

**Calidad percibida por los usuarios de las consultas
de enfermería de atención primaria.
Diferencias en la percepción de la población inmigrante
respecto a la población autóctona**

Rosa María García Pardo

Tutor

José Luís Pacheco Del Cerro

pacheco@enf.ucm.es

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid
rgarciap.gapm07@salud.madrid.org

Resumen: La medición de la calidad percibida por los usuarios, es un instrumento valioso para adaptar las características de la atención, a las necesidades y expectativas de estos, desarrollar un diseño apropiado de los servicios sanitarios, así como un buen indicador del nivel de calidad asistencial. Con la realización de este proyecto pretendemos, por un lado, conocer la percepción de la población general, cuando acude a las consultas de enfermería de Atención Primaria (AP), y por otro comprobar si existen diferencias de percepción entre la población inmigrante respecto a la población autóctona. Se trata de un estudio descriptivo comparativo, transversal, que se desarrollará en los 22 Centros de Salud del Área 7 de AP a través de un cuestionario estructurado, con preguntas cerradas con opción de respuesta múltiple y validado previamente. La muestra será seleccionada por doble muestreo: primero estratificado por centro y después en cada centro, un muestreo sistemático.

Palabras clave: Enfermería-Consultas-Control de calidad. Inmigrantes-Servicios de salud.

Abstract: The measurement of the quality perceived by the users, it is a valuable instrument to adapt the characteristics of the attention, to the needs and expectations of these, to develop an appropriate design of the sanitary services, as well as a good indicator of the level of welfare quality. With the accomplishment of this project we try to know, on the one hand, the perception of the general population, when it (he, she) comes to the consultations of infirmary(nursing) of Primary care (AP), and for verifying other one if there exist differences of perception between the immigrant population with regard to the autochthonous population. It is a question of a descriptive comparative, transverse study, that one will develop in 22 Centers of Health of the Area 7 of AP across a constructed questionnaire, with questions closed with option of

response multiple and validated before. The sample will be selected by double sampling: first stratified by center and later in every center, a systematic sampling.

Keywords: Infirmary Consultations. Control of quality. Immigrants Services of health.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 10 años, España se ha convertido en uno de los diez países que más inmigrantes recibe a nivel mundial, según los datos del INE a enero del 2007, los inmigrantes suponen el 10 % de la población total.

La Comunidad de Madrid ha pasado de poco más de un 2 % en 1998, al 13,1 % en 2005⁽¹⁾ y en 2008 los datos son de un 16,03 %. Madrid sigue siendo una de las CCAA con mayor número de inmigrantes.

De las 11 Áreas Sanitarias en que se divide la Comunidad de Madrid, en este proyecto nos centraremos en el Área 7 de Atención Primaria.

El Área 7 de Atención Primaria es un Área Sanitaria que se extiende desde el centro hacia la zona suroeste de Madrid, con una superficie de aproximadamente 3.535 Km²; representa el 5,82 % del total del municipio, tiene una configuración íntegramente urbana y cuenta con tres Distritos: Centro, Chamberí y Latina.

La población total del Área es de 559.991 usuarios (según datos de Tarjeta Sanitaria Individual – TSI, a 1 de abril del 2008), de los cuáles 116.470 son inmigrantes, lo cual supone un 20,79 % del total de la población. El país de procedencia mayoritario es Ecuador (19,55 %), seguido de Bolivia (7,09 %), Colombia (6,85 %) y Perú (6,27 %), todos, países de América Latina, le sigue Marruecos (4,59 %). El Área 7 es la que tiene el mayor porcentaje de población inmigrante de toda la Comunidad de Madrid.

Dentro de esta misma Área existen notables diferencias entre los tres Distritos, siendo el porcentaje de población inmigrante muy diferente en cada uno de ellos, Distrito Centro – 29,3 %, Distrito Chamberí – 15,5 % y Distrito de Latina – 19,2 %.

