

Barreras organizacionales de acceso en servicios ambulatorios

Ayari Ávila¹, Alberto Briceño² y Betty Benítez³

¹Departamento de Salud Pública, Escuela de Bioanálisis, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Miembro del Grupo de Investigación para el África y América Latina (GRAAL).

²Hospital José Gregorio Hernández. Trujillo, Venezuela.

³Departamento de Morfofisiopatología, Escuela de Bioanálisis, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

ayariavila@yahoo.es, butroides@hotmail.com, bettymcbo@gmail.com

Resumen

Este trabajo describe las barreras organizativas de accesibilidad en los ambulatorios tradicionales en el primer nivel de atención, Municipio Trujillo, Venezuela. Aplicando diseño descriptivo, se obtuvo una muestra intencional, mediante cuestionario por entrevista directa, en cinco ambulatorios, para un total de 300 entrevistas. Los resultados demuestran diferencias significativas en los tiempos de espera para consultas preventivas y curativas, con una media de $99,53 \pm 65,18$, minutos y $66,67 \pm 9,06$. Los datos arrojaron que los insumos fueron suministrados por el ambulatorio: (54,7%); las barreras encontradas fueron las relacionadas con la falta de disposición de servicios, tales como: las pruebas diagnosticas (58%); atención los fines de semana (70,7%); atención durante la noche (68%) y en algunos casos pueden tardar más de 24 horas en ser atendidos en la consulta médica (19%). El usuario consideran confortable la sala de espera (93,7%); con condiciones higiénicas adecuadas (97,7%); el usuario se encuentra satisfecho con el servicio ofertado (94,3%). Se concluye que deben disminuirse los tiempos de espera y ofertar servicios de apoyo diagnóstico.

Palabras clave: acceso, atención primaria, tiempo de espera, insumos.

Organizational Barriers to Accessing Outpatient Services

Abstract

This study describes the organizational barriers to accessibility in five primary care outpatient clinics located in the city of Trujillo, Venezuela. Using a descriptive design, a purposive sample of 300 patients was directly interviewed through the use of a questionnaire. The results show significant differences in waiting times for preventive (99.53 ± 65.18 min) and curative consultations (66.67 ± 9.06 min). The data demonstrated that supplies were provided by the clinic (54.7%); the barriers encountered were those related to the lack of providing services, such as diagnostic tests (58%), medical attention during weekends (70.7%), medical attention during the night (68%); in some cases, the waiting time to receive medical care can be longer than 24 h (19%). Patients believed that the waiting room was comfortable (93.7%) with good hygienic conditions (97.7%) and they were satisfied with the service offered (94.3%) by the clinic. In conclusion, waiting times must be reduced and more diagnostic support services have to be offered.

Key words: access, primary care, waiting time, supplies.

Introducción

La atención primaria de salud (APS) es una estrategia que surge en la década de los 70 basada en los principios de justicia social, relacionada con la democratización de los servicios de salud [10, 11, 19]. Es parte integrante del Sistema Nacional de Salud, representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud Pública; ya que lleva lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan los individuos; constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria [23]. Esta estrategia ha generado en el transcurso de estos años procesos de reformas del sector en casi todos los países de América Latina [6].

Venezuela no escapa a esta realidad, ya que, desde el año 1989 se establece la implementación de la atención primaria de salud. Siendo retomada por el gobierno nacional en el año 2000 como una política de Estado, constituyendo un modelo de atención de salud denominada Barrio Adentro, el cual tiene como finalidad dar respuestas a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida, bajo los principios de accesibilidad, gratuidad, para mejorar la calidad de salud [19], pero de manera paralela con o sin coordinación, entre el sistema de salud tradicional y este sistema de atención.

Un elemento común que figura como principio rector, vinculado a las reformas del Estado, y que debe garantizarse en la población, es el acceso y uso de los servicios de salud [4]. El acceso se refiere a los factores que influyen en la entrada o en el uso de los servicios de atención sanitaria [3, 13], conformando un concepto relevante en la investigación de la política sanitaria y de los servicios médicos.

