



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA. CENTRO DE  
ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
(CAMIULA).**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

**Autor:** Dr. Alexi C. Torres Ulacio  
Profesor de la Facultad de Medicina, ULA

**Tutor:** Dra. María A. Mejía  
Profesora Titular de la Facultad de Medicina, ULA

Mérida, Octubre de 2016

C.C.Reconocimiento

## **DEDICATORIA**

A mi madre quien me dio vida en medio de grandes dificultades y aun así logré salir del ambiente rural donde me encontraba.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

C.C.Reconocimiento

## AGRADECIMIENTOS

A mi país.

A Mérida.

A la Universidad de Los Andes.

Al cuerpo de profesores del Departamento de Medicina Preventiva y Social.

Al cuerpo de profesores de la Maestría en Salud Pública

A la Dra. María Arnolda Mejía por su paciencia como tutora.

Al compañero Joan Chipia por sus especiales asesoramientos.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

C.C.Reconocimiento

<b>TABLA DE CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA.	ii
AGRADECIMIENTOS.	iii
TABLA DE CONTENIDOS.	iv
LISTA DE TABLAS.	vi
LISTA DE FIGURAS.	viii
RESUMEN.	ix
INTRODUCCIÓN.	10
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	13
1.1. Tema de interés.	13
1.2. Justificación.	14
1.3. Delimitación espacio-temporal.	16
1.4. Interrogantes.	16
1.5. Objetivos de la Investigación.	17
1.5.1. Objetivo general.	17
1.5.2. Objetivos específicos.	17
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.	18
2.1. Antecedentes de la Investigación.	19
2.2. Bases teóricas.	21
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.	35
3.1. Tipo de Investigación.	35
3.2. Enfoque de Investigación.	35
3.3. Diseño de Investigación.	35
3.4. Variables de Investigación.	35
3.5. Hipótesis de Investigación.	36
3.6. Población y muestra.	37
3.7. Método de recolección de datos.	37
3.8. Validación de los instrumentos de recolección de datos.	41
3.9. Método de análisis de datos.	42
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS.	43

<b>TABLA DE CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
4.1. Análisis de resultados.	43
4.2. Discusión.	60
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	67
5.1. Conclusiones.	67
5.2. Recomendaciones.	68
REFERENCIAS.	69
Anexo A. Instrumento de satisfacción del usuario.	74
Anexo B. Instrumento de satisfacción del equipo de salud.	76
Anexo C. Instrumento de evaluación de la calidad en el centro de atención.	78
Anexo D. Coeficiente de validez de contenido (CVC) del instrumento satisfacción del usuario.	83
Anexo E. Coeficiente de validez de contenido (CVC) del instrumento de satisfacción del equipo de salud.	84
Anexo F. Coeficiente de validez de contenido (CVC) del instrumento de evaluación de la calidad en el centro de atención.	85

<b>LISTA DE TABLAS</b>	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Operacionalización de las variables de investigación.	36
Tabla 2. Inventario de Equipos Médicos y de Enfermería del Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	45
Tabla 3. Equipos de Ginecología y Obstetricia del Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	45
Tabla 4. Mobiliario de uso Médico y de Enfermería del Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	45
Tabla 5. Estadísticos de la Edad de los usuarios (n=131). Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	47
Tabla 6. Sexo, Actividad en la Universidad de Los Andes, Grado de Instrucción de los usuarios (n=131). Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	47
Tabla 7. Evaluación de la Calidad de Atención por parte del Equipo de Salud (n=12) del Servicio de Medicina de Familia en CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	49
Tabla 8. Prueba Chi-cuadrado de la Satisfacción del Equipo de Salud por los aspectos de Calidad de Atención, Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	49
Tabla 9. Rendimiento trimestral del Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	50
Tabla 10. Consultas del Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	51
Tabla 11. Morbilidad Registrada, según casos. Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	53
Tabla 12. Consultas preventivas realizadas (n=460) en el Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	53

---

<b>LISTA DE TABLAS</b>	<b>Pág.</b>
Tabla 13. Criterios de Satisfacción del Equipo de Salud. Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	57
Tabla 14. Matriz DOFA de las deficiencias en la calidad de atención del servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	58
Tabla 15. Plan de acción según deficiencias en la Calidad de Atención y cruce de Fortalezas y Oportunidades. Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	59
Tabla 16. Plan de acción según deficiencias en la Calidad de Atención y cruce de Oportunidades y Debilidades. Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	59
Tabla 17. Plan de acción según deficiencias en la Calidad de Atención y cruce de Fortalezas y Amenazas. Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	60
Tabla 18. Plan de acción según deficiencias en la Calidad de Atención y cruce de Debilidades y Amenazas. Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	60

---

<b>LISTA DE FIGURAS</b>	<b>Pág.</b>
Figura 1. Organigrama principal de CAMIULA (2015).	26
Figura 2. Organigrama de Servicios Médicos, CAMIULA (2015).	27
Figura 3. Estratificación social (n=131) de los usuarios, Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	48
Figura 4. Satisfacción del usuario (ítems del 11 al 15 del Anexo A), Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	54
Figura 5. Satisfacción del usuario (ítems del 16 al 20 del Anexo A), Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	55
Figura 6. Satisfacción del usuario (ítems del 20 al 25 del Anexo A), Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	55
Figura 7. Satisfacción del usuario, Servicio de Medicina de Familia CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.	56

## **CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA. CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES (CAMIULA).**

**Autor:** Dr. Alexi C. Torres Ulacio

**Tutor:** Dra. María A. Mejía

### **RESUMEN**

**Objetivo.** Evaluar la Calidad de la Atención de Salud en el Servicio de Medicina de Familia del Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de los Andes, tomando en cuenta: estructura, proceso, resultados e impacto, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2015. **Metodología.** Investigación de tipo evaluativa, enfoque cuantitativo y diseño de campo. Se aplicaron tres instrumentos que midieron la calidad de la atención, la satisfacción del usuario y la del equipo de salud. **Resultados.** El CAMIULA, institución de salud dependiente del Rectorado de la Universidad de los Andes, cuenta con diversos servicios y especialidades, entre ellas Medicina de Familia; tiene cinco equipos con inventario de equipos médicos y recursos aceptables. Se entrevistó a 131 usuarios con edad media de 45 años, mayoría del sexo femenino, familiares de trabajadores (39,7%) y obreros (23,7%); grado de instrucción universitaria completa (35,9%), educación media completa (27,5%); de clase media (42,0%), clase media alta (28,2%), pobreza relativa (27,5%). Se utilizó la prueba Chi-cuadrado para la relación de los aspectos de evaluación de la Calidad de Atención, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre la satisfacción del equipo de salud por infraestructura (71,6%), equipamiento (54,5%) información (35,2%), limpieza (62,6%), medicamentos (84,4%), referencia (72,7%) y gestión (70,2%). El Rendimiento por mes fue de regular a bajo (1,75, 1,64 y 2,43) consultas/horas respectivamente por mes. El porcentaje de preventivas (33,5%) y curativas el (84,9%,) con historias de primeras (7,5%) y sucesivas (92,5%). El indicador Utilización por mes fue de (85,65%, 61,16% y 41,11%) respectivamente. La Concentración revelo 4,16 consultas/personas. El Rendimiento real por consulta fue bajo (37,5%). La morbilidad fue a expensas de las enfermedades metabólicas (31,4%), cardiovasculares (19,0%), y de infecciones urinarias (13,7%) principalmente. **Conclusiones.** En el servicio de Medicina de Familia de CAMIULA, a pesar de encontrar que la calidad de la atención es regular, la satisfacción del usuario (92,4%) es excelente y la del equipo de salud es regular, porque en criterios tales como trabajo general (33,3%), interacción con el jefe inmediato (52,1%), remuneraciones e incentivos (31,3%), oportunidad de progreso (20,8%) están medianamente de acuerdo en los porcentajes señalados, elementos que favorecen las mejoras en dicho servicio, por ello se propuso una matriz DOFA y sus planes de acción.

**Palabras clave:** Calidad de atención; Satisfacción del usuario; Satisfacción del equipo de salud.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente el Sector Salud se encuentra en una crisis profunda debido a la falta de definición de políticas coherentes con la realidad nacional y las necesidades de salud de la gente, aunada a la pérdida de valores, como la equidad, solidaridad y transformación de la cobertura y la calidad como temas de difícil manejo. Los cambios en el sistema de salud venezolano han conducido a que las especialidades médicas reevalúen su pertinencia dentro de este proceso.

La Medicina de Familia es una especialidad pionera en la asistencia médica de primer nivel de atención en la red ambulatoria, para ello cuenta con liderazgo, trayectoria, conocimiento y experiencia para participar en la construcción de un Sistema de Salud accesible y costo-efectivo. El Médico de Familia es un especialista que brinda atención médica primaria ante cualquier problema de salud sin distinciones de edad, sexo y clase social, de manera continua, accesible, integral, preventiva, curativa y de promoción de salud, involucrando a la familia como unidad de atención inmersa en la comunidad bajo su responsabilidad.

Desde los años ochenta del siglo veinte, la especialidad en Medicina de Familia es parte de la estrategia de la atención primaria, para contribuir con la solución de los problemas de salud más comunes presentados en la colectividad, sin embargo, desde su implementación en el país, no se ha evaluado el nivel de aceptación por los usuarios, ni la satisfacción del equipo de salud en su desempeño diario en los centros asistenciales, porque las evaluaciones por lo general se realizan de manera fragmentada como una atención más de medicina general, por lo tanto es de sumo interés investigar la Calidad de la Atención, desde el punto de vista de estructura, proceso y resultados en un centro de atención de salud dirigido a los trabajadores y sus familiares directos que laboran en la Ilustre Universidad de Los Andes.

La calidad de la Atención es una definición compleja, multifacética y subjetiva, se refiere a la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario en el sistema de salud, logrando productos y servicios con mínimos errores, haciendo bien lo que corresponde desde la primera vez, diseñando, produciendo y entregando un servicio con satisfacción total y reconociendo que la Calidad de la Atención, no es un problema, sino una solución. Así mismo, se menciona una serie de cualidades que deben tener los servicios de salud para hablar de calidad de la atención,

entre ellas, accesibilidad, oportunidad, continuidad, satisfacción del usuario, suficiencia e integralidad, adecuación, racionalidad lógico/científica, efectividad, eficiencia, eficacia, continuidad, privacidad y una atención humanizada.

Uno de los elementos fundamentales en la Calidad de la Atención, es la satisfacción del usuario como un indicador clave que expresa un juicio de valor subjetivo de la atención recibida por parte de la institución y del personal de salud, por lo tanto, es uno de los aspectos a considerar para evaluar los servicios de salud y la Calidad de la Atención. A pesar de no existir un consenso claro sobre este término, Pascal (citado por Seclén-Palacin & Darras, 2005) lo define como la comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención de los servicios de salud, también valorada como una respuesta actitudinal y de juicio que el usuario construye como producto de la interacción con el servicio de salud. No obstante, se enfatiza que en esta interacción influyen factores individuales, familiares y los inherentes al servicio de salud.

Por otra parte, en la Calidad de la Atención es vital la práctica, en este caso la que brinda el especialista en Medicina de Familia como eje principal del trabajo en equipo de salud, donde conjuntamente con el personal de enfermería, el trabajador social y los técnicos en registros de salud, tiene el compromiso de ofrecer atención de calidad al usuario del sistema de salud, y al mismo tiempo utiliza otros servicios de apoyo, así como la necesidad de interconsulta con las diferentes especialidades médicas que contribuyen en la solución de los problemas de salud.

El mejorar la calidad de atención es un proceso continuo que permite el equilibrio de las instituciones, por ello la importancia de la evaluación de la calidad que oferta, al tomar en cuenta tres elementos que deben funcionar y que configuran la garantía de calidad. En consecuencia, esta investigación tuvo como propósito evaluar la Calidad de la Atención Médica, a través de la estructura organizativa de la institución que permite identificar el perfil de la misma, el proceso describe los derechos del paciente que deberá tener en cuenta la institución que presta atención en salud, en sus componentes de protección y recuperación, y los resultados se midieron en función de la satisfacción del usuario en la recuperación de su salud reflejada en cuanto a calidad de vida se refiere, estos elementos son los que definen dicha calidad en los servicios de salud, en este caso en el servicio de Medicina de Familia que funciona en el Centro de Atención Médica

Integral de la Universidad de los Andes (CAMIULA), durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del 2015.

Este estudio se estructuró de la siguiente manera:

Capítulo I. Enuncia el planteamiento del problema donde se describe el tema de interés, la justificación de la investigación, delimitación espacio-temporal, interrogantes y objetivos.

Capítulo II. Revela aspectos sobre los antecedentes y las bases teóricas.

Capítulo III. Señala el tipo, diseño, variables e hipótesis de la investigación, población y muestra, la recolección y el análisis de los datos.

Capítulo IV. Se analizan los resultados y se efectúa la discusión.

Capítulo V. Se exponen las conclusiones y recomendaciones.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

C.C.Reconocimiento

## CAPÍTULO I.

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Tema de Interés.

La Medicina Familiar es una especialidad médica que fue implementada en Venezuela a partir de la década de los ochenta, en el Hospital General del Sur en Maracaibo, en el Instituto Venezolano del Seguro Social en Caracas y en el Ambulatorio Venezuela en la ciudad de Mérida, donde se dio inicio el Posgrado específicamente en el año 1981, como un programa especial del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, para entonces dependiente de la dirección del Hospital Universitario de Los Andes y de la Dirección Regional de Salud. Esta especialidad se crea a nivel mundial, luego de la declaración de Alma Atá en 1978, con el propósito de unificar criterios para garantizar "Salud para Todos en el año 2000", como parte de la estrategia de Atención Primaria para la Salud de las Américas, comprometidos a prestar una asistencia médica esencial, científicamente probada a bajo costo y al alcance de todos, donde la especialidad en Medicina Familiar fue promulgada como una estrategia para contribuir en la solución de más del 80% de los problemas de salud prevalentes en las comunidades (Ceitlin, 1997).

Esta disciplina se ha venido desarrollando en la práctica a nivel de las redes ambulatorias públicas y en algunos privadas, pero se desconoce cómo ha sido la Calidad de la Atención brindada por el Médico de Familia, así como la otros integrantes del equipo de salud que laboran conjuntamente con este profesional en el cuidado de la salud individual y familiar en las comunidades asignadas bajo su responsabilidad. Este ha sido un modelo de gestión que no se ha evaluado como órgano ejecutor de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en relación a la estructura, el proceso y los resultados.

Donabedian (citado por Empaire, 2010), un investigador reconocido en el estudio de la Calidad de la Atención, la describe como el cuidado que se espera maximizar en beneficio del paciente, tomando en cuenta las ganancias y las pérdidas implicadas en dicho proceso. Este mismo autor afirma que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos propuso una definición muy aceptada de Calidad de la Atención, referida al grado en el cual los servicios de salud para

los individuos, familia y la población, incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados, cuando son consistentes con el conocimiento profesional del equipo de salud.

Dada la importancia de la Calidad de la Atención, se realizó una investigación evaluativa de campo, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2015, en el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de los Andes (CAMIULA) en donde prestan sus servicios especialistas en Medicina de Familia, cuya finalidad es de contribuir con la Calidad de la Atención que merece el usuario de tan prestigiosa institución de salud.

La calidad de la atención en los servicios de salud se ha transformado en un aspecto fundamental en la medicina actual, debido a la complejidad de dichos servicios que exigen se garantice un funcionamiento adecuado para contribuir con el estado de salud de las comunidades. Además, los avances científicos y tecnológicos han tenido un gran impacto en mejorar la calidad de vida de la población, pero a su vez han generado dificultades, porque aún se prioriza la atención fragmentada, brindando una atención menos cálida desde el punto de vista individual y familiar con énfasis en los aspectos físicos, dejando de lado lo psicosocial, cualidades que ha retomado la Medicina de Familia como especialidad, cuyo baluarte fundamental es valorar al paciente desde el punto de vista biopsicosocial y la familia como unidad de atención.

## **1.2. Justificación de la Investigación.**

La Calidad de la Atención de salud óptima, demanda que funcionen de manera organizada los establecimientos prestatarios de salud, bajo la política de Gestión de Calidad con el propósito de brindar una atención efectiva, eficiente, accesible, y equitativa. La temática sobre Calidad de la Atención en épocas de crisis y con un sistema público de salud desorganizado y extremadamente especializado, con predominio en la atención médica, muchas veces orientada a órganos y sistemas, amerita ser investigada con el fin de mejorar dicha atención en busca de contribuir con la calidad de vida del paciente, para ello es elemental conocer la calidad del centro de atención, la satisfacción del usuario y del equipo de salud, entre otros aspectos, a fin de evaluar estructura, proceso, resultados e impacto.

Evaluar la Calidad de la Atención desde la mirada del usuario, permite acercarse a la realidad que percibe él mismo sobre los aspectos relacionados con la estructura, el proceso y el resultado en los centros asistenciales donde demanda atención de salud. El proceso vigila una serie de pasos o acciones que intervienen en la dinámica salud-enfermedad, y en el resultado alerta sobre lo que sucede o no, en su persona desde el punto de vista de su estado de salud, después de llevada a cabo una intervención

Por otra parte, poco se ha investigado sobre la satisfacción del equipo de salud, estos son recursos imprescindibles en la Calidad de la Atención, porque son ellos quienes estarán directamente con el usuario, sea para la promoción, prevención, restitución y rehabilitación de la salud. Asimismo al personal médico y de enfermería también les corresponde la atención del enfermo con patología aguda, crónica, en fase terminal, agonía y muerte, junto al integrante de la familia que da soporte al enfermo, de allí el acompañamiento al final de la vida del paciente y sus familiares. Todos estos momentos son cruciales para determinar la Calidad de la Atención por parte del usuario, sin embargo este personal debe estar satisfecho con su labor para ofrecer dicha calidad.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

No es posible mejorar el desempeño de las instituciones de salud, si no son evaluadas dentro de una dimensión de calidad y de las necesidades explícitas e implícitas y grados de satisfacción de los usuarios y de los actores que funcionan como un equipo de salud, por ello se justifica determinar el estado de la institución en cuanto a la estructura, proceso y resultado en el servicio de Medicina de Familia, donde el Médico de Familia y el resto del equipo de salud tienen la responsabilidad de ofrecer una atención oportuna, accesible, integral, integrada y continua, como puerta de entrada a dicho servicio, donde se promueve el mantenimiento de la salud refiriendo a otras especialidades básicas y subespecialidades, cuando la patología del paciente así lo requiere sin perder la continuidad de la atención.

Esta investigación evaluativa se justifica plenamente, porque al evaluar la Calidad de la Atención, se podrían proponer nuevos lineamientos a fin de ser aplicados en la propia institución o en cualquier otro centro de Atención Primaria, en donde se desarrolle la práctica de Medicina de Familia como especialidad básica, con el objetivo de que cada día la atención al individuo, familia y comunidad sea efectiva y afectiva.

### **1.3. Delimitación Espacio-Temporal.**

Se llevó a cabo una investigación evaluativa y de campo, en la institución CAMIULA, en cuanto a la Calidad de la Atención, en el marco del desempeño del equipo de salud que atiende al personal de la Universidad de Los Andes en el ámbito de la especialidad en Medicina de Familia, a fin de obtener información acerca del alcance de los servicios prestados, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2015, en el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de los Andes.

Como parte de la investigación se plantearon las siguientes interrogantes.

### **1.4. Interrogantes.**

1. ¿Cómo es la articulación de los elementos de estructura, proceso, resultados e impacto en función de la calidad de Medicina de Familia en este centro de atención?
2. ¿Cuál es la Calidad de la Atención prestada a los usuarios en Medicina de Familia en el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes?
3. ¿Cuál es la Satisfacción del Usuario en relación con la atención recibida en Medicina de Familia del Centro de Atención Médica Integral?
4. ¿Cuál es el grado de Satisfacción del Equipo de Salud de Medicina de Familia en el Centro de Atención Médica Integral?
5. ¿Qué relación existe entre la Calidad de la Atención en Medicina de Familia y la Satisfacción del Equipo de Salud?

## **1.5. Objetivos de la Investigación.**

### **1.5.1. Objetivo General**

Evaluar la Calidad de la Atención en el Servicio de Medicina de Familia del Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes, tomando en cuenta la estructura, el proceso, los resultados y el impacto para los meses de septiembre, octubre y noviembre del 2015.

