UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCION DE LOS CLIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE MEDICINA EN EL AMBULATORIO PRIVADO "SALUD Y FAMILIA CENTRO BARUTA"

Autor:

ANDREÍNA BENZO

Asesora:

TAHIRI RAMOS

Caracas, Noviembre de 2009

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE DE POSTGRADO
GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCION DE LOS CLIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE MEDICINA EN EL AMBULATORIO PRIVADO "SALUD Y FAMILIA CENTRO BARUTA"

Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD

AUTOR: ANDREÍNA BENZO

ASESORA: TAHIRÍ RAMOS

Caracas, Noviembre de 2009

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
AREA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN
POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD

APROBACION DEL ASESOR

En mi carácter de Tutor del Trabajo Especial de Grado presentado por la ciudadana Andreina Benzo Rodríguez, para optar al Grado de Especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales de Salud, cuyo título es:

"EVALUACIÓN DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE QUE ACUDE A LA CONSULTA DE MEDICINA EN EL AMBULATORIO PRIVADO SALUD Y FAMILIA CENTRO BARUTA"

Considero que dicho trabajo reúne los requisitos y meritos suficientes para ser sometido a la evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la Ciudad de Caracas, a los 27 días del mes de Noviembre de 2009

Prof. TAHIRI RAMOS

C.I.3968062

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCION GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
AREA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE GESTION
POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD

"EVALUACIÓN DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE QUE ACUDE A LA CONSULTA DE MEDICINA EN EL AMBULATORIO PRIVADO SALUD Y FAMILIA CENTRO BARUTA"

Autor: ANDREÍNA BENZO

Trabajo Especial de Grado de Especialización en Gerencia en Servicios Asistenciales en Salud, aprobado en nombre de la Universidad Católica "Andrés Bello," por el Jurado abajo firmante, en la Ciudad de Caracas a los _____ días del mes de _____ de 2009.

_____ Nombre y Cédula del Jurado

_____ Nombre y Cédula del Jurado

DEDICATORIA

Le dedico esta tesis a mi esposo, Andrés Gerstl, quien en todo momento me brindo su apoyo y esfuerzo incondicional para culminar lo que un día comencé

A mis hijos Andrés, Leopoldo, Elías, Daniel, Santiago y Javier quienes me dieron de su tiempo para crecer

A mi madre, Beatríz, quien con tanto esfuerzo me ayudo con el día a día para llevarla a cabo.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora Tahirí Ramos, quien demostró durante todo el proceso de realización de esta tesis un alto nivel docente, un gran deseo de orientarme y ayudarme, dispuesta a asesorarme cada vez que fue necesario

GRACIAS TAHIRI

A mis profesores del postgrado quienes se esforzaron en darme herramientas de trabajo las cuales utilizaré a lo largo de mi ejercicio profesional e incluso personal, en especial a la profesora Myriam Rodríguez y el profesor Armando Cova

A mis compañeros con quienes trabajé en equipo, por demostrar un alto nivel de compañerismo, un verdadero trabajo de grupo, a demás de permitirme conocer personas de un gran valor personal.

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE EN LA CONSULTA DE MEDICINA DEL AMBULATORIO PRIVADO "SALUD Y FAMILIA CENTRO BARUTA".

Autor: Andreina Benzo
Asesora: Tahirí Ramos
Año: 2009

RESUMEN

Se realizó un estudio no experimental, de campo, de tipo evaluativo, transversal con la finalidad de conocer el nivel de satisfacción del cliente en la consulta de medicina del ambulatorio SALUD Y FAMILIA-Centro Baruta, basado en los fundamentos de Donabedian (1992), proceso, estructura y resultado. La población estuvo conformada por los pacientes usuarios de las consultas de medicina que se ofrecen en el ambulatorio, la selección de la muestra se realizó por muestreo no probabilístico, se encuestó a la totalidad de los pacientes que acudieron a la consulta durante los meses de Mayo y Junio de 2009. Para la recolección de la muestra se elaboró un instrumento, tipo encuesta estructurada, que constaba con 11 preguntas cerradas, validadas y confiables, los datos obtenidos se procesaron mediante el programa de SPSS 7.5 para la realización del análisis estadístico y diagnóstico de la investigación, cuyos resultados permitieron evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes que acudieron a la consulta de medicina del centro, lo que ofrecerá nuevas herramientas gerenciales que permitirán elevar la calidad del servicio prestado, basado en el nivel de satisfacción del usuario.

Palabras Claves: Satisfacción del cliente, satisfacción en servicios de salud, calidad.
Disciplina: Organización y dirección de empresas.
Área: Gerencia de Servicios Asistenciales de Salud

INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS x

INDICE DE GRÁFICOS xii

RESUMEN vii

INTRODUCCIÓN 16

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes 20
1.2. Definición del problema 23
1.3. Objetivos
    1.3.1. Objetivo General 25
    1.3.2. Objetivos Específicos 25
1.4. Justificación 26
1.5. Resultados esperados 29

CAPITULO II: MARCO ORGANIZACIONAL

2.1. Reseña histórica de la organización 30
2.2. Principios filosóficos 33
2.3. Organigrama 35

CAPITULO III: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

INDICE DE TABLAS

Tabla N# 1 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el horario de atención a los pacientes

Tabla N# 2 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la comodidad y amplitud de la sala de espera

Tabla N# 3 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el tiempo de espera para entrar a la consulta

Tabla N# 4 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la señalización interna del centro

Tabla N# 5 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre las instalaciones y equipamiento del centro

Tabla N# 6 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la solución que le da el médico/enfermera

Tabla N# 7 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el tiempo que le da su médico

Tabla N# 8 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el interés del médico en explicarle su dolencia

Tabla N# 9 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la información proporcionada sobre el tratamiento

Tabla N#10 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la disposición del personal para ayudarle

Tabla N#11 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el trato recibido por el resto del personal

Tabla N# 12 Distribución de la población bastante y muy satisfecha, en número y porcentaje, en cada uno de los ítems

Tabla N#13 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión acceso al servicio

Tabla N#14 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión condiciones físicas

Tabla N#15 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión personal de apoyo

Tabla N#16 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión personal sanitario

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N#1 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el horario de atención a los pacientes

Gráfico N#2 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la comodidad y amplitud de la sala de espera

Gráfico N#3 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el tiempo de espera para entrar a la consulta

Gráfico N#4 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la señalización interna del centro

GráficoN#5 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre las instalaciones y equipamiento del centro

GráficoN#6 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la solución que le da el médico/enfermera

Gráfico N#7Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el tiempo que le da su médico

GráficoN#8 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el interés del médico en explicarle su dolencia

GráficoN#9 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la información proporcionada sobre el tratamiento

GráficoN#10 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la disposición del personal para ayudarle

GráficoN#11 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el trato recibido por el resto del personal

GráficoN#12 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el horario de atención a los pacientes agrupando los dos niveles más altos

GráficoN#13 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el tiempo de espera para entrar a la consulta agrupando los dos niveles más altos

GráficoN#14 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la comodidad y amplitud de la sala de espera agrupando los dos niveles más altos.

GráficoN#15 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la señalización interna del centro agrupando los dos niveles más altos

GráficoN#16 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre las instalaciones y equipamiento del centro agrupando los dos niveles más altos

GráficoN#17 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la solución que le da el médico/enfermera agrupando los dos niveles más altos

GráficoN#18 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el tiempo que le da su médico agrupando los dos niveles más altos

GráficoN#19 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el interés del médico en explicarle su dolencia agrupando los dos niveles más altos

GráficoN#20 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre trato recibido por el resto del personal agrupando los dos niveles más altos

GráficoN#21 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la disposición del personal para ayudarle agrupando los dos niveles más altos

GráficoN#22 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la información proporcionada sobre el tratamiento agrupando los dos niveles más altos

GráficoN#23 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión acceso al servicio

GráficoN#24 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión condiciones físicas

GráficoN#25 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión personal de apoyo

GráficoN#26 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión personal sanitario

INTRODUCCIÓN

«En un momento como el que vive el mundo moderno, cuando las grandes empresas se mueven dentro del contexto de la calidad total como única estrategia para el éxito, surge el imperativo de colocar a la institución de salud dentro de estos ámbitos, por la necesidad de hacerla confiable y capaz de responder a las crecientes expectativas de los individuos».
GUSTAVO MALAGON-LONDOÑO

El cliente en busca de atención médica, es una persona que se encuentra en minusvalía, es una persona que desea recibir un servicio de calidad basado en un trato humano, acorde a su naturaleza, que satisfaga sus necesidades, con un alto nivel tecnológico que le permita restablecer su estado de salud.

La actividad económica de los países se puede dividir en tres sectores de actividad:

- Sector extracción de materias primas o sector primario.
- Sector manufacturero o sector secundario.
- Sector servicios o sector terciario.

Las instituciones de salud se encuentran ubicadas dentro del sector terciario, puesto que son empresas prestadoras de servicios.

Los servicios de salud presentan características específicas que la diferencian de otras empresas prestadoras de servicios, las cuales es preciso tener identificadas para poder evaluarlas en profundidad, lo que le permitirá a sus directores o gerentes tener un análisis cada vez más completo de ellas.

6. La calidad técnica de los servicios de salud es difícil de observar.
   Esta realidad contribuye a la dificultad de medir la calidad de las instituciones de salud; situación que se afianza dada la intangibilidad, heterogeneidad, inseparabilidad de los servicios de salud (Losada, Rodríguez, 2007).

Por todo lo antes expuesto cabe preguntar:

¿Qué se debe evaluar cuando se pregunta por la calidad en servicios de salud?, ¿Se refiere esa calidad a un servicio concreto o a un conjunto de servicios?, ¿ Son solo algunas características o dimensiones, o por el contrario se deben considerar todas las características o dimensiones del servicio?, ¿Es lo mismo hablar de calidad y de satisfacción?, ¿Es lo mismo preguntarle al usuario por la calidad de un servicio que preguntarle por la satisfacción recibida al utilizar ese mismo servicio?

En lo que se refiere a calidad en los servicios de salud, la literatura ofrece numerosas investigaciones, provenientes de diferentes autores con diferentes enfoques.

Uno de los grandes debates que se generan en cuanto a la evaluación de la calidad de los servicios de salud gira principalmente alrededor de dos puntos:

- Quien evalúa la calidad
- Bajo qué criterios se realiza este proceso.

Históricamente, el establecimiento de normas para la evaluación ha sido responsabilidad del personal médico, pero en la actualidad la perspectiva del paciente aparece como un indicador significativo de la

calidad del servicio en el área de la salud y hay quienes afirman que puede representar la perspectiva más importante.

Un elevado nivel de calidad de servicio proporciona a las empresas considerables beneficios en cuento a cuota de mercado, productividad, costes, motivación del personal, diferenciación respecto a la competencia, lealtad y capacitación de nuevos clientes, por citar algunos de los más importantes. Como resultado de esta evidencia, la evaluación de la calidad de servicio se ha convertido en una estrategia prioritaria y cada vez son más los que tratan de definirla y medirla para finalmente, mejorarla.

El objetivo de esta investigación es evaluar la satisfacción del cliente de la consulta de medicina del ambulatorio privado "Salud y Familia centro Baruta", como herramienta indispensable para realizar una buena gestión dentro de la institución.

CAPITULO 1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.ANTECEDENTES

Mientras el mundo cambia vertiginosamente debido al auge de la tecnología, la era de la comunicación y la información, la globalización; el cliente no desaparece.

Como consecuencia de estos cambios, muchos otros avances han sucedido. Los mercados han pasado de ser mercados con pocos productos y muchos clientes a mercados con muchos productos y muchos clientes; así también los clientes han pasado de ser clientes de monopolios comerciales, a clientes que tienen la libertad de escoger entre una variedad de productos, clientes conscientes que la capacidad negociadora está en sus manos, porque son ellos quienes deciden qué y a quien comprarles.

Evaluar hoy en día la satisfacción del cliente se convierte en una estrategia clave para todo desempeño comercial y organizacional. A través de este conocimiento, el empresario está en capacidad de colocar al cliente como eje central de su empresa, como moderador de su actividad productiva para poder así lograr ofrecerle lo que busca y espera garantizando su lealtad.

A través de la evaluación de la satisfacción del cliente se pueden obtener elementos que permitan agregar valor a los productos que se ofrecen haciendo las empresas más competitivas, al ofrecer productos que cubran las expectativas de los clientes, sus nuevas necesidades.

Esto le permitirá a las empresas, cuyas estrategias estén basadas en una gestión del cliente, mantenerse en el tiempo.

Al vivir en un mundo caracterizado por el cambio constante, la evaluación metódica de la satisfacción del cliente debe ser una actividad continua que permita al empresario obtener elementos que agreguen valor a sus productos, de manera tal de poder cubrir las nuevas expectativas de sus clientes, logrando así su fidelidad.

Es por ello que la gestión del cliente es, hoy por hoy, un componente fundamental en la estrategia organizacional, a través de la consolidación de relaciones con el cliente, viéndolo como el gran generador de valor y buscando un cliente para siempre.

En el sector salud, se hace urgente plantear cambios importantes en la manera como se prestan los servicios de salud para competir en el libre mercado, estos cambios deben ir enfocados a garantizar servicios de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes de las instituciones de salud y así garantizar su lealtad con la institución.

Al referirnos a la calidad en los servicios de salud debemos hacer énfasis en tres dimensiones (Alonso, 2003):

- Dimensión técnico-científica
- Dimensión administrativa
- Dimensión humana

Dimensión técnico-científica**:** Se refiere a la práctica de los mejores estándares técnicos y científicos verificados en la atención de salud, en búsqueda de las mejores acciones y procedimientos seguros a realizar sobre el paciente en el esquema:

Calidad – Ética $\Longleftrightarrow$ Riesgo – Beneficio

En esta dimensión técnico-científica de la calidad, el usuario tiene poca capacidad y posibilidad de evaluar y calificar, por lo que son las entidades de control, agremiaciones científicas las llamadas a verificar que los profesionales y las instituciones de salud cumplan con los parámetros establecidos.

Dimensión administrativa: se refiere a la relación

Prestador ⟺ Consumidor

que abarca las facilidades que las instituciones disponen para mejor prestación de los servicios y que genere valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles. Debido a la gran oferta de servicios de nuestros días, queda como única opción para la organización afrontar el reto de competir ofreciendo servicios de mejor calidad a menor precio.

Dimensión humana: El aspecto humano tradicionalmente desconocido y poco tratado cuando se habla de calidad, es la parte fundamental de la atención en salud debido a que la razón de ser de los servicio de salud es el ser humano como un todo biopsicosocial, es brindar atención y garantizar la salud.

El sistema de salud debe hacer honor al paciente como individuo, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y familiar, teniendo como pilares fundamentales la individualidad, información, respeto a su entidad, por lo que se debe personalizar la atención en salud.

De poco sirven los más avanzados conocimientos con las mejores habilidades técnicas y profesionales, utilizando los equipos y tecnología de

punta y los más afinados procesos, si se desconoce al paciente como eje fundamental y razón de ser del ejercicio médico-clínico (Alonso, 2003).

El plantear la evaluación de la satisfacción del cliente del ambulatorio "SALUD Y FAMILIA"- centro Baruta, se debe a la necesidad que dicho centro de salud presenta al comprender su importancia dentro de una estrategia competitiva y por ello nos planteamos las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el nivel de satisfacción del paciente en relación al servicio prestado en las consultas de medicina, en el ambulatorio?

1. ¿Es la atención prestada por el personal de recepción la más satisfactoria?
2. ¿Es la atención prestada por el profesional de salud, la más satisfactoria?
3. ¿Son la infraestructura y el mantenimiento del ambulatorio los más satisfactorios?
4. ¿Es el acceso al servicio el más satisfactorio?

1.2.DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En el mundo se están viviendo cambios que requieren adecuaciones dentro de las organizaciones y de las personas.

Estos cambios han generado modificaciones a reglas y estándares organizacionales, por lo que no es posible esperar mejores resultados manteniendo las mismas formulas de trabajo.

