

# CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA EN EL CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, MÉRIDA, VENEZUELA.

**Torres Alexi Mejía María, Chipia, Joan**

Departamento de Medicina Preventiva y Social, Universidad de Los Andes. Correo.<sup>2</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Social, Universidad de Los Andes. Correo. [mariarno@hotmail.com](mailto:mariarno@hotmail.com), [raneco@hotmail.com](mailto:raneco@hotmail.com), [joanfernando130885@gmail.com](mailto:joanfernando130885@gmail.com).

## *Resumen.*

Objetivo: evaluar la calidad de la atención en el Servicio de Medicina de Familia del Centro de Atención Médico Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA), tomando en cuenta: estructura, proceso, resultados e impacto, durante el período de septiembre a noviembre de 2015. Metodología: investigación evaluativa, de campo y transversal. Se aplicaron tres instrumentos: calidad de la atención, satisfacción del usuario y satisfacción del equipo de salud. Resultados: la calidad de la atención es regular, con inconvenientes en la información, equipamiento y prevención. Los indicadores de resultados mostraron que el rendimiento, la utilización y la concentración fueron bajos; mientras que el porcentaje de ejecución se ubicó en el nivel medio. En los indicadores de impacto las dos primeras causas de morbilidad se refieren a trastornos metabólicos (37.5%) y cardiovasculares (19.0%). El grado de satisfacción en el usuario fue excelente con valor medio de 95.2%, mientras que la percepción del equipo de salud fue de regular a buena. La prueba del chi-cuadrado mostró diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre la satisfacción del equipo de salud por infraestructura, información, limpieza, medicamentos, referencia y gestión. Conclusiones En el Servicio de Medicina de Familia de CAMIULA se encontró que la satisfacción del usuario fue excelente con buena satisfacción del equipo de salud, sin embargo la calidad de la atención fue regular, por ello, se proponen estrategias de solución, utilizando la matriz DOFA y sus planes de acción.

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

## *Abstract.*

### **Care quality in family medicine. Integral Medical Care Center of the University of Los Andes, Mérida, Venezuela.**

Objective: To evaluate the Health Care Quality in the Family Medicine Service of the Integral Medical Center of the University of Los Andes (CAMIULA), taking in account: structure, process, results and impact, during the period September - November, 2015. Methodology: Evaluative, field and cross-sectional research. Three instruments were applied that measured care quality, user satisfaction and health team satisfaction. Results: Care quality is regular, with shortcomings in information, equipment and prevention. The outcome indicators showed low performance, utilization and concentration; while the percentage of execution was located at medium level. In the impact indicators it was found that the first two causes of morbidity refer to metabolic (37.5%) and cardiovascular disorders (19.0%). The user satisfaction degree was excellent with average value of 95.2%, while the health team perception was between regular and good. It was determined by the chi-square test statistically significant differences ( $p < 0.05$ ) between the satisfaction of the health team for infrastructure, information, cleanliness, medication, referral and management. Conclusions: In the Family Medicine Service of CAMIULA, it was found that user satisfaction was excellent and health team satisfaction good, however, there was a regular care quality; therefore, solution strategies are proposed using the DOFA matrix and their action plans.

**Key words:** Care Quality; User Satisfaction; Health Team Satisfaction.

## **INTRODUCCIÓN.**

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 cantidad y 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.

Evaluar la calidad de la atención desde la mirada del usuario, permite acercarse a la realidad que percibe

el mismo sobre los aspectos relacionados con la estructura, el proceso, el resultado y el impacto en los centros asistenciales donde demanda atención de salud. La estructura es el perfil institucional, considerando la combinación de recursos. El proceso vigila una serie de pasos o acciones que intervienen en la dinámica salud-enfermedad, del individuo, la familia y la comunidad. 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. El impacto, es la combinación de procedimientos y métodos que juzgan el servicio en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población, por lo que para la presente investigación se consideró la morbilidad registrada, la satisfacción de los usuarios y la satisfacción del equipo de salud.