### **1.5.2. Objetivos Específicos**

1. Describir la Calidad de la Atención que se brinda en el Servicio de Medicina de Familia considerando los elementos que constituyen la estructura.
2. Analizar la Calidad de la Atención que se brinda en el Servicio de Medicina de Familia en cuanto al proceso que se cumple en el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes.
3. Determinar la Calidad de la Atención en el Servicio de Medicina de Familia en cuanto a los resultados obtenidos en la atención al usuario en el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes.
4. Determinar el impacto a través de la Satisfacción del Usuario y del Equipo de Salud en el Servicio de Medicina de Familia en el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes
5. Establecer la relación entre la Calidad de la Atención en Medicina de Familia con la Satisfacción del Equipo de Salud.

## CAPÍTULO II.

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

Lobos, Cardemil, Loézar, González & Ortega (2012) efectuaron en Chile en el año 2011 un estudio con el objetivo de determinar y comparar los niveles de satisfacción con la atención médica entre un centro asistencial docente y uno no docente. Fue una investigación descriptiva de corte transversal, donde se aplicó un cuestionario a 140 pacientes para evaluar satisfacción con la atención médica y el grado de aceptación hacia estudiantes de Medicina, a pacientes hospitalizados en servicios de urología del Hospital Dr. Gustavo Fricke (no docente) y Hospital Carlos Van Buren (docente), entre septiembre y noviembre de 2009. Se utilizó razón de validez de contenido (CVR) como criterio de inclusión para los diferentes ítems del cuestionario final, que consideró 14 ítems, además de evaluarse su consistencia interna. Como resultados, describen que no hubo diferencia en la satisfacción por servicio (90% y 88,6%). En las variables demográficas, hubo diferencia en la edad, proporción de pensionados, y nivel educacional por servicios. La única variable que mostró asociación con satisfacción fue el sexo, apreciándose en un 95% de hombres contra un 81,4% de mujeres ( $p=0,01$ ). Un 94,3% de los pacientes aceptó la presencia de los estudiantes en el servicio docente.

Contreras, Zambrano & Zeman (2011) en el estado Lara, Venezuela llevaron a cabo una investigación con el fin de determinar el grado de satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos en el Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, en un estudio descriptivo y transversal, utilizando el cuestionario GHAA-9mc en 55 pacientes. Reportan que los pacientes tienen una edad media de  $53.5 \pm 14.84$  años, en su mayoría masculinos (78,18). El tiempo de espera desde la solicitud de la prueba hasta su realización fue de 98,19 en la categoría como muy bueno y bueno, mientras el tiempo de espera en la sala antes de la prueba fue de 80% como bueno. La atención del médico, enfermería y secretaria fue valorada como excelente en el 100%, 89,09% y 81,82% respectivamente. Las explicaciones dadas sobre la prueba a realizar y las dudas surgidas por los pacientes sobre el procedimiento fueron categorizadas como excelentes. Las molestias

presentadas durante la prueba la ubicaron en la categoría regular. Por otra parte el 100% de los pacientes manifestó que se repetirían la prueba de ser necesaria con el mismo equipo y en el mismo hospital. Concluyen que el estudio permite incentivar al personal de salud y a la institución de continuar mejorando la calidad de la atención. A pesar de que esta investigación no fue en Medicina de Familia permite ilustrar que el buen trato, conocimiento, precisión diagnóstica y abordaje terapéutico que contribuye en la satisfacción del usuario y en la satisfacción del equipo de salud.

En Madrid, Martín-Fernández, Del Cura-González, Gómez-Gascón, Fernández-López, Pajares-Carabajal & Moreno-Jiménez (2010) realizaron una investigación con la finalidad de describir la satisfacción del paciente en la relación con su Médico de Familia mediante la utilización del Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9) y reevaluar las propiedades psicométricas de dicho instrumento en seis centros de Atención Primaria (AP) en la Comunidad de Madrid, España, con la participación de 451 pacientes aleatorizadamente seleccionados que acababan de acudir a una consulta de Medicina de Familia. Se estudiaron las características socio demográficas del sujeto, su necesidad en salud, la accesibilidad al servicio y la situación socioeconómica. Se recogieron las respuestas a los 9 ítems del PDRQ-9 y se construyó un índice sintético de satisfacción y se explica las diferencias en la satisfacción con un modelo multivariante. Como resultados se encontró que la media de la satisfacción fue de 4,41 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 4,33–4,48) en una escala de uno (menor satisfacción) a 5 (mayor satisfacción) con una mediana de 4,78 (rango intercuartil: 4,00–5,00). Cuatro de cada 10 sujetos expresaban la máxima satisfacción posible (efecto techo). Un único factor explicaba el 75,3% de la variancia, con un valor alfa de Cronbach de 0,952. La edad (OR: 1,03, IC del 95%: 1,02–1,05) y el vivir en zonas rurales (OR: 1,44, IC del 95%: 0,94–2,20) se asociaban con una satisfacción mayor. Ante estos hallazgos concluyen que los usuarios de Atención Primaria están bastante satisfechos en la relación con su médico, especialmente los de más edad y los que viven en ámbitos rurales.

En Costa Rica Viales, Vargas & Espinoza (2009) realizaron una propuesta para implementar un modelo de Evaluación de la Gestión de la Calidad en la Atención Primaria de Salud, aplicando una experiencia piloto en el programa de Hipertensión Arterial del EBAIS de Cot Norte, Oreamuno de Cartago, durante el mes de junio del año 2008. Para tal fin, propusieron

un instrumento de opinión de la calidad de atención del usuario, donde recogieron aspectos generales, participación del usuario respecto a la atención recibida, participación del personal de Salud, especificando las características del establecimiento de Salud y apreciaciones sobre el centro laboral, tomando los siguientes elementos: trabajo actual, trabajo general, interacciones con el jefe, oportunidades de progreso, remuneraciones e incentivos, interacciones con sus compañeros de trabajo y ambiente de trabajo. Estos autores también evaluaron la Gestión de Calidad en los centros de Salud, considerando propuestas relacionadas con la infraestructura, equipos, prevención, información, limpieza, procedimiento, responsabilidad de enfermería, de la consulta, medicamentos, referencias y de los procesos donde se especifica la gestión. También se propuso un instrumento de evaluación de satisfacción del usuario y del personal de salud.

Ávila (2007) en México, realizó una investigación para evaluar la satisfacción del usuario con respecto a la atención recibida por el Médico Familiar en la Unidad de Medicina Familiar en México. Estudiaron 418 pacientes de seis consultorios de Medicina Familiar, con promedio de edad de 38,8 años en el grupo de 25 a 34 años (intervalo 15 a 75 años) en su mayoría mujeres, el 57,7% casados, el 64,4% con educación secundaria, el 55,7% eran asegurados y el 44,3% beneficiarios según el sistema. En todos los consultorios el paciente subsecuente fue sobresaliente con 88,27% en su participación. La ocupación más frecuente fue del hogar con un 43,3%. El promedio de calificación global de la satisfacción fue el 61,96% satisfecho y 38,04% no satisfecho. En relación a si el médico conocía los problemas relacionados de salud, el 69,14% respondió de mucho a bastante, y el 38,86% de regular a nada, con respecto al conocimiento del médico para atender sus problemas de salud respondieron de mucho a bastante en un 76,55% y de regular a nada un 23,45 %, la confianza hacia su médico representó un 74,4%. En cuanto a la orientación de salud por parte del médico, se observó que un 69,86% respondió afirmativamente, la intimidad apreciada en el consultorio fue del 59,33%, el interés del médico por lo que le sucedía representó el 64,59%, el trato recibido por su médico fue percibido como bueno en el 80,86%, la explicación de manera clara sobre su padecimiento fue de un 73,44% en la escala de mucho a bastante y lo hacía con palabras claras un 73,9% de mucho a bastante. La satisfacción con el tiempo dedicado a su atención médica fue categorizada de mucho a bastante en un 71,77%, y finalmente un 70,81% respondió haber comentado sus problemas de salud con su médico en la categoría de mucho a bastante.

Galvis (2005) en Mérida, Venezuela realizó un estudio para evaluar la calidad de la atención de salud percibida por el usuario en la consulta de Medicina de Familia en el Ambulatorio Venezuela, Urbano tipo III. Como resultados describe que existió mayor demanda por el sexo femenino en los usuarios atendidos, con un promedio de edad de 36 años, la mayoría considera que la accesibilidad física se encuentra entre buena y excelente, de igual manera para la accesibilidad geográfica, más de la mitad de los usuarios definió la accesibilidad organizacional entre buena y excelente, sin limitaciones en su mayoría para el acceso. Un porcentaje importante manifestó falta de orientación adecuada al solicitar información al equipo de salud y la accesibilidad económica entre deficiente y regular. La aceptación social y respeto a los patrones culturales, pertinencia de los servicios ofertados fueron calificados de buenos a excelentes, es decir, que los servicios prestados en el ambulatorio responden a las necesidades de salud. La percepción de la calidad de la atención recibida fue calificada por 75% de los usuarios entre buena y excelente, la eficiencia entre deficiente y regular, la efectividad entre buena y excelente, revelando así, sus expectativas en relación con la atención recibida y finalmente la equidad entre buena y excelente.

www.bdigital.ula.ve

## **2.2. Bases Teóricas**

La práctica médica está basada en la comunidad, y los practicantes de la profesión son creación esencial de la sociedad, con la cual adquieren responsabilidades al atender dentro de ella a un determinado público. Las preocupaciones fundamentales del que ejercita la profesión son reflejo de las necesidades y demandas de salud de la comunidad.

Se entiende por Sistema de Salud a “un conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles” tal como lo describe Manzanilla (citado por Pérez Lugo, 2008). Es conocido que diversas instituciones prestatarias de salud cuentan con servicios de Medicina de Familia y su práctica es reconocida actualmente como una especialidad médica, la cual puede ser vista como un movimiento de reforma iniciado a mediados del siglo veinte.

C.C.Reconocimiento

La Medicina Familiar según Medalie (1987) es una disciplina académica en la que el conocimiento y las habilidades de las áreas relevantes de la medicina y campos asociados se estudian, se investigan y se enseñan en relación con la salud y el buen funcionamiento de la familia. La práctica familiar es la aplicación de los principios de la Medicina Familiar a la atención de los individuos y familias en la práctica diaria. Por su parte, Bahsas (1989) afirma que es una disciplina que para su ejercicio exige un enfoque integral y continuo del individuo, familia y colectividad, en cuanto al estado de salud y enfermedad, mediante acciones de prevención, curación y rehabilitación, desarrollándose en el primer nivel de atención. Con su actuación este especialista ha conseguido un prestigio equivalente al que tenían los antiguos médicos generales y a la vez ha restituido el sentimiento de respeto propio y el reconocimiento de sus méritos por parte de una sociedad, hoy también en crisis.

En este orden de ideas, McWhinney (1995) menciona que esta especialidad médica se podía describir como un cuerpo de conocimientos, mientras que Ceitlin (1997) expresa que lo que distingue a Medicina de Familia de otras especialidades médicas en su práctica, sus fundamentos y principios que la sostienen. Asimismo, resalta que saber y saber hacer son habilidades que van de la mano para contribuir con la atención integral del individuo y la familia en el proceso salud enfermedad, por ello menciona que existen nueve principios de gran importancia a tener en cuenta en el día a día en la práctica diaria de esta especialidad

- 1) El médico de familia está más comprometido con las personas que con un cuerpo de conocimientos, grupos de enfermedades o técnicas especiales.
- 2) Se esfuerza más por comprender el contexto de una enfermedad y el enfermo como persona.
- 3) Aprovecha el contacto con los pacientes para fomentar la prevención y la educación para la salud.
- 4) En su práctica clínica ve a sus pacientes como una población en riesgo, por ello detecta los principales riesgos biopsicosociales oportunamente, lo que implica el compromiso de mantener el estado de Salud de la comunidad bajo su responsabilidad.
- 5) Se ve a sí mismo como parte de la amplia red de apoyo sanitario para la atención del proceso salud - enfermedad.
- 6) Deberían compartir el mismo hábitat que sus pacientes, ello para conocer de cerca las condiciones ambientales y estilo de vida.

- 7) Tiene el compromiso de la continuidad de la atención en salud, es decir en su domicilio, consulta y hospital.
- 8) Le da importancia a los aspectos subjetivos de la medicina brindando una atención más humanizada.
- 9) Es un gerente en salud a nivel ambulatorio al contribuir con la orientación sobre el manejo de los recursos para salud a nivel familiar y comunitario.

Como puede apreciarse el Médico de Familia se desempeña como médico clínico y cumple con las competencias que desarrolla en la consulta externa diariamente; sin embargo por lo general se realizan pocas evaluaciones sobre la Calidad de la Atención en la red ambulatoria, a fin de aplicar los correctivos necesarios, o fortalecer su quehacer como especialista conjuntamente con los otros integrantes del equipo de salud en diferentes centros asistenciales donde labora. Así mismo, debe cumplir con su rol profesional, practicar la especialidad en el individuo, la familia y la comunidad, ser parte del sistema educativo, desarrollar la administración en salud y la investigación para el progreso de la disciplina en la Atención Primaria y la Medicina Familiar. Todas estas cualidades le permiten brindar una atención con calidad y calidez.

### **Reseña Histórica.**

El Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA), nace en el año 1.958 bajo la figura de la Oficina de Bienestar Estudiantil (O.B.E) siendo para ese momento Rector el Dr. Pedro Rincón Gutiérrez quien designa al Dr. Ciro Maldonado como su primer director, su función principal era brindar asistencia médica a los estudiantes de la Universidad de Los Andes, ésta constituyó la primera iniciativa de crear un organismo de tipo asistencial dentro de la Universidad de los Andes, lo cual puede considerarse como la etapa inicial de gestación del CAMIULA. Posteriormente, en los años sesenta, se incluyen como beneficiarios a los obreros y empleados de la Universidad, gracias a las reivindicaciones obtenidas en los contratos colectivos. En el período 1974 a 1976 bajo el Rectorado del Dr. Ramón Vicente Casanova, siendo director el Dr. Emiliano Briceño se decide incorporar como beneficiarios a los profesores y el O.B.E se transforma en el Centro Ambulatorio Médico Odontológico de la Universidad de los Andes (CAMOULA), cuya función principal era la de

brindar asistencia médica a todos los estudiantes y trabajadores Universitarios (profesores, empleados y obreros).

El Centro Ambulatorio Médico Odontológico de la Universidad de los Andes (CAMOULA), nace en el año 1974 con una fusión de los servicios médicos existentes para empleados y obreros por un lado y estudiantes por el otro, y debido a la responsabilidad que había adquirido la Universidad, a través de los contratos y convenios colectivos de los trabajadores y los Reglamentos de Protección Social a la masa estudiantil de proporcionar asistencia médica integral a fin de afrontar los riesgos determinados por enfermedades comunes, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Inicialmente CAMOULA funcionó con una serie de altibajos producto de una inadecuada planificación presentando lagunas y desviaciones tanto en su orientación doctrinaria como en su estructura organizacional (CAMIULA, 2015).

En el año 1980 los efectos de la crisis económica del país se dejan sentir en el ámbito Universitario, se plantea la racionalización del presupuesto para las universidades particularmente en la Universidad de los Andes, surgiendo la propuesta de eliminar el CAMOULA, como consecuencia de esta situación, el presupuesto del CAMOULA queda significativamente restringido, eliminándose las partidas de funcionamiento, quedando solamente las asignaciones destinadas a cubrir los gastos del personal de planta. En respuesta a esta crisis los Gremios Universitarios: Asociación de Profesores (APULA), Asociación de Empleados (AEULA), Sindicato de Obreros (SOULA), y el Sindicato de Artes Gráficas (SAGEM), se avocaron a la búsqueda de una solución para no perder totalmente los logros de sus contratos colectivos y llegan a un acuerdo con las autoridades de aportar el (1,75%) de los salarios de los trabajadores para cubrir los gastos de consultas especializadas, hospitalizaciones médica, quirúrgicas, obstétricas, farmacia y mantenimiento, y la universidad paga el personal de planta.

De esta forma el CAMOULA pasó a ser un centro de atención "Pública" (para la población universitaria.), pagado por la Universidad en un sistema mixto donde hay cotizaciones por parte de los usuarios y se les exige un pago parcial por medicamentos (40%) de su costo, para hospitalización y consultas privadas el seguro paga el (80%) en base a los parámetros establecidos. Posteriormente es creada la Comisión Intergremial para manejar los fondos provenientes del descuento salarial, como un organismo paralelo a la institución, quedando

relegada la dirección y administración del CAMOULA. Esta situación hace que el CAMOULA permanezca acéfalo ya que hubo pérdida de poder y autoridad por parte de la dirección de la Institución, la cual siguió funcionando por inercia y por el deseo y empeño de sus trabajadores en cumplir con sus labores (CAMIULA, 2015).

A mediados del año 1986 la Asociación de Profesores de la Universidad de Los Andes (APULA) nombra una comisión para la evaluación del servicio al presentar una propuesta que permitió conducirlo hacia una Clínica de Atención Médica Integral "dirigido al individuo, la familia y la comunidad, cuyos fines primordiales eran en primer lugar mantener o aumentar el nivel de salud de toda la comunidad universitaria; en segundo lugar satisfacer las necesidades básicas de diagnósticos y tratamiento de las patologías existentes, y en tercer lugar despertar conciencia en todos los usuarios trabajadores y familiares que la salud, como un bien cuya responsabilidad es de cada uno de sus trabajadores y por tanto debe ser cuidada y fomentada.

Su propósito fundamental es servirle al usuario, tanto al paciente como a sus familiares, en un ambiente de trabajo organizado en grupo cohesionado de salud, quienes como prestatarios de servicios laboran en un ambiente cuya cultura gerencial está enfocada hacia la atención de la gente buscando eficiencia y calidad a través de inversiones en tecnologías de punta que aseguren una infraestructura adecuada y moderna; e inversiones en el desarrollo y auto crecimiento de su personal, considerados como activos importantes de la organización independiente de su rango posición o nivel técnico-profesional, claramente expresado en el slogan que identifica a la Institución (CAMIULA, 2015). En 1995 este centro de atención(CAMOULA), pasa a ser el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de los Andes (CAMIULA,) debido a la aplicación del nuevo reglamento interno de la Universidad de los Andes (CAMIULA, 2015).

### **Situación actual del Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes.**

A los fines de describir las características del CAMIULA, es necesario revisar su estructura organizativa actual, su misión, visión y objetivos que orientan la actual filosofía de gestión, a tal efecto se describe:

#### **Misión.**

La misión del Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA), es la de brindar servicios de salud integral, de calidad, oportunos y confiables a la

comunidad universitaria, al menor costo, en los tres niveles de atención médica, en el plano preventivo, curativo, de rehabilitación y restitución de la salud.

### Visión

Desarrollar una clínica integral de prestigio nacional, tomando en cuenta las ventajas competitivas del mercado, y cuya fortalezas internas se basen en la integración del grupo de trabajo y de la preparación constante por parte de los trabajadores de la Institución, a través del mejoramiento académico que le permitan desarrollar una formación idónea, a fin de garantizar una formación en salud de alta calidad.

### Objetivos.

1. Fomentar y preservar la salud de la Comunidad Universitaria, con el fin de mejorar su calidad de vida en el ámbito laboral, familiar y comunitario.
2. Desarrollar programas de prevención para orientar a la familia y a las comunidades de la región, garantizando una mejor calidad de vida.
3. Satisfacer las necesidades básicas de diagnóstico y tratamiento de patologías existentes.
4. Apoyar las actividades de docencia en las áreas de salud de la Universidad de Los Andes.
5. Fomentar las actividades de extensión.

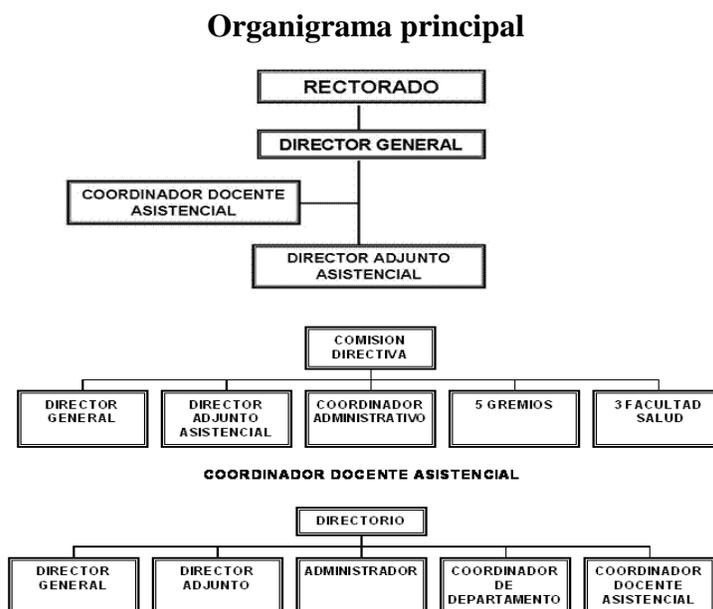


Figura 1. Organigrama principal de CAMIULA (2015).