La economía moderna se caracteriza por estar globalizada e interdependiente en sus procesos de producción, comercialización, inversión, flujos financieros y desarrollo tecnológico.

Las empresas tienen crecientes exigencias de productividad, además de que las leyes del mercado las obligan a profundizar y a cambiar estrategias y políticas, a planear, crear e innovar, a tener capacidad de adaptación, velocidad de respuesta y sensibilidad para anticipar necesidades futuras, poder sobrevivir y desarrollarse en este nuevo y complejo entorno.

La supervivencia y éxito de las empresas depende de la eficiencia y eficacia de su personal, de sus sistemas y procesos, de tener acceso a tecnologías de punta y capacidad de respuesta rápida para satisfacer a sus clientes, quienes cada día tienen más ofertas y son más exigentes.

Por ello, el equipo directivo del ambulatorio "SALUD Y FAMILIA" Centro Baruta, consciente de los cambios en la gestión de servicios de salud, han permitido la realización de este trabajo de investigación sobre la calidad del servicio que prestan en las consultas de medicina, para así poder optimizar los recursos con los que cuenta y poder incrementar la satisfacción de los pacientes que acuden al centro.

En consecuencia, el mencionado equipo visualizó la necesidad de realizar una recolección y análisis de datos que le permita hacer un diagnóstico de la calidad del servicio que realiza basándose, en primer lugar, en determinar la satisfacción del cliente y en segundo lugar poder evaluar los diferentes factores que influyen para lograr dicho objetivo.

Por otra parte, se ha observado el incremento de la comunidad y un crecimiento de las ofertas de servicios de salud en la zona, tanto públicos

1.3.2.2. Evaluar la satisfacción del paciente, de las consultas médicas, con relación al servicio prestado por parte del personal de enfermería.

1.3.2.3.-Evaluar la satisfacción del paciente, de las consultas médicas, con relación al servicio prestado por parte del personal de salud a partir de los siguientes factores:

- Atención profesional
- Trato adecuado
- Claridad de la información recibida en cuanto al diagnóstico y tratamiento aplicado
- Resultados obtenidos

1.3.2.4.-Evaluar la satisfacción del paciente, de las consultas médicas, con relación a la infraestructura del centro en cuanto a:

- Limpieza e señalización
- Comodidad de las áreas

1.3.2.5.-Evaluar la satisfacción del paciente, de las consultas médicas, con relación al acceso al servicio.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La calidad es una característica que ha estado siempre presente en la historia de la humanidad. Cada actividad que realiza el ser humano busca siempre corregirla y mejorarla.

La calidad como tal, es un concepto multifactorial, es la sumatoria de un grupo de elementos, siendo uno de ellos, la satisfacción del cliente.

En el ámbito de la salud, podemos decir que la calidad es un conjunto de características explicitas e implícitas que poseen dichos servicios para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios. Se basa en la preocupación constante de sus expectativas o preferencias, en la relación entre la calidad percibida por el usuario y las expectativas que tiene dicho usuario del servicio.

Hoy en día, el usuario de los servicios de salud, es una persona más informada, más consciente de sus derechos, requiere una atención oportuna, personalizada, eficiente, suficiente y a costos razonables, es un usuario cuyo nivel de exigencia es cada vez mayor (Mejías Braulio, 2004).

En este contexto, preocupados por el mejoramiento constante de la calidad y el compromiso y participación decidida de su gente, se toma como área objeto de estudio el Ambulatorio SALUD Y FAMILIA-Centro Baruta, situado en la localidad del pueblo de Baruta, Municipio Baruta, clasificado como un establecimiento de salud Ambulatorio, de atención primaria, tipo 1, privado y que presta servicios de atención de:

- Apoyo familiar y pedagógico
- Proyecto de prevención de deserción y exclusión escolar,
- Proyecto de prevención y atención integral del embarazo de adolescentes
- Consultas Médicas Especializadas
- Odontología General
- Laboratorio Clínico
- Ecosonografía

Por lo anteriormente expuesto, se estima la necesidad de realizar una evaluación de la satisfacción de los pacientes que acuden a dicho centro de

salud, específicamente los que acuden a las consultas de medicina, con el propósito de mejorar las condiciones de la misma y lograr:

1. Detectar las debilidades en los puntos de contacto de la institución con el usuario, desde que el usuario ingresa al centro de salud hasta que sale de él y analizar de manera sistemática la satisfacción que tiene en relación a cada uno de ellos, para así identificar procesos y procedimientos que requieran ser mejorados.

2. Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios, para así optimizar los recursos en función de sus demandas y poder mantener, mejorar y asegurar la calidad del servicio, por consiguiente, los usuarios al estar satisfechos tienen mayor probabilidad de permanecer fieles a nuestra organización.

3. Mantener a los usuarios satisfechos y aumentar la captación de nuevos usuarios, al divulgarse el servicio que allí se presta, consolidando los servicios, programas y equipos de trabajo.

4. Facilitar sobre la base de este análisis y evaluación, encaminar los esfuerzos a la prestación de un mejor servicio, que redundará en beneficio tanto para el usuario como para la institución.

Para el usuario, porque recibirá un servicio de alta calidad tanto en la dimensión humana, como en la dimensión tecnológica, puesto que al incrementarse el volumen de pacientes-usuarios se incrementaran los ingresos, lo que permitirá a la institución dotar al centro con equipos actualizados, mobiliario y plataforma tecnológica cada vez más apropiada.

Para la institución, porque logrará aumentar el número de pacientes fieles a la misma, alcanzando un mayor impacto y penetración en la zona, lo que le permitirá mantenerse en el tiempo.

1.5. RESULTADOS ESPERADOS

Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes ante el trato recibido por el personal en general.

La obtención de un diagnóstico a través de las encuestas realizadas, sobre las debilidades y fortalezas de la institución en la prestación del servicio.

CAPITULO II:
MARCO ORGANIZACIONAL

2.1. RESEÑA HISTÓRICA DE LA ORGANIZACIÓN

El ambulatorio "Salud y Familia", es una organización de desarrollo social fundada el 24 Mayo de 1996, por iniciativa de la Iglesia de la Sagrada Familia de Nazareth en alianza con un grupo de personas desinteresadas, y sobre todo comprometidas incondicionalmente con el bienestar y desarrollo armónico de la familia como piedra angular y fundamental de la sociedad (Salud y Familia, 2007).

Luego de 13 años de labor sin interrupciones, constituyen una red de centros de atención altamente eficientes que ofrecen servicios de:

- Apoyo familiar y pedagógico
- Programa de prevención de deserción y exclusión escolar, vigente desde el año 2001.
- Programa de prevención y atención integral del embarazo en adolescentes, iniciado en el Centro de Baruta en el mes de noviembre del 2004.
- Consultas Médicas Especializadas
- Odontología General
- Laboratorio Clínico
- Ecosonografía

Dicha red la conforman tres centros:

Salud y Familia- Baruta: Ubicado en la localidad de Baruta, Municipio Baruta presta servicios de atención a las zonas aledañas, comunidades

educativas municipales y estadales, sectores medios y de limitados recursos y comunidad en desventaja como: Barrio Santa Cruz del Este, La Palomera, Las Minas, Ojo de Agua, Monterrey, entre otros.

Salud y Familia – Anauco: Ubicado en la Plaza Morelos, Municipio Libertador atiende a los sectores de Guaicaipuro, Sarria, Santa Rosa, Candelaria y San Agustín, entre otros

Salud y Familia-Catia La Mar: Ubicado en la Av. El Ejército de Catia La Mar, atiende usuarios provenientes de todo el Edo. Vargas.

En relación a los servicios y diferentes programas que se ofrecen en el centro podemos acotar:

Programa de prevención y atención integral del embarazo en adolescentes:

El objetivo de este programa es prevenir y dar atención integral a la adolescente embarazada, y prevenir otras conductas de riesgo. Estos proyectos contemplan una atención integral médica, de fortalecimiento personal y familiar y apoyo socio-educativo a niños, niñas y adolescentes en riesgo social.

Programa de Prevención de la Deserción Escolar:

Este programa ofrece un servicio de atención integral (psicopedagógico, salud física y de orientación familiar) a niñas y niños de edades comprendidas entre 7 y 12 años, o cursantes de los niveles de Educación Básica I y II (de 1° a 6° grado), con alta probabilidad de desertar del sistema educativo, pertenecientes a la zona de Baruta y otras

localidades cercanas, con el propósito de que superen las dificultades presentes y logren vincularse positivamente al núcleo familiar y a su entorno social.

Busca superar las dificultades de aprendizaje de lenguaje y desarrollar habilidades y destrezas que permitan incrementar el rendimiento escolar, proporcionar herramientas de crecimiento y control emocional, y ayudar y alentar a resolver problemas y/o situaciones perturbadoras de forma adecuada, dar formación en valores, virtudes y seguimiento de normas según las edades de los niños y niñas, brindar apoyo psico-social a las familias de los niñas y niños para mejorar el ambiente psicológico, social y afectivo que les rodea, diagnosticar y tratar las afecciones médicas, odontológicas, de nutrición y neurológicas que afectan la salud y el rendimiento escolar, promover la participación de los padres y representantes y de la comunidad educativa en el desarrollo del proyecto y en los cambios positivos que requiere su familia y comunidad, evaluar y sistematizar el proyecto a fin de replicarlo en otras comunidades.

Consultas medicas especializadas

Nuestro centro SALUD Y FAMILIA-Centro Baruta ofrece consultas médicas en las siguientes especialidades:
Consultas y Especialidades Médicas.

- Medicina General
- Medicina Interna – Evaluación Pre-operatoria
- Pediatría
- Ginecología – Obstetricia
- Otorrinolaringología
- Cirugía General Ambulatoria

- Gastroenterología
- Neurología
- Psiquiatría

Servicios de Apoyo Diagnóstico

- Exámenes de Laboratorio
- Ecosonogramas
- Electroencefalograma
- Electrocardiograma
- Endoscopia

Odontología General (Adultos y Niños).

2.2. PRINCIPIOS FILOSÓFICOS

Misión

"Una Asociación Civil Privada sin fines de lucro y una Organización de desarrollo Social líder en la promoción de una cultura preventiva. Esta iniciativa nace como idea de la Parroquia Sagrada Familia de Nazaret y es llevada adelante por un grupo de personas comprometidas y conscientes de la problemática social. Nuestra misión primordial es Fortalecer a la familia, su entorno social y comunitario dentro de una visión integral de la persona". (Salud y Familia 2007)

"Somos una entidad sin fines de lucro, organización de desarrollo social y de salud, promovida por la Iglesia de la Sagrada Familia de Nazaret de Caracas, que busca fortalecer la familia a través de la salud mediante la atención integral a cada persona". (Salud y Familia 2007).

Visión

"Constituirnos en una red de Centros de Consultas Médicas y de Familia que brinde un servicio de calidad, accesible, eficiente, y con atención personalizada, autogestionable y dirigida al desarrollo comunitario".
(Salud y Familia 2007)

Bases Filosóficas.

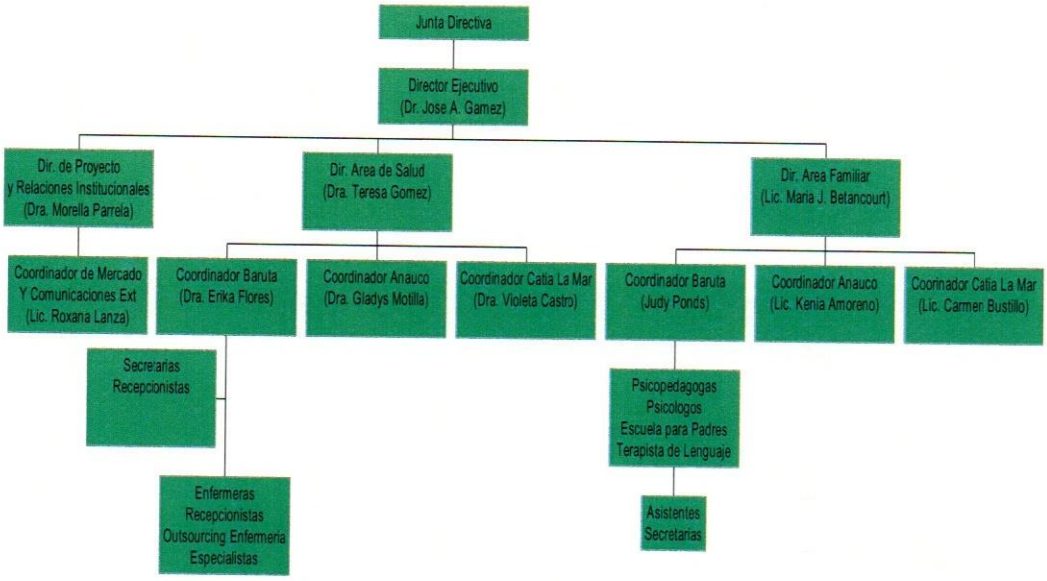
"Humanismo integral y solidario
Respeto a la vida y a la dignidad humana
Trascendencia del ser humano"
(Salud y Familia 2007)

Valores

"Responsabilidad social
Solidaridad e integridad
Ética y competencia profesional
Honestidad, lealtad"

(Salud y Familia 2007)

2.3. ORGANIGRAMA



Fuente: Salud y Familia-Baruta

Fecha: Febrero 2009

CAPITULO III
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

3.1 RESEÑA HISTÓRICA

El concepto de calidad ha sufrido sucesivas transformaciones a lo largo del tiempo.

La práctica de la verificación de la calidad se remonta a épocas anteriores al nacimiento de Cristo, contemplada en el Código de Hammurabi en el año 2.150 A.C. Igualmente los fenicios utilizaban programas de acción correctiva para asegurar la calidad, con el objeto de eliminar la repetición de errores.

Durante la edad media surgieron mercados con base en el prestigio de la calidad de los productos, popularizándose el uso de marcas, obteniendo con esta práctica el desarrollo por el interés de mantener una buena reputación (las sedad de damasco, las porcelanas chinas, etc.).

Dado lo artesanal del proceso, la inspección del producto terminado era responsabilidad del productor, que era el mismo artesano.

En este momento el concepto de calidad está basado en hacer bien las cosas sin importar el costo o esfuerzo para ello, lo importante era satisfacer al cliente y crear algo único.

Con el advenimiento de la era industrial esta situación cambió, el taller cedió su lugar a la fábrica de producción masiva.

Como consecuencia de la alta demanda aparejada con el espíritu de mejorar la calidad de los procesos, la función de inspección llega a formar parte vital del proceso productivo, la cual es realizada por el mismo operario (el objetivo de la inspección era simplemente señalar los productos que no se ajustaban a los estándares deseados).

En este momento el concepto de calidad girar entorno a hacer muchas cosas, se identifica calidad con producción, cuyo fin es satisfacer una gran demanda de bienes y obtener altos beneficios.

A fines del siglo XIX y durante las tres primeras décadas del siglo XX el objetivo es producción pero cambia el proceso de inspección.

El cambio del proceso de inspección trajo consigo cambios en la organización de las empresas. Como ya no era el caso de un operario que se dedicaba a la elaboración de un articulo, fue necesario introducir en las fabricas procedimientos específicos para atender la calidad de los productos fabricados en forma masiva. Dichos procedimientos fueron evolucionando, sobre todo durante los últimos tiempos.

Posterior a la Revolución Industrial, comenzaron a introducirse en las empresas conceptos sobre la división del trabajo, la simplificación de las tareas, el estudio de tiempos y movimientos en los procesos.

Es al comienzo del siglo XX cuando el estadounidense Frederick Winlow Taylor desarrollo el modelo taylorista, el cual aplicaba el método científico al trabajo, con el deliberado propósito de incrementar la productividad y la calidad, cuyo aporte se llamo, administración científica del trabajo, sin la cual no hubieran sido posibles los avances posteriores en el estudio del trabajo empresarial.

Simultáneamente, el francés Henri Fayol, desarrolló la llamada teoría clásica, cuyo aporte fundamental fueron los principios de administración, a saber: planificación, organización, coordinación, dirección y control.

