejemplo la mitad de esos centros no tiene papales ya que era un rancho pero necesitas llevar todo en regla, y a través de la red se va cumpliendo.	
2- ¿Cuál es su opinión acerca de la labor actual que desempeña la AVESSOC? Me parece que es muy buena, ya que si tú sumas las atenciones de todos los socios, se atiende mucha gente y eso significa crecimiento, lo que queda es conseguir alguien que pueda aportar el dinero, es decir, apoyos como el de la fundación Inés de Planas.	
3- ¿Cuáles considera usted que son las principales dificultades que afrontará la AVESSOC en el futuro? Como conseguir el dinero para poder seguir creciendo y que sea permanente en el tiempo.	
4- ¿Considera que ésta iniciativa ha logrado el impacto que se esperaba? En parte, aún falta mucho que hacer, se ha logrado ayudar a los centros en distintas materias, se han articulado y eso ya es un comienzo.	
5- ¿Cree que la AVESSOC continuará creciendo? ¿Por qué? No responde	
6- ¿Qué aspectos mejoraría (de haberlos) en la AVESSOC? No responde	
7- ¿Cuáles son las principales debilidades y fortalezas que identifica usted de la AVESSOC? Las fortalezas para mi es que ya existe un equipo, ya hay una motivación y eso les permite comunicarse, conocerse y apoyarse entre los centros (el que algún centro alga algo o tengo cierto patrocinante), la	

firma de convenios en conjunto con ciertos proveedores, las compras en común, el dictar cursos o talleres a las personas ya que al ser una entidad más grande, tienes más posibilidades de por ejemplo recibir donaciones etc. La ayuda que aporta la fundación Inés de Planas con el fondo cuando llegan pacientes que lo necesitan y que se podría fortalecer (con el incremento del fondo). Una entidad como AVESSOC puede generar esa confianza, de que las personas ayuden donando dinero y permitiendo que se incremente este fondo, creo que ahí todavía se puede hacer más, mostrando a quien ayudamos par de esta forma conseguir la inspiración

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 27

Entrevista Bernardo Guinand

Instrumento # 2	Para: Cooperantes-Benefactores
1- En la actualidad, ¿Cree usted que se han cumplido con los objetivos planteados al inicio? Quedan cosas por hacer, AVESSOC es sin duda algo necesario para estos centros, como por ejemplo, con el fondo solidario lo cual los ayuda, se ha creado un equipo que tiene cuerpo y sentido, se ha ayudado en materia de tecnología, capacitación, apoyo y financiamiento, AVESSOC les da un espacio en donde los centros pueden compartir y coordinarse.	
2- ¿Cuál es su opinión acerca de la labor actual que desempeña la AVESSOC? La AVESSOC ha brindado un espacio en donde se reúnen centros que comparten una misma creencia que es dar salud a los más necesitados, fortalece estos centros lo cual se traduce en un mejor servicio a los usuarios.	
3- ¿Cuáles considera usted que son las principales dificultades que afrontará la AVESSOC en el futuro? El crecimiento nacional, ya que es un reto que implica una logística para poder multiplicar todo esto en el país; el tema del financiamiento, a pesar de que ha crecido su capacidad de financiarse en el tiempo se necesita una estructura que sea permanente en el tiempo, es decir, que se pueda contar con esos recursos todos los años. Basados en la visión de crecer, como haces que eso sea sostenible en el tiempo, y ahí tienes dos componentes que son el reforzamiento de tus productos que te permitan obtener un remanente y una buena política de búsqueda de recursos que te permitan cumplir con tus proyectos.	
14- ¿Considera que ésta iniciativa ha logrado el impacto que se esperaba? Considero que sí, y pasó del interés práctico a una necesidad de mejoramiento profesional, fortalecimiento institucional, actualización tributaria, legal, contables que al final termina siendo una de sociedad civil e instituciones no lucrativas que son claves en un modelo de país. AVESSOC permite ayudar al otro pero de una forma duradera en el tiempo, siendo profesional y con mística, que se tenga una proyección.	
5- ¿Cree que la AVESSOC continuará creciendo? ¿Por qué? Creo que sí, por varias razones objetivas y subjetivas, ya que hay un plan y una gerencia que esta proyectando las cosas, esto dejo de	

ser un proyecto que dependiera de la universidad, de Santa Inés como trasfondo, los centros lo han tomado con algo propio en donde habrá querer renovar los aspectos gerenciales en el tiempo y esta sumando más gente en esta labor, hay una institucionalidad en donde no depende sólo de una persona, se les da responsabilidades.