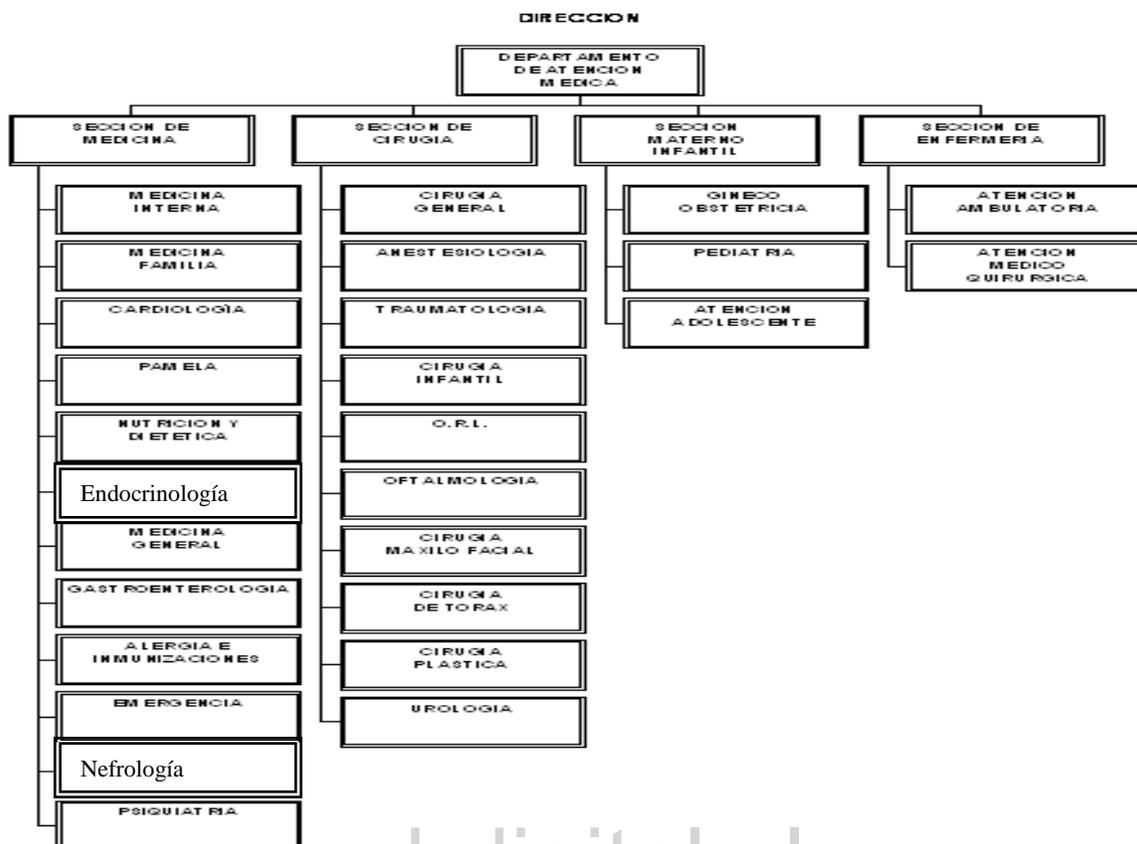


Figura 2. Organigrama de Servicios Médicos, CAMIULA (2015).

Como puede observarse el CAMIULA, es un centro que cuenta con Servicios médicos y odontológicos, Servicios Auxiliares y de Diagnósticos que están conformados como unidades de Apoyo de los Servicios Médicos (enfermería, Registros médicos de salud, laboratorio, programa de educación para la salud, epidemiología, imagenología, servicio social, programa de atención médico laboral, diversas especialidades, entre ellas Medicina Familiar y subespecialidades, hospitalización, cirugía y maternidad, farmacia y servicio de emergencia de 24 horas.

Los cambios en el sistema de salud venezolano, han conducido a que las especialidades médicas reevalúen su pertinencia dentro de este proceso. Medicina de Familia, es una especialidad pionera en la asistencia médica del primer nivel de atención, necesita rescatar su liderazgo y demostrar que cuenta con trayectoria, conocimiento y experiencia para participar en la construcción de un sistema de salud accesible y costo-efectivo. El médico familiar es un especialista que brinda atención médica primaria en cualquier problema de salud, de forma

continua, integral, preventiva, curativa y de promoción de salud a pacientes de cualquier edad, sexo y a su familia (Ledesma & Flores, 2008).

### **Alcances de la Medicina de Familia.**

**En el Consultorio:** el médico familiar es un especialista del primer nivel de atención, que en su ejercicio reúne los principios de integralidad, continuidad, interés y atención personalizada para el cuidado del individuo y su familia, ofreciendo una amplia gama de servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. La cantidad básica de servicios ofrecida por Medicina de Familia según Ledesma & Flores (2008) está constituida por:

- Atención de niños y adultos. Evaluación del estado de salud mediante análisis de riesgos.
- Prevención de enfermedades haciendo diagnóstico precoz.
- Promoción de salud, prevención primaria y modificación de riesgos, estilos de vida y comportamientos no saludables.
- Educación del paciente y apoyo para el autocuidado.
- Diagnóstico y manejo de lesiones y enfermedades agudas.
- Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas.
- Cuidados paliativos y asistencia en los últimos días de vida.
- Atención pre-natal y Salud mental primaria.
- Consultas y referencias cuando sea necesario.
- Integración del paciente al sistema de salud.
- Mejora de la calidad, práctica y toma de decisiones basada en el costo-efectividad y la investigación en salud pública.

Hablar de calidad en servicio, como concepto la define como la capacidad de satisfacer al cliente, o al paciente según nuestra investigación, en sus necesidades, expectativas y requerimientos, es la satisfacción que se le proporciona al usuario a los servicios de salud. Es una herramienta que requiere de una cultura organizativa acorde a las demandas, un compromiso de todos, dentro de un proceso continuo de evaluación y mejoramiento, para ganar la lealtad de los usuarios al sistema de salud al tener la capacidad de satisfacer sus necesidades ante el proceso salud-enfermedad y en el mantenimiento de la salud, tal como lo plantean Hernández, Chumaceiro & Atencio (2009) al explicar calidad relacionada con otros tipos de empresas.

La palabra calidad proviene etimológicamente de latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección. El diccionario de La Real Academia Española (2001) la define como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”. De acuerdo con Ishikawa (1986), el control de la calidad consiste en desarrollar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea económico, útil y siempre el más económico y siempre satisfactorio para el consumidor (Coronado-Zarco, Cruz-Medina, Macías, Arellano & Nava, 2013).

Por su parte, la Calidad de la Atención es un tema de importancia crítica, al que los profesionales de la salud deben dedicar la atención que merece por el impacto que tiene en el bienestar de los pacientes (Carrillo-Larco & Ramos, 2012). Para evaluar la Calidad de la Atención en Salud, es necesario que estén involucrados otros integrantes del equipo cuya función es más de promoción y prevención de la salud. Fue Donabedian (1984) quién se dedicó a la revisión de la Calidad de la Atención para su aplicación a nivel de red ambulatoria y hospitalaria. Él manifestaba que la dimensión social y política del tema, abarca el compromiso de elevar los niveles de salud de la población, y es, inseparablemente, un compromiso por asegurar la calidad de la atención.

Asimismo, Donabedian (citado por Llinas, 2010) aseguraba que la Calidad, circunscribiéndola a una propiedad de la atención médica, puede ser obtenida en diversos grados y planteó tres enfoques para su evaluación la estructura, que resume la manera en que se definen y operan los servicios, este concepto incluye los recursos humanos y financieros que se necesitan para prestar atención médica.

En segundo lugar el proceso, que mide de manera directa o indirecta la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente; mediante un conjunto de acciones realizadas principalmente por el médico en este caso el especialista en Medicina de Familia, como generador de conocimiento. Y finalmente, el resultado que mide el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas; el beneficio logrado en los pacientes o los cambios en la salud atribuibles a la atención recibida. Esta propuesta tiene el objeto de obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales

imperantes. El mismo autor señaló que la atención médica se define como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado. De esta atención se originan dos aspectos: el primero es la atención técnica, la cual es la aplicación de la ciencia y la tecnología para la resolución de un problema de salud. El segundo es la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económica entre el profesional de la salud y el paciente.

En consecuencia definir la Calidad de la Atención, requiere conocer cuántos pacientes se benefician de los servicios de salud, esto se debe a que la calidad se mide por factores como los resultados, dado por los diagnósticos específicos y los procedimientos terapéuticos, la satisfacción del paciente y la sensación de bienestar social. Quizá por ello, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica afirma que la calidad de la asistencia médica, es el grado en que los servicios de salud incrementan la posibilidad de que los individuos y las poblaciones alcancen resultados deseados y que correspondan con el nivel actual de los conocimientos profesionales del médico y del equipo de salud, así lo menciona Coronado-Zarco et al (2013).

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

### **Indicadores de Calidad de Atención:**

Para la medición de la calidad se han utilizado diferentes modelos. El que se ha aplicado en la presente investigación, se sustenta en lo pautado por Donabedian (1984), quien propone evaluar la Calidad de la Atención a partir de tres dimensiones a saber: la estructura, los procesos y los resultados.

La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros. Los procesos corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención. Los resultados representan el impacto logrado con la atención integral, en busca de contribuir con el estado de salud de los usuarios al sistema de salud, en nuestro caso los trabajadores de la Universidad de Los Andes, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados (Ministerio de Salud de Perú, 2002).

Para medir la Calidad se utilizan los indicadores de salud, que constituyen la variable o el conjunto de variables susceptibles de ser medidas y que permiten identificar y comparar el nivel

o estado de un aspecto o área determinada. En este estudio, se evaluó la Calidad de la Atención que se brinda en el servicio de Medicina de Familia.

Malagón, Londoño, Galán & Pontón (2006) plantean que los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así, poder respaldar acciones, políticas, evaluar logros y metas. Ellos son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad. Existen varios atributos de calidad a considerar en la evaluación, entre ellos la oportunidad en la atención, la continuidad en el proceso, la integridad de la atención, y la optimización de los recursos. En consecuencia, sin ellos tendríamos dificultades para efectuar comparaciones.

Los indicadores de calidad son instrumentos para evaluar la calidad de la atención sanitaria en salud y pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados, el Ministerio de Salud de Perú (2002) y Galán (2001) describen cada uno de estos indicadores.

### **Indicadores de Estructura:**

Miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos:

- a) En la estructura orgánica se analiza si ésta se ajusta a los principios de la organización buscando un equilibrio entre las distintas áreas, y claras líneas de jerarquización, de asesoría y de coordinación. Además, si está ajustada a los estatutos, visión, misión, objetivos, estrategias y servicios. Por último, si está acorde a los procesos científicos administrativos, financieros, mecanismo de control y sistema de información que deben estar inmersos en los manuales de procedimientos de la dependencia.
- b) La estructura funcional debe contar con manuales de funciones por dependencia y cargos, de procedimientos administrativos, financieros técnicos y científicos, los cuales deben ser conocidos por todos los funcionarios de la dependencia verificando su implementación y constante revisión y modificación de los mismos.

c) El recurso humano o talento humano se debe evaluar el volumen de personal, diferenciándolo en el campo administrativo y asistencial entre ellos, cuántos son profesionales especializados, profesionales generales, técnicos y auxiliares, según cargo y cumplimiento de requisitos para el mismo. El cálculo de recurso humano se hace teniendo en cuenta la demanda, el tiempo de consulta y la capacidad instalada.

d) En recursos físicos se evalúa la infraestructura y la dotación de la misma, los cuales deben cumplir con la reglamentación vigente y ordenanzas sanitarias vigentes: la suficiencia de ésta, se establece al cruzar la demanda, con el tiempo de consulta, según la capacidad instalada.

e) Los recursos financieros se deben evaluar si la dependencia cuentan con presupuesto para la inversión y funcionamiento y si estos son suficientes o si son deficitarios. Asimismo se debe realizar un estudio de costo para evaluar si el servicio es rentable o no.

f) Los sistemas de información deben ser de utilidad para la parte operativa, toma de decisiones y para el control de gestiones.

La evaluación de la estructura es casi siempre fácil, rápida y objetiva, pues engloba una serie de características estáticas y previamente establecidas, no obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad de la gestión hospitalaria o en salud.

### **Indicadores de Proceso:**

Miden la calidad del proceso, conjunto de acciones entrelazadas con un objetivo definido que llevan a un resultado. Focalizan el cómo la atención es otorgada, miden si todos los pasos de un proceso se hicieron correctamente. Entre los indicadores de proceso más naturales se encuentran los que evalúan la calidad de documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos u otros profesionales o técnicos de la salud. Como ejemplo específico y elocuente está la evaluación de la historia clínica, documento básico donde se refleja todo el proceso que atraviesa el paciente en el momento de la atención en la red ambulatoria, la estancia el hospital o en los servicios de salud. La hipótesis subyacente es que si la historia clínica se considera satisfactoria, puede suponerse que marchará bien la atención que recibe el paciente. (Ministerio de Salud de Perú, 2002). Lo más importante es la auditoria en la aplicación de los protocolos de manejos por especialidad de cada uno de los pacientes atendidos.

### **Indicadores de Resultados:**

Miden el resultado, se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida. Pero también apunta a que los resultados incluyen otras consecuencias de la asistencia como por ejemplo el conocimiento acerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento que repercute en la salud o la satisfacción de los pacientes. (Ministerio de Salud de Perú, 2002).

En la presente investigación utilizamos los siguientes indicadores de resultados: la oportunidad de cita, la cual es el rango ideal para la asignación de citas de consultas medicas y odontológicas, en general es de 24 horas y para la consulta especializada menos de 7 días, este indicador extremadamente sensible fue difícil de determinar en la presente investigación debido a la gran dificultad para establecer el rango para la asignación de cita en las consultas anteriormente señaladas de Medicina de Familia.

El rendimiento es un indicador que mide el tiempo en horas en relación con las consultas realizadas. La utilización, este indicador sirve para estimar el aprovechamiento de los recursos en los servicios ambulatorios. La concentración esta relacionada con el número de veces que asiste un usuario al mismo servicio, en un periodo de tiempo determinado. El rendimiento real por consulta se estableció como una relación de consultas realizadas entre consultas programadas menos los inasistentes, construido así con la finalidad de mejorar o hacer más exacto el resultado de este indicador. La satisfacción se midió cuando se aplicó la encuesta al usuario y al equipo de salud, orientada más a obtener información en función del número de personas satisfechas entre el número de personas atendidas, multiplicándose por una constante que es cien (100), arrojando el porcentaje de satisfacción de los usuarios atendidos.

A continuación se describen los indicadores de importancia en este aparte.

**Oportunidad de cita= fecha de atención-fecha de solicitud.**

$$\text{Rendimiento} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de horas laboradas}}$$

$$\text{Utilización} = \frac{\text{Recursos utilizados}}{\text{Recursos disponibles}}$$

$$\text{Concentración} = \frac{\text{Total de consultas realizadas en 1 año}}{\text{Total de personas atendidas por 1º vez en un año}}$$

$$\text{Rendimiento real por consulta (trimestre)} = \frac{\text{Consultas realizadas}}{\text{Consultas programadas - inasistentes}} \times 100$$

$$\text{Satisfacción} = \frac{\text{Nº de personas satisfechas}}{\text{Nº de personas atendidas}} \times 100$$

La organización mundial de la salud afirma que la calidad de la Atención de salud es un compromiso inter-institucional de estado, proveedores y de los usuarios al sistema de salud, que debido a su complejidad es necesario identificar periódicamente las fallas o vacíos en la prestación de dichos servicios (Malagón-Londoño, Galan & Ponton, 2003). El impacto se refiere a resultados del programa que pueden ser asociados a dimensiones de calidad de vida o desarrollo humano. Los cambios esperados pueden ser cualitativos o cuantitativos pero siempre deben ser medibles.

### **Consentimiento Informado**

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. Es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento. En la presente investigación luego de obtener la autorización de la Dirección General de CAMIULA, se le informó al equipo de salud (médicos, enfermeras, trabajador social y técnicos de registros médicos) los objetivos del estudio, luego fueron entrevistados, por lo tanto fueron ellos quienes también dieron el consentimiento para poder realizar dicho trabajo. Mediante el consentimiento informado, el equipo de salud le informa al paciente como sujeto de investigación sobre la naturaleza de la enfermedad, procedimiento diagnóstico o terapia, u otro tipo de investigación donde se involucre seres humanos sobre los riesgos y beneficios que conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado sobre el objetivo del estudio y que los implicados han comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas (Comisión Nacional de Bioética de México, 2015).

## CAPÍTULO III.

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Tipo de Investigación

Investigación evaluativa realizada en el Centro de Atención Médica Integral (CAMIULA) durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2015.

#### 3.2. Enfoque de Investigación

Estudio metodológico con enfoque cuantitativo, realizándose un análisis de datos descriptivos e inferenciales basados en indicadores cuantificables, los cuales se relacionaron con las variables objeto de estudio.

#### 3.3. Diseño de Investigación

Investigación de campo, porque se tomaron datos de los usuarios, del equipo de salud y de los consultorios de Medicina de Familia del Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes.

#### 3.4. Variables de Investigación

• *Variables.*

-*Calidad de Atención*

-*Grado de Satisfacción del Usuario*

-*Grado de Satisfacción del Equipo de Salud*

-*Socio Demográficas:*

a) *Sexo:* masculino, femenino; b) *Edad:* en años cumplidos; c) *Actividad en la ULA:* Obreros, empleados, profesores y sus familiares, estudiantes; d) *Grado de Instrucción:* educación universitaria completa e incompleta, educación diversificada completa e incompleta, educación primaria completa e incompleta, sin estudios; e) *Profesión del jefe de familia:* universitaria o alto comerciante, técnica, empleados sin profesión, obrero especializado, obrero no especializado; f) *Fuente de ingreso:* fortuna heredada o adquirida, honorarias, ganancia o beneficios, sueldo mensual, salario semanal/destajo, donación, pública o privada; g) *Nivel Educativo de la Madre:*

educación universitaria completa e incompleta, educación diversificada completa e incompleta, educación primaria completa e incompleta, sin estudios; h) *Condiciones de la vivienda*: vivienda en óptimas condiciones de lujo, vivienda en óptimas condiciones sin lujo, vivienda en buenas condiciones, vivienda con reducido espacio y condiciones sanitarias deficitarias, Rancho o vivienda con condiciones sanitarias no adecuadas.

Tabla 1. Operacionalización de las variables de investigación.

**Objetivo General:** Evaluar la Calidad de la Atención de Salud en el Servicio de Medicina de Familia en el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de los Andes para los meses de septiembre, octubre y noviembre del 2015.

Objetivo específico	Variable	Categorías/Escala de medición	Indicadores	Información
Describir la Calidad de la Atención en Medicina de Familia en el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes.	Calidad de la Atención.	Óptimo, Regular, Bajo / Escala Ordinal	Oportunidad de cita Concentración Rendimiento Utilización	Registros y Estadísticas del CAMIULA.
		Cumple, No cumple/ Escala Nominal	Infraestructura Equipamiento Prevención Información Limpieza Procedimientos Enfermería Consulta Medicamentos Referencia Gestión	Recolectada por medio del Anexo C
Determinar la Satisfacción del Usuario en Medicina de Familia del Centro de Atención Médica Integral.	Satisfacción del usuario.	Excelente, Bueno, Regular, Malo / Escala Ordinal	Frecuencia y Porcentaje	Recolectada por medio del Anexo A.
Analizar la Satisfacción del Equipo de Salud en base a la atención prestada en Medicina de Familia.	Satisfacción del Equipo de Salud.	Totalmente en desacuerdo, casi en desacuerdo, medianamente de acuerdo, muy de acuerdo, totalmente de acuerdo / Escala Ordinal	Frecuencia y Porcentaje	Recolectada por medio del Anexo B.
Determinar el impacto a través del Satisfacción del Usuario y del Equipo de Salud en el Servicio de Medicina de Familia CAMIULA	Satisfacción del usuario y del Equipo de Salud.		Frecuencia y Porcentaje	Recolectada por medio del Anexo A y B
Establecer la relación entre la Calidad de la Atención en el Servicio de Medicina de Familia con la Satisfacción del Equipo de Salud.	Calidad de la Atención de Salud.	Óptimo, Regular, Bajo.	Prueba Chi-cuadrado	Anexos B y C
	Satisfacción del Equipo de Salud	Cumple, No cumple. Totalmente en desacuerdo, casi en desacuerdo, medianamente de acuerdo, muy de acuerdo, totalmente de acuerdo / Escala Ordinal		

Fuente: El Autor

### **3.5. Hipótesis de Investigación**

La calidad de la Atención en Medicina de Familia influye en la Satisfacción del Usuario y del Equipo de Salud.