A finales del siglo XIX el control de calidad la realizaban los operarios, posteriormente en el periodo de la primera guerra mundial se dio el control de la calidad de los productos al capataz y entre las dos guerras mundiales apareció el control de calidad por inspección o lo que se conoce como control de calidad moderna.

Desde 1931, los llamados gurús de la calidad moderna, comienzan a aportar diferentes enfoques a este concepto, donde la planificación de la calidad, la mejora continua, administración por objetivos, prevención, son elementos claves para que las empresas puedan lograr lo que se denomino calidad total.

Calidad total es un concepto, una filosofía, una estrategia, un modelo de hacer negocios dirigida hacia el cliente. Es un conjunto de técnicas de organización orientadas a la obtención de los niveles más altos de calidad en una empresa.

Dichas técnicas se aplicaban a todas las actividades de la organización lo que incluían los productos finales, los procesos de fabricación, la compra y manipulación de los productos intermedios, los procesos relacionados con las ventas y sobre todo la satisfacción tanto de los clientes internos como externos. La calidad persigue la satisfacción del cliente, esta pasa a ser el objetivo de las organizaciones.

Al igual que en las organizaciones en general, en el sector salud se dieron procesos similares.

La historia recoge antecedentes sobre calidad en servicios de salud desde la época de la Grecia antigua cuando Hipócrates y Galeno indican las normas de calidad de la práctica médica donde buscar lo mejor para el paciente era la esencia del ejercicio profesional. Luego de la caída del imperio romano los médicos debían identificarse a través de licencias para asegurar la calidad de la práctica profesional y se llegó a establecer una legislación de higiene pública.

En el siglo XV se comenzó el desarrollo de hospitales.

Sir William Petty, para el año XVII en Inglaterra, realizó estudios comparativos entre dos grupos de pacientes y dos medicamentos, naciendo el control de calidad para anestésicos.

En 1854, Florena Nightnale en Narrak Hospital en búsqueda de la eficacia profesional y del mejoramiento continuo por el bien de los pacientes, logra una disminución de la mortalidad hospitalaria del 32% al 2% y simultáneamente con el interés fundamental de Codman por la efectividad de las intervenciones quirúrgicas se hacen acreedores del título de los precursores de la calidad asistencial.

En 1910 Sir Oslen trabaja con enfermeras para demostrar mejoras en la atención hospitalaria.

En el mismo año Flener estableció en EEUU estándares de calidad para facultades de medicina.

En 1919 en EEUU se establecen los primeros requisitos para acreditación de hospitales: acreditaciones médicas y pautas de tratamiento, cuando el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) estableció el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales Estadounidenses identificaran y eliminaran los servicios de salud deficientes.

Estos avances, en los años 50, crearon las bases para la creación de procesos de acreditación, administrado por el Joint Cominission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones Prestadoras de Salud), con el propósito de determinar estándares cuyo cumplimiento, a través de una evaluación externa, permitiera asegurar específicamente una atención médica de calidad.

En los años 80, las fallas en el proceso de inspección, el estancamiento de la calidad de los servicios y la creación de nuevos enfoques sobre técnicas gerenciales a nivel mundial, junto al aumento de los costos de los servicios, obligaron a los profesionales de la salud a reevaluar la calidad basada solo en acreditaciones y estándares, adoptando tendencias del mejoramiento continuo de la calidad y la administración total de la calidad.

Es a partir de los trabajos de Avedis Donabedian (1981), considerado el padre de la calidad en servicios de salud, que se inició la evaluación de la calidad de la atención médica, basado en la teoría de sistemas, donde se evaluaba tanto la estructura como el proceso y los resultados obtenidos. Estructura disponible para otorgar la atención, el proceso mismo de la atención y sus resultados.

Él identificó una serie de componentes de la calidad que facilitaron su análisis:

a. Un componente técnico, como expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza.

b. Un componente interpersonal, expresión de la importancia de la relación paciente-profesional de la salud.

c. Un componente correspondiente al entorno, como expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla, lo que se denominó las amenidades.

Este esquema permitió medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud y supone que los resultados son realmente consecuencia de la atención proporcionada (lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa e inequívocamente de la estructura).

A partir de este enfoque de la calidad en servicios de salud de Avenis Donabedian, es que la *Joint Commission agrego a los* requisitos estructurales existentes, estándares de procesos y de resultados de la atención médica, incorporando indicadores para evaluarlos respectivamente.

La Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica implantó metodologías similar al Sistema ISO como herramienta de evaluación y determinación de la certificación correspondiente (Aguirre, 2008).

El Sistema ISO *(International Organization for Standarization),* es una organización que surgió en 1947, con la finalidad de asegurar y certificar la calidad de los procesos de producción y garantizar la calidad de los productos que generaban las empresas. En las instituciones de salud el Sistema ISO se utilizó como una herramienta para certificar la estructura y la organización de las instituciones, lo que permitía indicar que estaban en condiciones de otorgar una atención de calidad (Ramírez, 2009).

Esta metodología de acreditación es actualmente muy utilizada en China y la comunidad europea.

Simultáneamente los Estados Unidos y Japón fueron los pioneros en la aplicación de un enfoque diferente de calidad.

Flynn desarrollo una metodología conocida como Gestión de Calidad Total (GCT), la cual se centra en el mantenimiento, mejora continua de procesos y prevención de defectos a todos los niveles y en todas las funciones de la organización, con el objetivo de satisfacer o incluso superar las expectativas de los cliente.

3.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El siglo XXI trae grandes retos para las organizaciones, siendo uno de ellos el de alcanzar y mantener la calidad en sus productos o servicios.

Calidad en el sentido etimológico conceptual proviene del Latín Qualitis, que significa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud,

excelencia, categoría, casta, nobleza, superioridad entre otras muchas acepciones (Ardón, N y Jara, M.I. 1998, citado en Ardón C. Nelson R. y cubillos N, Andrés F 2003).

Joseph Juran, uno de los grandes gurús de la calidad moderna, define el concepto de calidad como:

"El conjunto de características de un producto que satisfacen las necesidades de los clientes y, en consecuencia, hacen satisfactorio al producto" (Otero, 2005).

La definición expresa tres elementos fundamentales:

1. Es un conjunto de características. La calificación se hace con carácter integral, evaluando todas las partes.

2. Se considera un producto con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.

3. Es un concepto subjetivo, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como de mala calidad. El grado de exigencia depende de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico.

Al referirnos al concepto de servicios de salud, lo definimos como: todos aquellos servicios prestados por médicos, odontólogos, enfermeras y el resto del personal de salud de hospitales, consultorios y clínicas, con el propósito de conservar o restablecer la salud.

Estos se dividen en dos categorías: los preventivos, destinados a mantener la salud del individuo y los curativos y de rehabilitación, cuya finalidad es devolver la salud a los enfermos e incapacitados (Losada, 2007).

Según Avenis Donabedian, se entiende por calidad en servicios de salud:

*"aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de atención en todas sus partes" (*Ardon, *2003).*

Basados en este concepto, la OPS define Calidad en servicios de salud como:

"*el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente*" (Machinea, 2008).

En el campo de la salud se usan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia.

Cuando la prestación de servicio se realiza con equidad se da más a quien más lo necesita, garantizando la accesibilidad; con eficacia, este concepto se refiere a prestar un servicio a los pacientes con metodología, técnicas y destreza adecuadas; con efectividad; esto es alcanzando cobertura e impacto adecuado; y con eficiencia se refiere a rendimientos y costos acordes.

La Calidad de atención en salud se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente mas allá de los que este pueda o espera. Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos.

No solo hay que satisfacer las expectativas del usuario, sino que hay que darle más de lo esperado. Hay que cumplir plenamente con sus necesidades.

No se discute que el aspecto técnico es indispensable como característica de la prestación del servicio en salud (calidad objetiva del servicio de salud) y que es sumamente valorada por ambas partes (pacientes y profesionales), pero la subjetividad del juicio del enfermo y sus familiares (calidad del servicio percibida) es muy importante a la hora de la valoración de la calidad de los servicios prestados.

Introducir la percepción del usuario conlleva formular el concepto de calidad del servicio desde la óptica del cliente.

Cuando nos referimos a calidad y satisfacción nos referimos a fenómenos de naturaleza distinta. Desde la perspectiva adoptada por muchos autores, la satisfacción, que comunica sentimientos de favorabilidad o desfavorabilidad, pertenece al campo de las actitudes y, por tanto, del afecto, mientras que la calidad percibida, la cual se califica, por ejemplo, como buena o mala, se refiere a creencias que como forma de la percepción forman parte de la cognición.

Sin embargo, su distinta naturaleza no invalida que dada la importante correlación empírica que muestran, la medición de uno de los conceptos pueda llegar a representar al otro, o servirle de indicador.

La definición que goza de mayor aceptación entre académicos e investigadores es la propuesta por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985), para quienes la calidad del servicio, además de ser un constructo elusivo que puede ser difícil de medir, es el resultado de la comparación de las expectativas o deseos del consumidor frente a un proveedor y sus percepciones con respecto al servicio recibido.

Ellos definen calidad como: ¨ el juicio global del usuario relativo a la superioridad o excelencia de un servicio, en relación con sus expectativas.

En un principio a la hora de medirla, se aceptaba fijar o establecer criterios estándares y comprobar su cumplimiento (normas ISO), en los últimos años no basta con la comprobación de dichas normas, se ha puesto de manifiesto la necesidad de tener en cuenta las percepciones de los usuarios, e incorporar a la medida de la Calidad Global de un servicio una medida de la Calidad Percibida que le otorgan los usuarios (Varela, Rial, García 2003).

La calidad global de un servicio es pues la suma del cumplimiento de los criterios estándares más la evaluación de la satisfacción del paciente.

La noción de calidad percibida es un proceso que ocurre en la mente del consumidor, lo que ha sido motivo de abundantes trabajos de investigación, siendo los de Parasuraman y cols. los más aceptados. Estos lo definen como el *Paradigma de la Disconformidad*, basado en la confirmación/disconfirmación de las expectativas del sujeto. Esto dio lugar al instrumento más conocido en este ámbito: la escala SERVQUAL, no obstante los resultados obtenidos de su aplicación no permiten realizar generalizaciones.

Esta situación reveló la necesidad de llevar a cabo investigaciones con otros modelos teóricos como el SERVPERF o el enfoque jerárquico multidimensional, que permitieran el desarrollo de escalas de medida válidas y apropiadas para el contexto local (Losada, 2007).

Al tratar de determinar los indicadores o dimensiones que permiten evaluar la calidad de los servicios de salud, nos encontramos que para Parasuraman, los diferentes criterios se pueden agrupar en cinco dimensiones:

- Elementos tangibles: apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, etc.
- Fiabilidad: habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa desde la primera vez.
- Capacidad de respuesta: disposición de ayudar y servir rápidamente a los clientes.
- Seguridad: habilidades y conocimientos de los empleados para inspirar credibilidad y confianza.
- Empatía: atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes.

Sin embargo, al tratar de establecer las dimensiones a evaluar para determinar la calidad en los servicios de salud nos encontramos que no existe un acuerdo sobre el número y la composición de estas.

Nuevos estudios en el ámbito internacional, han desarrollado diversos índices para medir la satisfacción de los consumidores, de los cuales el más reconocido es el sistema *American Customer Satisfaction Index* (ACSI) que

mide la calidad de los bienes y servicios (incluida la salud) desde la perspectiva de sus consumidores.

Esta metodología establece tres dimensiones:

- La calidad percibida o el desempeño del proveedor, y constituye la evaluación del mercado de las recientes experiencias de consumo de los productos o servicios de una firma.
- El valor percibido: relación entre el precio pagado y la calidad recibida, y viceversa.
- Las expectativas del cliente: que representan una predicción acerca de la habilidad del proveedor de ofrecer calidad en el futuro, y su formación se fundamenta en la información que posee el cliente y en las experiencias previas de consumo.

La revisión de estas investigaciones sugiere la inexistencia de un concepto y modelo únicos de la calidad del servicio en el ámbito de la salud que se refleje en una escala estándar de aplicación general.

El concepto de calidad de servicios de salud y su medición en los ámbitos local y mundial, reportadas en publicaciones especializadas desde inicios de los años noventa, ponen de manifiesto la falta de consenso en la definición y determinación de las dimensiones constitutivas de la calidad de los servicios de salud, las cuales son necesarias para desarrollar instrumentos de medida fiables que permitan brindar mejor calidad a los usuarios y que a demás, se reflejen en una escala estándar de aplicación general.

Además de Estados Unidos, diversos países en el mundo han realizado esfuerzos importantes para desarrollar metodologías que permitan

medir la satisfacción del cliente, entre los que sobresalen Suecia, Alemania, Unión Europea, Dinamarca, Austria, Francia, Taiwán, Nueva Zelanda, Corea del Sur y Malasia.

Lovelock (1997,30), afirma que es importante que los gerentes piensen en el proceso y el resultado en términos de lo que sucede al paciente, debido a que eso los ayuda a identificar que beneficios adicionales se están creando con el servicio recibido.

La reflexión en el proceso mismo ayuda a identificar algunos costos no financieros como tiempo, esfuerzo mental y físico en los que incurren los clientes al obtener esos beneficios.

Por todo lo antes expuesto, se entiende que las organizaciones de salud están cada vez más interesadas en ofrecer un nivel de calidad que las preparen para competir con ventajas en el mercado de la salud tanto públicas como privadas y contar con herramientas fiables y validas que les permitan medir la calidad de los servicios que prestan.

Para ello se hace indispensable definir los conceptos o elementos que se desean evaluar para poder utilizar las herramientas más confiables.

Nos hemos referido a lo largo de este trabajo a dos conceptos diferentes, pero muy relacionados entre sí, que son: Calidad y Satisfacción.

El término "satisfacción" equivale a la palabra latina satisfactio (onis, que se deriva de satisfacio que, a su vez, se compone de dos partes: satis, que significa bastante, y facio que significa hacer. De esta forma, satisfacio es hacer bastante.

El fenómeno muestra tres aspectos esenciales: la satisfacción es siempre respecto de algo (o alguien); tiene que ver con algo que se quiere (se espera, se desea, etc.), y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto. Se puede decir que la satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, culmina en el mismo, y en tal sentido es un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no.

Sin embargo, para que exista satisfacción o insatisfacción, como algo sentido en un sujeto, muchas veces debe haber al menos una intención en otro de realizar una acción causante de un determinado resultado valorado como positivo o no, como satisfactorio o no.

La satisfacción, entonces, no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto, dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo.

No es una evaluación apenas desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro.

Obtener una medida fiable y válida de la calidad percibida de un servicio o de la satisfacción de sus usuarios no es tarea fácil. Es preciso, una vez claro que es lo que se entiende por calidad y satisfacción, establecer cuál de los constructos es el que se desea medir (calidad o satisfacción), para seleccionar las herramientas específicas y apropiadas que nos permitirán obtener la información deseada.

Por tanto, se hace necesario definir el enfoque que hacen Varela, Rial y García, sobre la calidad en el ámbito de la Asistencia Sanitaria, (siguiendo

a Donabedian, 1984) para los efectos de este trabajo, puesto que se utilizará una herramienta elaborada por ellos, acorde con lo que entienden y definen por calidad y satisfacción.

Definen por calidad: la capacidad que puede tener una organización para satisfacer las necesidades de los consumidores de los servicios de salud, por lo que el indicador externo más frecuentemente utilizado ha sido el estudio de la *satisfacción del usuario*, siendo ésta fruto de una evaluación positiva por parte del usuario de las diferentes dimensiones que configuran la atención sanitaria (Varela, Rial, García 2003).

La satisfacción del cliente, expresada en entrevistas y encuestas, no significa necesariamente que la calidad es buena; puede significar que las expectativas son bajas. Es posible que el cliente diga que está satisfecho porque quiere complacer al entrevistador, porque teme que no se le presten servicios en el futuro, debido a las normas culturales en contra de las quejas, o porque responde positivamente a la palabra "satisfecho".