Existen pocas investigaciones sobre la satisfacción del equipo de salud, recursos imprescindibles en la calidad de la atención, son ellos quienes actúan directamente con el paciente o usuario, sea en la promoción, prevención, restitución y rehabilitación de la salud. Asimismo, de manera individual al personal médico y de enfermería, para determinar la calidad de la atención.

Para mejorar el desempeño de las instituciones de salud, estas deben ser evaluadas considerando la dimensión de calidad, necesidades explícitas e implícitas, grado de satisfacción de los usuarios y de los actores que funcionan como equipo de salud, por ello se justifica la evaluación de la institución en cuanto a la estructura, proceso y resultado, en esta oportunidad 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 también se justifica, porque al evaluar la calidad de la atención, se podrían proponer 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 cálida y con calidad.

**Objetivos de la investigación.** *General:* Evaluar la calidad de la atención de salud en el Servicio de Medicina de Familia del Centro de Atención Médico Integral de la Universidad de Los Andes (CAMIULA), tomando en cuenta la estructura, el

proceso y los resultados para los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2015. *Específicos:* 1) Describir la calidad de la atención de salud que se brinda en el Servicio de Medicina de Familia considerando los elementos que constituyen la estructura; 2) Analizar la calidad de la atención de salud que se brinda en el Servicio de Medicina de Familia en cuanto al proceso que se cumple en el CAMIULA; 3) Determinar la calidad de la atención de salud en el Servicio de Medicina de Familia en cuanto a los resultados obtenidos en la atención al usuario en el CAMIULA; 4) Determinar el impacto a través del grado de satisfacción del usuario y del equipo de salud en el Servicio de Medicina de Familia en el CAMIULA; 5) Establecer la relación entre la calidad de la atención en medicina de familia con la satisfacción del equipo de salud.

## **METODOLOGÍA.**

Estudio con enfoque cuantitativo, tipo de investigación evaluativa y diseño de campo, transversal (Hernández *et al.* 2014). Hipótesis: la calidad de la atención en medicina de familia influye en el grado de satisfacción del usuario y del equipo de salud. 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 de 2015. Se realizó un muestreo no probabilístico a conveniencia, tomando un total de 131 sujetos para medir el grado de satisfacción del usuario y la totalidad de los 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, que respondan el cuestionario, es decir, 12 trabajadores, que bajo su consentimiento informado respondieron el cuestionario (tabla 1). Método de recolección de datos: Se inició con la búsqueda de información en cuanto a estructura, proceso y resultado. Posteriormente se evaluó la satisfacción del usuario con el primer instrumento, con el segundo instrumento se determinó la satisfacción del equipo de salud y el tercer instrumento evaluó la calidad del CAMIULA, en este último se consideraron los elementos relacionados con la estructura y el proceso en el Servicio de Medicina de Familia.

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 ítem, 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 el proceso de validación de contenido, se consideró la opinión aportada por tres validadores. 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.

de 0.9055 y el instrumento de evaluación de la calidad en el centro de atención fue de 0.913, 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.

Tabla 1. Variables de la investigación.

Objetivo específico	Variable	Categorías/Escala de medición	Indicadores	Información
Describir la calidad de la atención médica en el Servicio de Medicina de Familia en el CAMIULA	Calidad de la atención médica.	Óptimo, Regular, Bajo / Escala Ordinal  Cumple, No cumple/ Escala Nominal	Oportunidad de cita Concentración Rendimiento Utilización  Infraestructura Equipamiento Prevención Información Limpieza Procedimientos Enfermería Consulta Medicamentos Referencia Gestión	Registros del CAMIULA.  Recolectada por medio del Anexo C
Determinar el grado de satisfacción del usuario en el Servicio de Medicina de Familia del CAMIULA.	Grado de satisfacción del usuario.	Excelente, Bueno, Regular, Malo / Escala Ordinal	Frecuencia y Porcentaje	Recolectada por medio del Anexo A.
Analizar el grado de satisfacción del equipo de salud con base en la atención prestada en el Servicio de Medicina de Familia.	Grado de 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.
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.  Grado de satisfacción del equipo de salud	Si, No/Escala Ordinal	Chi-cuadrado	Anexos A y B