### **3.6. Población y Muestra**

#### **Población**

El conjunto de usuarios (obreros, empleados, profesores, estudiantes, profesionales y familias) que asistieron a cada uno de los consultorios de Medicina de Familia del Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de los Andes (CAMIULA), durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del 2015, con un aproximado de personas que acuden al servicio, durante estos meses (N=2400).

En relación al equipo de salud se solicitará a la totalidad del personal adscrito al servicio de Medicina de Familia (N=12), que respondan el cuestionario, es decir, bajo su consentimiento informado.

#### **Muestra**

Constituida por el subconjunto de usuarios (obreros, empleados, profesores, estudiantes, profesionales y familiares) que recibieron asistencia en Medicina de Familia de CAMIULA durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del 2015. Se realizó un muestreo no probabilístico a conveniencia, tomando un total de 131 usuarios para medir el grado de satisfacción del usuario y 12 empleados entre médicos, enfermeras, técnicos de registros médicos y trabajador social del servicio de Medicina de Familia para estudiar la Calidad de la Atención de salud y el grado de Satisfacción del equipo de salud.

### **3.7. Método de Recolección de Datos**

Se inició con la búsqueda de información en cuanto a estructura, proceso y resultados. Posteriormente se evaluó la satisfacción del usuario (Anexo A), el segundo instrumento lo hizo con la satisfacción del equipo de salud (Anexo B) y el tercer instrumento evaluó la calidad del Centro de Atención, en este último se consideró los elementos relacionados con la estructura y el proceso en el servicio de Medicina Familiar (Anexo C).

**-Instrumento de opinión sobre la calidad de la atención del paciente o usuario (Anexo A):**

consta de los siguientes rubros:

**- Datos Socio Demográficos.** Para la obtención de estos datos según su origen se revisaron los instructivos que contienen los requisitos exigidos a los usuarios en condiciones de ingresar a los servicios médicos asistenciales incluyendo, la especialidad en Medicina de Familia:

- Trabajadores y contratados (profesores, empleados y obreros).
- Cónyuges o concubinos de los trabajadores.
- Padres o padrastros del trabajador.
- Hijos del trabajador (hasta los 27 años).
- Nietos y hermanos del trabajador en situación de guardia y custodia familiar.

**Parte IA. Aspectos Generales (Datos socio demográficos)**

Se solicitan los datos generales del usuario relacionado con su identificación, en los cuales se señalan nombres y apellidos; en el ítem 2, se indica la Facultad o Dependencia, ambos ítems son de respuesta abierta.

- En el ítem 3 es de respuesta cerrada y se solicita el sexo del encuestado: masculino o femenino.
- El ítem 4, señala aspectos relacionados con la edad en años cumplidos.
- El ítem 5 es sobre la actividad que realiza en la Universidad de Los Andes (ULA), es de respuesta cerrada y las opciones consideradas fueron: obrero, administrativo, profesional, profesor, estudiante, familiar.
- En el ítem 6 se solicita el grado de instrucción el cual se categoriza en las opciones de respuesta cerrada: educación universitaria completa, educación universitaria incompleta, educación media general completa, educación media general incompleta, educación primaria completa, educación primaria incompleta, sin estudios.
- El ítem 7 trata sobre la profesión del jefe de familia, dividido en las opciones cerradas: universitaria o alto comerciante, técnica, empleados sin profesión, obrero especializado, obrero no especializado
- El ítem 8 es sobre la fuente de ingreso, siendo las opciones cerradas: fortuna heredada o adquirida, honorarias, ganancia o beneficios, sueldo mensual, salario semanal/destajo, donación, pública o privada.

- En el ítem 9 se solicita el nivel educativo de la madre con las opciones cerradas: educación universitaria completa e incompleta, educación diversificada completa e incompleta, educación primaria completa e incompleta, sin estudios.
- El ítem 10 hace referencia a las condiciones de la vivienda, la cual se divide en: vivienda en óptimas condiciones de lujo, vivienda en óptimas condiciones sin lujo, vivienda en buenas condiciones, vivienda con reducido espacio y condiciones sanitarias deficitarias, Rancho o vivienda con condiciones sanitarias no adecuadas.
- Los ítems desde el 7 hasta el 10, se analizan por el método de Graffar modificado por Méndez (1994), el cual considera la siguiente puntuación: estrato I o clase alta (4 a 6 puntos); estrato II o clase media alta (7 a 9 puntos); estrato III o clase media (10 a 12 puntos); estrato IV o pobreza relativa (13 a 16 puntos) y estrato V o pobreza crítica (17 a 20 puntos).

#### **Parte IIA. Satisfacción del usuario sobre la atención recibida.**

En este apartado, se recogieron datos sobre la percepción del usuario respecto a la atención recibida, contentiva de 15 ítems en escala nominal, estilo lista de cotejo, es decir, las opciones de los ítems del 11 al 25 del Anexo A, presentan como opciones de respuesta: si o no.

#### **Parte IIIA. Opiniones y sugerencias respecto a la atención recibida**

En esta sección del instrumento se presenta la siguiente proposición: enuncie opiniones y sugerencias de la atención recibida, lo cual es de carácter abierto y si el usuario lo considera pertinente, proporciona información.

**-Instrumento de satisfacción del equipo de salud (Anexo B)**, dividido en tres partes que se describen a continuación:

#### **Parte IB. Información General**

Esta parte presenta tres ítems de respuesta cerrada, para determinar la información básica del prestador de servicio, considerando a qué grupo ocupacional pertenece, condición laboral en el Centro de Salud, tiempo de servicio en el Ambulatorio.

#### **Parte IIB. Aportó información sobre el Centro de Atención (CAMIULA).**

Conformado por 22 ítems en escala Likert para medir las apreciaciones del equipo de salud del servicio de Medicina de Familia constituido por el médico de familia, enfermera, trabajador social y técnico de registros médicos; las opciones cerradas utilizadas fueron:

totalmente de acuerdo con la opinión, muy de acuerdo con la opinión, medianamente de acuerdo con la opinión, casi en desacuerdo con la opinión, totalmente en desacuerdo con la opinión.

Esta parte del Anexo B se fraccionó en seis aspectos, los cuales son: trabajo actual (ítems del 4 al 7), trabajo general (ítems del 8 al 10), interacción con el jefe inmediato (ítems del 11 al 14), oportunidades de progreso (ítems 15 y 16), remuneraciones e incentivos (ítems del 17 al 20), ambiente de trabajo (ítems del 21 al 24).

**Parte IIIB.** Recogió la opinión del Equipo de Salud sobre algún aspecto que quisieran agregar sobre el centro asistencial mediante sugerencias y comentarios.

### **-Instrumento de evaluación de la calidad en el centro de atención (Anexo C)**

Este instrumento evaluó la Gestión de la Calidad, donde se indagó sobre aspectos relacionados con la estructura y el proceso al equipo de salud. Los criterios a evaluar se asignaron con las opciones: Cumple y No Cumple, es decir, una lista de cotejo.

En cuanto a la **estructura y el proceso** se identificaron preguntas en cada uno de los siguientes aspectos:

- A.1. *Infraestructura.* Consta de 8 ítems relacionados con **estructura**.
- A.2. *Equipo.* Consta de 8 ítems, siendo 9, 10, 11, 15 y 16 de estructura y 12, 13 y 14 de **proceso**.
- A.3. *Prevención.* Ítems de **estructura** 17 y 18, de **proceso** 19 y 20.
- A.4. *Información.* Consta de 8 ítems relacionados con **proceso** del 21 al 28.
- A.5. *Limpieza.* Ítems 29, 30 y del 33 al 37 son de **estructura** y 31 y 32 de **proceso**.
- A.6. *Procedimiento.* Ítems 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, de **estructura** y 38, 39, 40, 41 y 46 de **proceso**.
- A.7. *Enfermería.* Ítems 50 y 51 son de **estructura** y la 52, 53 y 54 de **proceso**.
- A.8. *Consulta.* Ítems 55, 56, 57, 59, 60 y 61 son de **estructura** y 58, 62, 63, 64 y 65 de **proceso**.
- A.9. *Medicamentos.* Ítems 67, 68 y 69 son de **estructura** y 66, 70, 71 y 72 de **proceso**.
- A.10. *Referencia.* Ítems 75, 77 y 79 son de **estructura** y 73, 74, 76 y 78 de **proceso**.
- A.11. *Gestión.* Ítems 83 y 84 son de **estructura** y los 80, 81, 82, 85, 86 y 87 son de **proceso**.

### **Procedimiento de Recolección de Datos:**

- Solicitud de autorización a la Dirección General para llevar a cabo la investigación.
- Aprobación de la Dirección General.

- Contacto con cada uno de los médicos especialistas y enfermeras.
- Aplicación de los instrumentos a los usuarios (Anexo A) y equipo de salud (Anexo B y C) bajo consentimiento informado.

Para evaluar los resultados. Se plantearon los siguientes indicadores

**Oportunidad de cita= "fecha de atención-fecha de solicitud**

$$\text{Rendimiento} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de horas laboradas}}$$

$$\text{Utilización} = \frac{\text{Recursos utilizados}}{\text{Recursos disponibles}}$$

$$\text{Concentración} = \frac{\text{Total de consultas realizadas en 1 año}}{\text{Total de personas atendidas por 1}^\circ \text{ vez en un año}}$$

$$\text{Rendimiento real por consulta (trimestre)} = \frac{\text{Consultas realizadas}}{\text{Consultas programadas - inasistentes}} \times 100$$

Y para medir el **impacto** logrado se consideró la morbilidad registrada y la satisfacción de los usuarios, del equipo de salud y se realizó la matriz DOFA.

$$\text{Satisfacción} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de personas satisfechas}}{\text{N}^\circ \text{ de personas atendidas}} \times 100$$

### 3.8. Validación de los instrumentos de recolección de datos.

Se empleó el Coeficiente de Validez de Contenido (CVC), desarrollado por Hernández (2011), para determinar la validez de contenido de cada ítems, así como la validez total del cuestionario, además de establecer el nivel de concordancia de los jueces, mediante la técnica de juicio de expertos (para mayor detalle revisar los Anexos A, B y C). Para el proceso de

validación de contenido, se consideró la opinión científica aportada por tres jueces, dos de ellos tienen el grado académico de maestría y uno de doctorado. Se realizó el proceso de validación por medio de un instrumento de validación, para posteriormente procesar y calcular el CVC.

Se utilizó una escala de calificación de 1=Inaceptable, 2=Deficiente, 3=Regular, 4=Bueno y 5=Excelente. El resultado del CVC corregido para el instrumento de Satisfacción del usuario fue de 0,9128 (ver Anexo D), el instrumento de Satisfacción del Equipo de Salud fue de 0,9055 (ver Anexo E) y el instrumento de Evaluación de la Calidad en el Centro de Atención fue de 0,913 (ver Anexo F), los tres resultados en una escala de 0 a 1 (ambos inclusive) lo que significa desde el punto de vista cualitativo una validez de contenido excelente para los tres instrumentos (Hernández, 2011).

### **3. 9. Método de Análisis de Datos**

Una vez informada la Dirección del Centro de Atención Integral de la Universidad de los Andes y el equipo de salud de medicina de familia de dicho centro, y autorizados para llevar a cabo la investigación bajo consentimiento informado, se procedió a recolectar los datos aplicando los respectivos cuestionarios. Para el análisis de datos descriptivos se elaboraron tablas de distribuciones de frecuencias absolutas y relativas con sus respectivos gráficos, para las variables medidas en escalas nominal y ordinal, se calcularon medidas de descriptivas tales como Media Aritmética, Mediana, Desviación Típica, Error Típico de la Media, para la caracterización de las variables cuantitativas continuas. En el análisis inferencial se realizaron pruebas de hipótesis por medio de la Distribución Chi cuadrado ( $\chi^2$ ), asumiendo un Error Tipo I del 5% para establecer la relación entre las variables en estudio, considerando los supuestos de cada una de las pruebas. Se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows versión 22.

## CAPÍTULO IV.

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1. Análisis de Resultados.

Se realizó un análisis de la estructura, proceso y resultados de la calidad de la atención de la salud: además se recolectaron datos con los Anexos A, B y C, para evaluar la Calidad de la Atención. El primero es sobre la satisfacción del usuario, el segundo es sobre la satisfacción del equipo de salud y el tercero sobre la calidad del centro de atención de salud. Se tomó una muestra de 131 usuarios y 12 miembros del equipo de salud del Servicio de Medicina de Familia del Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA), los cuestionarios se aplicaron durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2015.

#### 1.- Descripción de los aspectos relacionados con la calidad de la atención considerando la estructura.

**1 a.-** En la estructura organizacional, se tomó en cuenta el organigrama, misión, visión, objetivos, estrategias y servicios, ya descritos en la fundamentación teórica.

El CAMIULA, es una institución de salud dependiente del Rectorado de la Universidad de los Andes, que cuenta con diversos servicios: Especialidades y Subespecialidades Médicas, Servicio Odontológico, Emergencia, Servicio Social, Enfermería, Imagenología, Medicina Física y Rehabilitación, Hospitalización, Cirugía y Maternidad, además Medicina de Familia.

#### **Características de la Institución y del ámbito en estudio:**

El Servicio de Medicina de Familia forma parte de la estructura organizativa de CAMIULA, dependiendo del Departamento de Atención Médica, adscrita específicamente en la Sección de Medicina. El servicio de Medicina de Familia se encuentra ubicado en el pasillo principal de entrada al Centro de Atención Médica Integral (CAMIULA), consta de tres ambientes construidos atendiendo a las especificaciones técnicas para la organización de los consultorios de la práctica de la especialidad, estos consultorios cuentan con el equipamiento necesario para la atención, como se describe en el inventario (Tablas 2,3 y4), un primer ambiente

subdividido por medio de tabiquería en dos espacios, uno para la enfermera y otro para el médico, con una superficie total de 32 m<sup>2</sup>, en el cual operan el equipo 6 en el turno de la mañana y el equipo 2 en el turno de la tarde. Los otros dos ambientes de 30 m<sup>2</sup>, se dividen estructuralmente en dos cada uno, uno para uso de enfermería y el otro para el uso médico, funcionando los equipos 4 y 5 en la mañana y los equipos 3 y 7 en la tarde.

### **1b.-Demanda**

Constituida por los usuarios quienes cumplen con los requisitos de ingreso a cada consultorio de Medicina de Familia. La asignación de familias se distribuye según dependencias universitarias de la siguiente manera: a. Equipo 2 (290 familias); b. Equipo 3(430 familias); c. Equipo 4 (458 familias); d. Equipo 5(585 familias); e. Equipo 6 (128 familias); f. Equipo 7 (285 familias). Estos individuos y familias son valorados desde el punto de vista de la prevención, restitución y rehabilitación del proceso salud-enfermedad, mediante un plan de actividades semanales y durante el horario de trabajo, se realizan ingresos a Medicina de Familia y control de familias, consultas de Medicina General, Planificación Familiar, toma de Citologías, Charlas de Medicina Preventiva, Programa de Atención Médica Laboral (PAMELA), Visitas Domiciliarias y elaboración del familigrama, además de Auditorías Médicas y Atención de Emergencias.

### **1c.-Estructura Funcional: Recursos**

#### **Características del Recurso Humano:**

Constituido por siete equipos de Medicina de Familia que laboraban mañana y tarde, donde dos médicos y dos enfermeras entraron en proceso de retiro por jubilación, quedando cinco equipos operativos, a los cuales se les asignó un número de familias de las diferentes dependencias universitarias. Actualmente los cinco consultorios, cuentan con especialistas en Medicina de Familia y cinco enfermeras con un tiempo de contratación de 6 horas diarias, además existe un trabajador social que cubre los cinco consultorios y dos técnicos en registros médicos (uno para el turno de la mañana y otro para el turno de la tarde).

A continuación se muestra en la tabla 2, 3 y 4 las características del inventario de equipamiento.

Tabla 2. Inventario de Equipos Médicos y de Enfermería del Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

<b>Equipo</b>	<b>Nº</b>	<b>Equipo</b>	<b>Nº</b>
Infantómetros.	3	Estetoscopio	3
Balanzas peso-talla.	3	Termómetros	3
Tensiómetros anaeroides.	3	Cinta métrica	3
Tensiómetros de pared	3	Colposcopio	1
Equipo ORL de pared	3	Negatoscopio	3
Lámpara de cuello flexible	3	Nebulizador	1
Espirómetros	1		

Fuente: Servicio de Medicina de Familia.

Tabla 3. Equipos de Ginecología y Obstetricia del Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

<b>Equipo</b>	<b>Nº</b>	<b>Equipo</b>	<b>Nº</b>
Espéculos ginecológicos	35	Pinzas Possi	3
Histerometros	3	Estetoscopio Pinard	3

Fuente: Servicio de Medicina de Familia.

Tabla 4. Mobiliario de uso Médico y de Enfermería del Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

<b>Mobiliario</b>	<b>Nº</b>	<b>Mobiliario</b>	<b>Nº</b>
Sillas	21	Escritorios	7
Percheros	6	Camillas de reconocimiento	6
Mesas ginecológicas	3	Vitrinas	5
Cartelera informativas	3	Equipos telefónicos	5
Biombo	1	Archivadores	3

Fuente: Servicio de Medicina de Familia.

## 2. Descripción de los aspectos relacionados con la calidad de la atención considerando el proceso.

En este caso aunque no se realizó una auditoria de las historias clínicas, continua siendo este documento el elemento más importante del proceso a ser revisado constantemente y cuya propiedad intelectual le corresponde al médico o a la enfermera, el cual es un instrumento generador de datos en materia de salud. Por otra parte, los pasos a seguir en determinado campo con el usuario se realizan de manera verbal, por parte de alguno de los integrantes del equipo de

salud, mientras que los promedios de tiempo por actividad se cumplen en la consulta preventiva y curativa. Por ejemplo, en consultas de primera está estipulado una hora y para control, media hora; sin embargo, según información de los médicos esto depende de la problemática de salud y de su origen, la cual puede ser de índole físico, psíquico o de ambos, o por causas en la esfera biopsicosocial. Respecto a los períodos de espera son muy relativos, por ello, no se describe un tiempo preciso.

### **Evaluación de la calidad de la atención en el Centro Atención Médico Atención Integral de acuerdo a la estructura y al proceso.**

#### **Aspectos Socio Demográficos**

Se encuestó un total de 131 usuarios y se observó que el 71,8% (94) de las personas fueron del sexo femenino y 28,2% (37) del masculino, entre 13 y 91 años, con un promedio de 45 años y una mediana de 46 años, una variación promedio (desviación típica) de 16,9 años y una estabilidad (error típico de la media) de 1,5 años. En lo que respecta a la distribución del personal que demanda atención, se categorizó como familiares de los trabajadores el 39,7% (52), el 23,7% (31) es obrero, el 14,5% (19) es administrativo, el 9,2% (12) es profesional, el 6,9% (9) es estudiante y el 6,1% (8) es profesor. En cuanto al grado de instrucción se obtuvo que el 35,9% (47) manifestó poseer educación universitaria completa, el 15,3% (20) educación universitaria incompleta, el 27,5% (36) educación media completa, el 10,7% (14) educación media incompleta, el 7,6% (10) educación primaria completa y el 3,1% (4) educación primaria incompleta (ver Tabla 5).

Respecto a la estratificación social por medio del método de Graffar modificado por Méndez (1994), se obtuvo que el 0,8% (1) se encuentra en la clase alta, el 28,2% (37) en la clase media alta, el 42,0% (55) en la clase media, el 27,5% (36) en pobreza relativa y el 1,5% (2) en pobreza crítica (ver Figura 3).

Tabla 5. Estadísticos por Edad de los usuarios (n=131). Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

<b>Edad</b>	<b>Valor (años)</b>
Media Aritmética	45,17
Mediana	46,00
Desviación típica	16,86
Error típico de la media	1,47

Fuente: El Autor.