6- ¿Qué aspectos mejoraría (de haberlos) en la AVESSOC? Quizás hay una cosa, se han montado en una reforma estatutaria que por querer hacer bien las cosas y que de esta forma sean las instituciones las que decidan junto con las asambleas, esto tiene de positivo la claridad para todo el mundo y no dudo que al largo plazo el esfuerzo actual en esa materia va a rendir esos frutos, sin embargo, todo ese esfuerzo legal puede hacer que se pierda ese encuentro más íntimo o personal, algo burocrático que es necesario, pero eso lleva un desgaste de tiempo internamente, de esfuerzo, muchas horas se pierden en esta formalización, tiempo que se podría usar para visitar un centro y ver cuáles problemas tiene.

7- ¿Cuáles son las principales debilidades y fortalezas que identifica usted de la AVESSOC? La constancia, propuesta y una visión corporativa son las principales fortalezas, la sostenibilidad (dinero) y el fortalecimiento del equipo de la oficina central.

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 28

Entrevista Nieves Báez

Instrumento # 2	Para: Cooperantes-Benefactores
1- En la actualidad, ¿Cree usted que se han cumplido con los objetivos planteados al inicio? El articular a los centros, el cual lleva beneficios concretos, la creación de un grupo google a través del cual las necesidades de la red son manifestadas. Creo que ha superado las expectativas, ya que se logra distinguir la oficina central y la red. En AVESSOC todos son miembros activos y donde toman decisiones.	
2- ¿Cuál es su opinión acerca de la labor actual que desempeña la AVESSOC? AVESSOC como red ha logrado la articulación de los centros de salud, lograr que en conjunto se pueda acceder a instituciones que pueden dar beneficios a los centros, manteniendo su personalidad e individualidad, se tienen unos criterios comunes, la oficina central lleva las reuniones, aunando criterios, manteniendo la independencia de los centros. AVESSOC es fundamental para la firma de convenios y hay una representatividad de cada uno de los centros.	
3- ¿Cuáles considera usted que son las principales dificultades que afrontará la AVESSOC en el futuro? El crecimiento a nivel nacional como esta planteado, lo cual incurre en costos y por la misma precariedad de los dispensarios la red no puede aportarlo, se necesita Cooperantes que aporten ese dinero. Lograr definir cual es la pastoral de salud que AVESSOC quiere fortalecer. Una parte es para la Constitución de la red, los valores cristianos y la pastoral de salud.	
4- ¿Considera que ésta iniciativa ha logrado el impacto que se esperaba? Si ha logrado un impacto el cual no se puede medir igual en todos los centros, el tener el boom de la misión barrio adentro y que todavía hoy en día funcionen estos centros o dispensarios, pero todavía queda un camino que recorrer, es necesario hacer el seguimiento para ver si se ha logrado el impacto.	
5- ¿Cree que la AVESSOC continuará creciendo? ¿Por qué? Siempre que se logre presentarle a los centros en el interior del país que tendrán los mismos beneficios que se tiene en esta parte de Venezuela, claro eso va a depender del crecimiento, además de un diálogo con el sector público, que el	

gobierno vea esto como una alternativa, se trata de convenios para que la gente se entusiasme.
6- ¿Qué aspectos mejoraría (de haberlos) en la AVESSOC? Si hablas de la oficina central dado el escaso personal debido al presupuesto, realiza más de lo que deberían, aspectos dentro de la red es importante de nuestro aporte no sólo del aporte monetario que se da a principios de año, sino como grupo o equipos de trabajo que vayan impulsando cosas, ya que la oficina impulsa los proyectos, los cursos, la parte administrativa, el ver que servicios dentro de la oficina central se pueden cancelar, no como una cuota por pertenecer a una red. La conciencia de los afiliados sea corresponsable, voy me beneficio pero participo de las cargas.
7- ¿Cuáles son las principales debilidades y fortalezas que identifica usted de la AVESSOC?. No responde.

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 29

Entrevista Hermana Teotiste Fernández

Instrumento # 2	Para: Cooperantes-Benefactores
1- En la actualidad, ¿Cree usted que se han cumplido con los objetivos planteados al inicio? No, aún falta la expansión y lograr el apoyo del estado.	
2- ¿Cuál es su opinión acerca de la labor actual que desempeña la AVESSOC? AVESSOC es un lugar en donde trabajamos como familia, de apoyo y de adolecer para los centros de salud, la gran ayuda que estos centros reciben y el apoyo por parte de AVESSOC. Es una solidaridad en donde los pacientes se pueden beneficiar de los servicios que tienen otros centros.	
3- ¿Cuáles considera usted que son las principales dificultades que afrontará la AVESSOC en el futuro? Lograr captar la atención del sector público, es decir, alcanzar el apoyo por parte del estado, alcanzar ese lugar que nos merecemos. Las propias de la expansión, el presupuesto es bastante recortado. Como lograr impartir esos cursos que se dictan aquí en otras ciudades. Que otros centros no tengan esa visión de futuro. A los nuevos ingresos motivarlos para que estén por algo más que un beneficio sino porque creen en esta idea por ser cristianos, los valores.	
4- ¿Considera que ésta iniciativa ha logrado el impacto que se esperaba? Si, tiene credibilidad, la gente cree en este proyecto.	
5- ¿Cree que la AVESSOC continuará creciendo? ¿Por qué? Si porque esta es una obra de la iglesia, es algo que lo llevamos con nosotros, es la iglesia que comenzó a trabajar en salud en Venezuela.	
6- ¿Qué aspectos mejoraría (de haberlos) en la AVESSOC? Que los nuevos ingresos lo hagan por creer en el proyecto, por compartir una misma visión y no sólo por el beneficio que le puede aportar	
7- ¿Cuáles son las principales debilidades y fortalezas que identifica usted de la AVESSOC? Somos y trabajamos como una familia, hay una articulación de los centros lo cual potencia esta idea.	