Desde la consulta de enfermería de AP se detecta cierta preocupación respecto a la calidad de los servicios prestados a la población. Para poder constatar este sentir de los profesionales de enfermería necesitamos conocer la percepción de nuestros usuarios en cuanto a cómo son atendidos. La satisfacción del usuario es de gran importancia, porque nos proporciona información sobre el éxito de nuestro trabajo en función de que las expectativas de nuestro usuario se hayan cumplido⁽²⁾, a la vez nos interesa conocer qué diferencias existen entre la percepción de la población autóctona y la percepción de la población inmigrante. Este estudio nos ayudará a conocer mejor las necesidades de nuestros usuarios, tanto inmigrantes como autóctonos, que

aspectos consideran que requieren mayor atención y cuales son sus principales demandas. Así mismo nos permitirá reflexionar sobre la existencia o no de prejuicios o estereotipos creados en los propios profesionales de enfermería a la hora de atender a nuestra población⁽³⁾.

En ocasiones se utiliza indistintamente el término de satisfacción y calidad percibida, en ambos se supone que el usuario realiza una comparación entre el servicio que recibe con algún tipo de estándar. Pero entre ellos, existe alguna diferencia y algunos autores concluyen que la satisfacción tiene como antecedente las expectativas relacionadas con las necesidades y preferencias del paciente, mientras que en el caso de la calidad percibida, la comparación se realiza con expectativas más próximas a lo que desearía el paciente que sucediera y que se forman durante experiencias previas a la recepción de esos servicios⁽⁴⁾.

Actualmente, la valoración de la calidad de los servicios ofertados y el desarrollo posterior de las actividades de mejora constituyen un proceso inseparable del ejercicio profesional⁽⁵⁾. El papel que juega la opinión de los usuarios, sus percepciones y los juicios que realizan sobre los servicios recibidos son aspectos claves en la definición de calidad y su valoración es imprescindible para prestar una correcta asistencia sanitaria.

En el año 2003 el Programa de Salud Pública en Colectivos consideró como un objetivo básico “Identificar y conocer las necesidades en salud de los inmigrantes de la Comunidad de Madrid”, a tal fin propuso la realización de un “Estudio cualitativo sobre las creencias, actitudes, opiniones y percepción sobre la salud-enfermedad y las dificultades en el acceso al sistema sanitario de los distintos colectivos de inmigrantes de la Comunidad de Madrid”. Este estudio pretendía ser la base para diseñar acciones comunicativas que permitiesen favorecer el conocimiento y la accesibilidad de la población inmigrante a los recursos socio-sanitarios y a los programas de salud y ser la base para el diseño de Programas de formación de los profesionales sanitarios sobre las variables socioculturales que inciden en la salud de los inmigrantes, entre otros objetivos.

El informe final realizado para el Instituto de Salud Pública, se llevó a cabo con población de origen latinoamericana (ecuatorianos y colombianos), subsahariana (nigerianos y guineanos) y marroquí y llama especialmente la atención que al analizar las entrevistas con los profesionales sanitarios, se observó que estos abordan la problemática desde un punto de vista muy personal, es decir se habla como ciudadano y no como profesional, poniendo de manifiesto su ideología particular respecto al fenómeno migratorio actual, lo que hace que influya en la actitud del inmigrante.

En este informe se refleja también que la valoración del sistema sanitario español por parte de la población inmigrante está directamente relacionada con la propia experiencia vivida con el sistema sanitario del país de origen, aunque dicha experiencia, en muchos casos y refiriéndose al sistema público, es muy escasa, evidentemente siempre estará condicionada a las situaciones particulares de cada

sujeto. En general se otorga un alto valor al Sistema Sanitario Español, en tanto que se presenta como universal y gratuito.

En concreto en el ámbito de Atención Primaria, los usuarios inmigrantes ven a los profesionales más accesibles y más cercanos que a los especialistas, su cercanía física transfiere una dimensión de seguridad, y es la consulta de enfermería donde se logra mayor acercamiento del inmigrante a los diversos programas de salud. El profesional de enfermería es la figura que posee más capacidad de lograr satisfacer la “demanda afectiva” que el inmigrante hace. La visita programada aseguraría un “tiempo” de dedicación que absorbería en gran medida el estrés y la angustia del inmigrante⁽⁶⁾.

