



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

ESTUDIOS DE POSTGRADO

POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

***FACTIBILIDAD DE LA CREACIÓN DE UN SERVICIO MÉDICO
PARA EMPLEADOS DE LA CLÍNICA POPULAR DE CATIA***

Presentado por:

IVORAY TAHIMY ZURLENT HERNANDEZ

Para optar el grado de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TUTOR: MIGUEL ANGEL CARDOZO MONTILLA

Caracas, Febrero de 2012



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

ESTUDIOS DE POSTGRADO

POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de Tutor del Trabajo Especial de Grado titulado “Factibilidad de la creación de un servicio médico para empleados de la Clínica Popular de Catia”, presentado por la ciudadana Ivoray Tahimy Zurlent Hernández, portadora de la Cédula de Identidad N° V-5.216.722, para optar al Grado de Especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales en Salud, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación por parte del jurado que se designe.

En Caracas, a los veinticuatro días del mes de enero de 2012.

Prof. Miguel Angel Cardozo Montilla

C.I. N° V-14.015.023

ÍNDICE

Índice de Figuras, Gráficos y Tablas.....	vi
Resumen.....	viii
Introducción.....	1
Capítulo I. El Problema de Investigación.....	5
1.1. Planteamiento del Problema.....	5
1.2. Objetivos de la Investigación.....	8
1.2.1. Objetivo General.....	8
1.2.2. Objetivos Específicos.....	8
1.3. Justificación.....	8
1.4. Consideraciones Éticas.....	11
Capítulo II. Marco Referencial.....	13
2.1. La Organización.....	13
2.1.1. Visión.....	16
2.1.2. Misión.....	17
2.1.3. Organigrama.....	17
2.2. Antecedentes de la Investigación.....	17
2.3. Bases Conceptuales.....	20
2.3.1. Atención Primaria en Salud.....	24
2.3.2. Características.....	29

2.3.3. Alcance	29
2.4. Bases Legales	30
Capítulo III. Marco Metodológico	33
3.1. Tipo y Diseño de Investigación	33
3.1.1. Estudio de Factibilidad	34
3.1.2. Objetivos de un Estudio de Factibilidad	34
3.1.3. Estudio del Mercado	35
3.1.4. Análisis Técnico	36
3.1.5. Análisis Financiero	39
3.1.6. Consideraciones sobre la Estimación del VPN y la TIR	40
3.2. Población y Muestra	41
3.3. Variables del Estudio	42
3.3.1. Definición Conceptual	42
3.3.2. Operacionalización	43
3.4. Instrumentos de Recolección de Datos	43
3.5. Procesamiento y Análisis Estadístico de los Datos	45
Capítulo IV. Análisis de los Resultados	46
4.1. Descripción del Proyecto Social	46
4.2. Análisis de la Demanda	48
4.3. Análisis Técnico	57
4.3.1. Recursos Humanos	57
4.3.2. Equipos y Materiales	58
4.3.3. Infraestructura	60

4.4. Análisis Financiero	60
4.4.1. Costos Fijos	60
4.4.2. Costos Variables	61
Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones	63
Bibliografía	66
Anexo A. Encuesta para Determinación de la Demanda	69

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS Y TABLAS

FIGURAS pp.

1. Organigrama integral de la Clínica Popular de Catia.....18
2. Organigrama de consultas externas de la Clínica Popular de Catia.....19

GRÁFICOS pp.

1. Distribución de frecuencia absoluta de la muestra de acuerdo al grupo etario. Clínica Popular de Catia. 2011.....48
2. Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de la muestra de acuerdo al sexo. Clínica Popular de Catia. 2011.....49
3. Distribución de frecuencia absoluta de la muestra de acuerdo a los años de servicio. Clínica Popular de Catia. 2011.....51
4. Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas a la pregunta 1 de la encuesta. Clínica Popular de Catia. 2011.....52
5. Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas a la pregunta 1-a de la encuesta. Clínica Popular de Catia. 2011.....52
6. Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas a la pregunta 2 de la encuesta. Clínica Popular de Catia. 2011.....53
7. Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas a la pregunta 2-a de la encuesta. Clínica Popular de Catia. 2011.....54

8. Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas a la pregunta 3 de la encuesta. Clínica Popular de Catia. 2011.....	55
9. Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas a la pregunta 3-a de la encuesta. Clínica Popular de Catia. 2011.....	56

TABLAS

pp.