Fuente: Elaboración Propia

Analizando las repuestas dadas por los entrevistados se puede apreciar que la mayoría considera a la AVESSOC como un lugar en donde los centros afiliados se reúnen, están articulados y responden a ciertos criterios sin perder sus propias personalidades, obteniendo beneficios que van más allá del aspecto económico y que permite fortalecer esta oferta de salud.

Según ellos, el camino de la AVESSOC no será fácil, el cumplimiento de los objetivos iniciales no se ha dado en su totalidad, aún falta la presencia de AVESSOC a nivel nacional y el apoyo de otras instituciones y principalmente del estado venezolano para aumentar su capacidad de financiamiento, más sin embargo, consideran que esta iniciativa al haber logrado articular los centros de salud los convierte en una gran familia en donde todos se apoyan con lo cual su capacidad de llegar a más personas se ha incrementando. La capacitación y la asesoría es uno de los aspectos que ayuda a ofrecer servicios de salud de calidad.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Una vez recogidos y analizados los datos derivados de la aplicación de la encuesta a los usuarios externos y en concordancia con la interrogante y los objetivos de esta investigación se concluye que:

Relacionado con el objetivo orientado a definir los atributos de calidad más importantes que influyen en la percepción de la calidad por los usuarios, encontramos que la seguridad ($\bar{x}=4,55$) y los elementos tangibles ($\bar{x}=4,24$) son los atributos más valorados por los usuarios de estos centros, para que los usuarios perciban un servicio de calidad consideran necesario una mezcla principalmente de factores como las

instalaciones, los equipos médicos, el conocimiento que tiene el personal medico-asistencial que genera confianza, mientras que la Empatía por parte del personal que labora en estos centros es la dimensión peor valorada por los usuarios; la dimensión Satisfacción General presento la media más elevada, lo cual se traduce en fidelidad y recomendaciones por parte de los usuarios de estos centros de salud.

Relacionado con el objetivo orientado a medir la percepción de la calidad del servicio prestado por los centros salud afiliados a la AVESSOC desde la perspectiva del usuario externo se encontró que los usuarios le dan una valoración a la calidad de ($\bar{x}=4,26$) con lo cual podemos concluir que estos centros afiliados a la AVESSOC son percibidos como centros de alta calidad por los usuarios externos.

Relacionado con el objetivo orientado a sistematizar la opinión de los Cooperantes-Benefactores sobre la labor que realiza la AVESSOC se concluye que si bien es cierto que esta iniciativa (AVESSOC) no ha alcanzado todos los objetivos que se plantearon al inicio, es vista con buenos ojos por los Cooperantes-Benefactores no sólo porque reúne centros de salud que se encuentran en comunidades de escasos recursos sino también porque han logrado articular una fuerte red de centros de salud en las comunidades, articulación que permite el apoyo entre los centros y una continua preparación del personal que labora en estos lugares fortaleciendo así la oferta de salud.

Por último, los resultados muestran que el 57% de los usuarios de los diversos servicios que prestan los distintos centros de salud asociados a la AVESSOC son de sexo femenino con edades entre los 31-50 años y con un nivel académico igual o superior a bachiller.

Recomendaciones

Una vez presentadas las conclusiones derivadas del análisis de los resultados y de realizar una matriz DOFA (Ver Anexo I), se emiten las siguientes recomendaciones:

- Ampliar la figura que existe del FONDO SOLIDARIO permitiendo que la gama de estudios que cubra este fondo sea mayor a través de alianzas, patrocinios y donaciones de empresas privadas, instituciones de salud pública y privadas e incluso de otros gobiernos mostrando a quienes se está ayudando y generando la confianza necesaria.
- Realizar con mayor frecuencia jornadas de despistaje de las principales enfermedades que afectan al grueso de los usuarios de estos centros (Cáncer de Cuello uterino, osteoporosis, cataratas,

Cáncer de Mama etc.) apoyados en alianzas con otras instituciones de salud y empresas.