El personal de enfermería debe construir estrategias con la población inmigrante que faciliten tanto la integración como el mantenimiento de su cultura, en todos los aspectos, sobre todo en lo que se refiere a la atención de su salud⁽⁷⁾.

Por otro lado debemos ser conscientes de los problemas con los que se encuentran los profesionales de enfermería a la hora de prestar sus servicios a la población inmigrante, hecho que puede influir en la percepción que tienen de la atención en la consulta de enfermería, y que hace que pueda ser diferente a la percepción de la población autóctona. Dependiendo del lugar de procedencia, el idioma y la cultura, los problemas más habitualmente encontrados son:

- La barrera idiomática.
- La inexistencia de mediadores culturales en los centros de trabajo.
- Algunos aspectos exóticos y poco científicos de su cultura sanitaria, según nuestra visión europea.
- Sus tradiciones en cuanto a la introducción y la preparación de alimentos, la realización de la higiene en cuanto al lavado, cocido y conservación.
- La dificultad de adaptación al calendario vacunal vigente.
- La dificultad de adaptación en todo el proceso sanitario (citas, atención del profesional sanitario en consulta y domicilio, etc).

Como enfermeras debemos utilizar todos los medios que estén a nuestro alcance para realizar nuestro trabajo con la mayor profesionalidad, sin olvidar la concepción holística del individuo. Es importante también que sepamos comprender y dar respuesta no solo a los usuarios de nuestra misma cultura sino también a aquellos de otras distintas. Los inmigrantes esperan que los profesionales de enfermería respeten y comprendan sus valores, creencias, estilos de vida y necesidades⁽⁷⁾.

Los profesionales de enfermería se enfrentan a una realidad social, distinta a la de años atrás, que nos lleva a actualizar nuestros conocimientos para abordar nuevos retos, ya que prestamos cuidados a personas de otras culturas, que poseen una percepción y unas experiencias de salud y enfermedad muy particulares, según la cultura de pertenencia y nuestra experiencia profesional no puede aplicarse de forma idéntica a todos los individuos. En estos momentos, el grupo más vulnerable en

relación a la pérdida de salud es la población inmigrante, por ello, profundizar en el conocimiento de sus percepciones y actitudes en relación a la salud y la enfermedad, parece imprescindible para poder actuar como agentes de salud⁽⁸⁾.

Cuando planificamos los cuidados debemos tener en cuenta que cada orientación dirigida a modificar una creencia etiológica, una actividad terapéutica o un hábito de vida, pone en juego, en la persona que lo recibe, todo un complejo de valores, creencias, de ideología, toda la identidad individual y social a la cual necesita asirse el inmigrante para no perderse en un mundo nuevo, desconocido, que provoca temor e incertidumbre para él. El personal de enfermería debe intentar comprender sus valores culturales y colocarse en situaciones que ellos nos puedan comprender, pues nuestra formación como profesionales de la enfermería debe hacer que estemos entrenados en conocer otros significados en relación a salud y enfermedad en una sociedad cada día más multicultural.

En países con una larga tradición y experiencia en temas de inmigración, como Países Bajos, Reino Unido y Suiza se han elaborado desde principios de los noventa encuestas poblacionales periódicas para obtener datos sobre el estado de salud físico y mental, hábitos relacionados con la salud o el uso de servicios sanitarios, para poder establecer después programas de formación con el objetivo de que los profesionales entiendan la cultura, la forma de manifestarse los síntomas y las enfermedades así como los valores religiosos y sociales de la población inmigrante que atienden. Con este enfoque lo que se pretende es reducir los problemas de accesibilidad, facilitar la comprensión por parte de los profesionales sanitarios de las necesidades reales de la población inmigrante, así como garantizar la equidad en la provisión de los servicios⁽⁹⁾.