Entre los múltiples factores que actúan como barrera en el acceso a los servicios de salud, se encuentran los organizacionales; y entre ellos uno de los indicadores comúnmente utilizados es el tiempo de espera de los pacientes para acceder a la consulta del médico [9, 15].

Este indicador organizacional está directamente relacionado con la satisfacción del paciente con el servicio prestado y puede favorecer el acercamiento del usuario al centro de salud [8]. Por lo que se puede inferir, que es necesario lograr que el paciente perciba la consulta del primer nivel de atención primaria como el lugar de más rápida y de mejor resolución a sus problemas de salud. El propósito, sin duda, es que ningún paciente tenga que esperar más de 24 horas, para poder ser atendido en una consulta de atención primaria [20].

Se ha demostrado que los largos tiempos de espera generan insatisfacción en los usuarios [12, 18], por lo que resulta necesario eliminar dichas barreras organizacionales para mejorar el servicio y obtener mayor aceptabilidad.

Otro indicador organizacional que permite medir el acceso a los servicios de salud, es la disponibilidad, refiriéndose a los bienes y servicios públicos de salud, en cantidad suficiente para su funcionamiento y que garantiza al usuario la atención sanitaria [19, 20]. Desde el punto de vista administrativo, la disponibilidad de recursos puede llevar a un mayor grado de satisfacción del usuario con el servicio [22]; generando aceptabilidad de los servicios de salud por parte del usuario.

Por otra parte, el Estado venezolano dentro de sus políticas sanitarias busca garantizar la accesibilidad a la salud de la población en el sistema de atención pública [1, 15]. Por ello en este estudio se busca, describir la barrera de accesibilidad organizacional en los ambulatorios tradicionales del primer nivel de atención primaria de salud, a través del usuario del servicio, en el área metropolitana de Municipio Trujillo, Venezuela. Con la finalidad de identificar las limitaciones del Sistema de Salud Pública en el Primer nivel de Atención, para poder en futuras investigaciones proponer incorporar reformas según las debilidades observadas y permitir reorientar los recursos e infraestructura existente de vieja data al nuevo modelo de atención.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación descriptiva, usando un diseño transversal [5]. Para la recolección de información se usó un cuestionario estructurado con preguntas cerradas, aplicado mediante entrevista directa a los usuarios.

La investigación fue llevada a cabo en la ciudad de Trujillo, en el Estado Trujillo, entidad situada al norte de la cordillera andina [9]. El estudio se delimitó a las parroquias Cristóbal Mendoza, Cruz Carrillo, Matriz, Monseñor Carrillo y Tres Esquinas.

Dada la dispersión geográfica de la población estudiada, los datos fueron obtenidos a través del usuario del servicio en el primer nivel de atención primaria en toda la red ambulatoria del Municipio Trujillo, y no por un muestreo poblacional. Se consideraron, Ambulatorios Urbanos tipo I (AUI) y Ambulatorios Rurales tipo II (ARII). Igualmente, en los últimos años se habla que los procesos asistenciales deben ser evaluados por las evidencias y opiniones de los usuarios, para lograr un mínimo de efectividad en la toma de decisiones [16].

En total se aplicaron trescientas (300) encuestas, con usuarios de ambos sexos mayores de 15 años, que acudieron a los servicios de salud en un periodo de enero a abril del 2008.

El muestreo realizado fue de tipo intencional, no probabilístico por cuotas, este tipo de muestreo es recomen-

dado cuando se tiene poblaciones muy dispersas como en este caso [18].

La validez de contenido del cuestionario fue evaluada mediante el juicio de tres expertos en el área de salud pública, quienes valoraron, redacción y claridad de las preguntas en concordancia con el objetivo de la investigación, a través de un formulario de respuesta dicotómica elaborado por los investigadores. A su vez se busca valorar, la pertinencia de las preguntas en la medición del constructo acceso organizacional y aceptabilidad.