- Realizar jornadas de vacunación, educación sexual en las comunidades, integrar a los liceos y escuelas en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos precoces.
- Alianzas con droguerías, laboratorios o farmacias para la dotación en los centros de aquellos medicamentos más demandados e importantes (antipiréticos, analgésicos, antiinflamatorios, anticonceptivos etc.).
- Usar la buena imagen de AVESSOC para establecer convenios de cooperación con otras instituciones de salud privadas o públicas para lograr el apoyo tanto de equipos e insumos como de talento humano.
- Entrenar y capacitar a las personas que viven en las mismas comunidades para que sirvan de capital humano y generador de empleos y salud en las comunidades.
- Establecer lazos con profesionales de la salud en otros centros para llevar a cabo trabajos comunitarios.
- Buscar la cooperación con empresas que puedan dotar de computadoras, insumos y equipos a los centros que no poseen o que se encuentran obsoletos.
- Lograr crear un sistema de contra referencia que facilite el apoyo entre los distintos centros a través de la colaboración con empresas especializadas en tecnología de información.

- Ampliar la oferta académica, talleres y cursos para el talento humano que trabaja en cada uno de los centros y que cooperan con la AVESSOC.
- Usar las redes sociales (Facebook, Twitter) y los sitios Web de algunos Cooperantes como mecanismo multiplicador de esta iniciativa.

BIBLIOGRAFÍA

Albrecht, K. (1998). La revolución del servicio. 3R Editores. Colombia.

Arellano, R. (1993). Comportamiento del consumidor y Marketing. Aplicaciones prácticas para América Latina. Editorial Harla, S.A. México.

Babakus, E., and .Angold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospitals services: An Empirical Investigation. Health Services Research.

Barroso, C. (2000). “La calidad de servicio: estudio sobre el tema”. Papeles de economía española. Número 58.

Best, J.W, (1970). Cómo investigar en educación. Madrid, Morota.

Bounds, G., Yorks, L., Adam, R. y Ranney, G. (1994) Beyond Total Quality Management. Towards the Emerging Paradigm, Mc Graw -Hill, Londres.

- Bowers, M.R., Awan J.E., Koehler W.F. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with Health care delivery? Health Care Management Review.
- Carman, J.M (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL scale. Journal of retailing.
- Casino, A. (1989). “Evaluación de la calidad de servicio en establecimientos de alojamiento turístico en España”. Revista Estadística Española. Volumen 41. Número 144.
- Cázares, L., Christen, M., Jaramillo, E., Villaseñor, L. y Zamudio, L.E. (1980). Técnicas actuales en la investigación documental. México. Editorial Tillas.
- Coddington, D.C and Moore, KD. (1987). Market strategies in Health care. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Código de Deontología Médica (1985). Asamblea de la Federación Médica Venezolana LXXVI, (Extraordinaria), Marzo 20, 1985.
- Constitución (1999). Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 36860 (Extraordinaria), Diciembre 30, 1999.
- Cronin, J. and Taylor, S. (1992). Measuring service quality: A re-examination and extension. Journal of Marketing.

Cronin, J., Y Taylor, S. (1994): «SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality», *Journal of Marketing*, vol. 58, Enero, págs. 125-131

Crosby Philip. (1979). *Quality is Free*. Editorial Mc Graw Hill, New York,

Dean, A.M. (1999). The applicability of SERVQUAL in different Health environments. *Health Marketing Quarterly*.

Deming, W. Edwards. (1986). *Out of the Crisis*. MIT Press.

Donabedian, Avedis (1980). *Exploration in quality assesment and monitorin*. Michigan, Health Administration Press. School of Public Health, The University of Michigan.

Donabedian. A. 1988. The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the american medical association*.

Jaén, M (2006). *Costo de la salud en Venezuela: gasto y sostenibilidad financiera del sistema de salud*. Primera Edición. Caracas. Ediciones IESA.

Fiegenbaum, A. (1961). *Total Quality Control*. McGraw-Hill.

Gil, I. (1985) *La conceptualización y evaluación de la calidad del servicio al cliente percibida en el punto de venta*. Editorial Puzzle. Madrid

Gronroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*.