En España se realizó también un informe en el año 2004 con el objetivo de revisar la literatura disponible en el Estado Español en general y en la Comunidad Autónoma de Cataluña en particular, para identificar las necesidades en salud y describir la utilización de servicios sanitarios por parte de la población inmigrante, ya que una de las preocupaciones más importantes del fenómeno social que supone la inmigración creciente es la capacidad del sistema sanitario para hacer frente a la llegada de los inmigrantes y a sus necesidades. En este informe, entre otras conclusiones, se determinó que no hay información suficiente ni adecuada para conocer si las prácticas preventivas se realizan de la misma manera en la población inmigrante que en la autóctona, hay indicios de que la participación en programas preventivos, así como el cumplimiento de las pautas terapéuticas podría ser menor en la población inmigrante, pudiendo así aumentar las desigualdades en salud⁽¹⁰⁾.

Hubo una época en la que aparecieron situaciones problemáticas y conflictivas que configuraron al inmigrado como un usuario que abusa del sistema sanitario, solicitando cosas innecesarias y poco respetuoso con las normas institucionales. Numerosos estudios determinaban que los profesionales sanitarios consideraban a la población inmigrante más exigente, difícil de entender y con expectativas mayores que la población autóctona⁽¹¹⁾.

Hoy se apunta hacia una evolución positiva, se ha producido lo que se ha denominado como “proceso de habituación”, debido a una mayor familiaridad con el sistema sanitario y un mejor conocimiento de los profesionales, de las necesidades de salud de los inmigrantes⁽¹²⁾. Existen estudios posteriores que concluyen que la población inmigrante consulta menos que la población autóctona y lo hace de forma más distanciada, como muestra el estudio realizado en el propio Área 7 durante el año 2005⁽¹³⁾. Igualmente el estudio de Noelle Junod Perron demostró que la población inmigrante ni consultaba más ni hacía más demandas⁽¹¹⁾.

En cuanto a la percepción de la población, en general, de los diferentes servicios sanitarios, contamos con diferentes estudios, según el estudio “Confianza en el Sistema Nacional de Salud”, realizado en el año 2005⁽¹⁴⁾, se ha producido un aumento de la confianza de los españoles en el Sistema Nacional de Salud, gracias a la profesionalidad del personal sanitario, siendo los Centros de Atención Primaria los más valorados.

Los datos de la Encuesta de Satisfacción y Evaluación de tiempos de espera y Atención en Consulta del año 2006, nos revelan que sólo un 36,8 % de la población de Madrid (38,4 % en el Área 7), ha sido atendida por su enfermera, alguna vez en el último año. El 90,5 % refiere que su enfermera es amable (95,3 % en el Área 7), que su enfermera es eficaz y atiende bien sus problemas de salud en un 91 % (94,6 % en el Área 7) y está satisfecho con la atención recibida en su Centro de Salud el 86,7 % (89,3 % en el Área 7). Otros datos relacionados con aspectos infraestructurales reflejan que el 92,3 % de los usuarios perciben los Centros de salud como lugares limpios (90,9 % en el Área 7), bien señalizados y fáciles de localizar las consultas en un 93,2 % (96,6 % en el Área 7) y con salas de espera cómodas y confortables en el 80,9 % de los casos (87,4 % en el Área 7).

Otros estudios de satisfacción y calidad percibida en diferentes ámbitos sanitarios, concluyen que los aspectos mejor valorados son el trato de respeto y la información recibida por los profesionales, así como los conocimientos técnicos⁽¹⁵⁾.

Existen otros estudios sobre la percepción que el usuario tiene de la imagen de enfermería, que concluyen que estos, perciben una mejora en los conocimientos en esta profesión, en los últimos años, otorgando una alta valoración a la confianza e importancia de su labor, mayor cuando nos atribuyen actividades docentes, de educación sanitaria y la realización de planes de cuidados. A veces la diversidad de actividades que la enfermera desempeña dificulta la percepción de la realidad del papel de los profesionales de enfermería por parte del usuario⁽¹⁶⁾.