### RESULTADOS.

El resultado del CVC corregido para el instrumento de satisfacción del usuario fue de 0.9128, el instrumento de satisfacción del equipo de salud fue

En la evaluación de la calidad de atención en el servicio de Medicina de Familia en CAMIULA, considerando aspectos relacionados con la

estructura y el proceso se obtuvo que los empleados del servicio con respecto a la infraestructura, arrojó un porcentaje de cumplimiento del 71.6%; en equipamiento y en prevención arrojó un cumplimiento del 54.5%; en el criterio de información se apreció deficiente porque 66.1%. En la dotación de medicamentos la solo el 35.2% cumple con la misma. En cuanto al rubro limpieza hubo un cumplimiento del 62.6%.

En el cumplimiento de los procedimientos, se observó un 58.3%. En lo relativo al desenvolvimiento de enfermería se encontró un excelente rendimiento, en más de tres cuartas partes (81.8%). En cuanto a la consulta en general se observó un cumplimiento de efectividad fue del 84.4%. En lo que respecta al sistema de referencias, el porcentaje de cumplimiento fue del 72.7% y la gestión fue percibida como positiva en el 60.2% (Tabla 2).

Tabla 2. 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

Al relacionar las variables, por medio de 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%, se encontraron 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 hubo relación cuando se asoció con prevención, enfermería, procedimientos y consulta (Tabla 3).

Tabla 3. Prueba Chi-cuadrado de la satisfacción del equipo de salud por los aspectos de calidad de atención.

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

\*\* Diferencias estadísticamente significativas,  $p$  5%.

**Indicadores de calidad de atención.** La información se obtuvo de los registros médicos de salud del CAMIULA, para realizar los cálculos e interpretación de los indicadores de resultados. En relación con la Oportunidad de Cita, se encontró que en los registros médicos del CAMIULA no se registra dicha información, por ende no se pudo construir el indicador. El indicador Rendimiento del trimestre septiembre, octubre y noviembre para el año 2015, fue de 1.75 consultas/horas, lo que indica un rendimiento categorizado de regular a bajo. En relación con el mes de septiembre de 2015 hubo 1.17 consultas/horas; en el mes de octubre 1.64 consultas/hora y en el mes de noviembre se observó un aumento de 2.43 consultas/hora.

El 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 octubre fue de 61.16% y en noviembre de 41.11%.

En el indicador concentración, referido al total de atenciones por persona en un período determinado, mostró un promedio de atención de 4.16 consultas/personas, lo que indica cuatro consultas sucesivas por cada una de primera.

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 de Familia de CAMIULA a sus usuarios, en el cual se obtuvo un 37.5%, lo que indica un rendimiento bajo para el trimestre en estudio.

**Indicadores de Impacto.** Se analizó la morbilidad diaria proveniente de las historias clínicas registradas por consultorio de Medicina de Familia, no consolidada por el Departamento de Registros Médicos, según el personal, debido a no contar con la organización para ello. Se tomaron las 10 primeras causas de morbilidad, posterior a agrupar los síntomas y signos mal definidos, que constituyen problemas de salud que se van consolidando en diagnóstico “sindromáticos” en la continuidad de la atención, característica fundamental de la especialidad en Medicina de Familia. Se categorizaron las enfermedades por prevalencia de la siguiente manera: 1.- Enfermedades Metabólicas (diabetes, hiperinsulinismo, hipo e hipertiroidismo y obesidad) con un 37.5%. 2.- Enfermedades Cardiovasculares (19.0%). 3.- Infecciones de Vías Urinarias (13.7%). 4.- Enfermedades Respiratorias Superiores (Nariz, Boca, Faringe y Oídos) (8.1%) y el Síndrome Vertiginoso, (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%).