- Gronroos, C. (1994). Marketing y Gestión de Servicios: La Gestión de los Momentos de la verdad y la competencia en los servicios. Editorial, Díaz de Santos.
- Hayes, Bob.E. (2000). Cómo medir la satisfacción del cliente. Desarrollo y utilización de cuestionarios. Ediciones Gestión 2000, S.A. Barcelona.
- Hernández, S., Roberto, Carlos Fernández C. y Pilar Baptista L. (1991). Metodología de la investigación. Mc.Graw-Hill. México.
- Horovitz, J. (1991). La calidad del Servicio. A la conquista del cliente. Editorial Mc.Graw-Hill. Colombia.
- Jun, M., Peterson, R. and Zsidisin, G. (1998). "The identification and measurement of quality dimensions in Health care". Health Care Management Review.
- Juran, J.M. (1991). Juran y la planificación de la calidad. Díaz de Santos, Madrid.
- Kotler, Philip. (2002). Dirección de Marketing, Conceptos Esenciales. Editorial Prentice Hall.
- Lamb Charles, Hair Joseph y Mcdaniel Carl. (2002). Marketing. Sexta Edición. Internacional Thomson Editors.
- Ley del ejercicio de la Medicina (1982). Gaceta oficial de la Republica de Venezuela, 3002 (Extraordinaria), Agosto 23, 1982.
- Ley Orgánica de Salud. (1998). Gaceta Oficial de el Congreso de la República de Venezuela 36.579 (Extraordinaria), Noviembre 11, 1998.

Lovelock, Ch. (2002). Mercadotecnia de Servicios. 3ra Edición. Ediciones Prentice-Hall hispanoamericana. México.

Organización Mundial de la Salud, Mayo 2010. Disponible en:
<http://www.who.int/es/>

Pamies Dolores Setó. (2004). De la Calidad de servicio a la fidelidad del consumidor. Esic Editorial. Primera Edición. Madrid.

Parasuraman A., Zeithaml, V y Berry L (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing. Vol. 49. Número 4. Fall. Pp.41-50.

Parasuraman A., Zeithaml, V y Berry L (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service. Journal of Retailing.

Petersen, M.B. (1988). Measuring patient satisfaction: Collecting useful data, Journal of Nursing Quality Assurance.

Tamayo, M. (2001). El proceso de la Investigación Científica. Editorial Limusa. 4ta Edición. México.

Toro, J. (2001). Hospital y Empresa. Segunda reimpresión. Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl.

Vandamme, R. and Leunis. (1993). Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality. Internacional Journal of Service Industry Management.

Varo, Jaime. (1994). Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un Modelo de Gestión Hospitalaria. Ediciones Días Santos. Madrid, España.

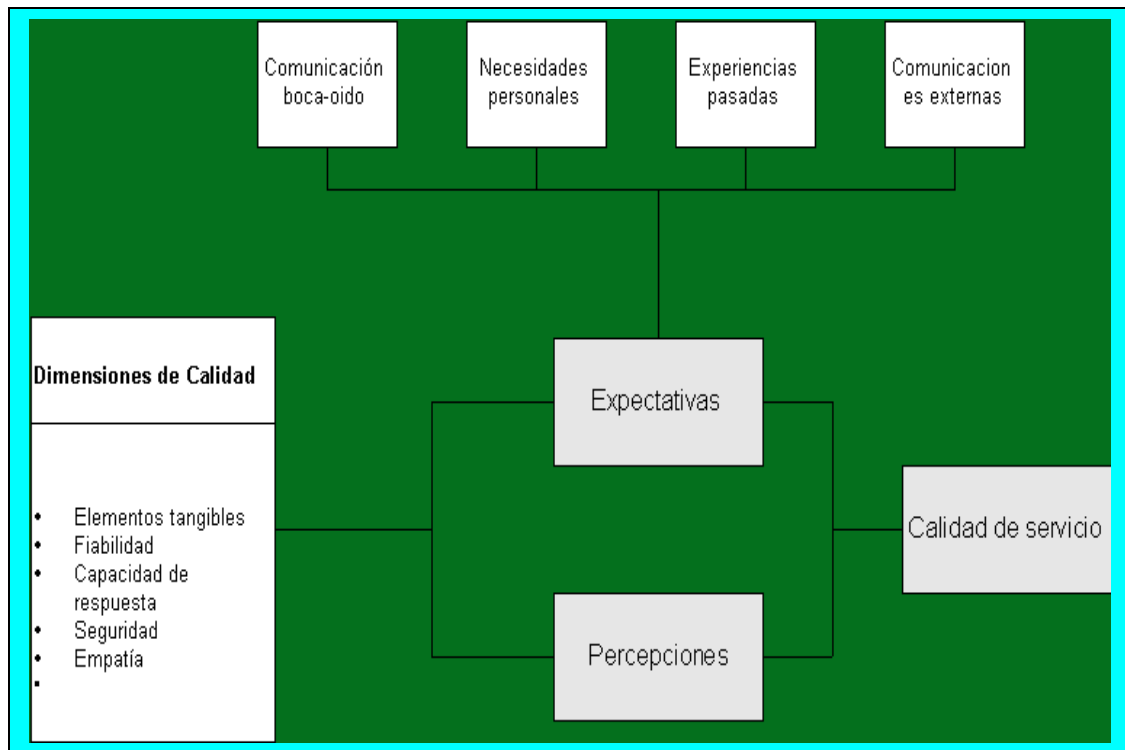
Wong, J.C.H. (2002). Service quality measurement in medical imaging department. International Journal of Health Care Quality Assurance.