Tabla 6. Sexo, Actividad en la Universidad de Los Andes y Grado de Instrucción de los usuarios (n=131). Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

<b>Sexo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Femenino	94	71,8
Masculino	37	28,2
<b>Actividad en la Universidad de Los Andes</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Familiar	52	39,7
Obrero	31	23,7
Administrativo	19	14,5
Profesional	12	9,2
Estudiante	9	6,9
Profesor	8	6,1
<b>Grado de Instrucción</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Educación Universitaria completa	47	35,9
Educación Universitaria incompleta	20	15,3
Educación Media completa	36	27,5
Educación Media incompleta	14	10,7
Educación Primaria completa	10	7,6
Educación Primaria incompleta	4	3,1

Fuente: El Autor.

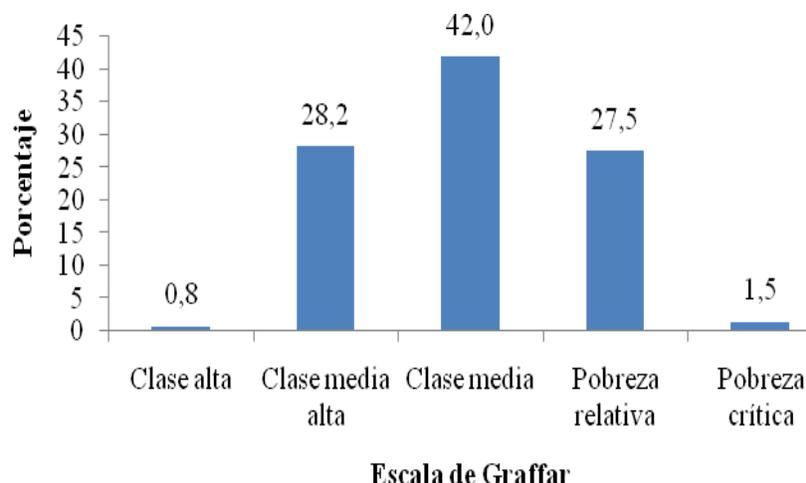


Figura 3. Estratificación social (n=131) de los usuarios, Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

Fuente: El Autor.

En la Tabla 7 se muestra la evaluación por parte del Equipo de Salud (n=12) de la **Calidad de Atención en el Servicio de Medicina de Familia** en CAMIULA, considerando aspectos relacionados con la estructura y el proceso. La respuesta obtenida por los empleados del servicio de Medicina Familiar respecto a la **infraestructura** arrojó un porcentaje de cumplimiento del 71,6%, en **equipamiento** y en prevención existió un cumplimiento del 54,5%, el criterio de **información** lo aprecien como deficiente porque perciben que solo el 35,2% cumple, en **limpieza** hay un cumplimiento del 62,6%, en los **procedimientos** el 58,3% cumplió, lo relativo a **enfermería** presentó un excelente rendimiento con un 81,8%, en la **consulta** hubo un valor de 66,1% de cumplimiento, en los **medicamentos** existió una efectividad del 84,4%, en la **referencia** el porcentaje de cumplimiento fue del 72,7% y en lo que respecta a la **gestión** el 60,2% lo calificaron de positivo

Se realizó un cruce de cada uno de los aspectos de evaluación de la Calidad de Atención (agrupados por categorías) por la Satisfacción del equipo de salud (agrupados por categorías), por medio de la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza del 95%, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre la **satisfacción del equipo de salud** por infraestructura, información, limpieza, medicamentos, referencia y gestión, lo que indica relación

entre la Satisfacción del Equipo de Salud y los aspectos señalados, mientras que no existió relación cuando se asoció con prevención, enfermería, procedimientos y consulta (ver Tabla 8).

Tabla 7. Evaluación de la Calidad de Atención por parte del Equipo de Salud (n=12) del Servicio de Medicina de Familia en CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

Aspectos de la Calidad de la Atención	Cumple (%)	No cumple (%)
Infraestructura	71,6	28,4
Equipamiento	54,5	45,5
Prevención	54,5	45,5
Información	35,2	64,8
Limpieza	62,6	37,4
Procedimientos	58,3	41,7
Enfermería	81,8	18,2
Consulta	66,1	33,9
Medicamentos	84,4	15,6
Referencia	72,7	27,3
Gestión	60,2	39,8

Fuente: El Autor.

www.bdigital.ula.ve

Tabla 8. Prueba Chi-cuadrado de la Satisfacción del Equipo de Salud por los aspectos de Calidad de Atención, Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

Cruce de variables	p-valor
Satisfacción del Equipo de Salud x Infraestructura	0,000 (**)
Satisfacción del Equipo de Salud x Equipamiento	0,000 (**)
Satisfacción del Equipo de Salud x Información	0,000 (**)
Satisfacción del Equipo de Salud x Limpieza	0,001 (**)
Satisfacción del Equipo de Salud x Medicamentos	0,000 (**)
Satisfacción del Equipo de Salud x Referencia	0,000 (**)
Satisfacción del Equipo de Salud x Gestión	0,001 (**)
Satisfacción del Equipo de Salud x Prevención	0,162
Satisfacción del Equipo de Salud x Enfermería	0,102
Satisfacción del Equipo de Salud x Procedimientos	0,757
Satisfacción del Equipo de Salud x Consulta	0,208

Fuente: El Autor.

(\*\*) Diferencias estadísticamente significativas asumiendo un Error Tipo I del 5%.

## Descripción de los aspectos relacionados con la calidad de la atención considerando los resultados.

### 1--Indicadores de Calidad de Atención

Se obtuvo la información en los registros médicos del CAMIULA, para realizar los cálculos e interpretación de los indicadores de resultados.

En relación a la **Oportunidad de Cita**, se encontró que los registros del CAMIULA no poseen dicha información, por ende no se pudo calcular e interpretar.

En cuanto al indicador **Rendimiento** trimestral, se consideraron los meses de septiembre, octubre y noviembre, para el año 2015, con el objeto de determinar el rendimiento de consultas realizadas por horas laboradas. Se obtuvo para el trimestre 2015 un rendimiento de 1,75 consultas/horas, lo que indica un rendimiento de regular a bajo. En relación al mes de septiembre de 2015 se encontró 1,17 consultas/horas. En cuanto al mes de octubre de 2015 se obtuvo 1,64 consultas/hora. En lo que respecta a noviembre de 2015 hubo un aumento al observarse 2,43 consultas/hora (ver Tabla 9).

Tabla 9. Rendimiento trimestral del Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

---

#### Rendimiento trimestral y mensual de 2015

---

$$\text{Trimestre} = \frac{2094 \text{ consultas}}{1200 \text{ horas}} = 1,75 \text{ consultas/hora}$$

$$\text{Septiembre} = \frac{467 \text{ consultas}}{400 \text{ horas}} = 1,17 \text{ consultas/hora}$$

$$\text{Octubre} = \frac{654 \text{ consultas}}{400 \text{ horas}} = 1,64 \text{ consultas/hora}$$

$$\text{Noviembre} = \frac{973 \text{ consultas}}{400 \text{ horas}} = 2,43 \text{ consultas/hora}$$


---

Fuente: Registros médicos de CAMIULA.

En la Tabla 10 se muestra el informe de consultas preventivas, curativas y general del servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, durante los meses de septiembre, octubre y

noviembre del año 2015; se obtuvo un porcentaje de ejecución para el 2015, en las preventivas del 33,5%, en las curativas del 84,9% y en general de 53,2%, estos resultados fueron influenciados por el conflicto laboral, el cual redujo un tiempo completo de trabajo, a medio tiempo de actividad. En relación a las historias de primeras consultas para el trimestre en estudio del 2015, se evidencia un 7,5% (11) y en las consultas sucesivas hubo un 92,5% (135), lo que indica un mayor peso de ésta actividad, dentro de la generalidad de las consultas.

Tabla 10. Consultas del Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

Preventivas			Consultas Curativas			Total		
Programadas	Ejecutadas	%	Programadas	Ejecutadas	%	Programadas	Ejecutadas	%
403	135	33,5	251	213	84,9	654	348	53,2
							Cantidad	%
Historias de primeras consultas							11	7,5
Consultas sucesivas							135	92,5

Fuente: Informe de actividades de septiembre, octubre y noviembre 2015 de Medicina de Familia.

En lo que respecta al indicador **Utilización** por mes, el cual relaciona la cantidad de recursos utilizados con los recursos disponibles, en otras palabras, es la utilización que hace la población de la oferta en un período determinado, lo que viene a constituirse en una expresión de cobertura y demanda. Para el 2015, en el mes de septiembre se determinó una utilización del 85,65%, en el mes de octubre de 61,16% y en noviembre de 41,11%. Este indicador muestra que cuando existe un mayor porcentaje, hay una mala utilización de los recursos disponibles, según Galán (2001), existió una mala calidad en los meses de septiembre y octubre, en contraste con noviembre que cuantificó un nivel aceptable.

$$Utilización \text{ (septiembre)} = \frac{400 \times 5}{5 \times 467} \times 100 = \frac{2000}{2335} \times 100 = 85,65\%$$

$$Utilización \text{ (octubre)} = \frac{400 \times 5}{5 \times 654} \times 100 = \frac{2000}{3270} \times 100 = 61,16\%$$

$$Utilización \text{ (noviembre)} = \frac{400 \times 5}{5 \times 973} \times 100 = \frac{2000}{4865} \times 100 = 41,11\%$$

En lo referente a la **Concentración**, la cual se refiere al total de atenciones por persona, en un período determinado, en la presente investigación se calculó para el trimestre objeto de

investigación en el 2015, hallándose un promedio de atención por persona de 4,16 consultas/personas, lo que indica 4 consultas sucesivas por cada una de primera.

$$\text{Concentración} = \frac{2094}{503} = 4,16 \text{ consultas/persona}$$

El **Rendimiento** real por consulta muestra la relación que surge al dividir las consultas realizadas, entre las consultas programadas menos los inasistentes, multiplicado por cien, el resultado obtenido refleja el beneficio o el provecho que brinda el servicio de Medicina Familiar de CAMIULA a sus usuarios, en el cual se obtuvo un 37,5%, lo que indica un rendimiento bajo para el trimestre en estudio del 2015.

$$\text{Rendimiento real por consulta (trimestre)} = \frac{\text{Consultas realizadas}}{\text{Consultas programadas - inasistentes}} \times 100$$

$$\text{Rendimiento real por consulta (trimestre)} = \frac{2094}{5940-358} \times 100 = 37,5\%$$

### Indicadores de Impacto.

#### 1.-Morbilidad en Medicina Familiar según casos durante el trimestre de septiembre, octubre y noviembre. Medicina de Familia, CAMIULA, 2015.

Se analizó la morbilidad diaria proveniente de las historias clínicas registradas por consultorio de Medicina de Familia y no consolidada por el Departamento de Registros Médicos por no contar con la organización para ello. Se tomaron las 10 primeras causas de morbilidad, luego de haber eliminado una serie de síntomas y signos mal definidos, que constituyen problemas de salud que se van consolidando en diagnóstico gracias a la continuidad de la atención, característica fundamental en Medicina de familia, no obstante para esta investigación se dio mayor importancia a las enfermedades agrupadas en: 1.-Enfermedades Metabólicas (diabetes, hiperinsulinismo, hipo e hipertiroidismo) las tres con un 31,4% y la obesidad (6,1%), ésta última de manera global podía ser incluida en este grupo de enfermedades. 2.- Enfermedades Cardiovasculares (19%). 3.- Infecciones de Vías Urinarias (13,7%). 4.- Enfermedades Respiratorias de Vías Superiores (Nariz, Boca, Faringe y Oídos), (8,1%) y el Síndrome Vertiginoso, en estos pueden estar incluidas algunas Otitis Internas, no diagnosticadas en el grupo anterior (7,0%). A continuación se enumeran en orden de importancia, las restantes: 5.-

Dengue Clásico (5,0) 6.- Osteomuscular (3,6%) 7.- Osteoporosis (3,1%) 8.- Dermatitis (3,0%) (Tabla 11).

Tabla 11. Morbilidad Registrada, según casos. Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

<b>Diagnóstico en la Consulta</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Enfermedades Metabólicas	267	31,4
Enfermedades Cardiovasculares (HTA)	160	19,0
Infección de Vías Urinarias	117	13,7
Respiratorias de Vías Superiores	69	8,1
Síndrome Vertiginoso	60	7,0
Obesidad	52	6,1
Dengue Clásico	41	5,0
Osteomuscular (Lumbalgia)	31	3,6
Osteoporosis	28	3,1
Dermatitis	25	3,0
Total	850	100,0

Fuente: Registros Médicos CAMIULA 2015

En la Tabla 12, se detalla el tipo de consulta preventiva para el trimestre y servicio médico en estudio, en el año 2015 obteniéndose que de las once (11) consultas preventivas, entre las más frecuentes encontramos las Pesquisas de Mama (49,4%), Ginecológicas (20,4%). Pesquisas de Próstata (13,9%). Es oportuno resaltar, que la Pesquisa de Mama, fue la que mostró un valor relativo mayor con un 49,4%, lo que tiende a indicar que en este servicio, existe una atención especial sobre este tipo de actividad preventiva.

Tabla 12. Consultas preventivas realizadas (n=460) en el Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

<b>Consultas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Pesquisa de Mama	227	49,4
Ginecológicas	94	20,4
Pesquisa de Próstata	64	13,9
Pesquisas de Dislipidemias	19	4,2
Pesquisa de HTA	17	3,7
Planificación Familiar	13	2,8
Pesquisas de Diabetes	12	2,6
Pesquisas de Obesidad	10	2,2
Consulta Pre-natal	2	0,4
Consulta Post-natales	2	0,4

Fuente: Informe de actividades 2015 de Medicina de Familia

## 2.- Satisfacción del Usuario

Para evaluar la calidad de la Atención Médica en el servicio de Medicina de Familia, se procesaron los datos relativos a la **satisfacción del usuario** (n=131), de un total de 15 ítems (del 11 al 25), se encontraron porcentajes entre 40% y 100%, con un valor medio de satisfacción de los usuarios es del 95,2%, una variación promedio de 11,3% y una estabilidad de 0,99%. Los resultados se resumen en las Figuras 4, 5 y 6; precisando de una vez, se puede observar en la Figura 4 (ítems del 11 al 15), un porcentaje de satisfacción mayor al 91%.

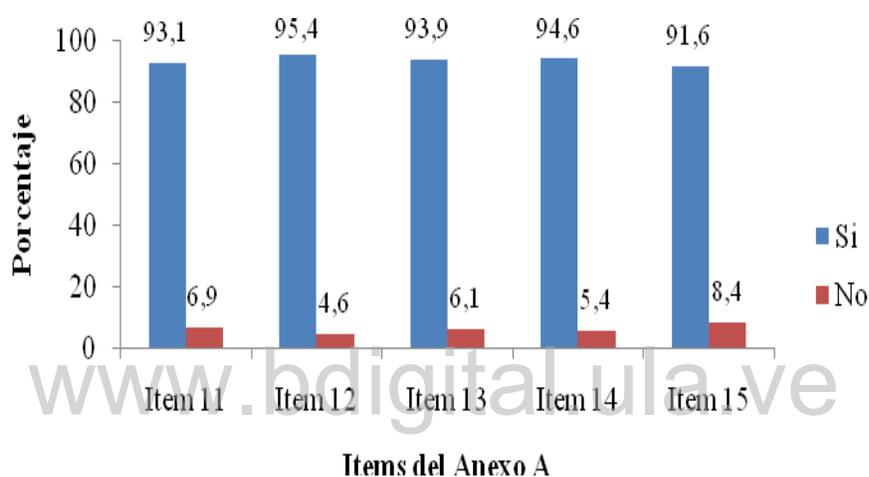


Figura 4. Satisfacción del usuario (ítems del 11 al 15 del Anexo A), Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015. Fuente: El Autor.

En la Figura 5, se observa un valor por encima del 91%, solamente el ítem 20 es del 87%, el cual está relacionado con el tiempo de espera (ítems del 16 al 20). En la Figura 6, se evidencia la **aceptación de la atención recibida**, debido a que el menor porcentaje es del 91,6% (ítem 21) y el mayor porcentaje es del 97,7% (ítem 23), lo que indica de manera descriptiva una excelente satisfacción del usuario (Ítems del 21 al 25).

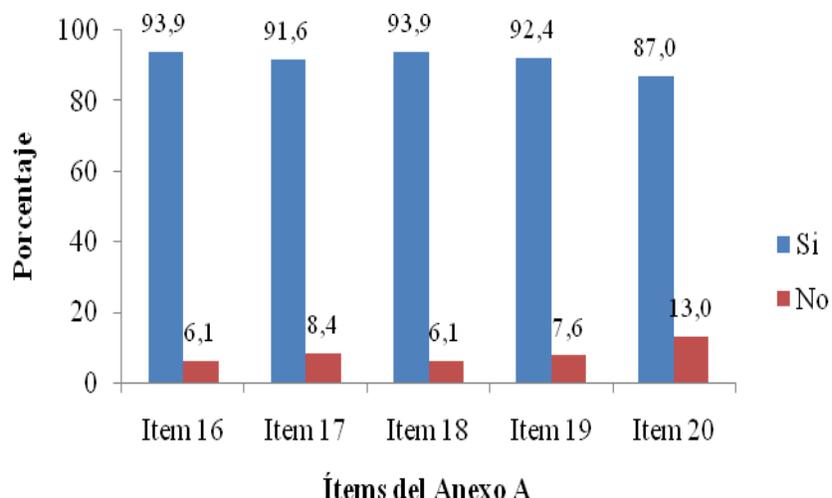


Figura 5. Satisfacción del usuario (ítems del 16 al 20 del Anexo A), Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015. Fuente: El Autor.

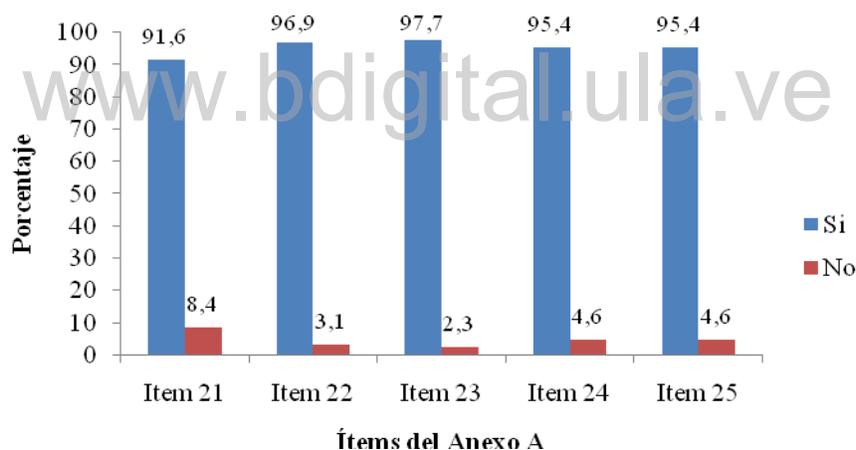


Figura 6. Satisfacción del usuario (ítems del 20 al 25 del Anexo A), Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015. Fuente: El Autor.

A modo de resumen se agruparon los ítems sobre la **satisfacción del usuario**, según las categorías: mala (menor al 25%); regular (igual o mayor a 25% y menor al 50%); bueno (igual o mayor a 50% y menor a 75%) y excelente (igual o mayor a 75%), lo cual se refleja en la Figura

7, encontrándose que el grado de satisfacción fue excelente en el 92,4% (121), el 6,1% (8) bueno y el 1,5% (2) regular.

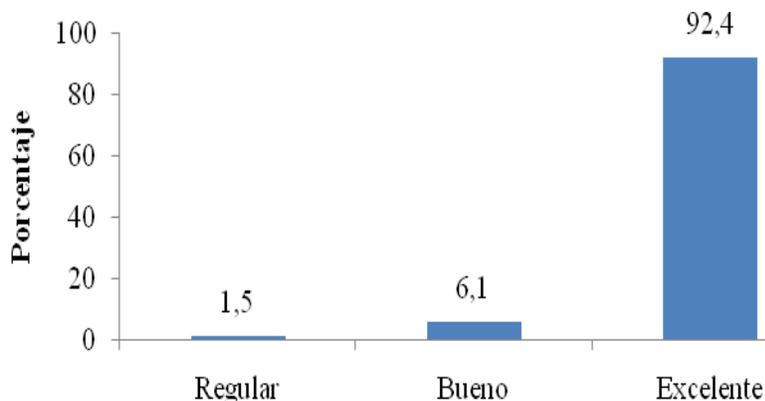


Figura 7. Grado de satisfacción del usuario. Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015. Fuente: El Autor.

Es necesario señalar que se efectuó un contraste de hipótesis a un nivel de confianza del 95%, por lo tanto, se asumió un error tipo I del 5%, por medio de la prueba Chi-cuadrado, cruzando el grado de satisfacción del usuario, por sexo ( $p=0,386$ ), por grupos etarios ( $p=0,241$ ) y por estratificación social ( $p=0,580$ ), lo que indica que dichas variables dos a dos no están relacionadas, pues no existe suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula al nivel de confianza asumido.