No hay muchos estudios, en España, que comparen la percepción sentida por la población autóctona con la sentida por la población inmigrante, cuando acuden a las consultas de enfermería, sí existe un estudio comparativo, en cuanto a las expectativas de asistencia médica entre pacientes de origen suizo y los inmigrantes residentes en ese país, para evaluar la capacidad de los médicos a la hora de identificar dichas

expectativas. En este estudio se concluía que la mayor parte de los pacientes, independientemente de su origen, comparten las mismas expectativas ante la asistencia médica, pero que los médicos tienen unas percepciones inexactas de estas, independientemente también del origen de los pacientes⁽¹¹⁾.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

No existen diferencias en la calidad percibida por la población inmigrante respecto a la calidad percibida por la población autóctona, en cuanto a la atención recibida en las consultas de enfermería de Atención Primaria del Área 7 de la Comunidad de Madrid.

Objetivos

- Conocer la percepción de nuestros usuarios en cuanto a cómo son atendidos en las consultas de enfermería de Atención Primaria y si son cubiertas sus expectativas en función de la resolución de sus necesidades, para ello mediremos la calidad percibida de los servicios prestados.
- Comparar la percepción sentida por la población autóctona con la percepción sentida por la población inmigrante.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Se trata de un estudio descriptivo comparativo, transversal, que se desarrollará en los 22 Centros de Salud del Área 7 de Atención Primaria. La población diana es la población total del Área y la población de estudio son todos aquellos usuarios que acuden a consulta de enfermería, en el periodo establecido, de los cuales seleccionaremos la muestra necesaria. Quedarán excluidos aquellos usuarios que no entiendan el idioma español y sea imposible la traducción.

Calculamos el tamaño de la muestra según técnicas inferenciales para poder extrapolar a toda la población, los resultados obtenidos en este estudio.

Calculamos dos tamaños muestrales, independientes, uno de población autóctona y otro de población inmigrante, a través del programa GRANMO 5.2, MS Windows Versión, con el objetivo de estimar una proporción, una estimación poblacional, con un nivel de confianza del intervalo de 0.05 o nivel de significación α (intervalo de confianza del 95 %), con una precisión deseada de 0.03 (3 % de amplitud del intervalo, margen de error), con una proporción estimada de reposiciones

necesarias del 5 % (pérdidas de pacientes) y una estimación de la proporción de 0,5 (sería la situación más desfavorable, ρ).

Aceptando un riesgo alfa de 0.05 para una precisión de +/- 0.03 unidades porcentuales en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0.5, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 1.122 sujetos, asumiendo que la población es de 443.521 sujetos. Se ha estimado una tasa de reposición del 0.05. Población autóctona.

Aceptando un riesgo alfa de 0.05 para una precisión de +/- 0.03 unidades porcentuales en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0.5, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 1.114 sujetos, asumiendo que la población es de 116.470 sujetos. Se ha estimado una tasa de reposición del 0.05. Población inmigrante.

La técnica de muestreo será polietápica, en primer lugar estratificado por centro, proporcional al número de Tarjetas Sanitarias de población autóctona e inmigrante, adscritas a cada uno de ellos. En la tabla 1 se detalla el número de encuestas a realizar, tanto a la población autóctona como a la población inmigrante en cada uno de los Centros de Salud del Área.

Centro de Salud	Población autóctona	Nº de encuestas	Población inmigrante	Nº de encuestas
Andrés Mellado	23.076	58	2.704	26
Cea Bermúdez	23.145	59	4.263	40
Guzmán el Bueno	20.636	52	3.802	37
Espronceda	33.436	85	7.140	68
Eloy Gonzalo	30.261	76	6.006	57
Universidad	19.016	48	6.726	64
Justicia	11.740	30	3.434	33
Las Cortes	21.953	55	9.615	91
Segovia	17.196	44	4.921	47
Lavapiés	16.283	42	10.900	105
Alameda	16.052	40	6.973	67
Caramuel	19.204	48	5.638	54
Puerta Del Ángel	16.965	43	4.665	45
Lucero	34.326	88	9.374	90
Maqueda	24.496	63	6.687	64
Los Yébenes	34.293	88	6.820	65
Los Carmenes	14.439	36	4.549	43
Campamento	12.105	30	4.141	40
Las Aguilas I	10.383	26	794	8
Valle Inclán	10.194	25	1.378	13
Las Aguilas II	14.461	36	2.235	22
General Fanjul	19.861	50	3.705	35
Total	443.521	1.122	116.470	1.114

Tabla 1. Número de encuestas a realizar por centro de Salud.