En cuanto al tipo de consulta preventiva en el servicio médico en estudio, se obtuvo que de las once (11) consultas preventivas, entre las más frecuentes: Pesquisa de Mama (49.4%), Pesquisa de Próstata (13.9%), Citologías (10.2%) y consultas ginecológicas (10.2%).

**Satisfacción del usuario.** Para evaluar la calidad de la atención médica se procesaron los datos relativos a la satisfacción del usuario (n = 131). De los 25 ítems, los 10 primeros corresponden a los datos socio-demográficos de los usuarios, el resto (del 11 al 25), mostraron porcentajes entre un 40% y un 100%, con valor medio de satisfacción del 95.2%, una variación promedio de 11.3% y una estabilidad de 0.99%. 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%), encontrándose que el grado de

satisfacción fue excelente en el 92.4% (121) de los usuarios, el 6.1% (8) bueno y el 1.5% (2) regular.

Es importante señalar que se efectuó un contraste de hipótesis en 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 en el nivel de confianza asumido.

**Satisfacción del equipo de salud.** Se entrevistaron 12 empleados fijos que conforman el equipo de salud: 6 Médicos de Familia, 4 enfermeras, 1 Trabajador Social y 1 Técnico en Registros de Salud. Este personal tiene cinco años o más de experiencia 91.7% y de uno a cuatro años el 8.3%. En la percepción del trabajo actual, el personal se ubicó entre las categorías totalmente de acuerdo (41.7%) y muy de acuerdo (33.3%), sin embargo se debe considerar que un 20.8% se ubicó en la categoría medianamente de acuerdo. Respecto al trabajo general la percepción es muy aceptable (63.9%), a pesar de que un grupo respondió medianamente de acuerdo (33.3%). La interacción con el jefe inmediato, pareciera poco accesible, porque más de la mitad (52.1%) opinó estar medianamente de acuerdo y una cuarta parte (25.0%) muy de acuerdo.

Las oportunidades de progreso son vistas con limitaciones, porque los mayores porcentajes se ubican por debajo del 50%, debido a que la categoría muy de acuerdo arroja un 37.5%, totalmente de acuerdo un 29.2% y medianamente de acuerdo el 20.8%. Las remuneraciones e incentivos para este personal es deficiente, si se considera que el 31,3% está medianamente de acuerdo, mientras que el 43.8% está caracterizado en totalmente en desacuerdo y casi en desacuerdo, y solo el 25.0% está de acuerdo (16.7%) y totalmente de acuerdo (8.3%). Finalmente, el ambiente de trabajo presentó una opinión aceptable, distribuida muy de acuerdo (35.4%) y totalmente de acuerdo (29.2%) y medianamente de acuerdo (2.5.0%).

Dados los resultados anteriores, se planteó contribuir con la institución facilitando un instrumento de evaluación, como la Matriz DOFA, en la cual se proponen estrategias de acción a cumplir para mejorar los planes de acción (Tablas 4, 5, 6, 7 y 8).

## 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 de carácter público o privado, son constructos sociales que se desarrollan en una trama compleja de relaciones entre diversos actores sociales con intereses diferentes, tal como lo describen Delgado-Gallego *et al.* (2010).

Navarrete *et al.* (2013) expresaban 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 merma en su presupuesto, situación que influye directamente en el CAMIULA de diversas maneras. Por ello, se llevó cabo la evaluación de la calidad en dicha atención en busca de que los directivos y el personal del servicio de medicina de familia conocieran la calidad de la atención prestada en el periodo de estudio, con miras a contribuir con el estado de salud de la población y su calidad de vida. En la evaluación de la estructura, en relación con la demanda en los 131 usuarios encuestados, se apreció que la mayoría son mujeres con edades entre 13 a 91 años, con un promedio de 45 años. Por lo general, a las mujeres les preocupa más su estado de salud y los de su grupo familia. 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 *et al.* 2007).