1. Operacionalización de la variable “Demanda”	44
2. Operacionalización de la variable “Recursos no financieros”	44
3. Operacionalización de la variable “Recursos financieros”	45
4. Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de la muestra de acuerdo al cargo. Clínica Popular de Catia. 2011.....	50
5. Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas a la pregunta 2-b de la encuesta. Clínica Popular de Catia. 2011.....	54
6. Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas a la pregunta 3-b de la encuesta. Clínica Popular de Catia. 2011.....	56



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

ESTUDIOS DE POSTGRADO

POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

FACTIBILIDAD DE LA CREACIÓN DE UN SERVICIO MÉDICO

PARA EMPLEADOS DE LA CLÍNICA POPULAR DE CATIA

Autora: Ivoray Tahimy Zurlent Hernández

Tutor: Miguel Angel Cardozo Montilla

Fecha: Febrero de 2012

RESUMEN

Esta investigación se realizó con el propósito de determinar la factibilidad de la creación de un servicio médico para los trabajadores de la Clínica Popular de Catia, mediante la estimación de la demanda real y de los recursos requeridos y disponibles, tanto financiera como no financiera. Para lograrlo, se llevó a cabo una investigación aplicada de tipo evaluativa que se desarrolló en tres etapas. La primera, diagnóstica, a través del diseño de una encuesta y administración de la misma a una muestra aleatoria de 164 trabajadores; la siguiente, analítica, mediante la interpretación de la información obtenida; finalmente, la etapa de formulación de conclusiones y recomendaciones, principal insumo en la toma de decisiones, de la alta gerencia de la Institución, relacionada con la creación del servicio médico propuesto. Como resultado de la encuesta se estableció, entre otras cosas, que el total de la muestra desea contar con dicho servicio, mientras que con el análisis de las otras variables del estudio se confirmó la viabilidad de su creación, ya que se cuenta con todos los recursos requeridos para desarrollar este servicio en la Organización.

Descriptores: Atención primaria en salud, recursos humanos en salud, servicios de salud del trabajador.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la gerencia de servicios de salud, ha permitido sembrar la semilla de valoración del correcto manejo de las diversas instituciones sanitarias, públicas o privadas, con el mejoramiento cualitativo de los profesionales que desean actualización, conocimiento y nuevas competencias para contribuir a su desempeño gerencial, alcanzando mejoras o cambios significativos en las empresas o instituciones que se corresponden con su ámbito laboral.

La labor fundamental de todo gerente es crear un ambiente en el cual los empleados puedan lograr las metas en el menor tiempo, por lo que deben crear condiciones laborales óptimas que permitan una acción eficaz de sus trabajadores, para obtener así los resultados deseados y alcanzar las metas establecidas.

Ahora bien, una de las misiones básica y fundamental de toda organización consiste en conseguir que el talento humano sea efectivo, puesto que son las unidades de producción dentro de ese sistema. Para que esto se logre es necesario que gocen todos sus trabajadores de salud integral idónea, entendiéndose esto como bienestar físico, psicológico y

social, que por supuesto es mucho más que la atención médica, sea esta ambulatoria o hospitalaria.

Sin excepción, toda la población debe tener acceso permanente a servicios que fomenten su salud y le prevengan el riesgo de enfermar, así como a los servicios curativos más apropiados para combatir las enfermedades y accidentes de mayor prevalencia. Sin embargo, esto no se cumple ya que actualmente se cuenta con un sistema de salud fragmentado, incapaz de resolver los problemas, exigencias y demandas de esta índole de la población, la cual se encuentra insatisfecha por la crisis asistencial dada por el mal funcionamiento de los hospitales y ambulatorios debido, entre otros factores, por la pérdida de la capacidad rectora del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), escasa participación ciudadana, falta de renovación tecnológica, poca accesibilidad de la población a estos servicios, los cuales se practican en ocasiones de manera deshumanizada y mercantilista, así como por hospitales y ambulatorios que han rebasado su capacidad de atención, generándose en ellos el colapso total.