Y en segundo lugar, en cada uno de los centros, realizaremos un muestreo sistemático, entre todos los usuarios que tengan cita para consulta de enfermería, de todas las enfermeras del Centro, alternando un día en turno de mañana y otro en turno de tarde. Nunca coincidirá que la entrevistadora realice las entrevistas en su propio centro de trabajo. Se realizarán una media de 7 entrevistas al día por enfermera entrevistadora (serán cuatro enfermeras del Área más la investigadora principal), durante los tres meses que tendrá lugar el trabajo de campo.

Para su realización utilizaremos el método de la encuesta a través de un cuestionario estructurado, con preguntas cerradas con opción de respuesta múltiple y validado previamente. Al inicio de la encuesta se pedirá el consentimiento al usuario para realizarla, si el usuario es menor de edad al tutor que le acompañe, se explicarán los objetivos del proyecto, el carácter confidencial y anónimo del estudio y la importancia de su participación⁽²⁾. Se realizará al finalizar la consulta de enfermería.

Adaptamos un modelo de cuestionario diseñado por el Ministerio de Sanidad y Consumo⁽¹⁷⁾, estando demostrada su validez y fiabilidad. Dicho cuestionario está basado en estudios de Hulka⁽¹⁷⁾.

Al haber modificado el cuestionario, necesitamos volver a validarlo y para ello realizamos un estudio previo, administrándolo a un grupo de usuarios de las consultas de enfermería de un Centro de Salud del Área 7, 10 usuarios de población autóctona y 10 de población inmigrante, no tiene representatividad, pero se aproxima a las características de la muestra definitiva.

Una vez cumplimentado el cuestionario por dichos usuarios, trataremos, con ellos, de obtener la siguiente información:

- Si el tipo de pregunta es la idónea.
- La comprensión, sencillez y extensión de las preguntas.
- El adecuado funcionamiento de las categorías de las variables.
- Si existen resistencias psicológicas, a la hora de contestar.
- La fatiga del entrevistado.
- Si el ordenamiento interno de las preguntas es el adecuado.

Cuando obtengamos estos datos realizaremos el análisis estadístico y validaremos el cuestionario, elaborando el modelo definitivo.

El cuestionario^(17,5,2) consta de:

- **Variables Sociodemográficas**

- Edad.
- Sexo.
- Ocupación. Situación laboral.

- Nivel de estudios.
- País de origen.

- **Perfil de Calidad Percibida**

- Interés mostrado por la enfermera para conocer su estado de salud.
- Seguimiento que hace la enfermera de su caso.
- Competencia profesional.
- Limpieza del centro.
- Facilidad para conseguir cita el día que lo solicita.
- Confianza y seguridad que tiene en su enfermera.
- Información que ha recibido en la consulta.
- Facilidad para desplazarse por el interior del centro.
- Identificación clara de la situación de la consulta de enfermería.
- Atención recibida al solicitar cita telefónica.
- Horario de atención de la enfermera.
- Tiempo que le ha dedicado.
- Conocimiento que la enfermera tiene de su historial.
- Trato humano recibido.
- Tiempo transcurrido desde la hora que le dieron la cita hasta que usted entró en consulta.
- Se cubrieron las expectativas puestas en su consulta.

Al ser un estudio de calidad percibida y no de satisfacción del usuario no podremos concluir que “los usuarios están más o menos satisfechos”, por lo que los niveles de puntuación no nos miden la satisfacción sino el grado de calidad que perciben, en una escala del 1 al 7.