### **Evaluación de la satisfacción del Equipo de Salud.**

En cuanto a la **satisfacción del Equipo de Salud**, se entrevistó al Equipo de Salud (12 empleados fijos del servicio de Medicina Familiar) en CAMIULA, divididos en 50% (6) Médicos de Familia, 33,3% (4) Personal de Enfermería, 8,3% (1) Trabajador Social y 8,3 (1) Técnico en Registros de salud. De los encuestados el 91,7% (11) tiene cinco años o más de experiencia y 8,3% (1) de uno a cuatro años.

En la Tabla 6 se muestran los resultados relativos a la **satisfacción del Equipo de Salud**, donde se encontró en el aspecto de **trabajo actual**, que el 75% se ubicó entre la categoría muy

de acuerdo (33,3%) y totalmente de acuerdo (41,7%), además, el 25% está medianamente de acuerdo o inferior. En cuanto al **trabajo general** se halló que el 63,9% está muy de acuerdo o superior y el complemento (36,1%) está medianamente de acuerdo o inferior. En lo que respecta a **la interacción con el jefe inmediato**, se obtuvo que el 10,4% está totalmente en desacuerdo, el 6,3% está casi en desacuerdo, el 52,1% medianamente de acuerdo, el 25% muy de acuerdo y el 4,2% totalmente de acuerdo.

En relación a las **oportunidades de progreso** el 12,5% está totalmente en desacuerdo y casi en desacuerdo, el 20,8% medianamente de acuerdo, el 37,5% muy de acuerdo y el 29,2% totalmente de acuerdo. En el aspecto de **remuneraciones e incentivos** se consiguió que el 43,8% está caracterizado en totalmente en desacuerdo y casi en desacuerdo, el 31,7% medianamente de acuerdo y el 25% está muy de acuerdo (16,7%) y totalmente de acuerdo (8,3%). Finalmente en el **ambiente de trabajo** existió una opinión distribuida en 10,4% casi en desacuerdo, el 25% medianamente de acuerdo, el 35,4% muy de acuerdo y el 29,2% totalmente de acuerdo (Tabla 13).

Tabla 13. Criterios de Satisfacción del Equipo de Salud. Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA, Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

<i>Criterios / Escala</i>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Casi en desacuerdo</b>	<b>Medianamente de acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
Trabajo actual	2,1	2,1	20,8	33,3	<b>41,7</b>
Trabajo general	0,0	2,8	<b>33,3</b>	30,6	<b>33,3</b>
Interacción con el jefe inmediato	10,4	6,3	<b>52,1</b>	25,0	4,2
Oportunidades de progreso	8,3	4,2	20,8	<b>37,5</b>	29,2
Remuneraciones e incentivos	16,7	27,1	<b>31,3</b>	16,7	8,3
Ambiente de trabajo	0,0	10,4	25,0	<b>35,4</b>	29,2

Fuente: El Autor.

Presentados los resultados de la Tabla 13, sobre satisfacción del Equipo de Salud en Medicina de Familia, se determinaron una serie de problemáticas que requieren de su abordaje, para su solución sistemática y estructurada, lo cual se hace necesario en el proceso de evaluación de programas de salud, para abordar los diferentes aspectos a optimizar en el servicio evaluado en cuanto a estructura, proceso y resultados. Para ello, es de importancia seleccionar una herramienta práctica, sencilla y científica que permita la valoración continua de las mejoras institucionales, que implique una mejor calidad de la atención. En esta investigación se seleccionó la Matriz DOFA, que consistió en aplicar la valoración de los factores fuertes y débiles que, en su conjunto, diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa, es decir, las oportunidades y amenazas (Tabla 14).

Tabla 14. Matriz DOFA de las deficiencias en la Calidad de Atención del Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

	<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<p><b>Deficiencias en la Calidad de Atención del Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulación con el Consejo Universitario.</li> <li>- Directivos abiertos al cambio.</li> <li>- Profesionales capacitados.</li> <li>- Adecuada infraestructura.</li> <li>- Medicina Familiar con excelente Equipo de Salud y apoyo de las demás especialidades y subespecialidades. Clínicas.</li> <li>- Descuento directo en acuerdo contractual de gastos de asistencia médica especializada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo presupuesto universitario en salud.</li> <li>- Débil comunicación con los directivos.</li> <li>- Poca oportunidad de ascenso.</li> <li>- Bajas remuneraciones salariales.</li> <li>- Falta de incentivo profesional.</li> <li>- Fallas en el registro de salud, básico para la toma de decisiones.-</li> <li>- Fallas en el sistema de referencias y contra referencias.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acuerdos con organizaciones sindicales, gremiales de obreros, empleados, asociación de profesores de la Universidad.</li> <li>- Existencia de un marco legal.</li> <li>- Convenios académicos y asistenciales con otras instituciones públicas o privadas de salud.</li> </ul>	<p>Generar una política universitaria destinada al fortalecimiento de relaciones laborales con los distintos gremios y sindicatos que hacen vida legalmente dentro de la Universidad, para satisfacer la demanda de servicio, mejorar los indicadores de rendimiento y optimizar la Calidad de la Atención de salud.</p>	<p>Establecer y respetar los acuerdos contractuales con los diferentes gremios y sindicatos, para el mejoramiento del presupuesto universitario asignado para gastos de salud.</p> <p>Mejorar las técnicas de consolidación de los registros de salud en el servicio de Medicina de Familia con el Departamento de Registros de Salud de la Institución, con apoyo externo del ente regional de salud y otras instituciones universitarias.</p>
<p><b>Amenazas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alto costo de los insumos médicos.</li> <li>- Drástica aceleración de los avances tecnológicos.</li> <li>- Poca articulación con organizaciones comunitarias.</li> <li>- Falta de comunicación efectiva con los entes gubernamentales locales y regionales</li> <li>- Carencia de autonomía presupuestaria.</li> <li>- Demanda de asistencia médica por personas no vinculadas a la Universidad.</li> </ul>	<p>Exhortar al Consejo Universitario para que a través de su cuerpo de asesores, establezca alianzas interinstitucionales con entes gubernamentales, no gubernamentales y comunitarios, para la regulación y adquisición de equipos e insumos médicos esenciales.</p>	<p>Elaborar una política que garantice el rendimiento de los recursos financieros asignados y ajustándose a las necesidades existentes que conlleve al ahorro, mejorando la adquisición de insumos médicos no perecederos, para garantizar un almacenamiento y suministro adecuado</p>

Fuente: El Autor.

Tabla 15. Plan de acción según deficiencias en la Calidad de Atención y cruce de Fortalezas y Oportunidades. Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

<i>Objetivo</i>	<i>Actividades</i>	<i>Recursos</i>	<i>Resultados esperados</i>	<i>Responsables</i>
Generar una política universitaria destinada al fortalecimiento de las relaciones laborales con los distintos gremios y sindicatos que hacen vida legalmente dentro de la Universidad, para satisfacer la demanda de servicio, mejorar los indicadores de rendimiento y optimizar la Calidad de la Atención de salud.	-Designación de comisiones especiales. -Elaboración del proyecto de contrato colectivo con convenios de salud. -Discusión del proyecto de contrato colectivo con convenios de salud. -Solicitud de aprobación ante el Consejo Universitario del proyecto de contrato colectivo con convenios de salud. -Solicitud de aprobación ante el Ministerio de Educación Universitaria del proyecto de contrato colectivo con convenios de salud.	<i>Humanos</i> -Abogados expertos en materia laboral. -Personal de oficina.  <i>Materiales</i> -Equipo y material de oficina.  <i>Infraestructura e instalaciones</i> -Ambientes de oficina.	Proyecto de Contrato Colectivo con Convenios de Salud.  Acuerdo entre partes para la firma del Contrato Colectivo con Convenios de Salud.	Representantes de las autoridades universitarias.  Representantes gremiales y sindicales.

Fuente: El Autor.

Tabla 16. Plan de acción según deficiencias en la Calidad de Atención y cruce de Oportunidades y Debilidades. Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

<i>Objetivo</i>	<i>Actividades</i>	<i>Recursos</i>	<i>Resultados esperados</i>	<i>Responsables</i>
Establecer y respetar los acuerdos contractuales con los diferentes gremios y sindicatos, para el mejoramiento del presupuesto universitario asignado para gastos de salud.	-Realización de auditorías frecuentes para el control de los gastos, procurando el rendimiento del recurso financiero	<i>Humanos</i> -Administradores y contadores con experiencia profesional en auditorías. -Personal auxiliar de contabilidad. -Personal de oficina.  <i>Materiales</i> -Equipo y material de oficina.  <i>Infraestructura e instalaciones</i> -Ambientes de oficina.	Aumento de la cobertura asistencial en salud.	Vicerrectorado Administrativo
Mejorar las técnicas de consolidación de los registros de salud en el servicio de Medicina de Familia con el Departamento de Registros de Salud de la Institución, con apoyo externo del ente regional de salud y otras instituciones universitarias.	-Capacitación del recurso humano existente.  -Contratación de recurso humano para el Departamento de Registros de Salud.	<i>Humanos</i> -Facilitadores  <i>Financieros</i> -Presupuesto  <i>Materiales</i> -Equipos audiovisuales y material didáctico.  <i>Infraestructura e instalaciones</i> -Ambientes docentes	Personal capacitado en registros de salud  Al menos un(1) técnico en registros de salud	Dirección general de CAMIULA.  Departamento de Administración.  Departamento de Recursos Humanos.  Coordinación docente-asistencial.

Fuente: El Autor.

Tabla 17. Plan de acción según deficiencias en la Calidad de Atención y cruce de Fortalezas y Amenazas. Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

<i>Objetivo</i>	<i>Actividades</i>	<i>Recursos</i>	<i>Resultados esperados</i>	<i>Responsables</i>
Exhortar al Consejo Universitario para que a través de su cuerpo de asesores, establezcan alianzas interinstitucionales con entes gubernamentales, no gubernamentales y comunitarios, para la regulación y adquisición de equipos e insumos médicos esenciales.	-Solicitud de autorización del Consejo Universitario a fin de generar acuerdos interinstitucionales.  -Elaboración de proyectos de acuerdos con entes gubernamentales, no gubernamentales y comunitarios	<i>Humano:</i> -Médicos, enfermeras, trabajadores sociales, bioanalistas, farmacéuticos, odontólogos. -Personal de oficina.  <i>Materiales</i> -Equipo y material de oficina.  <i>Infraestructura e instalaciones</i> -Ambientes de oficina.	Firma de acuerdos para la regulación y adquisición de equipos e insumos médicos esenciales.	Dirección general.  Dirección médica.  Departamento administrativo.

Fuente: El Autor.

Tabla 18. Plan de acción según deficiencias en la Calidad de Atención y cruce de Debilidades y Amenazas. Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA. Mérida, Venezuela. Meses de septiembre, octubre y noviembre, 2015.

<i>Objetivo</i>	<i>Actividades</i>	<i>Recursos</i>	<i>Resultados esperados</i>	<i>Responsables</i>
Elaborar una política que garantice el rendimiento de los presupuestos asignados, ajustándose a las necesidades existentes que conlleve al ahorro, mejorando la adquisición de insumos médicos no perecederos, garantizando un almacenamiento y suministros adecuados cuando sea necesarios	-Diagnóstico de las necesidades existentes.  -Planificación presupuestaria.  -Gestión de los recursos financieros.  -Evaluación y control de los recursos financieros.	<i>Humano:</i> -Médicos, enfermeras, bioanalistas, farmacéuticos, odontólogos. -Personal de oficina.  <i>Materiales:</i> -Equipo y material de oficina.  <i>Infraestructura e instalaciones:</i> -Ambientes de oficina.	Aumento en el rendimiento de los servicios de salud.	Dirección general.  Dirección médica.  Departamento Administrativo.

Fuente: El Autor.

## 4.2. Discusión.

La evaluación de calidad se ha convertido en un área de conocimiento, apoyada en la metodología de las Ciencias Sociales desde dos perspectivas, la de los profesionales y los usuarios del sistema de salud. La atención de salud en los diferentes servicios, sean públicos o

privados son constructos sociales que se desarrollan en una trama compleja de relaciones entre diversos actores sociales con intereses diferentes, tal como lo mencionaron Delgado-Gallego, Vázquez-Navarrete & Moraes-Vanderlei (2010).

Navarrete-Navarro et al (2013), expresan que las evaluaciones institucionales adquieren mayor significado en periodos de restricción económica, ya que el conocimiento cabal de las condiciones que un proceso de crisis genera, seguido del análisis de las alternativas de solución, representan un primer paso hacia la transformación de los servicios y el fortalecimiento de una organización más racional en los sistemas de salud. La Universidad de Los Andes en los últimos años ha sufrido una disminución presupuestaria, situación que influye negativamente en el Centro de Atención Médica Integral incluyendo el Servicio de Medicina de Familia. Por ello se llevó cabo la evaluación de la Calidad de Atención, en busca de mejorarla, con miras a contribuir con el estado de salud de la población universitaria y su calidad de vida.

La evaluación de la estructura, en lo relativo a la demanda de los 131 usuarios encuestados, el 71,8% son de sexo femenino y 28,2% masculinos, la edad se encuentra en el intervalo de 13 a 91 años, con un promedio de 45 años. Por lo general son los usuarios de sexo femenino, los que más se preocupan por su atención de salud, por ello su mayor demanda. La búsqueda de atención para los adultos se efectiviza cuando ya no están en condiciones (fundamentalmente físicas) de realizar trabajos ya sean domésticos o productivos, estableciéndose una relación estrecha entre salud y capacidad de funcionamiento, como señala Milton & Gómez (citados por Sacchi, Hausberger & Pereyra (2007).

En cuanto al grado de instrucción, en su mayoría tienen un nivel universitario, esto es distinto a otro estudio relacionado donde los usuarios con mayor satisfacción de la atención recibida eran personas sin estudios o con estudios primarios y con un nivel socioeconómico menor (Merino Saldaña & Reyes Díaz, 2014). Se debe señalar que los usuarios que demandan mayor asistencia, son familiares de empleados y el grado de instrucción más frecuente es el universitario. Estos resultados eran de esperarse, porque el CAMIULA es una institución que presta atención a los universitarios y sus familiares de primero y segundo grado, no obstante, en los últimos años ha crecido la demanda del público en general a predominio de las emergencias.

En relación al equipamiento y los recursos se encontró que los mismos son suficientes para la atención brindada en el Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes. Soto (2007) afirma que si bien es cierto que la infraestructura, disponibilidad de insumos y accesibilidad a los servicios de salud y medicamentos son componentes fundamentales para brindar una atención sanitaria adecuada, el recurso humano en salud continua siendo un elemento de extraordinaria importancia para garantizar una atención de calidad. Un aspecto que parece indispensable para hacer de la evaluación una adecuada herramienta en la toma de decisiones es la incorporación de sistemas de información, el cual es deficiente según lo evaluado, este aspecto es elemental en lo que toca al diseño, organización, acceso y manipulación de datos, incluyendo la creación de bases de datos relacionales, acceso en línea o vía redes y sistemas de información geográficos para contribuir con la satisfacción de los usuarios al sistema de salud y la percibida por el equipo que labora en el Servicio de Medicina de Familia de la institución en estudio.

En el Servicio de Medicina de Familia, los equipos tienen un número de familias e individuos asignados disímil en cada uno de ellos. Ledezma y Flores (2008) mencionan que un Médico de Familia debería tener bajo su responsabilidad de 1000 a 1500 habitantes, lo que correspondería a 300-500 familias aproximadamente. Asimismo mencionan que según los cálculos en los Estados Unidos, añadir un médico familiar por cada 10.000 habitantes, se asocia con 70 muertes menos por cada 100.000 personas, lo cual equivale a una disminución del 9 % de la mortalidad, cifras descritas por Starfield, citado por las autoras. Por otra parte, Bass del Campo (2012) afirma que en los Estados Unidos se estima que sería necesario para los cuidados de patologías crónicas y para entregar los cuidados preventivos, 10,6 horas y 7,4 horas médico al día respectivamente, considerando una población de 2.500 personas, lo que ajustado a jornadas de 44 horas semanales, corresponde a 1 médico cada 1.225 personas. El trabajo en equipo con el apoyo de otros especialistas en la referencia vertical u horizontal, mejora el acceso, el uso de los servicios y los resultados en salud, solamente cuando son parte de intervenciones multifactoriales que incluyen consultas conjuntas, reuniones clínicas y seminarios educativos, entre otras iniciativas de trabajo colaborativo entre especialistas y profesionales de atención primaria. Los Médicos de Familia se desempeñan como parte de un Equipo de Salud constituido por éste especialista, Enfermería, Trabajo Social y el Técnico de estadísticas de salud sumado al apoyo de

los diferentes servicios, especialidades y sub especialidades para brindar atención cálida y de calidad a individuos y familias.

Casi tres cuartas partes (<75%) de los integrantes del Equipo de Salud del Servicio de Medicina de Familia perciben un buen cumplimiento de la infraestructura, y más de la mitad (>50%) opina que se cumple en equipamiento, limpieza y procedimientos. Así como también hay buena percepción en el aspecto de enfermería (81,8%) casi en la mayoría de los trabajadores de la consulta, los medicamentos (84,4%), la referencia (72,7%) y gestión (60,2%). Estos resultados son similares a los descritos en la investigación de Galvis (2005), porque uno de los problemas que encontró fue la falta de orientación adecuada al solicitar información al Equipo de Salud, aunque en general la Calidad de la Atención recibida en esa investigación era de buena a excelente. Cabe agregar que la satisfacción del Equipo de Salud está relacionada con la infraestructura, información, limpieza, medicamentos, referencia y gestión, tal como se evidenció en la presente investigación.

Relativo al grado de satisfacción, casi la mayoría (92,4%) de los usuarios la consideran excelente, comportamiento similar a la estudio de Lobos, Cardemil, Loézar, González & Ortega (2012), estos investigadores obtuvieron valores de 90% y 88,6% en los servicios que analizaron los investigadores y a la indagación de Martín-Fernández et al (2010), que mostraron una satisfacción de 88,2% y Contreras, Zambrano & Zeman (2011) encontraron buena satisfacción en 89% de los casos. Sin embargo, nuestros resultados son diferentes a los observados por Ávila (2007), quien encontró la satisfacción en un 61,96%, esto pudo ser generado porque el trato recibido por el personal de salud en este estudio no fue percibido como excelente, en cambio en la presente investigación se presenta la situación contraria, pues se encontró excelente.

Se debe destacar que en esta investigación la satisfacción del usuario no evidenció relación por sexo, por grupos etarios y por estratificación social, situación parecida a la encontrada por Lobos et al (2012), con la excepción de que estos autores hallaron asociación con el sexo.

La Satisfacción del Equipo de Salud mostró en sus tres cuartas partes (75%) que el trabajo actual lo consideran entre muy de acuerdo y totalmente de acuerdo, y una cuarta parte (25%) insatisfecho. En cuanto al trabajo general se halló que más de la mitad (>50%) está muy de acuerdo o superior, pero hay un porcentaje, nada despreciable (36,1%) que está medianamente de acuerdo o inferior. En lo que respecta a la interacción con el jefe inmediato, se obtuvo que la mitad (50%) está medianamente de acuerdo, el otro porcentaje (52,1%), muy de acuerdo o totalmente de acuerdo el 29,2% y sólo el 16,7%, está totalmente o casi en desacuerdo.

En relación a las oportunidades de progreso más de la mitad (66,7%) está muy de acuerdo o totalmente de acuerdo. En el aspecto de remuneraciones e incentivos se consiguió que sólo una cuarta parte del personal (25%) está entre muy de acuerdo y totalmente de acuerdo. Finalmente en el ambiente de trabajo existió una opinión distribuida en 35,4% casi en desacuerdo o medianamente de acuerdo, el 35,4% muy de acuerdo y el 29,2% totalmente de acuerdo. Esta situación, se debe tomar en cuenta por los directivos institucionales, debido a que la Calidad de la Atención depende de los tres elementos que miden calidad, donde la estructura el proceso y los resultados se conjugan para la percepción de Satisfacción del Usuario, Satisfacción del Equipo de Salud y las condiciones del Centro de Atención.