Todo esto ha traído como consecuencia que los propios trabajadores del sector salud, no consigan muchas veces en su sitio de trabajo, incluso siendo trabajadores del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), ver remediadas sus necesidades al momento de enfermarse. Por tanto, este Trabajo Especial de Grado recoge la propuesta de la creación de un servicio

médico dirigido a los trabajadores de la Clínica Popular de Catia, para lo que se hizo un estudio de factibilidad que tomó en consideración el hecho de tratarse de un proyecto de inversión de carácter social y, por ende, sin fines de lucro.

El trabajo se presenta en cinco capítulos, a saber:

- **El problema de investigación**, en el que se analiza el problema objeto de la investigación, incluyendo sus causas y efectos, se planteó el objetivo general, los objetivos específicos, la justificación y las consideraciones éticas.
- **Marco referencial**, en el que se hace referencia a los conceptos y aspectos referenciales que sirvieron de sustento a la investigación.
- **Marco metodológico**, en el que se describe toda la metodología que se empleó para desarrollar exitosamente el estudio de factibilidad propuesto.
- **Análisis de los resultados**, donde se interpreta como primera fuente de información los resultados de una encuesta dirigida a los propios trabajadores de la institución, con la que se estableció la demanda existente por servicios de salud. Adicionalmente, se señala el análisis tanto de los recursos humanos y materiales como de los costos fijos y variables asociados al servicio propuesto.

- **Conclusiones y recomendaciones**, en el que se señalan los hallazgos más importantes del estudio realizado y se proporcionan algunas recomendaciones orientadas a facilitar la creación del servicio médico para los trabajadores de la Clínica Popular de Catia.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

La salud es un gasto para las naciones, pero es un derecho del ciudadano y va muy entrelazada a la seguridad nacional de cualquier país. No se puede negar que la salud es una problemática mundial que no excluye a países subdesarrollados o ricos. Venezuela, sobre este tópico, deja mucho que decir y en el presente su realidad es alarmante, tanto por la deficiencia como por la poca responsabilidad del Gobierno y otros actores, afectando seriamente a los venezolanos.

Actualmente se tiene la visión privada que para mejorar un servicio médico hay que aumentar los costos (Federación Médica Venezolana, 2006). No se reconoce que el problema radica en el modelo de gestión de salud que se aplica en nuestro país, lo que ocasiona las insuficiencias que vemos a diario en el sistema público y el deterioro de la formación académico-profesional de los nuevos galenos. Esto ha traído como consecuencia que la mayor parte de los servicios médicos observados limitan su campo de acción

al plano curativo, lo cual supone un gasto elevado de recursos en atención de enfermos, con escasas y en ocasiones aberrantes acciones preventivas.

Los continuos cambios en la economía nacional, la falta de discusiones de diferentes contratos colectivos en los hospitales y centros dependientes del MPPS, IVSS, alcaldías y gobernaciones, aunado a la transferencia y centralización de los Hospitales al nivel central, la inflación galopante y el encarecimiento de la vida, limitan el poder adquisitivo del personal que trabaja en el sector salud, agravándose esto con la actual situación de descalce entre la oferta y la demanda de servicios de salud que funge como presión sobre los precios y tarifas de los servicios prestados.

Resulta discordante que para los empleados públicos de la salud, aún los de una institución como el IVSS, que ofrece asistencia médica integral gratuita como derecho fundamental de todos los venezolanos y venezolanas de acuerdo a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y las políticas de Estado, no gocen apropiadamente de ese beneficio. Esto comprende servicio médico, hospitalización, suministro de medicinas, odontología, prótesis, rehabilitación y servicios especializados. Los beneficios en especie por maternidad incluyen cuidados prenatales, asistencia obstétrica y cuidados posnatales, atención pediátrica y todos los beneficios previstos en el Programa de Enfermedad General. En la práctica, no se dispone de un sistema de seguridad social o de instituciones que le permita

el fácil acceso a los trabajadores del IVSS a estos servicios de salud tan fundamentales, aun cuando gozan del Seguro Social Obligatorio como un derecho que otorga el texto constitucional.

A su vez, los individuos que trabajan en centros de salud se encuentran expuestos a los riesgos de contraer enfermedades relacionadas con su trabajo e incluso a sufrir accidentes laborales. Por eso, todo centro de trabajo tiene la obligación de procurar y brindar a sus empleados un ambiente laboral adecuado, así como cumplir con las medidas básicas de saneamiento ambiental, donde los directivos se conviertan en promotores, educadores y asesores para la prevención de sus propios trabajadores.