En cuanto al grado de instrucción, en su mayoría son de nivel universitario, esto es distinto a otro estudio relacionado, donde los usuarios con mayor satisfacción de la atención recibida son personas sin estudios o con estudios primarios y con un nivel económico menor (Meriño-Saldaña y Reyes-Díaz 2014). Hay que señalar que los usuarios con mayor asistencia al CAMIULA, son familiares de empleados. Estos resultados eran de esperarse, porque el centro asistencial es una institución donde demandan atención los universitarios y sus familiares de primero y segundo grado, no obstante, en los últimos años ha crecido la demanda al público en general a predominio de la atención por el área de la emergencia. Relativo al equipamiento y los recursos en el servicio en estudio, se halló que los mismos son suficientes para la atención brindada en el CAMIULA. Soto (2011) afirma que si bien es

cierto que la infraestructura, la disponibilidad de los insumos, la accesibilidad a los servicios de salud y los medicamentos son componentes fundamentales para brindar una atención sanitaria adecuada, es el recurso humano en salud quien sigue siendo el elemento fundamental para contribuir en una atención de salud y médica de calidad.

En CAMIULA, los equipos de salud 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. Aluden que según los cálculos en los Estados Unidos, añadir un médico familiar por cada 10000 habitantes, se asocia con 70 muertes menos por cada 100000 personas, lo cual equivale a una disminución del 9 % de la mortalidad. Este parámetro sería el ideal en los diferentes centros asistenciales, por lo menos donde se labora con médicos de familia. Bass del Campo (2012) afirma que en los Estados Unidos se estima que sería necesario un número de médicos determinado de acuerdo con la población demandante para los cuidados de patologías crónicas y favorecer los cuidados preventivos, considerando 10.6 horas y 7.4 horas médico al día respectivamente, en una población de 2500 personas, lo que ajustado a jornadas de 44 horas semanales, corresponde a 1 médico cada 1225 personas.

El trabajo en equipo en medicina de familia, con el apoyo de otras especialidades en la referencia vertical u horizontal, mejora el acceso, el uso de los servicios y los resultados en el estado de salud de la población demandante. No obstante, se optimiza cuando este equipo de salud es parte de intervenciones multifactoriales que incluyen consultas conjuntas, reuniones clínicas y seminarios educativos, entre otras iniciativas de trabajo colaborativo entre especialistas y profesionales de la atención primaria. Los médicos de familia se desempeñan como parte de un equipo de salud constituido por este especialista, el personal de enfermería, los trabajadores sociales los técnicos de estadísticas en salud, sumado al apoyo de los diferentes servicios, especialidades y sub especialidades para brindar atención cálida y de calidad a individuos y familias.

Tabla 4. Matriz DOFA.

	Fortalezas¶	Debilidades¶
Deficiencias en la calidad de atención del Servicio de Medicina de Familia, CAMIULA»	<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 de Familia con 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> <li>- Infraestructura adecuada.»</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> <li>- Deficiente reposición de cargos.¶</li> <li>»</li> </ul>
Oportunidades¶	<p>Generar una política universitaria destinada al fortalecimiento de las relaciones laborales y asistenciales 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 e impacto 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>¶</p> <p>Mejorar las técnicas de consolidación de los registros de salud en el Servicio de Medicina de Familia con el Departamento de Registros y Estadísticas de Salud de la Institución, con apoyo externo del ente regional de salud y otras instituciones universitarias.»</p>
Amenazas¶	<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 presupuestos asignados, 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>

Tabla 5. Plan de acción del cruce de Fortalezas y Oportunidades.

Objetivo	Actividades	Recursos	Resultados esperados	Responsables
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 e impacto 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 vigente 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.	Humanos -Abogados expertos en materia laboral. -Personal de oficina.  Materiales -Equipo y material de oficina.  Infraestructura e instalaciones -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.

Tabla 6. Plan de acción del cruce de Oportunidades y Debilidades.