Contreras, Zambrano & Zeman (2011), sugieren la importancia de incentivar al equipo de salud y a la institución de continuar buscando los elementos claves para mejorar la calidad de la atención. La satisfacción en el trabajo influye poderosamente sobre la satisfacción en la vida cotidiana. Bòria-Reverter, Crespi-Vallbona & Mascarilla-Miró (2012) aducen que a mayor posición jerárquica ocupada en el puesto de trabajo, mayor nivel de satisfacción genera, que a su vez se verán reflejadas en la participación y en la toma de decisiones, la motivación en el trabajo y la satisfacción específica con la tarea desarrollada. Estos autores afirman que la satisfacción laboral se relaciona con la orientación afectiva hacia los roles que desempeñan en su trabajo, los mismos aspectos que causan satisfacción a unos empleados pueden generar infelicidad en otros.

Unos de los aspectos insatisfactorios es la remuneración, elemento que está directamente relacionado con la calidad de vida. Baldeón-Trejo (2015) en una investigación relativa a factores asociados a la satisfacción del personal en un hospital de Perú, encontraron asociación estadísticamente significativa con los factores capacitación, remuneración, el exceso de trabajo y

el trabajo en equipo. Los trabajadores del Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes manifestaron poca satisfacción con los salarios actuales debido a la inflación galopante del país, situación que los lleva al menoscabo de su calidad de vida. Los salarios insuficientes, las condiciones laborales inapropiadas, la falta de acceso a la información y la falta de reconocimiento, son factores que inciden en la motivación de muchos trabajadores. Esta preocupante realidad es abordada como un eje temático en la satisfacción laboral debido a su importancia en el rendimiento (Soto, 2011).

En otro orden de ideas se determinó en el Servicio de Medicina de Familia que los indicadores de rendimiento, utilización y concentración, mostraron un nivel bajo, situación que parece contradictoria, considerando que el grado de satisfacción del usuario fue evaluado como excelente en el 92,4%, lo que hace vincular la investigación de Galvis (2005), en la cual se especificó que la pertinencia de los servicios ofertados fueron calificados de buenos a excelentes, lo que significa que servicios prestados en Medicina de Familia de CAMIULA responden a las necesidades de salud del usuario.

De acuerdo a los estándares establecidos por Galán (2001), un rendimiento óptimo para otras especialidades (incluida Medicina de Familia) es de 3 consultas por hora, lo que tiende a indicar que el rendimiento en los meses de septiembre y octubre es bajo (menos de 2 consultas/hora), específicamente, para el mes de septiembre se registró una variación porcentual con respecto a lo establecido para el trimestre en estudio del 2015 de 39%, dichos resultados pudieron estar influenciados por la acentuación de un conflicto laboral, pues se limitó la actividad asistencial, de tiempo completo de 6 horas diarias, a medio tiempo; en el mes de octubre se observó 54,6%. Sin embargo, en noviembre aumentó el rendimiento, lo que indica un nivel medio (entre 2 y menos de 3 consultas/hora), es decir, una variación porcentual de un 81% para noviembre de 2015, lo cual pudo ocurrir por aumento de la demanda de consulta, por efectos de fin de año, en donde el paciente, generalmente solicita actualización de su tratamiento y ordenes médicas.

En el marco de las condiciones anteriores, se debería tomar en cuenta que la obligación del cuerpo directivo en la atención de la salud, es que en sus instituciones se presten servicios

oportunos al menor costo y de la mejor calidad posible, considerando al paciente como individuo, integrante de una familia y miembro de la sociedad. De allí la necesidad en la formación del Equipo de Salud, debido a las responsabilidades que tienen en sus instituciones, donde una alternativa pudiera ser la educación a distancia, en busca de fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias, para poder consolidarse como líderes efectivos en sus ámbitos de trabajo. Por otro lado, las Escuelas de Medicina deben incorporar en sus planes de estudios la materia de administración en forma permanente y aprovechar en su enseñanza la experiencia de los directivos de los servicios de salud con el fin de que no haya un divorcio entre la realidad y la teoría, entre las instituciones de atención a la salud y las universidades (Pavón-León & Gogeochea, 2004).

Finalmente en el marco de la discusión efectuada, se planteó aplicar elementos de planificación estratégica, para afinar y puntualizar el conocimiento de las propuestas, para mejorar las dificultades encontradas en cuanto al desenvolvimiento de las actividades del servicio en estudio, en relación a la Calidad de la Atención. La matriz DOFA permite evaluar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, destacando el procedimiento a seguir para su análisis y derivación de estrategias para el mejoramiento institucional, en este caso el Servicio de Medicina de Familia de CAMIULA. El análisis DOFA consiste en realizar una evaluación de los factores fuertes y débiles, que en su conjunto, diagnostican la situación interna de una organización, así como su evaluación externa, es decir, las oportunidades y amenazas. También es una herramienta que puede considerarse sencilla y que permite obtener una perspectiva general de la situación estratégica de una organización determinada, tal como lo expresó Ponce Talancón en el año 2007.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones.

Se determinaron dificultades en la articulación entre estructura, proceso, resultados e impacto, debido a que la Calidad de la Atención del Servicio de Medicina de Familia y la Satisfacción del Equipo de Salud fueron regulares, en contraste, con la Satisfacción del Usuario la cual fue excelente.

El comportamiento de los elementos de la estructura del Servicio de Medicina de Familia de CAMIULA, evidenciaron deficiencias en cuanto a la operatividad, pues los porcentajes de cumplimiento fueron regulares.

El Servicio de Medicina de Familia de CAMIULA, presentó una Satisfacción del Usuario excelente, debido a la estrecha relación emocional y de respeto (por su condición humana) entre el usuario y el Equipo de Salud.

Existe una Satisfacción del Equipo de Salud categorizada como regular, debido a temas tan sensibles como el salarial y el incentivo profesional, los cuales no responden a sus aspiraciones, lo que constituye una necesidad insatisfecha.

La Calidad en cuanto a las condiciones del Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes es regular, porque en la evaluación de once aspectos, se observaron dificultades en información, equipamiento, prevención, limpieza, procedimientos, consulta y gestión, sin embargo, en infraestructura, enfermería, medicamentos y referencias, existieron mejores resultados.

En el cruce de los aspectos de evaluación de la Calidad de Atención por la Satisfacción del Equipo de Salud (por medio de la prueba Chi-cuadrado), se encontraron diferencias

estadísticamente significativas a un nivel de confianza del 95% entre la Satisfacción del Equipo de Salud por infraestructura, por equipamiento, por información, por limpieza, por medicamentos, por referencia, por gestión, lo que indica relación entre la Satisfacción del Equipo de Salud y los aspectos señalados, mientras que no existió relación cuando se cruzó por prevención, por enfermería, por procedimientos y por consulta.

El rendimiento, la utilización y la concentración fueron bajas, lo que significa problemas en la asignación de las citas, ocasionando limitaciones en la accesibilidad acentuadas durante el trimestre en estudio debido a conflictos laborales, limitándose el horario de trabajo a medio tiempo, con una influencia negativa en los indicadores estudiados.

## **5.2. Recomendaciones**

Aplicar las diferentes estrategias de evaluación de calidad de la atención de salud de manera continua, que contribuya a generar un conjunto de acciones que permitan minimizar las dificultades encontradas en cuanto a estructura, proceso, resultados e impacto, para mejorar la gestión de Calidad de la Atención y motivar la demanda de los usuarios en relación al Servicio Medicina de Familia del Centro de Atención Médica Integral de la Universidad de Los Andes.

## REFERENCIAS

- Ávila, G. (2007). *Satisfacción del Usuario con Respecto a la Atención Recibida por el Médico Familiar en la Unidad de Medicina Familiar*. Tesis de Especialista Número 16. INFONOVIT, La Colima. IMSS, México. No publicado. Recuperado de [https://www.google.co.ve/?gfe\\_rd=cr&ei=2371VrTIMoiw8wej76HYCA&gws\\_rd=ssl#q=Satisfacci%C3%B3n+del+Usuario+con+Respecto+a+la+Atenci%C3%B3n+Recibida+por+el+M%C3%A9dico+Familiar+en+la+Unidad+de+Medicina+Familiar](https://www.google.co.ve/?gfe_rd=cr&ei=2371VrTIMoiw8wej76HYCA&gws_rd=ssl#q=Satisfacci%C3%B3n+del+Usuario+con+Respecto+a+la+Atenci%C3%B3n+Recibida+por+el+M%C3%A9dico+Familiar+en+la+Unidad+de+Medicina+Familiar).
- Bahsas, F. (2001). *Medicina de Familia Bases Filosóficas y Definiciones*. Mérida: Consejo de Publicaciones de la Universidad de los Andes.
- Baldeón-Trejo, C. (2015). Factores Asociados a la Satisfacción del Personal de Salud del Hospital IV Ramiro Priale Priale, Huancayo. *Ágora Revista Científica*, 2 (1), 112-124
- Bass del Campo C (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivead de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios. *Medwave*; 12(11):e5571 doi: 10.5867/medwave.2012.11.5571.
- Boria-Reverter, S., Crespi-Vallbona, M., & Mascarilla Mir O. (2012). Variables determinantes de la satisfacción laboral en España. *Cuadernos de economía*) 35, 9-16.
- CAMIULA (2015). *Página Web de CAMIULA*. Disponible: <http://www2.ula.ve/camiula/> Recuperado el 10 de abril de 2015.
- Carrillo-Larco, R. & Ramos, M. (2012). Lima cómo vamos: calidad de atención en salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(2), 168. Recuperado de [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892012000800013&lng=en&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000800013&lng=en&tlng=es)
- Ceitlin, J. (1997). *Medicina de Familia*. Madrid: Ediciones semFYC y CIMF.
- Comisión Nacional de Bioética de México (2015). *Consentimiento informado*. México D. F.: Secretaria de Salud. Recuperado de [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento\\_informado.html](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html)
- Contreras, N. & Zambrano A (2011). *Grado de satisfacción de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos. Servicio de endoscopia digestiva*. Hospital Universitario. Dr. Antonio María Pineda. Barquisimeto, Lara. Tesis presentada para optar al título de

- Especialista. No publicado. Recuperado de: [bibmed.ucla.edu/ve/DB/bmucla/edocs/.../TEGWI141DV4C652011.pdf](http://bibmed.ucla.edu/ve/DB/bmucla/edocs/.../TEGWI141DV4C652011.pdf).
- Coronado-Zarco, R., Cruz-Medina E., Macías, S., Arellano A., & Nava, T. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 25(1), 26-33.
- Delgado-Gallego, M., Vázquez-Navarrete, M., & Morales-Vanderlei, L. (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev. Salud Pública*, 12 (4), 533-545.
- Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de la evaluación*. México D. F.: Ediciones Copilco.
- Empaire, G. (2010). Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioethica*, 16(2), 127-132.
- Galán, R. (2001). *Indicadores Directos e Indirectos de Calidad en Salud*. Bogotá: Médica Panamericana.
- Galvis J. (2005). *Calidad de la Atención de Salud Percibida por el Usuario del Área de Consulta de Medicina de Familia del Ambulatorio Urbano III Venezuela*. Trabajo de Grado para obtener el título de Especialista. Universidad Católica Andrés Bello. Mérida. No publicado.
- Hernández, R. (2011). *Instrumentos de recolección de datos. Validez y Confiabilidad. Normas y Formatos*. Mérida: Consejo de Estudios de Postgrado, Universidad de Los Andes.
- Hernández, J., Chumaceiro, A. & Atencio, E. (2009). Calidad de servicio y recurso humano: caso estudio tienda por departamentos, *Revista Venezolana de Gerencia*, 14(47), 458-472. Recuperado de [http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-99842009000300009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-99842009000300009&lng=es&tlng=es).
- Ishikawa, K. (1986). *¿Qué es el Control de la Calidad Total?* Bogotá: Editorial Norma.
- Ledesma, F. & Flores, O. (2008). Medicina familiar: la auténtica especialidad en atención médica primaria. *Gaceta Médica de Caracas*, 116 (4), 330-340.
- Pérez Lugo, J., Suárez, P., Betancourt, J., & Cote, G. (2008). Modelos de gestión de la salud en Venezuela en la década de los 90. *Revista de Ciencias Sociales*, 14(2), 346-357.
- Llinas, A. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. *Salud Uninorte*, 26 (1), 143-154.

- Lobos A., Cardemil F, Loézar C., González V. & Ortega A. (2012). Satisfacción con la atención médica de pacientes hospitalizados en un servicio clínico docente y en uno no docente. *Rev Chil Salud Pública* 2012, 16 (1): 16-25.
- Malagón – Londoño, G., Galan, R y Pontón, G. (2006). *Garantía de calidad en Salud* (2da Ed). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Martín-Fernández J., Del Cura-González M., Gómez-Gascón T., Fernández-López E., Pajares-Carabajal G. & Moreno-Jiménez, B. (2010). Satisfacción del paciente en la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Atención Primaria*, 42 (4), 196-203.
- Medalie, J. (1987). *Medicina de Familia. Principios y Prácticas*. México D.F.: Editorial Limusa.
- Mejía-García, B. (2004). *Auditoria Médica para la garantía de calidad de salud* (4a. Ed.). Colombia: ECOE EDICIONES.
- Méndez, H. (1994). *Sociedad y estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano*. Caracas: Fundacredesa.
- Merino Saldaña B & Reyes Díaz M. Modelo para evaluar la calidad del servicio al usuario atendido en consulta externa en establecimientos de salud en el Perú. Tesis para optar a profesional en estadística e informática: Recuperada de [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1201/1/merino\\_sb.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1201/1/merino_sb.pdf)
- Mc Whinney, I. (1995). *Medicina de Familia*. Barcelona: Mosby / Doyma Libros.
- Ministerio de Salud de Perú (2002). Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación Estándares de Calidad para el Primer Nivel de Atención. Recuperado de [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg\\_pac/Estandar1erNivel2003.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/Estandar1erNivel2003.pdf).
- Navarrete-Navarro, S., Gómez-Delgado, A., Riebeling-Navarro, C., López-García, G., & Nava-Zavala, A. (2013). La investigación sobre calidad de la atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social: estudio bibliométrico. *Salud Pública de México*, 55(6), 564-571.
- Pavón-León, P., Gogeochea-Trejo M Del C. (2004). La importancia de la administración en salud. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*. 4 (1.), Recuperada de [https://www.uv.mx/rm/num\\_anteriores/revmedica\\_vol4\\_num1/articulos/admon-salud.htm](https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol4_num1/articulos/admon-salud.htm).

- Ponce Talancón H. (2007). La matriz FODA: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 12(1),113-130.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª. Ed.). Madrid: Espasa.
- Sacchi, M., Hausberger, M., & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud colectiva*, 3(3), 271-283
- Seclén-Palacin, J. & Darras C. (2005). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores socio-demográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000, *An Fac Med Lima*, 66(2), 127-141.
- Soto, A. (2011). Recursos Humanos en Salud. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica* [online]. 28(2), 173-174. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342011000200001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200001&lng=es&nrm=iso). ISSN 1726-4634.
- Viales, LG & Vargas B.(2008).*Propuesta de un Modelo para la Evaluación de la Gestión de la Calidad en la Atención Primaria de Salud Aplicando una Experiencia Piloto en el Programa de Hipertensión Arterial*. Costa Rica: Oreamuno de Cartago.

**ANEXO A.**  
**INSTRUMENTO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

Nombre del establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

Se está haciendo un estudio con los pacientes para conocer sus necesidades y su opinión sobre el servicio que se presta en esta Institución. Sus respuestas son confidenciales.

**Parte IA: Aspectos generales**

<b>1. Datos de identificación del paciente:</b> _____			
<b>2. Facultad</b> _____			
<b>3. Sexo:</b>	Masculino ( )	Femenino ( )	
<b>4. Edad:</b>	Años cumplidos ( )		
<b>5. Actividad en la ULA:</b>			
Obrero ( ) Administrativo ( ) Profesional ( ) Profesor ( ) Estudiante ( ) Familiar ( )			
<b>6. Grado de Instrucción:</b>			
a .- Educación Universitaria Completa			
b .-Educación Universitaria Incompleta			
c .- Educación Media General Completa			
d .-Educación Media General Incompleta			
e .-Educación Primaria Completa			
f.- Educación Primaria Incompleta			
g .-Sin estudios			
<b>7. Profesión del Jefe de Familia</b>	<b>8. Nivel educativo de la Madre</b>	<b>9. Fuente de Ingreso</b>	<b>10. Condiciones de la vivienda.</b>
a.- Universitaria	a .- Educación Universitaria Completa	a.-Fortuna heredada o adquirida	a.- Vivienda en óptimas condiciones de lujo
b.-Técnica	b .-Educación Universitaria Incompleta	b.-Honorarias, ganancia o beneficios	b.- Vivienda en óptimas condiciones sin lujo
c.- Empleados sin profesión	c .- Educación Media General Completa	c.-Sueldo mensual	c.- Vivienda en buenas condiciones
d.- Obreros especializado	d .-Educación Media General Incompleta	d.-Salario semanal/destajo	d.- Vivienda con reducido espacio y condiciones sanitarias deficitarias.
e.- Obrero no especializado	e .-Educación Primaria Completa	e.-Donación, publica privada	e.- Rancho o vivienda con condiciones sanitarias no adecuadas
	f.- Educación Primaria Incompleta		
	g .-Sin estudios		

**Parte IIA. SATISFACCIÓN DEL USUARIO SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA**

11. ¿Usted sintió que fue tratado bien durante su permanencia en el centro de salud?
  - a. Sí
  - b. No
12. ¿Usted sintió confianza con el médico para expresar sus problemas de salud?
  - a. Sí
  - b. No
13. ¿El personal que le atendió le explicó sobre el examen qué se le iba a realizar?
  - a. Sí

- b. No
14. ¿El médico le realizó un examen completo durante la consulta médica?  
a. Sí  
b. No
15. ¿El personal que le atendió le explicó con palabras fáciles de entender, sobre el problema de salud o resultado de la consulta?  
a. Sí  
b. No
16. ¿Le dieron indicaciones en un récipe en forma clara para Ud.?  
a. Sí  
b. No
17. ¿El personal que lo atendió le explicó los cuidados a seguir con respecto a cambios en su estilo de vida y tratamiento?  
a. Sí  
b. No
18. ¿El personal le respetó sus creencias en relación con la enfermedad y su curación?  
a. Sí  
b. No
19. ¿El horario de atención del centro de salud le parece conveniente?  
a. Sí  
b. No  
Si no le parece conveniente, ¿Qué horario sugiere? \_\_\_\_\_
20. ¿El tiempo que Ud. esperó para ser atendido fue adecuado?:  
a. Sí  
b. No
21. ¿Le parecieron cómodos los ambientes para la atención de salud del centro asistencial: sala de espera, consultorio de enfermería, consultorio médico, servicio de RX, farmacia y laboratorio, entre otros?  
a. Sí  
b. No
22. ¿Se encuentra limpio el centro de salud?  
a. Sí  
b. No
23. ¿Se respetó su privacidad durante la consulta?  
a. Sí  
b. No
24. En términos generales ¿Considera usted que le resolvieron el problema o motivo de búsqueda de atención?  
a. Sí  
b. No
25. En términos generales ¿Se siente usted satisfecho con la atención recibida?  
a. Sí  
b. No

**Parte IIIA. OPINIONES Y SUGERENCIAS RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA**

26. Enuncie opiniones y sugerencia de la atención recibida

---



---



---

**ANEXO B.**  
**INSTRUMENTO DE SATISFACCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD**

**Parte IB. INFORMACIÓN GENERAL**

**Establecimiento de salud donde labora:**

En las siguientes preguntas marque la alternativa que más se acerque a su situación actual como trabajador del centro de salud:

1. ¿A qué grupo ocupacional pertenece?
  - a. Médico de familia
  - b. Personal de Enfermería
  - c. Trabajador Social
  - d. Técnico en registros de salud
  - e. Otro (especifique) \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es su condición laboral en el Centro de Salud?
  - a. Fijo
  - b. Contratado
  - c. Suplente
  - d. Otro (especifique) \_\_\_\_\_
3. ¿Cuál es su tiempo de servicio en el Ambulatorio?
  - a. Menos de 1 año
  - b. De 1 a 4 años
  - c. Cinco años o más

**Parte IIB. APRECIACIONES SOBRE SU AMBULATORIO.**

A continuación tiene Ud. una lista de afirmaciones o puntos de vista relacionados con el trabajo, cargo o puesto que usted desempeña. Sírvase calificar cada una de las frases usando la escala de puntuación del 1 al 5, de tal manera que el puntaje que asigne denote su conformidad con lo que ha declarado.

El puntaje y la clave de respuesta a cada afirmación se asignarán de acuerdo a la siguiente tabla:

**El puntaje lo selecciona a continuación**

- (5) Totalmente de acuerdo con la opinión.
- (4) Muy de acuerdo con la opinión.
- (3) Medianamente de acuerdo con la opinión.
- (2) Casi en desacuerdo con la opinión.
- (1) Totalmente en desacuerdo con la opinión.