Por lo tanto, los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los clientes no se quejan. Aun los niveles bajos de insatisfacción reportada, tan bajos como el 5%, deben tomarse en cuenta seriamente.

CAPITULO IV
MARCO METODOLÓGICO

4.1. MÉTODO

El siguiente proyecto de investigación es:

- Un trabajo de campo
- De tipo evaluativo
- De datos originales o primarios
- Investigación de tipo no experimental
- De diseño transversal o transeccional
- De diseño transversal exploratorio

Es un trabajo de campo, puesto que se realizará un análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito de describirlos, interpretarlos y evaluarlos; de tipo evaluativo; cuyos datos son recogidos de forma directa de la realidad, siendo entonces datos originales o primarios(UPEL, 2006, 18).

Es también una investigación de tipo no experimental puesto que se realizará un estudio sin manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Roberto Hernández Sampieri, 2006, 205); de diseño transversal o transeccional, porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Roberto Hernández

Sampieri, 2006, 208) y es un diseño transversal exploratorio porque se trata de una exploración inicial, puesto que en la institución no se han realizado estudios previos de esta naturaleza.

4.2. HERRAMIENTA

El instrumento utilizado se basa en un modelo teórico que considera cuatro dimensiones para la medición de la Satisfacción del cliente en el área de la salud, específicamente en un Servicio de Atención Primaria los cuales son evaluados en 11 ítems. Las dimensiones y la cantidad de ítems incluidos por dimensión son:

1. El Personal Sanitario, con 4 ítems referidos a aspectos como el modo en que le trata su médico, el modo en que le trata la enfermera, el tiempo que le dedica su médico, etc.

2. El Personal de Apoyo, con 2 ítems referidos a aspectos como la agilidad y trato al solicitar cita telefónica, la disposición del personal para ayudarle, etc.

3. Las Condiciones Físicas, con 3 ítems referidos a la Comodidad y amplitud de la sala de espera, las Instalaciones y equipamiento del centro y su señalización interna.

4. El Acceso al Servicio, con 2 ítems relacionados con cuestiones como el Horario de atención a los pacientes, el Tiempo de espera para entrar a la consulta, la Proximidad del centro de salud o la Facilidad para conseguir cita. (Varela, Rial, García 2003)

Validez de constructo

Las dimensiones del instrumento fueron evaluadas mediante un análisis factorial confirmatorio mediante el programa AMOS 4 y fueron estimadas siguiendo el criterio de Máxima Verosimilitud.

Los desarrolladores del instrumento comprobaron mediante un ejercicio de validación cruzada, que la escala logra la medición del constructo Satisfacción de los Servicios de Atención Primaria en Salud acoplando con la concepción teórica de la satisfacción de la que se partía, fundada en la existencia de las cuatro grandes dimensiones consideradas.

Ellos también encontraron indicios de la estabilidad de la estructura factorial planteada, (al probarla en dos submuestras distintas) y obtuvieron evidencias de su validez discriminante, en el sentido de que cada dimensión mide un componente del constructo °respectivamente diferente. (Varela, Rial, García 2003)

Confiabilidad

Para estudiar la confiabilidad de la escala, así como de sus 4 factores o dimensiones, se calculó un indicador de su consistencia interna: el coeficiente alfa de Cronbach. En la investigación se reporta que la confiabilidad global resultante es admisible (con valores de α de entre 0.80 y 0.82) y, a pesar del pequeño número de ítems, se obtuvieron también valores aceptables para cada uno de sus cuatro componentes por separado.

En la dimensión de *Personal Sanitario* se obtuvieron resultados de α entre 0.90 y 0.89.

En la dimensión *Personal de Apoyo* se obtuvieron resultados de α entre 0.72 y 0.69.

En la dimensión *Condiciones Físicas* se obtuvieron resultados de α entre 0.66 y 0.65.

Los peores resultados se obtuvieron con la dimensión de *Acceso*, con un α entre 0.58 y 0.60.

Los autores que desarrollaron la investigación que dio como resultado el instrumento que se utilizará en este trabajo también reportaron que se estudió el poder discriminante asociado a cada uno de los ítems de la escala, habiendo encontrado que son los ítems de la dimensión *Personal Médico o Sanitario* los que tienen un mayor poder discriminante. (Varela, Rial, García 2003).

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. Población

El concepto de población en estadística va más allá de lo que comúnmente se conoce como tal. Una población se precisa como un conjunto finito o infinito de personas u objetos que presentan características comunes.

Cadenas (1974), La define como:"Una población es un conjunto de elementos que presentan una característica común".

Según Daniels: "Es la mayor colección de elementos por los cuales se tiene cierto interés en un momento y lugar en particular.

Es el conjunto de todos los posibles elementos que intervienen en un experimento o en un estudio. (Wayne, 1985).

Una población o universo puede estar referido a cualquier conjunto de elementos de los cuales se pretende indagar y conocer sus características, o una de ellas, y para el cual serán válidas las conclusiones obtenidas en la investigación (Mirian Balestrini, 2006).

En el presente trabajo de investigación, la población de estudio se refiere a todas las personas que acuden a los servicios de medicina que ofrece el Ambulatorio SALUD Y FAMILIA-Centro Baruta.

4.3.2. Muestra

Al referirnos a la muestra, diferentes autores la definen como:

Cadenas (1974). "Una muestra debe ser definida en base de la población determinada, y las conclusiones que se obtengan de dicha muestra solo podrán referirse a la población en referencia".

Daniel (1985). "Una parte de una población". Un conjunto de medidas u observaciones tomadas a partir de una población dada. Es un subconjunto de la población.

Murria R. Spiegel (1991). Se llama muestra a una parte de la población a estudiar que sirve para representarla".

Levin & Rubin (1996)."Una muestra es una colección de algunos elementos de la población, pero no de todos".

La utilización de una muestra se realiza por economía de tiempo y de recursos.

Al seleccionar una muestra, lo primero que hay que definir es la unidad de análisis. Esta se define como: "los sujetos, objetos, sucesos o comunidades de estudio, lo cual depende del planteamiento de la investigación" (Roberto Hernández Sampieri, 2006, 236).

En el presente trabajo la unidad de análisis son: todos aquellos pacientes que acuden a las consultas de medicina del Ambulatorio SALUD Y FAMILIA-Centro Baruta durante los meses de Mayo y Junio de 2009.

En nuestro proyecto, el tamaño de la muestra es equivalente al total de la población que fue atendida en las consultas de medicina que se ofrecieron en el Ambulatorio SALUD Y FAMILIA-Centro Baruta, en el periodo Mayo-junio de 2009.

El inicio de la recolección se llevo a cabo desde comienzos del mes de Mayo de 2009, y culminó a finales del mes de Junio.

La muestra, es una muestra no probabilística puesto que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra (Roberto Hernández Sampieri, 2006, 241).

4.4. FASES O ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

El proceso de investigación se realizó en varias etapas.

Una primera etapa o fase de diagnóstico, el cual consistió en determinar los factores que justifican la evaluación de la satisfacción del

cliente en la prestación de servicios asistenciales de salud a través de la revisión bibliográfica tanto de libros como por la web, a fin de fundamentar los aspectos teóricos de la investigación.

Dentro de esta misma etapa del proceso de investigación fue la de obtener la aprobación por parte del Ambulatorio SALUD Y FAMILIA-Centro Baruta, para realizar dicho estudio.

Una segunda etapa o fase de evaluación, en la cual se valoraron y analizaron los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a los pacientes-usuarios del Ambulatorio SALUD Y FAMILIA-Centro Baruta.

Una tercera etapa o fase de recomendación, donde se dieron las recomendaciones de dicho análisis, para el mejor uso que la institución tenga a bien dar.

4.5. IMPLICACIONES DEL TRABAJO

Al evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta de medicina del ambulatorio Salud y Familia centro Baruta se estará en mejores condiciones para gestionar los recursos del centro en función de los pacientes y sus necesidades, lo que le permitirá:

- Ofrecer un servicio de alta calidad.
- Mantener a los pacientes-usuarios satisfechos y fieles a nuestra institución,
- Mejorar la calidad del servicio prestado en el ambulatorio, lo que podrá verse reflejado en un incremento del número de consultas en general.

- Evaluar la posibilidad de nuevos proyectos, tanto a nivel estructural como de servicios que se presenten, basados en las necesidades de nuestros usuarios.
- Realizar cursos de capacitación y/o actualización, del personal que lo amerite.

CAPITULO V:
RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE DATOS

El número de pacientes que acudió a las consultas de medicina en el ambulatorio Salud y Familia centro Baruta, durante los meses de Mayo y Junio, sumaron un total de doscientos sesenta y cinco (265) pacientes, los cuales fueron todos encuestados.

Del total de encuestas realizadas, quince (15) fueron desechadas por no responder todos los ítems o por dar más de una respuesta para algunos de ellos.

Los datos obtenidos fueron analizados cada uno de los ítems por separado, luego comparados entre sí y por ultimo agrupados en las diferentes dimensiones para luego realizar el estudio y evaluación de cada una de las áreas en su totalidad.

Los resultados obtenidos en relación al nivel de satisfacción de la consulta de medicina en el Ambulatorio Salud y Familia centro Baruta, se reflejan a continuación.

Tabla N# 1

Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el horario de atención a los pacientes

	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Nada Satisfecho	6	2%
Poco Satisfecho	10	4%
Algo Satisfecho	39	16%
Bastante Satisfecho	81	32%
Muy Satisfecho	114	46%
TOTAL	**250**	**100%**

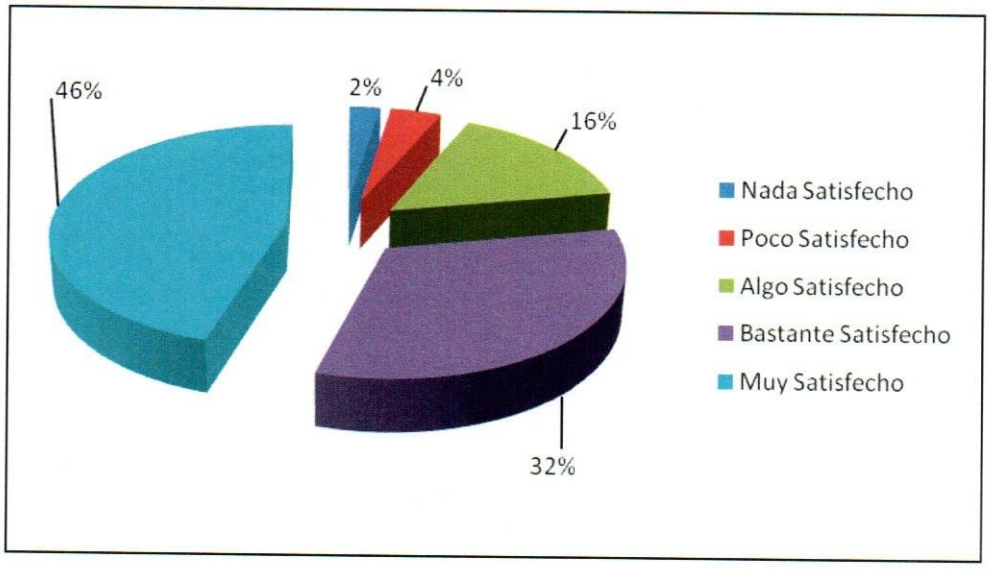


Gráfico N# 1 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el horario de atención a los pacientes

- Del total de pacientes encuestados ciento catorce (114) se mostraron muy satisfechos de los horarios de atención a los pacientes, lo que representa un cuarenta y seis por ciento (46%).
- Ochenta y uno (81) pacientes respondieron bastante satisfecho, lo que representa un treinta y dos por ciento (32%).
- Treinta y nueve (39) pacientes respondieron algo satisfecho, lo que representa un diez y seis por ciento (16%).
- Diez (10) pacientes respondieron poco satisfecho, lo que representa un cuatro por ciento (4%).
- Seis (6) pacientes respondieron nada satisfecho, lo que representa un dos por ciento (2%).

Tabla N# 2
Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la comodidad y amplitud de la sala de espera

	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Nada Satisfecho	4	2%
Poco Satisfecho	11	4%
Algo Satisfecho	29	12%
Bastante Satisfecho	86	34%
Muy Satisfecho	120	48%
TOTAL	**250**	**100%**

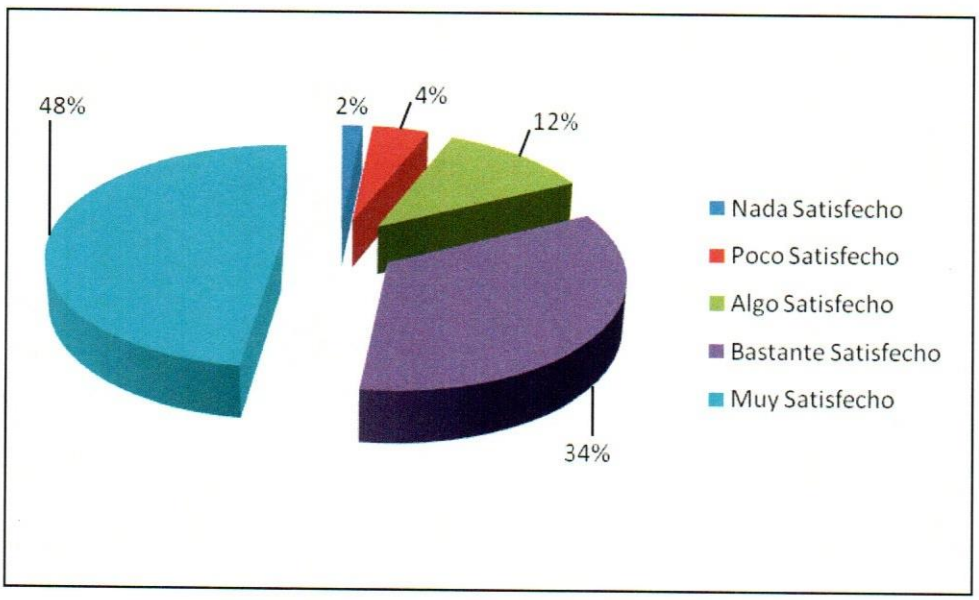


Gráfico N# 2 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la comodidad y amplitud de la sala de espera

- Del total de pacientes encuestados ciento veinte (120) se mostraron muy satisfechos sobre la comodidad y amplitud de la sala de, lo que representa un cuarenta y ocho por ciento (48%).
- Ochenta y seis (86) pacientes respondieron bastante satisfecho, lo que representa un treinta y cuatro por ciento (34%).
- Veinte y nueve (29) pacientes respondieron algo satisfecho, lo que representa un doce por ciento (12%).
- Once (11) pacientes respondieron poco satisfecho, lo que representa un cuatro por ciento (4%).
- Cuatro (4) pacientes respondieron nada satisfecho, lo que representa un dos por ciento (2%).