Se consideraron las observaciones realizadas por estos expertos quienes aportaron recomendaciones relacionadas con la redacción de algunas preguntas.

Cabe mencionar, que el instrumento de recolección de datos, no fue sometido a la validez de constructo, por tratarse el mismo de un cuestionario simple, donde lo que se pretende es obtener distribuciones de frecuencia de la muestra estudiada [7]. Los estudios de fiabilidad y validez interna están recomendados según las características de las preguntas que lo componen, en este caso el instrumento no generó una puntuación general para cada sujeto por lo que resulta innecesario aplicar estos criterios [2].

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante análisis descriptivos uní variados, ya que se utilizaron indicadores que miden la variable accesibilidad en escala cualitativa dicotómica (Sí, No). Se emplearon escalas cuantitativas, en las cuales se realizaron pruebas de hipótesis de diferencias de la medias [18], utilizando para ello, el paquete estadístico SPSS versión 10.

Resultados

La Tabla 1, muestra el tiempo de espera en las consultas médicas como indicador utilizado para medir barreras de acceso organizacional. Los resultados indican diferencias significativas entre consultas preventivas ($99,53 \pm 65,18$) y curativas ($66,67 \pm 9,06$) en minutos. Igualmente, se observa mayor variabilidad de los datos en las consultas preventivas, lo cual puede explicarse por factores como tipo de atención médica requerida, duración de la consulta médica, entre otros.

Otro indicador de acceso estudiado desde el punto de vista organizacional, para medir las barreras de acceso, fue la disposición de insumos y servicios, como se aprecia en la Tabla 2, la misma permite observar la opinión del usuario en cuanto a la disposición de servicios, encontrándose que el 92,3% de los usuarios percibió que tuvo acceso a la atención sanitaria. En lo que respecta a la disposición de insumos (medicamentos para la atención médica inmediata, existencia de vacunas, material médico quirúrgico), los

Tabla 1. Comparación de los tiempos de espera (minuto) en consulta médica según tipo de consulta: AUI** y ARII**. Área metropolitana municipio Trujillo.

Tiempo de consulta médica	n	Media	Desviación típica.	Error típico de la media
Preventivas	114	99,53	65,18	6,10
Curativas	126	66,67	9,06	5,26

Prueba t student: 4,09. α : 0,00. Intervalo de confianza superior: 48,66, inferior: 17,06.

** AUI: Ambulatorios Urbanos tipo I. ARII: Ambulatorios Rurales tipo II.

Tabla 2. Disposición de servicios/insumos. AUI** y ARII**. Área metropolitana municipio Trujillo.

Disposición de insumos o servicios	Sí		No		No responde		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Facilidad de atención	277	92,3	20	7,7	-	-	300	100
Disposición de insumos*	144	87,8	20	12,2	-	-	164	100
Pruebas diagnósticas	57	19,0	174	58,0	69	23,0	300	100
Atención fin de semana	8	2,7	212	70,7	80	26,7	300	100
Tarda más de 24 horas en ser atendido	57	19,0	203	67,7	40	13,3	300	100

* Sólo se reflejan los que requieren insumos en la atención sanitaria n: 164.

** AUI: Ambulatorios Urbanos tipo I. ARII: Ambulatorios Rurales tipo II.

usuarios manifestaron que lo obtuvieron en el centro de salud en un porcentaje considerable 87,8%.

En relación a la disposición de servicios, la percepción general de los usuarios, fue desfavorable en los centros ambulatorios, al no proveer de servicios de salud tales como pruebas diagnósticas (58%); y atención durante los fines de semana (70,7%).