### Trabajo Actual

4	Los objetivos y responsabilidades de su trabajo son claros, por tanto Ud. conoce qué se espera de las acciones a cumplir.	5	4	3	2	1
5	El trabajo en su servicio está bien organizado.	5	4	3	2	1
6.	Puede en su trabajo poner en juego y desarrollar sus habilidades.	5	4	3	2	1
7.	A usted se le proporciona información oportuna y adecuada para el desempeño y resultados alcanzados en la actuación al paciente y la familia.	5	4	3	2	1

### Trabajo General

8.	Siente que puede adaptarse a las condiciones que ofrece el medio laboral de CAMIULA.	5	4	3	2	1
9.	La institución le proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en su trabajo.	5	4	3	2	1
10.	En términos generales se siente satisfecho con la institución de salud (CAMIULA).	5	4	3	2	1

### Interacción con el jefe inmediato

11.	Considera usted que los Directivos y/o jefes generalmente le reconocen su trabajo.	5	4	3	2	1
12.	Percibe usted que los Directivos y/o jefes dan solución a los problemas de manera creativa y buscan constantemente la innovación y las mejoras para la Institución.	5	4	3	2	1
13.	Cree usted que los Directivos y Jefes toman decisiones con la participación de los trabajadores del centro de atención.	5	4	3	2	1
14.	Piensa usted que los directivos del centro de atención hacen los esfuerzos necesarios para mantener informados oportunamente a los trabajadores sobre los asuntos que les afectan e interesan, así como del rumbo de la institución.	5	4	3	2	1

### Oportunidades de Progreso

15.	Usted tiene suficiente oportunidad para recibir capacitación que le permita el desarrollo de sus habilidades asistenciales para la atención integral.	5	4	3	2	1
16.	Usted tiene suficiente oportunidad para recibir capacitación que permita su desarrollo humano como profesional.	5	4	3	2	1

### Remuneraciones e incentivos

17.	Percibe usted que su sueldo o remuneración es adecuada en relación al trabajo que realiza y a su calidad de vida.	5	4	3	2	1
18.	Cree usted que la institución se preocupa por las necesidades primordiales del personal médico y de todos los integrantes del Equipo de Salud.	5	4	3	2	1
19.	Considera usted que los compañeros de trabajo en general, están dispuestos a apoyarse para completar las actividades, aunque esto signifique un mayor esfuerzo.	5	4	3	2	1
20.	Usted está satisfecho con los procedimientos disponibles para resolver los reclamos de todos los trabajadores del centro asistencial.	5	4	3	2	1

### Ambiente de Trabajo

21.	Usted tiene conocimiento claro y transparente las políticas y las normas del personal de la institución.	5	4	3	2	1
22.	Cree usted que los trabajadores son tratados bien, independientemente del cargo que ocupan.	5	4	3	2	1
23.	Considera usted que el ambiente de la Institución le permite expresar opiniones con franqueza a todo nivel sin temor a represalias.	5	4	3	2	1
24.	El nombre y prestigio de su institución es gratificante para usted	5	4	3	2	1

### Parte IIIB. SECCIÓN DE COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.

**INSTRUCCIONES.** Si existen asuntos especiales que usted desea destacar, escriba sus comentarios en esta página. **POR FAVOR, NO FIRME.** (Recuerde que esta encuesta es anónima). Siéntase en libertad de expresar su opinión sobre el tema(s) que le preocupe y desee hacer de su conocimiento:

---



---



---

**ANEXO C.**  
**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL CENTRO DE**  
**ATENCIÓN**

Esta herramienta le ayudará a determinar el estado de las condiciones de su centro de salud. Para llenar este formulario es necesario que marque con una **X** la casilla que en su mejor criterio, corresponde al grado de cumplimiento del centro asistencial en la pregunta respetiva. Es importante que usted responda todas las preguntas que se le hacen y que conteste en solo una de las casillas de puntuación.

**A los criterios a evaluar se les asignará el siguiente puntaje: Cumple = 2 puntos. No cumple = 1 punto**

<b>1.1. Infraestructura</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>
1. La institución cuenta con los servicios básicos (electricidad, agua potable, teléfono y disposición de excretas)		
2. La institución cuenta con servicios sanitarios: baños y lavamanos para el público y personal, tienen éstos señalización y ventilación adecuada		
3. Existen ambientes definidos para: información de usuarios, validación de derechos, salas de espera, consultorios de Medicina Familiar y otras especialidades, Emergencia, servicios generales como mantenimiento y aseo.		
4. La iluminación natural de todos los ambientes es suficiente para las actividades diarias corrientes; la temperatura y ventilación son adecuadas.		
5. Las paredes (internas y externas) se hallan en buen estado, son agradables y no se encuentran goteras ni filtraciones.		
6. Se dispone de un plan de urgencias e infraestructura en caso de desastre.		
7. La instalación eléctrica se encuentra funcionando con interruptores y tomas de corriente en buen estado.		
8. En los ambientes, el mobiliario, equipo, utensilios y demás artículos se encuentran ubicados funcionalmente, sin que exista improvisación para su ubicación.		
<b>1.2 Equipamiento</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>
9. En el consultorio de Medicina Familiar existen: mesa de examen, 2 sillas, 1 escritorio, balanza de peso/talla, tensiómetro, equipo diagnóstico (otoscopio y fondo de ojo), cinta métrica, termómetro, negatoscopio y equipo básico de ginecobstetricia.		
10. La sala de espera es adecuada en mobiliario y permite un mínimo de comodidad a los usuarios.		
11. En la sala de espera el usuario (a) puede contar con material o equipo educativo para la salud (Tv/video) que se encuentren funcionando permanentemente.		
12. Existen estrategias y procedimientos escritos a seguirse en el caso de fallas de equipos, especialmente de la cadena de frío.		
13. Existe un procedimiento para detectar equipos obsoletos, técnica antigua, ausencia de repuestos, para gestionar su descarte.		
14. El 100% de funcionarios a cargo o en relación de los equipos, conoce que existen normas escritas y sabe cómo proceder en el caso de fallas de los mismos.		
15. Se desechan los recipientes, equipos, agujas y utensilios denominados “desechables”, después de un solo uso.		
16. Existe equipo de alta tecnología que permita la conexión en red, para acceso a información, expedientes y/o actualización en atención de programas al personal.		

<b>1.3. Prevención</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>
17. En su consultorio se conoce la población total del área geográfica asignada, por sexo y grupo de edad y estos datos se hallan registrados.		
18. El centro de salud posee refrigerador con termómetro y hoja de control. Dentro del mismo se encuentran ordenadas e identificadas vacunas. Debe incluirse plan de emergencia descriptivo en caso de falla eléctrica.		
19. Existe un procedimiento para la capacitación del personal en las normas de la cadena de frío.		
20. El personal recibe adiestramiento y capacitación en comunicación interpersonal para orientación y charlas educativas.		
<b>1.4. Información</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>
21. Existe un responsable específico de la información que está identificado y que se encuentra permanentemente en un lugar visible al usuario(a) en los horarios de atención.		
22. Existe un sistema de sugerencias y quejas del usuario(a) con buzón y/o libro de quejas, cuyos afiches son visibles y explicativos en los ambientes de espera y consultorio.		
23. En un recorrido el (la) usuario(a) identifica con facilidad desde el ingreso hasta la salida la ubicación de cada uno de los consultorios y demás dependencias.		
24. Todo el personal utiliza identificación clara y visible.		
25. Existen afiches visibles, enmarcados, donde se explican programas y servicios del centro de salud y derechos de los usuarios con lenguaje claro y que permiten información y educación permanente.		
26. Existe un reglamento interno para el personal que especifica las características del trato al usuario(a) e incluye normas sobre las conductas e interacción con estos.		
27. Existe un sistema de visitas a domicilio y/o comunidad que en forma regular con medios escritos y gráficos anuncia los beneficios y prestaciones del centro de salud.		
28. Se informa al paciente sobre las bondades de CAMIULA.		
<b>1.5. Limpieza</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>
29. Existe un manual de procedimientos y funciones de limpieza que conoce el personal.		
30. Se dispone en forma permanente de material de limpieza como escoba, jabón, detergente, bolsas plásticas y basureros.		
31. Existe un programa de capacitación para el personal de limpieza sobre la correcta utilización de los desinfectantes y procedimientos de limpieza.		
32. Está definida la responsabilidad de supervisión de la limpieza en forma escrita a cargo del administrador como responsable.		
33. Los pisos son limpiados dos veces al día, con jabón y/o detergente y existe prohibición de barrido en seco, excepto casos especiales como consultorios, circulación del público o pisos especiales.		
34. En el interior del consultorio no existe basura acumulada.		
35. Cuenta con un responsable de limpieza y los procedimientos están normalizados, incluyendo el uso de desinfectantes. Existen normas para el tratamiento de elementos o excretas potencialmente contaminantes (hepatitis B, VIH, SIDA, salmonelosis).		
36. Los pisos, techos, estructura física, puertas y ventanas de la infraestructura son revisados periódicamente al menos una vez al año para efectuar reparaciones y corregir posibles problemas.		
37. El personal dispone de baños accesibles y limpios.		
<b>1.1. Procedimientos</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>
38. Existen en uso el centro de registros de salud con las historias archivadas y al concluir la consulta, los archivos están numerados de acuerdo al código del		

consultorio.		
39. En la historia clínica es posible constatar que se registran y llenan todas las casillas contempladas en la misma así como se define el diagnóstico y terapéutica. Las historias clínicas tienen firma y sello legible del médico.		
40. Están identificados los procesos críticos (protocolos) en la atención médica al usuario en consulta externa de las patologías más frecuentes. Los protocolos han sido elaborados por el personal del ambulatorio y validados por los médicos.		
41. El centro de salud ha implementado un sistema de revisión de historias clínicas y el mismo se cumple periódicamente.		
42. Existe un comité de calidad y equipos de mejoramiento continuo que se reúnen al menos una vez al mes.		
43. El centro de salud cuenta con caja chica reglamentada en forma escrita, es posible conocer los ingresos y egresos de la misma en el momento de la evaluación, además se rinden cuentas de manera regular.		
44. Existe una persona responsable de la estadística que puede proporcionar información oportuna y completa de los servicios que otorga el centro de salud y existe una serie anual resumida.		
45. La oficina de personal tiene registrado a la totalidad del personal profesional y no profesional, así como la existencia y planificación de las vacaciones.		
46. El centro de salud ha implementado un sistema de citas previas para la consulta de Medicina Familiar.		
47. El promedio de tiempo de espera en la consulta en Medicina de Familia de los usuarios previamente citados es de 20 minutos o más.		
48. Existe una evaluación de 5 expedientes clínicos por consultorio mensual, que son analizados por un Comité de evaluación y retroinformación de los resultados. (Auditorías de la atención de Salud).		
49. Existe un plan de motivación y desarrollo permanente del personal, donde se incluye estímulos, incentivos y reconocimientos, el cual se cumple con regularidad.		
<b>1.2. Enfermería</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>
50. El centro de salud cuenta con una jefatura de Enfermería.		
51. La toma de signos vitales es realizada por la auxiliar de enfermería y/o enfermera de cada consultorio.		
52. El personal de enfermería conoce los horarios, responsabilidades y otros procedimientos administrativos y de relacionamiento profesional con el centro de salud.		
53. El personal de enfermería ha organizado equipos de trabajo y/o charlas para apoyar al mejoramiento humano y profesional de su personal (pueden ser charlas informales).		
54. El personal de enfermería se reúne tan frecuentemente como sea necesario, pero no menos de 6 veces al año, para identificar problemas de su área. Se lleva un libro de actas que documenta todas las recomendaciones o acciones propuestas.		
<b>1.3. Consulta</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>
55. El horario de atención de los consultorios de Medicina Familiar es de 8 horas por turno en forma diaria, cuenta con apoyo de radiología y laboratorio, al menos por seis horas de atención.		
56. Sin necesidad de hacer cálculos, el centro de salud puede precisar el número de horas médicas y de enfermería ofertadas y de establecer que existe al menos una hora de enfermería por cada hora médica.		
57. En visita a consultorios se puede observar la existencia de: formularios de historias clínicas, hojas de evolución, recetarios, exámenes complementarios, referencias.		

58. Existe un programa de educación permanente para el personal de Medicina Familiar, que se ejecuta regularmente al menos en un 50% con el personal de Medicina General.		
59. El personal de cada consultorio de Medicina Familiar conoce su área de influencia y su pirámide poblacional.		
60. Se utiliza una hoja de registro diario de usuarios(as) en cada consultorio, que se encuentra en uso verificable por revisión del día anterior.		
61. Se utiliza de manera sistemática árboles de decisión (algoritmos de diagnóstico y tratamiento) en los programas de atención en salud.		
62. Existen normas de protocolo y atención para las enfermedades de consulta más frecuentes del centro de salud.		
63. Los(as) médicos(as) atienden de acuerdo a normas y protocolos en vigencia.		
64. El usuario(a) percibe que es escuchado activamente por el médico, durante la consulta.		
65. El médico comunica en forma sencilla, clara y con lenguaje adecuado acerca de su padecimiento y su diagnóstico, los pasos a seguir y su tratamiento.		
<b>1.4. Medicamentos</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>
66. Existe farmacia en el Ambulatorio y tiene un reglamento de funcionamiento.		
67. La farmacia del centro de salud está dirigida por un farmacéutico titulado y legalmente habilitado.		
68. Existe un sistema de reposición de medicamentos en uso, donde al menos cada mes se solicite un nuevo pedido al almacén central.		
69. La entrega de medicamentos se utiliza utilizando la regla de “Primeros en expirar primeros en salir”.		
70. La cantidad de medicamentos requeridos son almacenados con inventario semanal y mensualmente son supervisadas por el regente de farmacia.		
71. En todos los consultorios están presentes los formularios terapéuticos.		
72. El personal encargado de la entrega de medicamentos a los usuarios, lo hace en forma cordial y amable.		
<b>1.10. Referencia</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>
73. Se disponen de normas de referencia y contra referencia para derivar los casos que exceden la capacidad resolutoria del centro de salud a establecimientos de mayor complejidad.		
74. Están claramente definidas las competencias del centro de salud, en relación al nivel de atención y complejidad de las prestaciones que debe atender. Debe existir un documento normativo de las prestaciones que deriva.		
75. El centro de salud cuenta con un sistema de comunicación (teléfono, radio o ambos) en pleno funcionamiento.		
76. Verificar el listado y cumplimiento de al menos tres casos que hayan requerido del sistema de referencia y contra referencia en la revisión de una muestra aleatoria.		
77. El centro de salud cuenta con una ambulancia o transporte propio o contratado para realizar la transferencia de pacientes de acuerdo a requerimiento.		
78. Se informa al usuario(a) que una vez terminada su atención debe retornar a su consultorio del centro de salud para dar continuidad a la atención.		
79. Existe un laboratorio de análisis clínicos en el que se puede procesar sin delegar a otro laboratorio los análisis del centro de salud.		
<b>1.11. Gestión</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>
80. El centro de salud cuenta con un médico que conduce la atención, elegido por concurso de méritos y según normas institucionales, el cual organiza y preside el Comité de calidad.		

81. El centro de salud debe contar con un inventario de equipamiento, instrumental y laboratorio, así como listado de prestaciones que otorga cada uno de los servicios de la institución.		
82. Existe una declaración escrita de la visión y misión del Ambulatorio y todo el personal y los miembros de la dirección y de la comunidad están familiarizados con ella.		
83. Existen las descripciones detalladas de los cargos del personal y todas están actualizadas.		
84. El centro de salud cuenta con un manual de los procedimientos administrativos y trámites de rutina en los que se encuentran estipulados en forma escrita los principales pasos de cada circuito.		
85. Cada usuario(a) está asignado(a) a un profesional del centro de salud, de acuerdo con su comunidad, por el que se canalizan las transferencias a otros especialistas si el caso ameritara.		
86. Existe una programación mensual para reuniones de educación médica continua, se realiza enseñanza en las 20 patologías más frecuentes en el centro de salud, especialmente de aquellas en los que se observa menores índices de congruencia Clínico, Diagnóstico y Tratamiento.		
87. Existe programación para ofrecer Educación para la Salud de acuerdo a las necesidades prevalentes desde el punto de vista Biopsicosocial.		

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

**ANEXO D**  
**COEFICIENTE DE VALIDEZ DE CONTENIDO (CVC) DEL INSTRUMENTO**  
**SATISFACCIÓN DEL USUARIO.**

Nº de ítem	Jueces			$\sum x_{ij}$	Promedio	Cvc <sub>i</sub>	Pe <sub>i</sub>	Cvc <sub>ic</sub>
	Juez 1	Juez 2	Juez 3					
1	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
2	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
3	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
4	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
5	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
6	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
7	4	5	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
8	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
9	4	5	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
10	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
11	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
12	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
13	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
14	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
15	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
16	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
17	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
18	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
19	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
20	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
21	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
22	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
23	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
24	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
25	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963

**Coefficiente de Validez de Contenido Total (Cvc<sub>t</sub>):**

$$Cvc_t = \frac{\sum Cvc_{ic}}{N} = \frac{23,745}{25} = 0,9498$$

**Coefficiente de Validez de Contenido Total Corregido (Cvc<sub>tc</sub>):**

$$Cvc_{tc} = Cvc_t - Pe = 0,9498 - 0,037 = 0,9128$$

## ANEXO E

**COEFICIENTE DE VALIDEZ DE CONTENIDO (CVC) DEL INSTRUMENTO DE  
SATISFACCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD.**

N° de ítem	Jueces			$\sum x_{ij}$	Promedio	Cvc <sub>i</sub>	Pe <sub>i</sub>	Cvc <sub>ic</sub>
	Juez 1	Juez 2	Juez 3					
1	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
2	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
3	4	5	5	14	4,97	0,934	0,037	0,897
4	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
5	5	4	5	14	4,97	0,934	0,037	0,897
6	5	4	4	13	4,33	0,866	0,037	0,829
7	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
8	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
9	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
10	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
11	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
12	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
13	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
14	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
15	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
16	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
17	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
18	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
19	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
20	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
21	5	5	4	14	4,97	0,934	0,037	0,897
22	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
23	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
24	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963

**Coefficiente de Validez de Contenido Total (Cvc<sub>t</sub>):**

$$Cvc_t = \frac{\sum Cvc_{ic}}{N} = \frac{22,62}{24} = 0,9425$$

**Coefficiente de Validez de Contenido Total Corregido (Cvc<sub>tc</sub>):**

$$Cvc_{tc} = Cvc_t - Pe = 0,9425 - 0,037 = 0,9055$$

**ANEXO F**  
**COEFICIENTE DE VALIDEZ DE CONTENIDO (CVC) DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL CENTRO DE ATENCIÓN.**

Nº de ítem	Jueces			$\sum x_{ij}$	Promedio	Cvc <sub>i</sub>	Pei	Cvc <sub>ic</sub>
	Juez 1	Juez 2	Juez 3					
1	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
2	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
3	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
4	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
5	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
6	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
7	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
8	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
9	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
10	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
11	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
12	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
13	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
14	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
15	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
16	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
17	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
18	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
19	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
20	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
21	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
22	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
23	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
24	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
25	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
26	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
27	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
28	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
29	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
30	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
31	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
32	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
33	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
34	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
35	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
36	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
37	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
38	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
39	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
40	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
41	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
42	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
43	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
44	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
45	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963

46	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
47	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
48	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
49	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
50	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
51	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
52	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
53	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
54	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
55	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
56	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
57	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
58	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
59	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
60	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
61	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
62	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
63	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
64	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
65	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
66	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
67	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
68	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
69	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
70	5	4	5	14	4,67	1,000	0,037	0,897
71	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
72	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
73	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
74	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
75	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
76	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
77	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
78	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
79	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
80	5	3	5	13	4,33	0,866	0,037	0,829
81	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
82	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
83	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
84	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
85	5	5	5	15	5,00	1,000	0,037	0,963
86	5	4	5	14	4,67	0,934	0,037	0,897
87	5	3	5	13	4,33	0,866	0,037	0,829

**Coefficiente de Validez de Contenido Total (Cvc<sub>t</sub>):**

$$Cvc_t = \frac{\sum Cvc_{ic}}{N} = \frac{82,649}{87} = 0,95$$

**Coefficiente de Validez de Contenido Total Corregido (Cvc<sub>tc</sub>):**

$$Cvc_{tc} = Cvc_t - Pe = 0,95 - 0,037 = 0,913$$