Zeithaml, V. (1988). Consumer perceptions of price, quality and value: A means-end model of evidence. Journal of Marketing.

ANEXOS

ANEXO A
Modelo SERVQUAL

ANEXO A
Modelo SERVQUAL



Fuente: Parasuraman A., Zeithaml, V y Berry L (1985).

ANEXO B

Distribución Geográfica de los centros afiliados

ANEXO B

Distribución Geográfica de los centros afiliados



	<i>Total</i>	<i>Porcentaje</i>
Barinas	1	3%
Distrito Capital	20	57%
Miranda	12	34%
Vargas	2	6%
Total	35	100%

Fuente: AVESSOC (2010)

ANEXO C

Lista de centros afiliados a la AVESSOC

ANEXO C

Lista de centros afiliados a la AVESSOC

<i>CENTROS ASOCIADOS</i>	<i>UBICACIÓN GEOGRAFICA</i>
Asociación Civil Madre Carmen Sallés	La Morán
Casa de la salud Padre Francisco de la Cruz J.	Vista Hermosa
Centro Comunal Catia	Catia
Centro de salud integral acción Ecuménica	La Pastora
Centro de salud Padre Pedro Arrupe	Catuche
Centro de salud Santa Inés-UCAB	Montalbán
Centro de salud Santa Inés-La Pradera	La Vega
Centro Marista de salud integral	Palo Verde

Centro Medico asistencial Federico Ozanam	Guatire
Centro Pquial. De atención medica integral CEPAM	Catia
Centro de reflexologia Madre Berenice	Cúa
Clinica Dispensario Padre Machado	Montalbán
Clinica Diocesana Cáritas	Estado Barinas
Complejo Social San Miguel Arcángel	El Cementerio
Consultorio Medico La Inmaculada	Brisas de Propatria
Centro de salud Jesús de Nazareth	La Vega
Dispensario Jesús Maestro	Petare
Dispensario José Gregorio Hernández	Estado Vargas
Dispensario Medico San José	Antimano
Dispensario Mercedes de Jesús Molina	Petare
Consultorio Medico Odontológico Monte Carmelo	Los Rosales
Dispensario Pquial. Monseñor Delfín Moncada	Chacao
Dispensario Popular la Esperanza	Minas de Baruta
Dispensario San Juan Evangelista	Los Teques
Dispensario San Judas Tadeo	La Pastora
Dispensario San Martin de Porres	Las Mayas
Dispensario Sta. Clara de Asis	Valles del Tuy
Dispensario Sta. Joaquina de Vedruna	Terrazas de las Acacias
Dispensario Sta. Rosa de Limas	Valles del Tuy
Fundación Amigos de la tercera edad	La Vega
Fundación San Alfonso Maria Ligorio	El Paraiso
Fundación Santa Clara	Catia
Hospital Pediátrico San Juan de Dios	Colinas de Valle Arriba
Hospital San José de Maiquetía	Estado Vargas
Pastoral Social Caritas	Los teques
Posada del Peregrino	Artigas
Organización Católica San Ignacio-OSCASI	Petare

Fuente: AVESSOC (2010)

ANEXO D

Centro de Salud Santa Inés

ANEXO D

Centro de Salud Santa Inés



Fuente: Elaboración Propia

ANEXO E-1

Dispensario San Martín de Porres

ANEXO E-1

Dispensario San Martín de Porres



Fuente: Elaboración Propia

ANEXO E-2

Dispensario San Martín de Porres

ANEXO E-2

Dispensario San Martín de Porres



Fuente: Elaboración Propia

ANEXO F-1

Hospital San José de Maiquetía

ANEXO F-1

Hospital San José de Maiquetía



Fuente: Elaboración Propia

ANEXO F-2

Hospital San José de Maiquetía

ANEXO F-2

Hospital San José de Maiquetía



Fuente: Elaboración Propia

ANEXO G

Encuesta Calidad de Servicio Percibido

ANEXO G

Encuesta Calidad de Servicio Percibido

Encuesta Calidad de Servicio Percibido

Gracias por aceptar participar en esta investigación. Estimado entrevistado, a continuación encontrará un cuestionario diseñado para recoger información que ayude en el proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios ofrecidos por el centro de salud. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Lo importante es que opine de la manera más directa y espontánea posible. La información recogida será tratada confidencialmente.