Tabla N# 3

Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el tiempo de espera para entrar a la consulta

	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Nada Satisfecho	10	4%
Poco Satisfecho	22	9%
Algo Satisfecho	54	22%
Bastante Satisfecho	76	30%
Muy Satisfecho	88	35%
TOTAL	**250**	**100%**

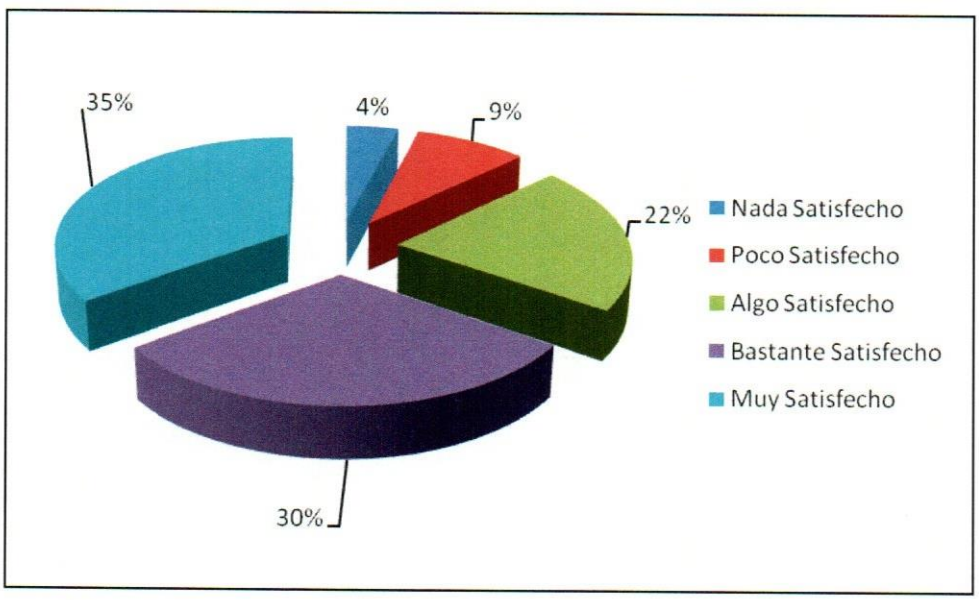


Gráfico N# 3 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el tiempo de espera para entrar a la consulta

- Del total de pacientes encuestados ochenta y ocho (88) se mostraron muy satisfechos sobre el tiempo de espera para entrar a la consulta, lo que representa un treinta y cinco por ciento (35%).
- Setenta y seis (76) pacientes respondieron bastante satisfecho, lo que representa un treinta por ciento (30%).
- Cincuenta y cuatro (54) pacientes respondieron algo satisfecho, lo que representa un veinte y dos por ciento (22%).
- Veinte y dos (22) pacientes respondieron poco satisfecho, lo que representa un nueve por ciento (9%).
- Diez (10) pacientes respondieron nada satisfecho, lo que representa un cuatro por ciento (4%).

Tabla N# 4
Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la señalización interna del centro

	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Nada Satisfecho	4	2%
Poco Satisfecho	3	1%
Algo Satisfecho	36	14%
Bastante Satisfecho	86	34%
Muy Satisfecho	121	48%
TOTAL	**250**	**100%**

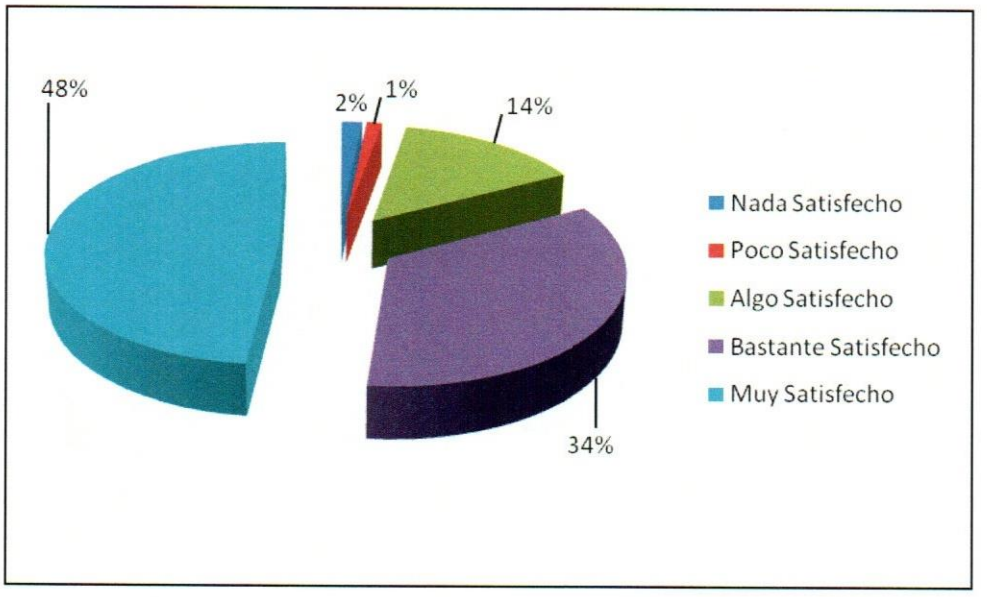


Gráfico N# 4 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la señalización interna del centro

- Del total de pacientes encuestados ciento veinte y uno (121) se mostraron muy satisfechos sobre la señalización interna del centro, lo que representa un cuarenta y ocho por ciento (48%).
- Ochenta y seis (86) pacientes respondieron bastante satisfecho, lo que representa un treinta y cuatro por ciento (34%).
- Treinta y seis (36) pacientes respondieron algo satisfecho, lo que representa un catorce por ciento (14%).
- Tres (3) pacientes respondieron poco satisfecho, lo que representa un uno por ciento (1%).
- Cuatro (4) pacientes respondieron nada satisfecho, lo que representa un dos por ciento (2%)

Tabla N# 5
Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre las instalaciones y equipamiento del centro

	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Nada Satisfecho	4	2%
Poco Satisfecho	3	1%
Algo Satisfecho	30	12%
Bastante Satisfecho	96	38%
Muy Satisfecho	117	47%
TOTAL	**250**	**100%**

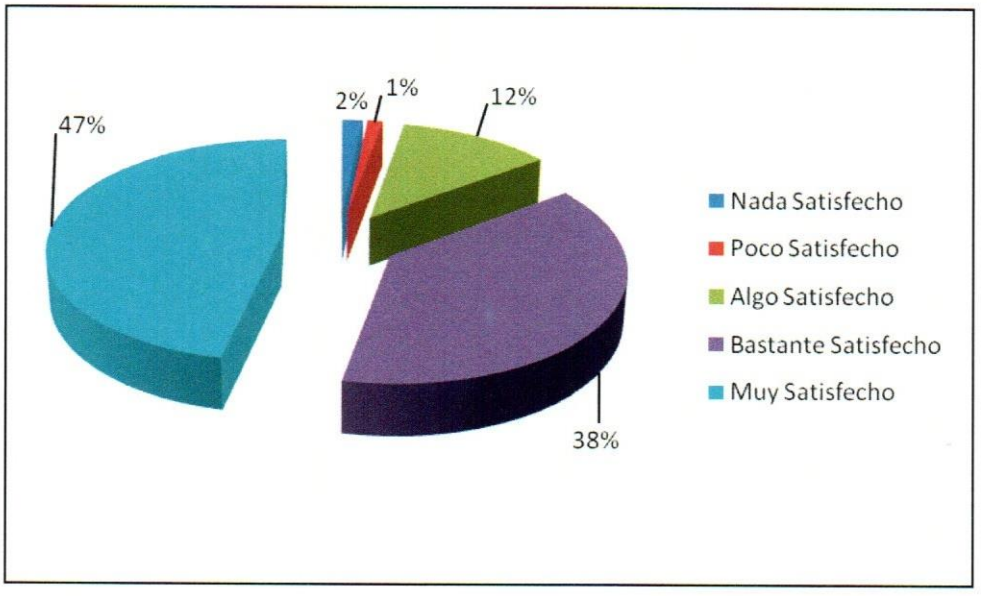


Gráfico N# 5 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre las instalaciones y equipamiento del centro

- Del total de pacientes encuestados ciento diez y siete (117) se mostraron muy satisfechos sobre las instalaciones y equipamiento del centro, lo que representa un cuarenta y siete por ciento (47%).
- Noventa y seis (96) pacientes respondieron bastante satisfecho, lo que representa un treinta y ocho por ciento (38%).
- Treinta (30) pacientes respondieron algo satisfecho, lo que representa un doce por ciento (12%).
- Tres (3) pacientes respondieron poco satisfecho, lo que representa un uno por ciento (1%).
- Cuatro (4) pacientes respondieron nada satisfecho, lo que representa un dos por ciento (2%).

Tabla N# 6

Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la solución que le da el médico/enfermera

	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Nada Satisfecho	4	2%
Poco Satisfecho	0	0%
Algo Satisfecho	22	9%
Bastante Satisfecho	90	36%
Muy Satisfecho	134	54%
TOTAL	**250**	**100%**

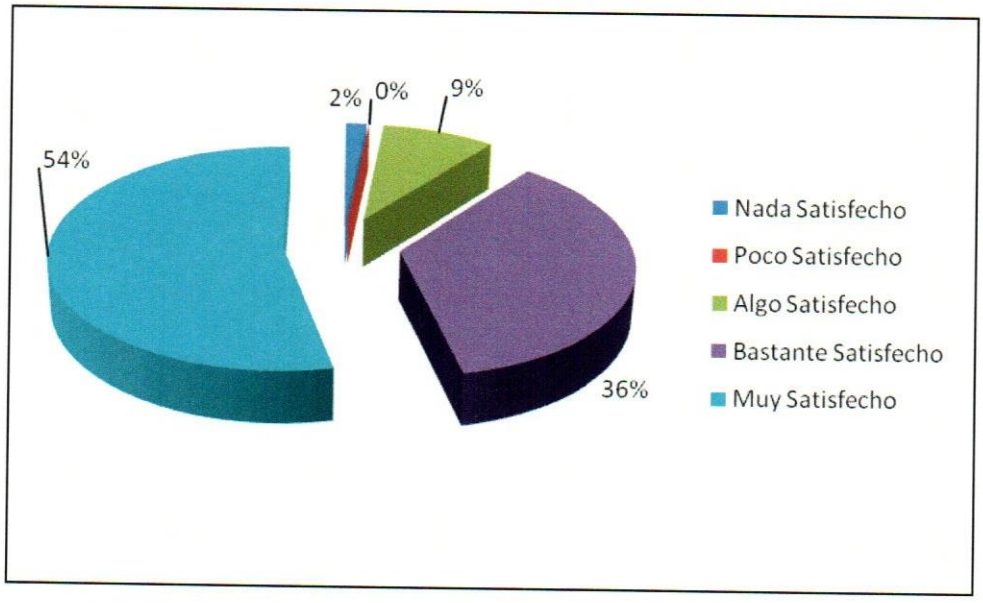


Gráfico N# 6 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la solución que le da el médico/enfermera

- Del total de pacientes encuestados ciento treinta y cuatro (134) se mostraron muy satisfechos sobre la solución que le da el médico/enfermera, lo que representa un cincuenta y cuatro por ciento (54%).
- Noventa (90) pacientes respondieron bastante satisfecho, lo que representa un treinta y seis por ciento (36%).
- Veinte y dos (22) pacientes respondieron algo satisfecho, lo que representa un diez y nueve por ciento (9%).
- Ningún paciente respondieron poco satisfecho.
- Cuatro (4) pacientes respondieron nada satisfecho, lo que representa un dos por ciento (2%).

Tabla N# 7
Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el tiempo que le da su médico

	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Nada Satisfecho	4	2%
Poco Satisfecho	0	0%
Algo Satisfecho	19	8%
Bastante Satisfecho	64	26%
Muy Satisfecho	163	65%
TOTAL	**250**	**100%**

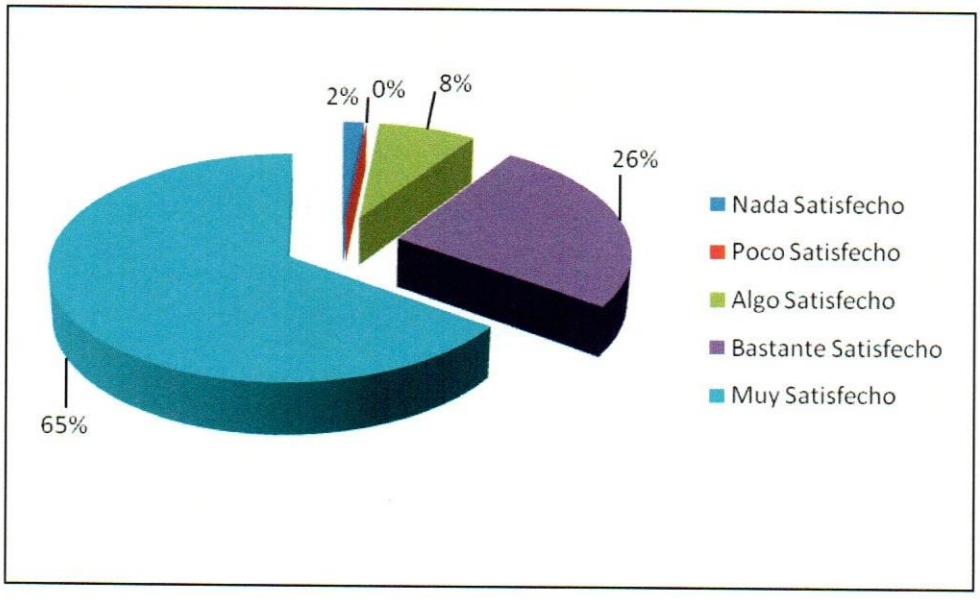


Gráfico N# 7 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el tiempo que le da su médico

- Del total de pacientes encuestados ciento sesenta y tres (163) se mostraron muy satisfechos sobre el tiempo que le da su médico, lo que representa un sesenta y cinco por ciento (65%).
- Sesenta y cuatro (64) pacientes respondieron bastante satisfecho, lo que representa un veinte y seis por ciento (26%).
- Diez y nueve (19) pacientes respondieron algo satisfecho, lo que representa un ocho por ciento (8%).
- Ningún paciente respondieron poco satisfecho.
- Cuatro (4) pacientes respondieron nada satisfecho, lo que representa un dos por ciento (2%).

Tabla N# 8

Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el interés del médico en explicarle su dolencia

	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Nada Satisfecho	5	2%
Poco Satisfecho	3	1%
Algo Satisfecho	16	6%
Bastante Satisfecho	69	28%
Muy Satisfecho	157	63%
TOTAL	**250**	**100%**

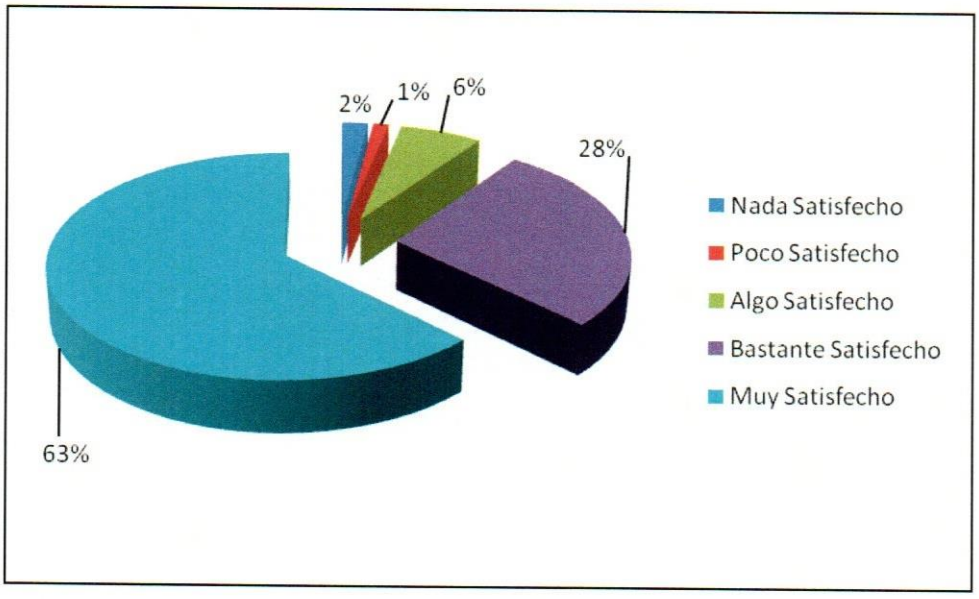


Gráfico N# 8 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el interés del médico en explicarle su dolencia

- Del total de pacientes encuestados ciento cincuenta y siete (157) se mostraron muy satisfechos sobre el interés del médico en explicarle su dolencia, lo que representa un sesenta y tres por ciento (63%).
- Sesenta y nueve (69) pacientes respondieron bastante satisfecho, lo que representa un veinte y ocho por ciento (28%).
- Diez y seis (16) pacientes respondieron algo satisfecho, lo que representa un seis por ciento (6%).
- Tres (3) pacientes respondieron poco satisfecho, lo que representa un uno por ciento (1%).
- Cinco (5) pacientes respondieron nada satisfecho, lo que representa un dos por ciento (2%).