Es de hacer notar, que el horario de atención al público en todos estos centros ambulatorios es de 8 AM a 3 PM; en ningún centro en los actuales momentos hay un médico de guardia en las noches o fines de semana, las personas que respondieron positivamente, reflejan situaciones pasadas en las cuales existía la permanencia del médico en este centro de salud, pero por diferentes causas que no corresponde a esta investigación, han sido eliminado estos servicios en el primer nivel de atención primaria de salud.

En la Tabla 3, se observan los indicadores para medir la dimensión aceptabilidad. Esta dimensión refleja altos valores positivos en las respuestas: sala de espera confortable: 93,7%; centro de salud limpio: 97,7%; consultorios adecuados: 94,3%, lo que denota el aprecio afectivo de los pacientes a estas instituciones de salud, resultando una fortaleza que debe considerar las instituciones para promover la utilización de los servicios.

Discusión

Existe un cierto nivel de consenso a la hora de afirmar que el aspecto más importante desde la perspectiva del

usuario a los servicios de salud es la accesibilidad [11]. Por ello, debe tenerse presente las barreras que pueden afectar el alcance de la población a dichos servicios de salud, entre esas barreras se encuentran las organizacionales. El tiempo de espera, es considerado como un indicador organizacional de accesibilidad así como de satisfacción de los usuarios del sistema sanitario público [6].

En países latinoamericanos como Perú, la asignación de citas es por orden de llegada [21], al igual que los usuarios de esta investigación, lo que puede generar largos tiempos de espera, como efectivamente se observa en el presente estudio, tanto en las curativas, como en las preventivas, donde el tiempo de espera es aún mayor. Resultados similares se observan en un estudio realizado en Brasil, donde los pacientes sin plan de seguro que utilizan los servicios ambulatorios esperan en promedio 81 minutos para ser atendidos [3].

Así mismo, otros estudios, reportan que el 26% de los entrevistados que utilizaron los servicios de seguridad social, perciben que la calidad de la atención fue mala, cuyo principal motivo fue asociado a largos tiempos de espera (29,3%) [14, 15], los cuales podrían ser reflejo de problemas de carácter organizacional tales como; distribución de las cargas de trabajo, insuficiencia de personal, asistencia de personal, entre otros.

Los hallazgos encontrados en esta investigación, permiten reconocer la pertinencia de estandarizar y monitorear los tiempos de espera en los centros de salud según el tipo de consulta, para que de esta forma todos los pacien-

Tabla 3. Indicadores de aceptabilidad. AUI** y ARII*. Área metropolitana municipio Trujillo.

Indicadores	Sí		No	
	n	%	n	%
Confort	281	93,7	19	6,3
Limpieza	293	97,7	7	2,3
Consultorio adecuado para la atención	283	94,3	17	5,7

Muestra: 300. *AUI: Ambulatorios Urbanos tipo I. ARII.: Ambulatorios Rurales tipo II.

tes según sus necesidades sean atendidos en un tiempo determinado, sin esperar más de lo necesario.

Igualmente resulta inconveniente un hecho detectado en el estudio, al observar que los pacientes deben acudir a tempranas horas de la mañana, antes de la apertura del centro de salud, para obtener un turno de atención; y en caso contrario, si el paciente llega al centro de salud después del tiempo fijado para la asignación de la cita; puede tardar más de 24 horas para ser atendido, por lo que no se le garantiza al paciente la asistencia médica, violando su derecho a la salud inmediata, a la cual todo individuo tiene derecho [1]. Este último aspecto debe mejorarse en los servicios de salud del primer nivel de atención primaria de salud. Se reconoce que este elemento juega un papel importante en la adhesión del paciente a los servicios por lo tanto a su atención oportuna así como en el cumplimiento de las prescripciones indicadas por el personal de salud [8].