El cuestionario consiste de tres partes:

La primera parte sirve para recoger información general, marque con una X la respuesta que usted considere más adecuada.

II. La segunda parte es el cuestionario como tal, marque con una X la respuesta que exprese su sentir con el servicio de salud recibido. La escala es la siguiente;

- **Completamente de acuerdo (5),**
- **De acuerdo (4),**
- **Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)**
- **En desacuerdo (2),**
- **Completamente en desacuerdo, (1)**
- **No Aplica (0)**

III. Opiniones, incluya en esta sección cualquier opinión relacionado con el servicio recibido.

Tómese varios minutos en contestar este cuestionario de la forma más sincera posible. De esto dependerá el éxito de este estudio.

Por favor, conteste las siguientes preguntas, marque con una X la opción seleccionada.

Instrumento #1		Para: Usuarios Externos
PARTE I. Información General:		
Sexo: M () F ()	Edad: 18-30 (), 31-40 (), 41-50 (), más de 50 ()	
Grado de instrucción: Primaria (), Secundaria (), Técnico (), Univ. (), otro ()		
Podría usted indicar por quien fue referido a este centro de salud: Medico (), Amigo (), Familiar (), Publicidad (), otros ()		
Podría indicar desde hace cuanto tiempo ha utilizado este servicio: menos de 1 año (), de 1 a 5 años (), más de 5 años ()		

ANEXO G (Cont.)

Encuesta Calidad de Servicio Percibido

PARTE II. Cuestionario:

Con base a su experiencia personal en los servicios que ofrece este centro de salud, por favor indique su nivel de concordancia con las siguientes afirmaciones marcando con una X. Las alternativas de respuestas son las siguientes: **Completamente de acuerdo (5), De acuerdo (4), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), En desacuerdo (2), Completamente en desacuerdo (1), No aplica (0).**

Afirmación	Escala de importancia					
	Completamente en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	No Aplica
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
El centro dispone de los insumos y equipos necesarios.						
Las distintas áreas del centro (pasillos, consultorios, sala de espera, baños) están limpias y en orden.						
La vestimenta del personal (médicos, enfermeras) es pulcra.						
La ventilación en las instalaciones es adecuada.						
El centro posee el adecuado material de comunicación, como por ejemplo carteleras de información y folletos.						
El tiempo de espera para ser atendido es lo que esperaba.						
El personal médico empleó todo el tiempo necesario en la consulta.						
Los médicos siempre están dispuestos a responder todas mis preguntas.						
Los médicos solucionan mis problemas cada vez que acudo a ellos.						
Los servicios que promete el centro están siempre disponibles.						
El personal médico demuestra interés en resolver mi situación.						
Los médicos se esfuerzan en no cometer errores.						
Se cumple con el plazo prometido para la entrega de informes y resultados médicos.						
Los servicios que ofrece el centro, funcionan en horarios convenientes.						
El médico me atendió con rapidez.						

ANEXO G (Cont.)

Encuesta Calidad de Servicio Percibido

Pregunta	Escala de importancia					
	Completamente en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo/ Ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo	No Aplica
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(0)
Atienden mis quejas o reclamaciones.						
En el centro entienden claramente mis necesidades.						
El médico me informó y explicó acerca de los procedimientos antes de ser realizados.						
Me informaron todo sobre mi estado de salud (tratamiento, complicaciones).						
Me he sentido cómodo para poder contarle con confianza cualquier cosa.						
La habilidad, conocimientos y experiencia del médico cumplieron con mis expectativas.						
El personal (médicos y enfermeras) son amables y me tratan con respeto.						
Recibí toda la privacidad que deseaba.						
Si tuviera algún problema de salud, asistiría nuevamente a este centro.						
Le recomendaría a algún familiar o conocido este centro médico.						
Estoy satisfecho con el tratamiento recibido.						

Fuente: Elaboración Propia

ANEXO G (Cont.)

Encuesta Calidad de Servicio Percibido

Parte III. Opiniones del Usuario:

Fuente: Elaboración Propia

ANEXO H

Entrevista Cooperantes-Benefactores

ANEXO H

Entrevista Cooperantes-Benefactores

Universidad Católica Andrés Bello
Vicerrectorado Académico
Dirección General de los Estudios de Postgrado
Área de Ciencias Económicas
Maestría en Administración de Empresas
Cuestionario AVESSOC

Gracias por participar en esta investigación. Estimado entrevistado, a continuación encontrará un cuestionario dirigido a conocer su opinión acerca de diversos aspectos relacionados con la Asociación Venezolana de Servicios de Salud de Orientación Cristiana (AVESSOC).

El cuestionario está constituido por 14 preguntas abiertas, para asegurar el éxito de esta investigación por favor exprese las ideas que usted considere adecuadas para cada una de las siguientes preguntas.