Tabla N# 9
Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la información proporcionada sobre el tratamiento

	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Nada Satisfecho	4	2%
Poco Satisfecho	0	0%
Algo Satisfecho	20	8%
Bastante Satisfecho	75	30%
Muy Satisfecho	151	60%
TOTAL	**250**	**100%**

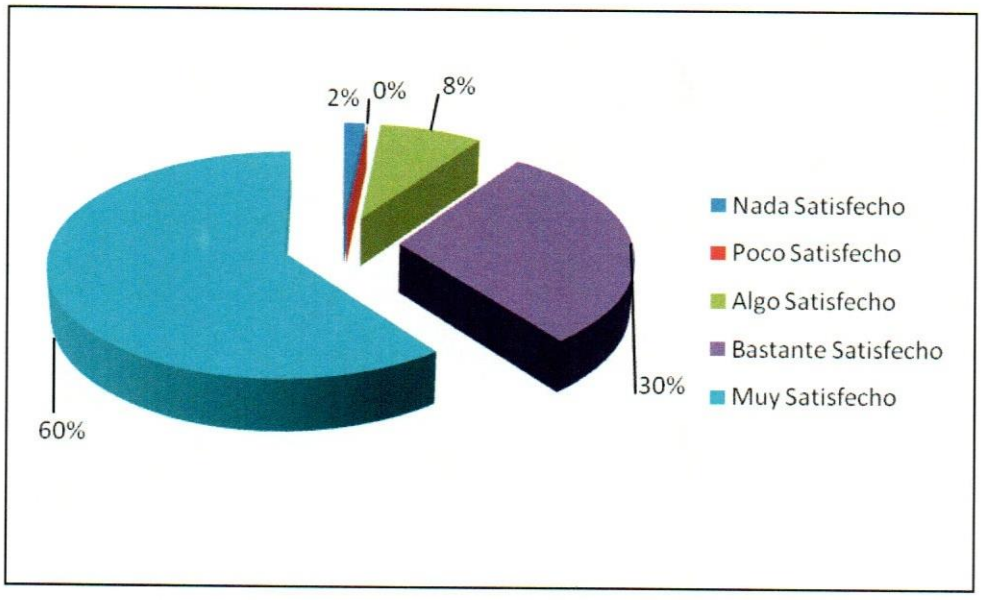


Gráfico N# 9 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la información proporcionada sobre el tratamiento

- Del total de pacientes encuestados ciento cincuenta y uno (151) se mostraron muy satisfechos sobre la información proporcionada sobre el tratamiento, lo que representa un sesenta por ciento (60%).
- Setenta y cinco (75) pacientes respondieron bastante satisfecho, lo que representa un treinta por ciento (30%).
- Veinte (20) pacientes respondieron algo satisfecho, lo que representa un ocho por ciento (8%).
- Ningún paciente respondieron poco satisfecho.

- Cuatro (4) pacientes respondieron nada satisfecho, lo que representa un dos por ciento (2%).

Tabla N# 10

Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la disposición del personal para ayudarle

	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Nada Satisfecho	4	2%
Poco Satisfecho	5	2%
Algo Satisfecho	25	10%
Bastante Satisfecho	64	26%
Muy Satisfecho	152	61%
TOTAL	**250**	**100%**

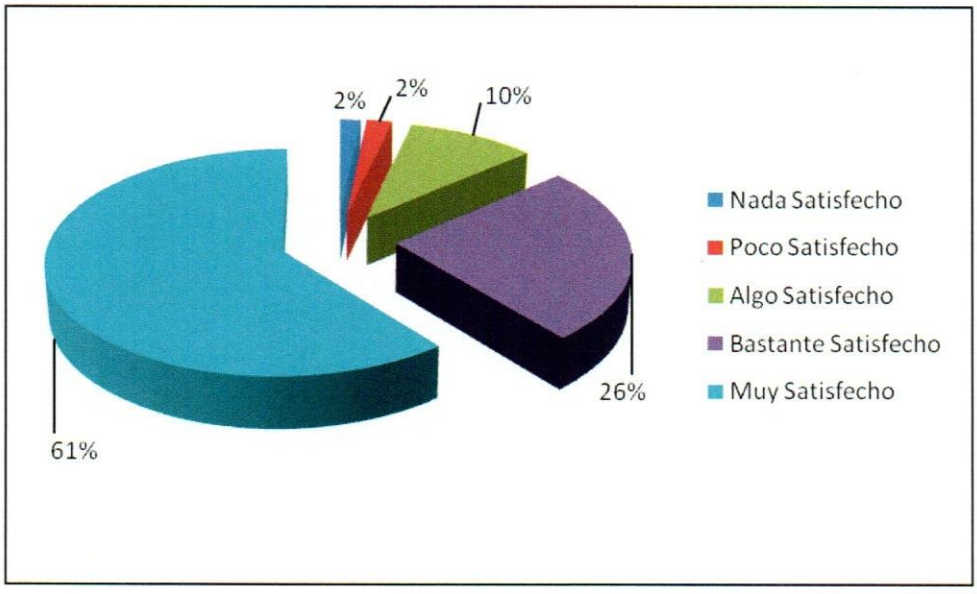


Gráfico N# 10 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la disposición del personal para ayudarle

- Del total de pacientes encuestados ciento cincuenta y dos (152) se mostraron muy satisfechos sobre la disposición del personal para ayudarle, lo que representa un ses3enta y uno por ciento (61%).
- Sesenta y cuatro (64) pacientes respondieron bastante satisfecho, lo que representa un veinte y seis por ciento (26%).
- Veinte y cinco (25) pacientes respondieron algo satisfecho, lo que representa un diez por ciento (10%).
- Cinco (5) pacientes respondieron poco satisfecho, lo que representa un dos por ciento (2%).

- Cuatro (4) pacientes respondieron nada satisfecho, lo que representa un dos por ciento (2%).

Tabla N# 11

Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el trato recibido por el resto del personal

	FRECUENCIA	PROCENTAJE
Nada Satisfecho	5	2%
Poco Satisfecho	1	0%
Algo Satisfecho	18	7%
Bastante Satisfecho	69	28%
Muy Satisfecho	157	63%
TOTAL	**250**	**100%**

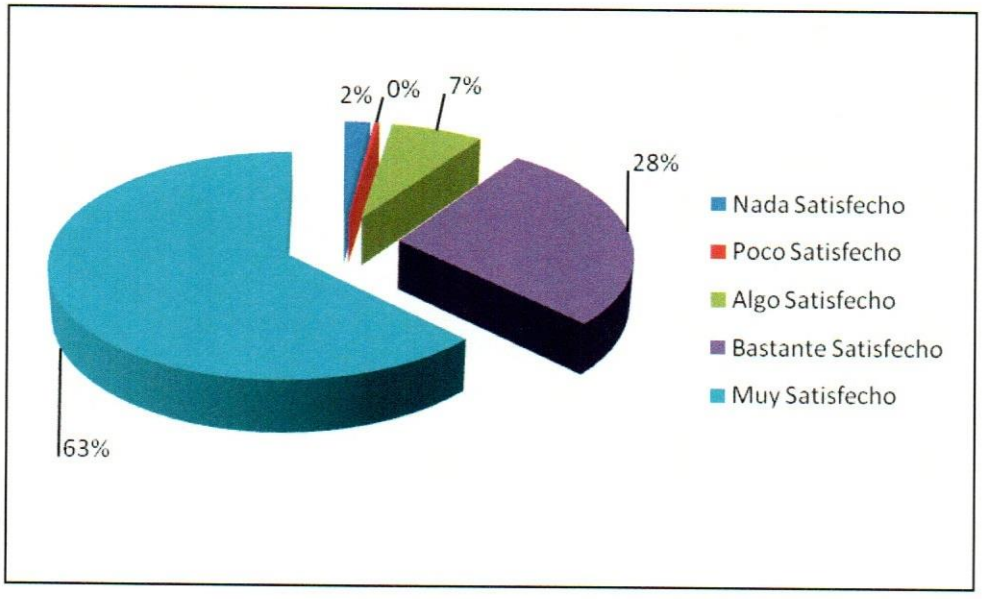


Gráfico N# 11 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el trato recibido por el resto del personal

- Del total de pacientes encuestados ciento cincuenta y siete (157) se mostraron muy satisfechos sobre el trato recibido por el resto del personal, lo que representa un sesenta y tres por ciento (63%).
- Sesenta y nueve (69) pacientes respondieron bastante satisfecho, lo que representa un veinte y ocho por ciento (28%).
- Diez y ocho (18) pacientes respondieron algo satisfecho, lo que representa un siete por ciento (7%).
- Un (1) paciente respondieron poco satisfecho, lo que representa un cero por ciento (0%).

- Cinco (5) pacientes respondieron nada satisfecho, lo que representa un dos
  por ciento (2%).

5.2. ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos a través de las encuestas realizadas a los pacientes que acudieron al ambulatorio Salud y familia centro Baruta durante los meses de Mayo y Junio, nos permiten determinar el nivel de satisfacción de los paciente que acudieron al servicio durante dichos meses.

Por ser un trabajo de corte transversal podemos describir y analizar su incidencia solo en ese momento.

5.2.1 Análisis de cada ítem por separado

El primer objetivo de este trabajo era evaluar por separado, cada uno de los ítems que permitieran medir el nivel de satisfacción de los pacientes.

Del análisis de cada uno se obtuvo:

Horario de atención a los pacientes:

Cuando se pregunto sobre el horario de atención de los pacientes, el cuarenta y seis por ciento (46%) de los pacientes contestaron estar muy satisfechos y un setenta y ocho por ciento (78%) lo representa la sumatoria de los pacientes bastante satisfecho y muy satisfecho.

El resto de los pacientes (nada, poco y algo satisfecho), un veinte y dos por ciento (22%).

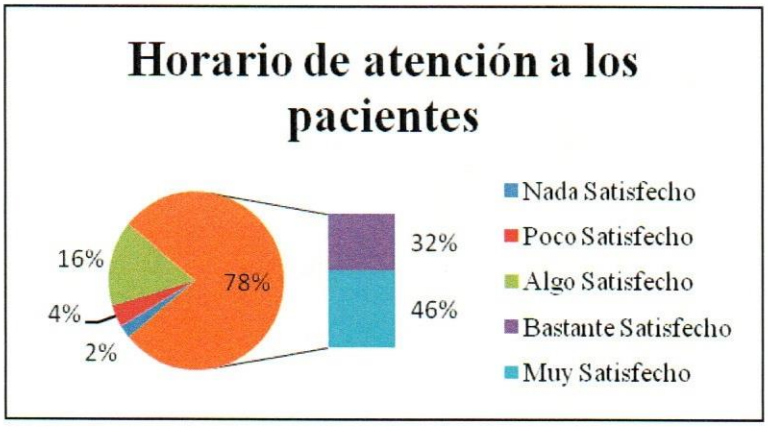


Gráfico N# 12 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el horario de atención a los pacientes agrupando los dos niveles más altos.

Comodidad y amplitud en la sala de espera:

Al evaluar esta característica, se encontró que el cuarenta y ocho por ciento (48%) de los pacientes se encontraban satisfechos, muy satisfechos y bastante satisfechos un ochenta y dos por ciento (82%) y el resto de los pacientes (nada, poco y algo satisfecho), un diez y ocho por ciento (18%).

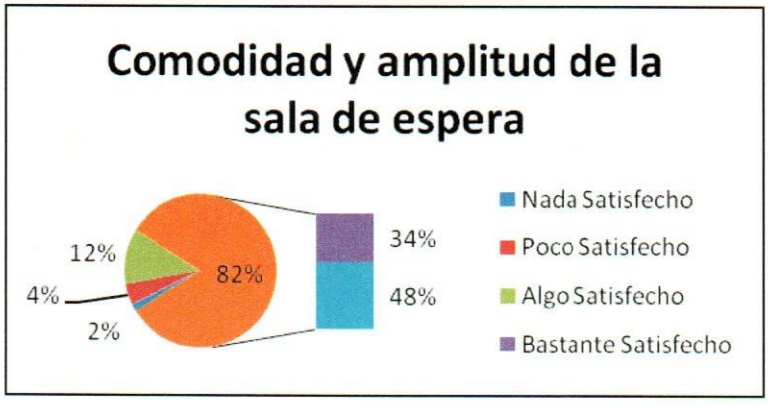


Gráfico N# 13 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la comodidad y amplitud de la sala de espera agrupando los dos niveles más altos

Tiempo de espera para entrar a la consulta:

En relación a la pregunta cuan satisfecho se sentía en relación al tiempo de espera para entrar a la consulta, treinta y cinco por ciento (35%) respondió muy satisfecho, bastante y muy satisfecho un sesenta y cinco por ciento (66%) y el resto (nada, poco y algo satisfecho) un treinta y cinco (35%).

Gráfico N# 14 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el tiempo de espera para entrar a la consulta agrupando los dos niveles más altos.

Señalización interna del centro:

El análisis de este ítems arrojó que un cuarenta y ocho por ciento (48%) de los pacientes se encontraban muy satisfechos, bastante y muy satisfecho un ochenta y dos por ciento (82%) y el resto (nada, poco y algo satisfecho) un diez y siete por ciento (17%).

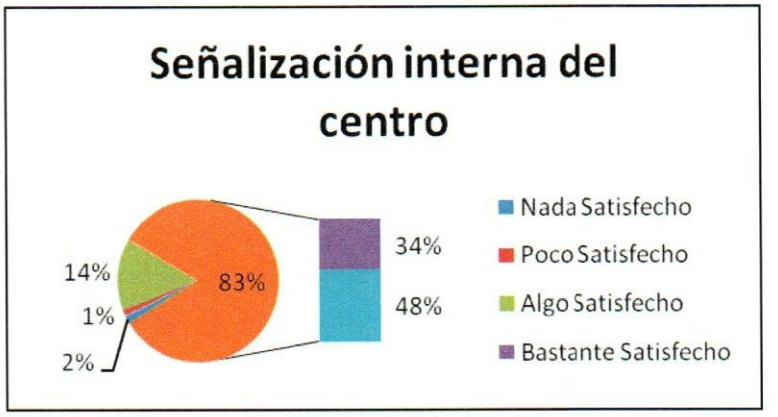


Gráfico N# 15 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la señalización interna del centro agrupando los dos niveles más altos

Instalación y equipamiento del centro:

Los resultados obtenidos para este ítems reflejaron que un cuarenta y siete por ciento (47%) de los pacientes se encontraba muy satisfecho, un ochenta y cinco por ciento (85%) respondió bastante satisfecho y muy satisfecho y un quince por ciento (15%) lo represento los pacientes que respondieron nada, poco y algo satisfecho.

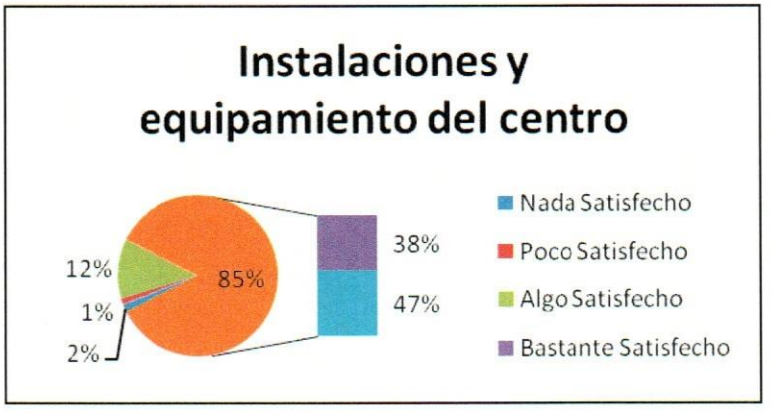


Gráfico N# 16 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre las instalaciones y equipamiento del centro agrupando los dos niveles más altos

Solución que le da el médico/enfermera:

Cuando se pregunto sobre la solución que le da el Médico/enfermera, el treinta y cuatro por ciento (34%) de los pacientes contestaron estar muy satisfechos y un noventa por ciento (90%) lo representa la sumatoria de los pacientes bastante satisfecho y muy satisfecho.