Sería necesario aplicar en los centros de salud estudiados, previo cumplimiento de los requerimientos necesarios para su aplicación; la modalidad de cita previa para mejorar de esta forma el tiempo de espera y por tanto la utilización de la atención médica en el primer nivel de atención

Por otra parte, el acceso en su dimensión organizacional también puede ser medido a través de la disponibilidad de insumos, disponibilidad de servicios y aceptabilidad del usuario hacia el centro de salud [17, 20].

Es un tema controversial la influencia de estos factores sobre la accesibilidad ya que para algunos constituye un aspecto poco valorado por el usuario [6] y para otros son los motivos más frecuentes de buenas experiencias en utilización de los servicios. [22]. Estas limitaciones organizacionales en la disposición de servicios, son consideradas como las causantes de insatisfacción más repetida [16]. Resultando necesario por parte de las organizaciones de salud recordar la relación directa que existe entre la accesibilidad, con el conjunto de factores que intervienen en la capacidad de producir servicios y el consumo o utilización de los mismos [20].

En relación con la disponibilidad de insumos, los resultados mostraron un alto porcentaje de pacientes que los obtuvo; lo que es altamente favorable para el acercamiento del paciente a los centros de salud.

En cuanto a la disponibilidad de servicios, los usuarios opinan que son atendidos fácilmente a pesar de no contar con pruebas diagnósticas; atención los fines de semana; atención en la noche, y tardar más de 24 horas en ser atendidos. Los entrevistados, consideran la atención como buena, a pesar de su déficit, esto constituye un indicador del apego o aceptabilidad de los pacientes a los centros de salud.

Respecto a los pacientes que pueden tardar más de 24 horas en ser atendidos es necesario reflexionar, que la estructura organizativa del centro limita la atención médica, principalmente las consultas, a ciertos días de la semana y a ciertas horas. En aquellos casos, que el médico no pueda asistir, ya que cumple otras actividades preventivas, de promoción a la salud o por cualquier otra causa, no existe quien lo supla, por el déficit de médico en la entidad o por falta de presupuesto para el pago del suplente.

Consideraciones finales

Existen fortalezas en cuanto a la aceptabilidad y disposición de insumos en los centros de salud estudiados; así como debilidades en cuanto a los tiempos de espera para la consulta médica y la disposición de servicios.

Estos aspectos deben tomarse en consideración por la organización de salud, para garantizar en la población la accesibilidad en el primer nivel de atención y por tanto mayor uso; contribuyendo a resolver problemas básicos de salud, que repercutirá sin duda alguna en el descongestionamiento de las emergencias de los hospitales

Tomando como punto de partida, la alta aceptabilidad de la población a los centros de salud tradicional, las reformas del Sistema de Salud Venezolano, deberían considerar el desarrollo de mecanismos que permitan incrementar la calidad en los servicios de salud, fortalecer los recursos humanos y la infraestructura de vieja data para mejorar las barreras organizacionales de acceso tales como los tiempos de espera y la disposición de servicios.

Conocer la oferta y la demanda de servicios de salud y la confluencia de estos dos elementos en la accesibilidad de la población a los servicios, es imprescindible para diseñar, dar seguimiento y evaluar el impacto de la reforma del sector salud las cuales deben ser equitativas en la población.

Agradecimiento

El equipo de investigación reconoce la colaboración del personal médico, enfermería, obreros y empleados de los ambulatorios: Tres esquina, San Jacinto, Paramito, La Plazuela, Don Tobías y la Unidad Sanitaria; sin los cuales no habría sido posible esta investigación, al facilitar el contacto con sus usuarios y permitir las permanencia y observación del equipo durante la recolección de datos; aclarando dudas y facilitando la información requerida en el proceso. Igualmente agradecemos a los profesores: Dr. Leobaldo Barreras (LUZ) y Dr. José Molinos (ULA) por sus aportes críticos.