El cuestionario consta de 16 ítems, tipo Likert con valores entre 1 (percibe una calidad mínima) y 7 (percibe una calidad máxima o totalmente satisfactoria). Los valores intermedios también tienen expresiones intermedias como 2 – percibe poca calidad, 3 – calidad regular, 4 – calidad insuficiente, 5 – calidad suficiente, 6 – calidad buena. Además de los 5 ítems sociodemográficos.

Se determinarán las frecuencias y porcentajes, de las variables independientes.

Con las variables dependientes se estimará la mediana y la desviación estándar, configurando la dispersión de opinión en las respuestas.

Analizaremos si las diferencias en las características de los sujetos de las dos muestras son estadísticamente significativas mediante un análisis factorial multivariante, agrupando los ítems o variables altamente correlacionadas en dominios o factores (que son una combinación lineal de las variables originales), para aplicarlos a cada individuo y compararlo después en cada grupo. Los métodos multivariantes

permiten analizar simultáneamente la relación entre un elevado número de variables, así como examinar interrelaciones complejas.

El nivel de significación estadística se ha establecido para una $p < 0,05$. Para el análisis estadístico utilizaremos el programa SPSS 12.0 para Windows.

Limitaciones del estudio

Un problema común a los cuestionarios que miden calidad percibida o satisfacción, es el sesgo de las respuestas deseables, que consiste en que los entrevistados tienden a contestar lo que es más adecuado para la organización que presta el servicio⁽¹⁷⁾.

Otro problema descrito es la realización de las entrevistas a la salida de las consultas, pudiendo haber un sesgo por la inmediatez del contacto con el servicio.

También existe el sesgo del entrevistador, al haber varios entrevistadores⁽¹⁶⁾.

Debemos tener en cuenta las posibles fuentes de error, como los errores del investigador, los errores del instrumento y del análisis.

Cronograma – Plan de trabajo

- Elección del tema del proyecto, a lo largo del último trimestre del año 2007 había estado sopesando diferentes temas en los que poder basar el proyecto de investigación.
- Búsqueda bibliográfica, marco teórico, en los meses de enero, febrero, marzo, abril, incluso mayo del 2008, inicié y he continuado buscando bibliografía, intentando conocer todo lo que hasta ahora había descrito en cuanto a inmigración, calidad percibida, satisfacción de los usuarios del Sistema Sanitario, etc.
- Desarrollo de hipótesis, selección del diseño e identificación de la población, abril del 2008.
- Selección de las variables, diseño del muestreo, mayo del 2008.
- Estudio piloto y validación del cuestionario, revisión y diseño del modelo definitivo, octubre del 2008.
- Constitución del grupo investigador, formación y entrenamiento del personal que las va a realizar, conocimiento del estudio, aclarar preguntas y respuestas. Noviembre del 2008.
- Realización de las encuestas, recogida de datos, trabajo de campo, en los meses de Enero a Marzo del 2009.
- Análisis de los datos, de enero a mayo del 2009.
- Valoración de los resultados, elaboración de informes, junio y julio del 2009.
- Publicaciones, último cuatrimestre del 2009.

Relevancia del estudio

Los resultados de este estudio pueden ser relevantes, ya que nos van a permitir conocer aspectos muy importantes de la percepción de los usuarios, de la atención que reciben en las consultas de enfermería de Atención Primaria. Hará que los profesionales de enfermería reflexionen, si existen diferencias en la percepción de la población inmigrante respecto a la población autóctona, sobre la forma de atención de unos y otros usuarios, así como la existencia de barreras culturales. Nos permitirá también avanzar en el conocimiento de cual podría ser la necesidad de formación de los profesionales de enfermería de AP. Puntos esenciales en la planificación y organización de la formación.

Impacto bibliométrico

Con los resultados de este estudio se tiene previsto realizar distintos artículos, para su publicación en revistas tanto de ámbito nacional como internacional.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se presentará al Comité de Ética del Área 7 y a todos los profesionales de los Centros de Salud del Área.