Objetivo	Actividades	Recursos	Resultados esperados	Responsables
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 para el control de los gastos, procurando el rendimiento del recurso financiero	Humanos -Administradores y contadores con experiencia profesional en auditorías. -Personal auxiliar de contabilidad. -Personal de oficina.  Materiales -Equipo y material de oficina.  Infraestructura e instalaciones -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 y Estadísticas de Salud de la Institución, con apoyo externo del ente regional de salud y otras instituciones universitarias.instituciones universitarias.	-Capacitación del recurso humano existente.  -Contratación de recurso humano para el Departamento de Registros de Salud.	Humanos -Facilitadores  Financieros -Presupuesto  Materiales -Equipos audiovisuales y material didáctico.  Infraestructura e instalaciones -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.
---	--	--	---	--

Tabla 7. Plan de acción del cruce de Fortalezas y Amenazas.

Objetivo	Actividades	Recursos	Resultados esperados	Responsables
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 para el control de los gastos, procurando el rendimiento del recurso financiero	Humanos -Administradores y contadores con experiencia profesional en auditorías. -Personal auxiliar de contabilidad. -Personal de oficina.  Materiales -Equipo y material de oficina.  Infraestructura e instalaciones -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 y Estadísticas 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.	Humanos -Facilitadores  Financieros -Presupuesto  Materiales -Equipos audiovisuales y material didáctico.  Infraestructura e instalaciones -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.

Tabla 8. Plan de acción del cruce de Debilidades y Amenazas.

Objetivo	Actividades	Recursos	Resultados esperados	Responsables
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 sean necesarios	-Diagnóstico de las necesidades existentes.	Humano: -Médicos, enfermeras, bioanalistas, farmacéuticos, odontólogos.	Aumento en el rendimiento de los servicios de salud.	Dirección general.
	-Planificación presupuestaria.	-Personal de oficina.		Dirección médica.
	-Gestión de los recursos financieros.	Materiales: -Equipo y material de oficina.		Departamento Administrativo.
	-Evaluación y control de los recursos financieros.	Infraestructura e instalaciones: -Ambientes de oficina.		

Casi tres cuartas partes de los integrantes del equipo de salud del Servicio de Medicina Familiar perciben un buen cumplimiento de la infraestructura, y más de la mitad opina que se cumple el equipamiento, la limpieza y los procedimientos. Así como también hay buena percepción, en el aspecto de enfermería en casi la mayoría de los trabajadores, de la consulta, los medicamentos, la referencia y la gestión. Estos resultados son similares a los descritos en la investigación de Galvis (2005), porque uno de los problemas que encontró este investigador 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, la mayoría (92.4%) de los usuarios la perciben excelente, comportamiento similar al del estudio de Lobos *et al.* (2012). Estos investigadores obtuvieron valores de 90.0% y 88.6% en los servicios que evaluaron. Martín-Fernández *et al.* (2010) mostraron una satisfacción de 88.2% y Contreras *et al.* (2011) refieren 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 obtuvo la situación contraria.

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), excepto que los autores encontraron asociación con el sexo a predominio femenino.

La satisfacción del equipo de salud mostró en sus tres cuartas partes que el trabajo actual lo consideran entre muy de acuerdo y totalmente de acuerdo y una cuarta parte insatisfecho. El trabajo en general en más de la mitad en las categorías muy de acuerdo o superior, pero hay un porcentaje, nada despreciable (36.1%) medianamente de acuerdo o inferior. La interacción con el jefe inmediato es vista en la mitad de los entrevistados como medianamente de acuerdo, la otra mitad (52.1%) muy de acuerdo, una cuarta parte totalmente de acuerdo (29.2%) y sólo el 16.7% está totalmente o casi en desacuerdo.

En las oportunidades de progreso se obtuvo que dos terceras partes (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 (25.0%) 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. Estos resultados definitivamente deben ser tomados en cuenta por los

directivos institucionales, porque la calidad de la atención depende de la estructura, el proceso y los resultados, elementos que se conjugan para que la percepción de satisfacción del usuario y del equipo de salud sea lo más favorable posible cuando las condiciones institucionales lo permiten.