El resto de los pacientes (nada, poco y algo satisfecho), un diez por ciento (10%).

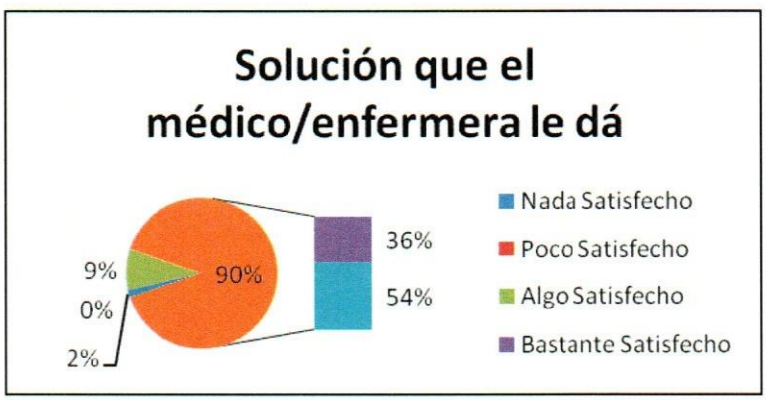


Gráfico N# 17 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la solución que le da el médico/enfermera agrupando los dos niveles más altos

Tiempo que le da su médico:

Al evaluar esta característica, se encontró que el sesenta y cinco por ciento (65%) de los pacientes se encontraban muy satisfechos, muy satisfechos y bastante satisfechos un noventa y un por ciento (91%) y el resto de los pacientes (nada, poco y algo satisfecho), un nueve por ciento (9%).

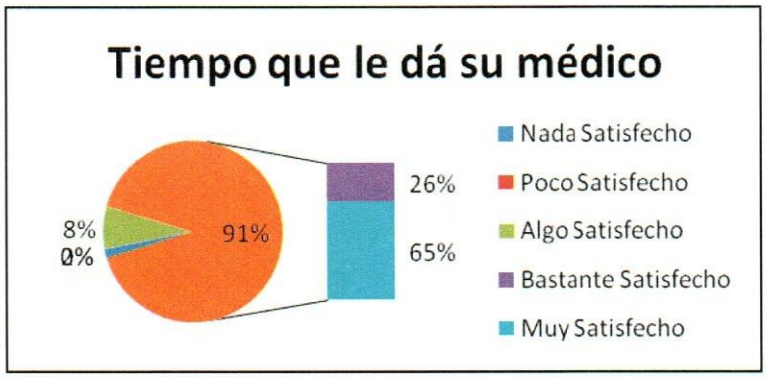


Gráfico N# 18 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el tiempo que le da su médico agrupando los dos niveles más altos.

Interés del médico en explicarle su dolencia:

En relación a la pregunta cuan satisfecho se sentía en relación al interés del médico en explicarle su dolencia, sesenta y tres por ciento (63%) respondió muy satisfecho, bastante satisfecho y muy satisfecho un noventa y un por ciento (91%) y el resto (nada, poco y algo satisfecho) un nueve (9%).

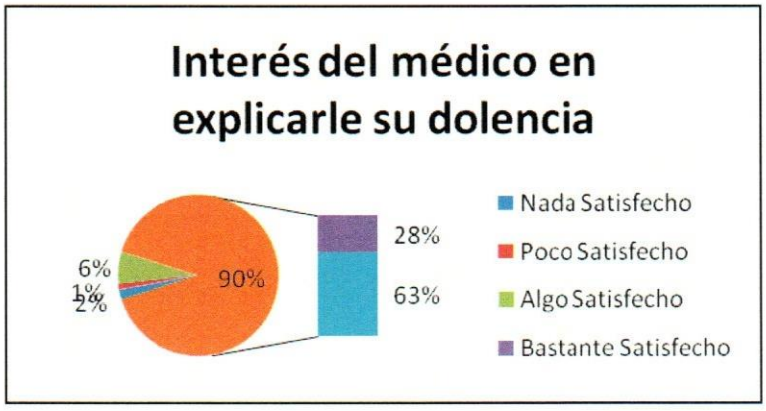


Gráfico N# 19 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre el interés del médico en explicarle su dolencia agrupando los dos niveles más altos

Información proporcionada sobre el tratamiento:

Los resultados obtenidos para este ítems reflejaron que un sesenta por ciento (60%) de los pacientes se encontraba muy satisfecho, un noventa por ciento (90%) respondió bastante satisfecho y muy satisfecho y un diez por ciento (10%) lo represento los pacientes que respondieron nada, poco y algo satisfecho.

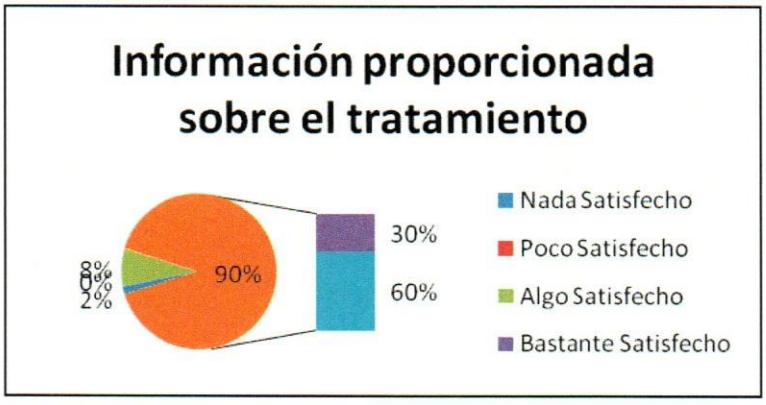


Gráfico N# 20 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la información proporcionada sobre el tratamiento agrupando los dos niveles más altos

Disposición del personal para ayudarle:

Cuando se pregunto sobre la disposición del personal para ayudarle, el sesenta y un por ciento (61%) de los pacientes contestaron estar muy satisfechos y un ochenta y siete por ciento (86%) lo representa la sumatoria de los pacientes bastante satisfecho y muy satisfecho.

El resto de los pacientes (nada, poco y algo satisfecho), un trece por ciento (13%).

Gráfico N# 21 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre la disposición del personal para ayudarle agrupando los dos niveles más altos

Trato recibido por el resto del personal:

El análisis de este ítems arrojó que un sesenta y tres por ciento (63%) de los pacientes se encontraban muy satisfechos, bastante y muy satisfecho un noventa y un por ciento (91%) y el resto (nada, poco y algo satisfecho) un nueve por ciento (9%).

Gráfico N# 22 Distribución de la población en relación al nivel de satisfacción sobre trato recibido por el resto del personal agrupando los dos niveles más altos

Al realizar una comparación de los niveles bastante satisfecho y muy satisfecho, en número y porcentaje, de cada uno de los ítems, se observaron los siguientes resultados:

Tabla N# 12

Sumatoria de la distribución de la población bastante satisfecha y muy satisfecha, en número y porcentaje, en cada uno de los ítems.

Ítems	Frecuencia (bastante y muy satisfecho)	Porcentaje (bastante y muy satisfecho)
Horario de atención a los pacientes	195	78
Comodidad y amplitud de la sala de espera	206	82
Tiempo de espera para entrar a la consulta	164	65
Señalización interna del centro	207	82
Instalación y equipamiento del centro	213	85
Solución que le da el médico/enfermera	224	90
Tiempo que le da su médico	227	91
Interés del médico en explicarle su dolencia	226	91
Información proporcionada sobre el tratamiento	226	91
Disposición del personal para ayudarle	216	87
Trato recibido por el resto del personal	226	91

Los ítems que presentaron un mayor nivel de satisfacción fueron: información proporcionada sobre el tratamiento, tiempo que le da su médico, interés del médico en explicarle su dolencia, solución que le da el médico/enfermera, trato recibido por el resto del personal con un noventa a noventa y un por ciento (90%- 91%) de aceptación y el ítem de menor nivel de satisfacción fue el Tiempo de espera para entrar a la consulta con sesenta y cinco por ciento (65%) de aceptación, siguiendo el ítem horario de atención a los pacientes con un setenta y ocho por ciento (78%) de aceptación.

Comodidad y amplitud de la sala de espera y señalización interna del centro obtuvieron un ochenta y dos por ciento (82%) de aceptación, mientras que instalación y equipamiento del centro y disposición del personal para ayudarle obtuvieron un ochenta y cinco (85%) y un ochenta y siete por ciento (87%) de aceptación respectivamente.

5.2.2. Análisis de cada dimensión por separado

El segundo objetivo del estudio nos permite detectar las fortalezas y debilidades de cada una de las diferentes dimensiones en estudio, pudiendo así detectar las fortalezas y debilidades de cada área.

De esta manera se observó que en relación a la dimensión acceso al servicio, los resultados obtenidos fueron:

Tabla N# 13
Distribución de la población en relación a los niveles de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión acceso al servicio

	Horario de atención a los pacientes	Tiempo de espera para entrar a la consulta
Nada Satisfecho	2%	4%
Poco Satisfecho	4%	9%
Algo Satisfecho	16%	22%
Bastante Satisfecho	32%	30%
Muy Satisfecho	46%	35%

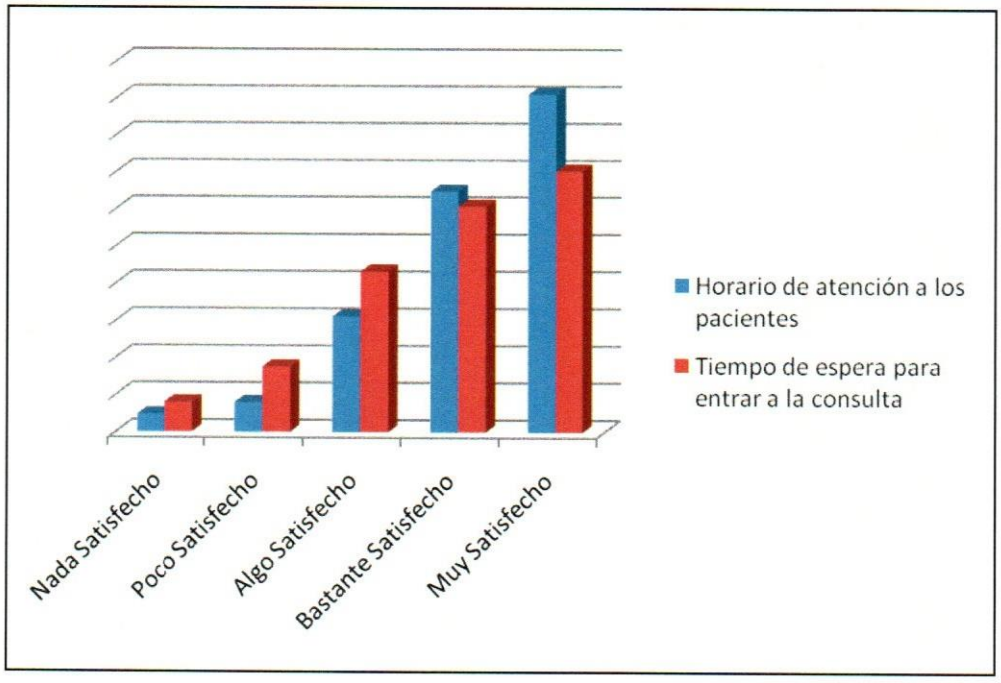


Gráfico N# 23 Distribución de la población en relación a los niveles de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión acceso al servicio

Dentro de los ítems que corresponden a la dimensión acceso al servicio encontramos que el nivel de satisfacción fue mayor en el ítem de

horario de atención a los pacientes que el tiempo de espera para entrar a la consulta.

Igualmente se pudo observar que cuando se evalúan los niveles más altos de satisfacción el porcentaje es mayor en el ítem horario de atención a los pacientes mientras que cuando se evalúan los niveles más bajo de satisfacción, es mayor el porcentaje en el tiempo de espera para entrar a la consulta.

En relación a la dimensión condiciones físicas, de los resultados obtenidos se observó un patrón bastante homogéneo de respuesta en cada uno de los niveles de satisfacción para cada uno de los ítems evaluados, es decir, que los pacientes evalúan la dimensión condiciones físicas de manera similar y los tres ítems obtuvieron niveles similares de aceptación.

Tabla N# 14

Distribución de la población en relación a los niveles de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión condiciones físicas

	Comodidad y amplitud de la sala de espera	Señalización interna del centro	Instalaciones y equipamiento del centro
Nada Satisfecho	2%	2%	2%
Poco Satisfecho	4%	1%	1%
Algo Satisfecho	12%	14%	12%
Bastante Satisfecho	34%	34%	38%
Muy Satisfecho	48%	48%	47%

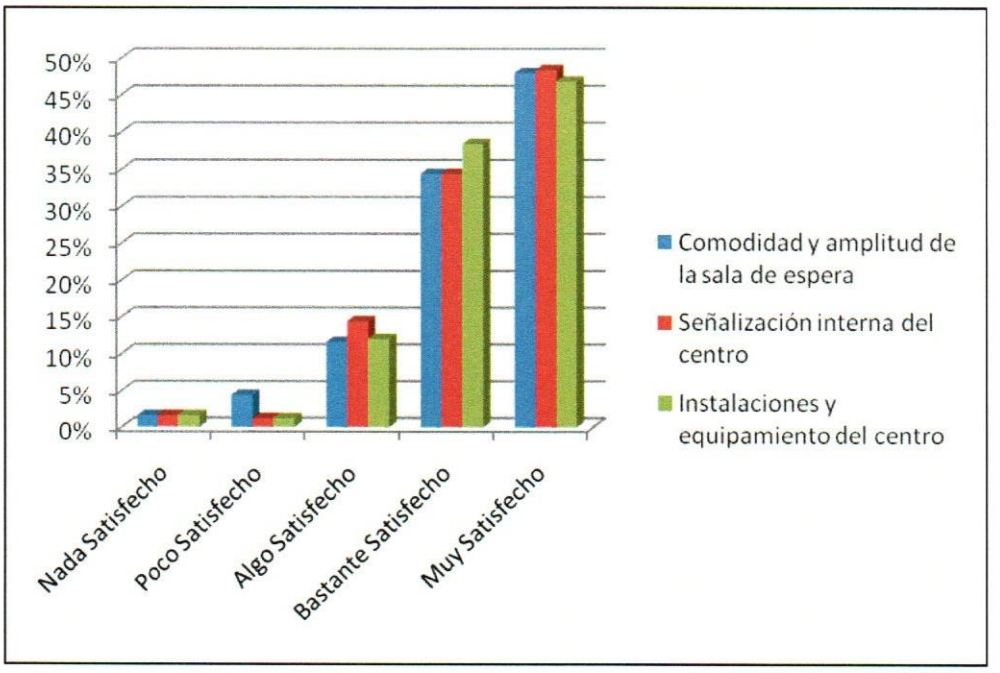


Gráfico N# 24 Distribución de la población en relación a los niveles de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión condiciones físicas

En cuanto a la dimensión personal de apoyo se observó que la disposición del personal para atenderlo obtuvo un menor nivel de aceptación que el trato obtenido por ellos, lo que pudiera significar una sobrecarga de funciones del personal de apoyo que no le permite dar una respuesta inmediata a los pacientes, aunque ambas dimensiones obtuvieron niveles de aceptación importantes, un ochenta y siete (87%) y noventa y un (91%) por ciento respectivamente en la sumatoria de los niveles bastante y muy satisfechos.