Referencias

- [1] ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE (2000). CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. *Gaceta Oficial*. Nº 5453, Caracas.p.p:19-20.
- [2] CASAS, José; REPULLO, José; PEREINA; José (2003). La encuesta como técnica de investigación, elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de datos (II). *Aten Primaria* 31:592-600.
- [3] CATARINO, Umberto; STERMAN, Luisa; BOARETTO, Roberta; CASTRO, Iracema; RAYANO, Jorge; LAURO, Ceasar; et al. (2007). Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva* 351-362.
- [4] GARCIA, SALABARRIA, Joaquín (2006). Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública cubana. *Rev. Cubana Salud Pública* 32(1): 07-15.
- [5] HURTADO, Jacqueline (2006). *El proyecto de investigación*. 4ta edición. Bogotá: Ediciones Quirón. p.p:103-105.
- [6] POMAR Isanta; RIVERA, Pilar; PEDRAJA, Marta; JIMÉNEZ, Natalia (2000). Características de las personas que acuden a las consultas de demanda del centro de salud sin citación previa. *Rev. Esp. Salud Pública* 74:263-274.
- [7] MARTIN, ARRIBAS, María (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 5(17):23-29.
- [8] MARTÍNEZ Armando, VAN-DICK Miguel; NAPOLES Francisco; ROBLES Joel (1996). Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. *Cuad. Saúde Publica* 12(3):399-403.
- [9] MORENO Fidel; GODOY, Elsy (1999) Trujillo ciudad de historia con limitaciones físicas para su desarrollo. Revista talleres 6: disponible en: http://saber.ula.ve/db/ssa-ber/Edocs/centros_investigacion/jwt/talleres/numero6/trujillohistoria-6.pdf.
- [10] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1978). *Atención primaria de salud*. Conferencia Internacional de Alma Ata. Ginebra.
- [11] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y MINISTERIO DE SALUD (2006). *Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010*. Caracas. pp:1-61.
- [12] ORTIZ Rosa; MUÑOZ Sergio; TORRES Erick (2004). Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Rev. Esp. Salud Pública* 78:527-537.
- [13] PENCHANSKY, Roy; THOMAS Willian (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*19:127-40.
- [14] RÁMIREZ, Teresita; NÁGERA, Patricia; NIGENDA, Gustavo (1998). Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud en México: Perspectiva de los Usuarios. *Rev. Salud Pública Méx* 40: 3-12.
- [15] ROSA Francisco; ZAMBRANO José; VELAZCO María; ADARRAGA Dolores; MARTOS Marín (2002). Análisis de los tiempos de demora de un programa de consulta única. *Rev. Calidad asistencial* 17:378-9
- [16] RODRIGUES, Isabel; RINCÓN, María; MADUEÑO, Janeth (2006). Barrio Adentro: Una experiencia de política en ejecución. *Espacio Abierto* 15: 617-64.
- [17] RUALES, José (2004). Panel: tendencias en servicios de salud y el modelo de atención de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 23: III congreso nacional de salud Pública. pp. 33-39.
- [18] SILVA, Luis (2000). *Diseño razonado de muestras y captación de datos para las investigaciones sanitarias*. Madrid: Editorial Díaz de Santos. pp:16-19.
- [19] SOBERÓN, Guillermo; NARRO, José (1985). Equidad y atención de salud en América Latina: Principios y dilemas. *Bol. Oficina Sanit. Panam.* 99:1-9.
- [20] STARFIELD, Bárbara (2001). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Editorial Masson. pp: 129-149.
- [21] SUÁREZ, Miguel; SEGURA, Luis; MENDOZA, Richard (2000). Inequidad en el uso de los servicios de salud en niños y adultos de tres poblaciones rurales del Perú. *Med. Fam.* 8:6-13.
- [22] WALLACE, Steven; HAASS, Verónica (2001). Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los estados unidos. *Rev Panam Salud Pública* 10:18-28.
- [23] ZURRO, Amado; CANO, José (2003). *Atención primaria. Concepto, Organización, y Práctica Clínica*. 5ta edición. Madrid: Editorial Elsevier. pp: 1-8.