Contreras y Zambrano (2011) sugieren la importancia de incentivar al personal de salud y a la institución prestataria de salud de continuar buscando los elementos claves para mejorar la calidad de la atención. Es conocido que la satisfacción en el trabajo influye poderosamente sobre la satisfacción en la vida cotidiana de las personas. Boria-Reverter *et al.* (2012) aducen que a mayor posición jerárquica ocupada en el puesto de trabajo, mayor nivel de satisfacción genera, que a su vez se verá reflejada en la participación, decisiones, motivación en el trabajo y satisfacción específica con la tarea desarrollada. Estos autores afirman que la satisfacción laboral se relaciona con la orientación afectiva hacia los roles que se desempeña en el ámbito laboral.

Uno de los aspectos insatisfactorios del personal de salud es la remuneración, elemento que está directamente relacionado con la calidad de vida. Los trabajadores del CAMIULA manifestaron una gran insatisfacción 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, corrupción 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, también 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%. Estos resultados son parecidos a los reportados por Galvis (2005), en la cual se especifica que los servicios ofertados fueron calificados de buenos a excelentes, lo que significaría que servicios prestados en el centro de salud responden a las necesidades de salud.

De acuerdo con los estándares establecidos por Galán (2001), un rendimiento óptimo para otras especialidades (incluida Medicina de Familia) es de tres consultas por hora, lo que tiende a indicar que el rendimiento en los meses de septiembre y octubre

fue bajo (menos de dos consultas/hora), específicamente, en el mes de septiembre donde se registró una variación porcentual con respecto a lo establecido para el 2015 de 39%, dichos resultados podrían estar influenciados por la acentuación de un conflicto laboral, pues se limitó el tiempo asistencial, de tiempo completo de 6 horas diarias, a medio tiempo, sin embargo en el mes de octubre aumento el porcentaje a 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. Esta relación es un tanto paradójica, debido a que era inversa en los meses anteriores de los años en estudio, 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 médico.

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 persona, integrante de una familia y miembro de la sociedad. De allí la necesidad en la formación y actualización permanente del equipo de salud, debido a las responsabilidades que tienen en sus instituciones, donde una alternativa pudiera ser la educación a distancia, debido a los altos costos de la educación presencial, en busca de fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias, para poder consolidarse como profesionales de calidad y líderes efectivos en sus ámbitos de trabajo. Por otro lado, las escuelas de medicina deben incorporar en sus planes de estudios el componente de la 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, la clínica y la administración de salud entre las instituciones de atención a la salud y las universidades (Pavón-León y Gogeaescoechea 2004).

Finalmente, en el marco de la discusión efectuada, se plantea 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 con 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 FODA 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. Es una herramienta que puede considerarse sencilla y que permite obtener una perspectiva general de la situación estratégica de una organización determinada.

### CONCLUSIONES:

Se determinaron dificultades en la articulación entre la estructura, el proceso y los resultados, debido a que la calidad del Servicio de Medicina de Familia y la satisfacción del equipo de salud fue regular, en contraste, con la satisfacción del usuario la cual es percibida como excelente.

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

El Servicio de Medicina de Familia de CAMIULA, presenta 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.

Se considera que la calidad de atención en el CAMIULA, es regular, porque en la evaluación de los once aspectos, se observaron dificultades entre ellos los relacionados con la información, el equipamiento, la prevención, la limpieza en general, los procedimientos, la consulta y la gestión. Sin embargo, en lo referente a la infraestructura, el personal de enfermería, los medicamentos y las referencias se evidenciaron mejores resultados.

En el cruce de los aspectos de la 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 entre la satisfacción del equipo de salud relativo a la infraestructura, información, limpieza, medicamentos, referencia y gestión, mientras que no se observó relación cuando se cruzaron estas variables con la prevención, personal de enfermería, procedimientos y consulta.