Tabla N# 15

Distribución de la población en relación a los niveles de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión personal de apoyo

	Disposición del personal para ayudarle	Trato recibido por el personal del centro
Nada Satisfecho	2%	2%
Poco Satisfecho	2%	0%
Algo Satisfecho	10%	7%
Bastante Satisfecho	26%	28%
Muy Satisfecho	61%	63%

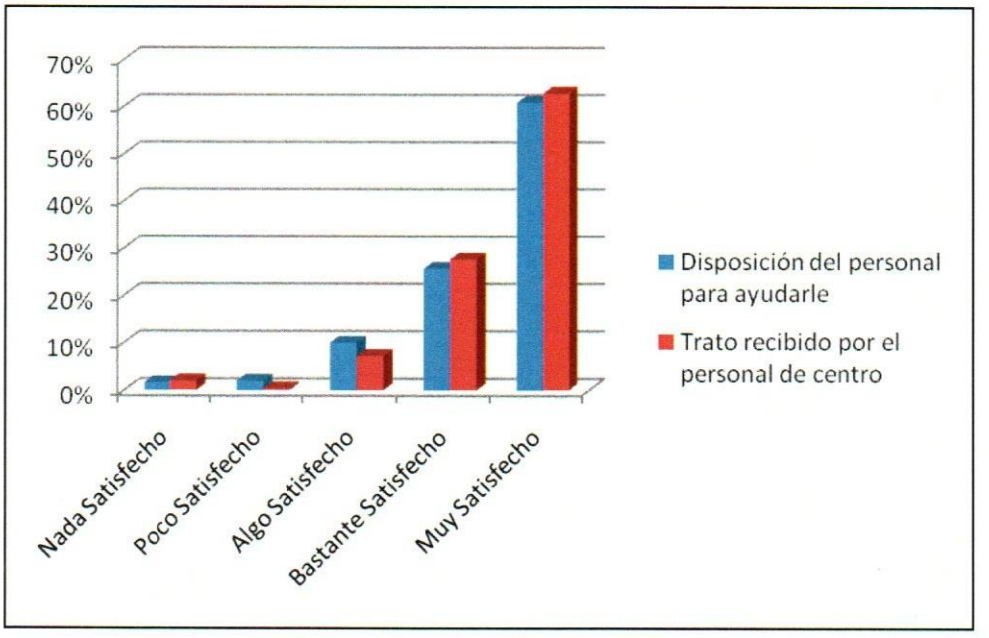


Gráfico N# 26 Distribución de la población en relación a los niveles de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión personal de apoyo

La dimensión personal sanitario en su totalidad, fue la que mayor nivel de aceptación obtuvo, por encima de un noventa (90%) por ciento de aceptación, siendo todos los ítems evaluados de manera bastante uniforme en cada uno de los niveles de satisfacción.

Por los resultados obtenidos en esta dimensión podemos inferir que el desempeño del personal sanitario se acerca mucho al nivel de las expectativas que traen los pacientes al acudir al centro.

Dentro de los ítems de esta dimensión, el que presenta mayor variaciones en relación a las respuestas de los otros ítems que la conforman, es el ítem solución que el médico/enfermera le da, observándose de manera más evidente en los niveles de bastante satisfecho y muy satisfecho.

Esto pudiera deberse al hecho que el rol que desempaña el personal de enfermería en nuestro país, es diferente al que desempeña el personal de enfermería de España, no pudiendo ser evaluado como un solo ítem la solución que el médico le da y la solución que la enfermera le da.

Tabla N# 16

Distribución de la población en relación a los niveles de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión personal sanitario

	Solución que el médico/enfermera le da	Tiempo que le da su médico	Interés del médico en explicarle su dolencia	Información proporciona da sobre el tratamiento
Nada Satisfecho	2%	2%	2%	2%
Poco Satisfecho	0%	0%	1%	0%
Algo Satisfecho	9%	8%	6%	8%
Bastante Satisfecho	36%	26%	28%	30%
Muy Satisfecho	54%	65%	63%	60%

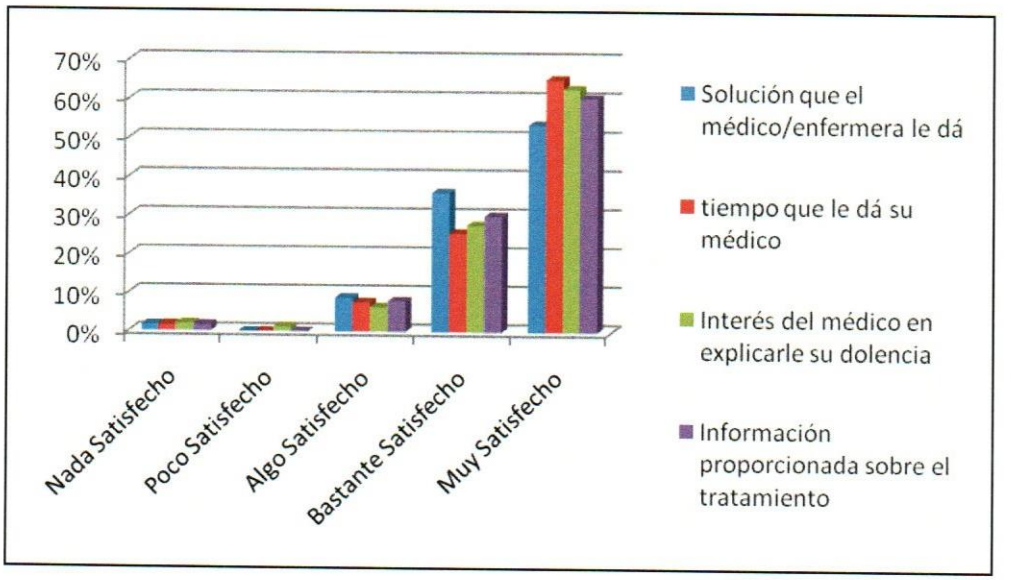


Gráfico N# 26 Distribución de la población en relación a los niveles de satisfacción sobre los diferentes ítems de la dimensión personal sanitario

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

El hallazgo más relevante de este estudio lo representa el hecho de la identificación de la mayor fortaleza y la mayor debilidad de la institución.

La mayor fortaleza de la institución la representa el personal sanitario que allí labora, mientras que la mayor debilidad está representada por el tiempo de espera para entrar a la consulta.

Todos los ítems de personal sanitario fueron determinantes para el nivel de satisfacción de los pacientes, puesto que todos obtuvieron altos niveles de aceptación.

El trato recibido por el personal de apoyo también fue evaluado con un alto nivel de satisfacción, lo que revela que todo el personal que labora en la institución proporciona un trato adecuado, el cual permite reportar altos niveles de aceptación.

La dimensión condiciones físicas obtuvo de manera uniforme en todos sus ítems un alto nivel de satisfacción.

Es importante señalar que la dimensión *personal sanitario* es la que tiene mayor poder discriminante seguida de la dimensión acceso al servicio, por lo que se hace más imperioso su evaluación por parte de la institución para así obtener resultados mayores de satisfacción de los pacientes al

elevar los niveles de satisfacción de en cada una de las dimensiones señaladas.

Al considerar que la mejora continua y la búsqueda de niveles de satisfacción mayores de un noventa y cinco por ciento (95%) debiera ser la meta de toda institución prestadora de servicio, hace reflexionar sobre el hecho de reevaluar los puntos de contacto de los pacientes con la institución a lo largo de todo el proceso de atención, para así lograr un mayor nivel de satisfacción.

6.2. Recomendaciones

Realizar una evaluación de la satisfacción interna del personal que allí labora para poder cubrir sus expectativas y mantenerlos fieles a la institución, conscientes que ellos representan la mayor riqueza de la misma y en instituciones de salud, el índice más relevante en cuanto al nivel de satisfacción de los pacientes, los que tienen mayor poder discriminante, son los relacionados con el personal sanitario.

Los ítems evaluados en la dimensión personal de apoyo permiten inferir que dicho personal pudiera tener una sobrecarga de funciones, lo que hace que la disponibilidad del personal de apoyo sea insuficiente para poder obtener un mayor nivel de aceptación.

Realizar un análisis de cada uno de los procesos de cada ítem, incluso los que reportaron altos niveles de satisfacción, para elevar aun más el nivel de satisfacción de los pacientes que acuden al centro.

Reevaluar el proceso de tiempo de espera para entrar a la consulta, puesto que este ítem es el que menor nivel de satisfacción reportó, junto con el horario de atención a los pacientes.

Reevaluar el ítems solución que le da el médico/enfermera y adaptarlo a la realidad venezolana, en la cual el rol que desempeña el personal de enfermería no se correlaciona al del rol que desempeña el personal de enfermería en España, que es el lugar en donde se realizó la encuesta.

Realizar esta encuesta en todos los servicios que se ofrecen en el centro, para así, tener una información global del nivel de satisfacción de los pacientes que acuden al ambulatorio Salud y Familia centro Baruta, lo que le permitirá determinar medir el nivel de satisfacción de los pacientes que acuden a todos los servicios que se ofrecen en el centro, pudiendo determinar sus debilidades y fortalezas de manera general.

Realizar un estudio longitudinal del nivel de satisfacción de los pacientes que acuden al centro, con lo cual, se podrán generalizar los resultados obtenidos.

Evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes que acuden a los demás centros para detectar debilidades y fortalezas de cada uno, lo que le permitirá orientar la gerencia en satisfacer las necesidades de cada uno de los centros y por ende el rendimiento de la institución .

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguirre Gas, H. G. (2008). *Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica* .Medigraphic. Vol. 76, n# 2, pp187-196. Consultado en Julio, 20, 2009. Disponible: http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-circir/e-cc2008/e-cc08-2/em-cc082o.htm

Alonso, O. (2003). *Dimensiones de la calidad en los servicios de salud.* Consultado en Julio, 2, 2007. Disponible: http://www.gerenciasalud.com/art260.htm.

Ardón C., N. y Cubillos N., A. F. (2003). *Sistema para el monitoreo de la calidad de atención en salud por indicadores en los hospitales de I, II y III nivel de atención.* Bogotá.

Balestrini Acuña, M. (2006). *Como se elabora el proyecto de investigación.* Caracas: Consultores asociados.

Ducoing, M. y González, G. (2006). *La administración de la calidad en la atención de la salud.* ESDAI. N# 9, pp31-59. Consultado en Agosto, 5, 2009. Disponible: http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=1&hid=8&sid=b31807b0-626e-41bd-a76a-f7e6b026b944%40sessionmgr10&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=zbh&AN=20811588

FEDUPEL (2006). *Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales.* Caracas: Editorial pedagógica de Venezuela.

Gonzalo A., J. (2003). *El mercadeo integral en los servicios de salud.* Consultado en Mayo, 20, 2007. Dispinible: http://www.gerenciasalud.com/cv-juanalzate.htm.

Hernández Sampieri, R., Fernández collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación.* México: Mc Graw Hill.

Losada, M. y Rodríguez, A. (2007). *Calidad del servicio de salud: Una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing.* Consultado en Junio, 2, 2009. Disponible:
http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=9&hid=12&sid=b436fbef-1723-41f8-9e22-1fc6fe3daacd%40sessionmgr14&bdata=JmFtcDtsYW5nPWVzJnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=zbh&AN=31584086#db=zbh&AN=31584086

lovelock, C. (1997). *Mercadotecnia de servicios.* México: Editorial Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.

Machinea, J. L. (2008, Mayo). *Objetivos de desarrollo del milenio: La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe.* Publicación de las Naciones Unidas. Consultado en agosto, 5, 2009. Disponible:
http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/ObjetivosDesarrollo/documentos/Saludcompletol.pdf

Malagón-Londoño, G., Galán Morera, R. y Pontón Laverde, G. (2000). *Administración hospitalaria.* Colombia: Panamericana.

Martínez Costa, M. y Martínez Lorente, A. M. (2008). *Sistemas de gestión de calidad y resultados empresariales: una justificación desde las teorías institucionales y de recursos y capacidades.* Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa. N#. 34, marzo 2008, p.p. 007-030. Consultado en Mayo, 21,2009. Disponible:
http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&hid=12&sid=b436fbef-1723-41f8-9e22-1fc6fe3daacd%40sessionmgr14&bdata=JmFtcDtsYW5nPWVzJnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=zbh&AN=31715451#db=zbh&AN=31715451

Mejías García, B. (2002). *Auditoría médica.* Bogotá: ECOE EDICIONES.

Mijares, R., Lara, L. y Rincón, E. (2002). *Evaluación del desempaño de las funciones esenciales de salud pública: Caso Venezuela.* Consultado en Mayo, 14, 2009. Disponible:
http://www.google.co.ve/search?hl=es&q=EVALUACI%C3%93N+DEL+DESEMPE%C3%91O+DE+LAS+FUNCIONES+ESENCIALES&btnG=Buscar&meta=lr%3Dlang_es

Molteni, R. y Cecchi, O. (2005). *El liderazgo del lean six* σ. Buenos Aires. Ediciones macchi.

Morea, L. (2005). *Historia de la calidad total.* Consultado en Mayo, 23, 2007. Disponible: http://www.geocities.com/WallStreet/Exchange/9158/juran.htm - 7k.

Otero, J. (2005, Septiembre). *Joseph Juran: La calidad para el cliente.* Consultado en Mayo, 23, 2007. Disponible: http://www.gerenciasalud.com/art483.htm.

Papponetti, M. (2006, septiembre). *La conducta médica ideal según los pacientes.* Consultado en Mayo, 23, 2007. Disponible: http://www.aebioetica.org/quien.htm.

Piscoya, J. (2000). *Calidad en la atención medica en salud a través de la auditoria médica.* Consultado en Mayo, 15, 2007. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=1025-5583&script=sci_serial.

Ramírez, M. (2009, Enero-Abril). *La ISO 9000 ha significado un cambio histórico para la policlínica Táchira.* Calidad y Liderazgo, Caracas: FONDONORMA. Año/vol. 6(17), 9-11.

Salud y Familia (2007, Mayo). *Quienes somos.* Consultado en Mayo, 15, 2007. Disponible: http://www.saludyfamilia.org.ve/

Serna Gómez, H. (2006). *Servicio al cliente, una nueva visión: Clientes para siempre.* Bogotá: 3R Editores.

Serna Gómez, H. (2006). *Gerencia estratégica.* Bogotá: 3R Editores

Torres Serna, C. (2003). *La importancia del ciclo del servicio en la venta de servicios de salud.* Consultado en Mayo, 28, 2007. Disponible: http://www.gerenciasalud.com/art90.htm.

Tortolero, A. (2006). *Notas sobre antecedentes históricos de la calidad.* Revista sobre Relaciones Industriales y Laborales, Madrid. N° 42, 137-159. Consultado en Abril, 18, 2009. Disponible: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=28161827&lang=es&site=ehost-live

Valencia, A. (2005). *Práctica médica de calidad y rentable, ¿es posible?.*Revista Colombiana de Neumología, Vol. 16, N° 1, 67-71. Consultado en Marzo, 15, 2009. Disponible: http://www.scielo.org.co/pdf/rcneum/v16n1/v16n1a9.pdf

Varela, J., Rial, A. y García, E. (2003). *Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria.* Psicothema, Vol. 15, n# 4. pp. 656-661. Consultado en Abril, 7, 2009. Disponible: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72715421

Wayne, D. (1985). *Bioestadística.* Limusa, México.

ANEXO

Encuesta realizada para medir el nivel de satisfacción de los pacientes que acudieron al ambulatorio SALUD Y FAMILIA centro BARUTA.

Salud y FAMILIA

AMBULATORIO SALUD Y FAMILIA BARUTA
ENCUESTA

Para que cada día se sienta más a gusto con nosotros y podamos ofrecerle un mejor servicio, dediquemos unos minutos de atención y denos su opinión marcando con una X que tan satisfecho se siente en cada uno de los siguientes aspectos:

	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Algo satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
Horario de atención a los pacientes					
Comodidad y amplitud de la sala de espera					
Tiempo de espera para entrar a la consulta					
Disposición del personal para ayudarle					
Trato recibido por el personal del centro					
Señalización interna del centro					
Instalación y equipamiento del centro					
Solución que le brinda el médico/enfermera					
Tiempo que le dedica el medico					
Interés del médico en explicarle su dolencia					
Información proporcionada sobre el tratamiento					