No se incurre en ningún conflicto de confidencialidad ya que el cuestionario es anónimo y antes de su realización solicitaremos el consentimiento del usuario o del tutor en caso de ser menor de edad.

Los datos se analizarán de forma agregada y al finalizar el estudio, se elaborará un informe con los resultados, que se presentará en todos los Centros de Salud del Área, que han participado.

PRESUPUESTO

Instalaciones: La Gerencia de Atención Primaria cuenta con el equipamiento informático y los programas necesarios para desarrollar este trabajo.

Necesidades

- Fotocopias de los cuestionarios.
- Ordenador portátil.
- Gastos de personal, (alguna gratificación económica a las enfermeras entrevistadoras).

- Gastos de ejecución.
 - ✓ Traducción a inglés.
 - ✓ Viajes y dietas a Congresos.
- Otros gastos, a determinar.

BIBLIOGRAFIA

1. Comunidad Autónoma de Madrid, Instituto de Estadística de la CM. La inmigración extranjera en la Comunidad de Madrid. Noviembre 2006. (Acceso 24 abril 2008). Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis>. Día de acceso 24 de abril de 2008.
2. Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F, Cercas LJ, Valentín AB, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. Gac Sanit. 2006 Feb; 20(1):31-39.
3. Moreno Preciado M. La Relación con el paciente inmigrante. Perspectivas investigadoras. Index de Enfermería 2005; 50: 25-29.
4. Mira JJ, Rodríguez Marín J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad Percibida. Rev. Cal Asist. 2000; 15: 36-42.
5. Granada de la Orden S, Rodríguez Rieiro C, Olmedo Lucerón MC, Chacón García A, Vigil Escribano D, Rodríguez Pérez P. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006. Rev. Esp. Salud Pública 2007; 81(6):637-645.
6. Instituto de Salud Pública. Inmigración, salud y servicios sanitarios: la perspectiva de la población inmigrante. Madrid: El Instituto; 2004. (Documentos técnicos de salud pública).
7. Rojo Pascual MC, Gómez Gallego AM. Enfermería materno- infantil e inmigración: rompiendo barreras idiomáticas. Metas de Enfermería 2004; 7(5):22-26.
8. Gentil García I. Consideraciones para la Práctica de Cuidados a Inmigrantes Marroquíes. Cultura de los Cuidados 2007; 22:50.
9. Serra-Sutton V, Hausmann S, Bartomeu N, Berra S, Elorza Ricart JM, Rajmil L. Experiencias de investigación y políticas de salud relacionadas con inmigración en otros países europeos. El caso de los Países Bajos, el Reino Unido y Suiza. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2004.

10. Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2004.
11. Junod Perron N, Secretan F, Vannotti M, Pecoud A, Favrat B. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. *Family Practice* 2003; 20: 428 – 433.
12. Moreno Preciado M. Del cuidado de la diversidad a la diversidad del cuidado. *Index de Enfermería* 2006; XV:55.
13. Calvo R. Utilización de los servicios sanitarios en los inmigrantes del Área 7. II Congreso de la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria. Tenerife. Enero 2006. *Tribuna Sanitaria* 2006; 197: 4 – 7.
14. García Durán A, Docobo Durántez F, Mena Robles J, Cárave López Becerra A, Vázquez Monchul J, Durán Ferreras I. Índices de satisfacción y calidad percibida en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria de un Hospital de Tercer Nivel. *Rev. Esp. Enf Dig.* 2003; 95(12):851-856.
15. Vázquez Sánchez MA, Casals Sánchez JL, Aguilar P, Ramírez Sánchez MJ, Gómez MI, Villarín V. Percepción por el usuario de la imagen de Enfermería. *Enf Clín.* 1997; 7(3):105-111.
16. Retamal González A, Monge Jodra V. Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos centros de salud de la provincia de Cuenca. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74(3):275-286.

Recibido: 21 octubre 2009.

Aceptado: 16 noviembre 2009.