El rendimiento, la utilización y la concentración como elementos de impacto fueron bajos, lo que

traduce problemas en la asignación de las citas para la atención médica, ocasionando limitaciones en la accesibilidad, quizá 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.

### 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 publicada.
- Bass del Campo, C. 2012. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*, 12: e5571.
- Boria Reverter, S., Crespi Vallbona, M., Mascarilla Mir, O. 2012. Variables determinantes de la satisfacción laboral en España. *Cuadernos de economía*, 35: 9-16.
- 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. Venezuela. Tesis presentada para optar al título de Especialista. No publicada.
- 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: 533-545.
- Galán, R. 2001. Indicadores directos e indirectos de calidad en salud. Médica Panamericana. Bogotá:
- 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. Venezuela. No publicada).
- Hernández, R. 2011. Instrumentos de recolección de datos. Validez y confiabilidad. Normas y formatos. Mérida: Consejo de Estudios de Postgrado, Universidad de Los Andes. Venezuela. No publicada.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. 2014. Metodología de la investigación (6a. Ed.). Mc Graw Hill. México, D. F.
- Ledesma, F., Flores, O. 2008. Medicina familiar: la auténtica especialidad en atención médica primaria. *Gaceta Médica de Caracas*, 116 (4): 330-340.
- Lobos, A., Cardemil, F., Loéza, C. *et al.* 2012. Satisfacción con la atención médica de pacientes

hospitalizados en un servicio clínico docente y en uno no docente Rev Chil Salud Pública 16: 16-25.  
Martín-Fernández, J., Del Cura-González, M., Gómez-Gascón, T. *et al.* 2010. Satisfacción del paciente en la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. Atención Primaria, 42: 196-203.  
Meriño-Saldaña, B., Reyes-Díaz, M. 2014. 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. No publicada.  
Navarrete-Navarro, S., Gómez-Delgado, A., Riebeling-Navarro, C. *et al.* 2013. La investigación sobre calidad de la atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social: estudio bibliométrico. Salud Pública de México, 55: 564-571.  
Pavón-León, P., Gogeoascoechea-Trejo, M. 2004. La importancia de la administración en salud. Revista

Médica de la Universidad Veracruzana, 4. Recuperado de: [https://www.uv.mx/rm/num\\_antteriores/revmedica\\_vol4\\_num1/articulos/admon-salud.htm](https://www.uv.mx/rm/num_antteriores/revmedica_vol4_num1/articulos/admon-salud.htm).  
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: 271-283.  
Soto, A. 2011. Recursos Humanos en Salud. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública, 28: 173-174. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v28n2/a01v28n2.pdf>

Recibido: 20 julio 2017. Aceptado: 25 agosto 2017

**MedULA** le invita a publicar en sus páginas, los resultados de sus investigaciones u otra información en ciencias de la salud.

**MedULA. Apartado 870. Mérida. Venezuela.**

[medula@ula.ve](mailto:medula@ula.ve)

[www.saber.ula.ve/medula](http://www.saber.ula.ve/medula)

### **MedULA en Internet**

Usted puede acceder y descargar todos los contenidos de la revista **MedULA**, a texto completo con figuras a todo color, desde algunas de las siguientes páginas de la Web, entre otras:

[www.saber.ula.ve/medula](http://www.saber.ula.ve/medula); [www.latindex.org](http://www.latindex.org); [www.periodica.org](http://www.periodica.org);  
[www.doaj.org](http://www.doaj.org); [www.freemedicaljournals.com](http://www.freemedicaljournals.com); [www.fj4d.com](http://www.fj4d.com);  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extrev?codigo=7642>;  
[www.portalesmedicos.com](http://www.portalesmedicos.com); <http://web5.infotracc.galegroup.com>;  
[www.ebsco.com](http://www.ebsco.com); [www.monografias.com](http://www.monografias.com); [www.imbiomed.com](http://www.imbiomed.com);  
[www.indexcopernicus.com](http://www.indexcopernicus.com)