Instrumento # 2	Para: Cooperantes-Benefactores
1- En la actualidad, ¿Cree usted que se han cumplido con los objetivos planteados al inicio?	
2- ¿Cuál es su opinión acerca de la labor actual que desempeña la AVESSOC?	
3- ¿Cuáles considera usted que son las principales dificultades que afrontará la AVESSOC en el futuro?	
4- ¿Considera que ésta iniciativa ha logrado el impacto que se esperaba?	
5- ¿Cree que la AVESSOC continuará creciendo? ¿Por qué?	
6- ¿Qué aspectos mejoraría (de haberlos) en la AVESSOC?	
7- ¿Cuáles son las principales debilidades y fortalezas que identifica usted de la AVESSOC?	

Fuente: Elaboración Propia

ANEXO I
Matriz DOFA red AVESSOC

ANEXO I

Matriz DOFA red AVESSOC

OBJETIVOS	FORTALEZAS	DEBILIDADES
1-Fortalecer las capacidades institucionales de los asociados.	1- Enfoque en calidad de atención al paciente.	1- Capital de trabajo restringido en cada centro, lo cual limita la contratación de recurso humano y la reinversión.
2-Consolidar a la AVESSOC como red de instituciones de salud de orientación cristiana en Venezuela.	2- Autonomía funcional y financiera de cada centro.	2- Ausencia de mecanismos de referencia y contra-referencia entre los centros.
3-Fomentar la actualización de los asociados en los avances de la Medicina.	3- Accesibilidad económica de los centros.	3- Falta capitalizar el potencial de la red como sistema de atención integral de servicios de salud.
4-Brindar atención integral de prevención y atención primaria a los habitantes de las comunidades cercanas así como el seguimiento de las políticas públicas en salud.	4- La oficina central cuenta con un quipo de trabajo motivado y comprometido.	4- Falta de equipos médicos y/o computadoras en algunos de los centros.
5-Garantizar calidad de atención.	5- A través de la oficina central se han establecido convenios con proveedores.	5- Limitaciones para atender a los pacientes (horarios).
6-Generar la estructura para garantizar la continuidad y viabilidad de las instituciones.	6--Fondo solidario.	6- Pocas vías de financiamiento de la oficina central.
7-Promover estilos de vida saludables.	7-Apoyo entre los centros: intercambio de recursos, conocimiento y experiencia.	
8-Evangelizar desde la salud.	8-Cercanía a los pacientes al estar los centros ubicados en comunidades social y económicamente vulnerables.	
	9- Recurso humano formado y en actualización permanente.	
	10- Generación de fuentes de empleo en las comunidades.	
	11- Infraestructura y equipos en buen estado y en constante y adecuado mantenimiento.	
OPORTUNIDADES	ESTRATEGIAS (FO)	ESRATEGIAS (DO)
1- Elevados precios de los servicios ofrecidos por los centros privados de salud.	1-Ampliar la figura del FONDO SOLIDARIO a través de convenios con empresas o instituciones.	1-Buscar cooperación económica con universidades e institutos públicos y privados.
2- Ubicación geográfica de la mayoría de los centros afiliados.	2-Desarrollar jornadas de despistaje de las principales enfermedades en cada una de las comunidades.	2-Cooperacion con empresas con capacidad para la tecnología de la información.
3- Problemas en el sistema sanitario público.	3-Dotacion de las principales medicinas e insumos en los centros a través de convenios.	3- Capacitar y entrenar a las personas de las comunidades.
4- Constantes huelgas del personal médico y de enfermera.	4-Entrenamiento y capacitación de personas de las mismas comunidades.	4-Establecer convenios con profesionales de la salud de diferentes entes públicos y privados.
5- Disminución en la efectividad de misiones impulsadas por el gobierno central.		
6- Mayor demanda de servicios de salud.		

AMENAZAS	ESTRATEGIAS (FA)	ESTRATEGIAS (DA)
1- Inseguridad, Violencia y afines presentes en el entorno inmediato a los centros.	1- Ampliar la oferta académica por parte de la AVESSOC.	1- Buscar financiamiento y apoyo por parte de las empresas privadas, alcaldías y gobernaciones tanto por la oficina Central como por los diferentes centros de salud.
2- Limitaciones para ofrecer condiciones de trabajo estables.	2- Llevar a cabo programas de educación y jornadas para lograr la integración de toda la comunidad.	
3- Limitaciones legales y burocráticas	3- Buscar el apoyo del gobierno estatal, regional o empresas privadas para mejorar la infraestructura de las zonas aledañas y de los mismos centros.	
4- La situación Política y económica del país.		
5- No hay personal nuevo capacitado.		
6- Servicios Públicos.		
7- Problemas de infraestructura en las comunidades.		

Fuente: Elaboración Propia