En tal sentido, y conociendo la sensible situación del mencionado grupo de empleados que pertenecen a la Clínica Popular de Catia, quienes desde su inauguración en febrero de 2006 no cuentan, siendo trabajadores de la misma, con atención oportuna y de calidad en los momentos de enfermedad, ya que la Clínica presta servicio a una población estimada en aproximadamente 800.000 habitantes de la populosa zona del oeste de Caracas, lo que se traduce en que la consulta de médicos generales se encuentran abarrotadas todos los días y más aún la de los especialistas, con usuarios que han pedido su cita con meses de antelación, se planteó la siguiente interrogante:

¿Será factible la creación de un servicio médico para los empleados de la Clínica Popular de Catia?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General

Determinar la factibilidad de la creación de un Servicio Médico para los trabajadores de la Clínica Popular de Catia.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar la demanda de trabajadores que acudirán al servicio médico de la Clínica Popular de Catia.
- Determinar los recursos humanos, físicos y materiales, tanto requeridos como disponibles, para la instalación de dicho servicio.
- Estimar los recursos financieros necesarios y el impacto presupuestario de la creación y funcionamiento del mismo.

1.3. Justificación

En el sector público venezolano no existe un servicio de salud dirigido

netamente a sus empleados y la mayoría de las consultas médicas conducen al despilfarro de recursos y a la fragmentación. La inversión pública es insuficiente e impide competir para atraer y retener a las personas más valiosas que son los empleados. Ante esta problemática, se determinó en esta investigación la factibilidad de la creación de un servicio médico para aproximadamente 333 empleados de la Clínica Popular de Catia, perteneciente al IVSS, donde se siente la necesidad de atención primaria en salud cuya satisfacción podría motivar a los trabajadores, con lo que a su vez se contribuiría a incrementar la productividad y calidad en general.

Este nuevo servicio permitiría a la Organización brindar seguridad y salud a través de un modelo de regulación de la atención médica, con una concepción preventiva precisamente dirigida a corregir las insuficiencias que existen dentro de la Clínica Popular de Catia. Esto debería servir para reducir el número ausencias injustificadas del personal por enfermedad y también para garantizar la protección del empleado público. Lo ideal sería que cuando el trabajador de la institución esté enfermo no tenga ir de consulta a consulta, o piso por piso, buscando quién lo pueda atender sin que eso suscite quejas de los usuarios, quienes aducen que se les está irrespetando su derecho a ser atendidos en el orden ya establecido; sino que acuda al servicio médico propuesto y, de ser necesario, le convaliden su reposo, evitando con esto que deba trasladarse a otros centros para convalidarlo, como actualmente se hace, y de esta manera controlar mejor los reposos médicos de los

empleados, garantizando un servicio médico de calidad y sin costo alguno para ellos (relación costo-beneficio).

La creación de un servicio médico de atención primaria para los trabajadores de la Clínica Popular de Catia permitiría fortalecer el acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades existentes, lográndose la adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social.

Es importante recordar que la productividad laboral del capital humano adulto es uno de los principales componentes del crecimiento económico de un país y, por tanto, su salud es de especial relevancia, entendiéndose por salud no solo la ausencia de enfermedad sino también la capacidad que cada quien tiene para desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de su vida. El Ministerio del Poder Popular para el Trabajo y Seguridad Social y el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales, actualmente están asumiendo el compromiso de vigilar el cumplimiento de las condiciones de seguridad, salud y bienestar para promover un ambiente de trabajo adecuado y propicio para el ejercicio pleno de las facultades físicas y mentales de los trabajadores y trabajadoras, mediante la promoción del trabajo seguro y saludable y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, todo ello en el contexto de la aprobación de la reforma de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente

de Trabajo, publicada en Gaceta Oficial número 38.236, de fecha 26 de julio de 2005. Esta Ley, que promueve la implementación del Régimen de Seguridad y Salud en el Trabajo, en el marco del nuevo Sistema de Seguridad Social, abarca la promoción de la salud de los trabajadores, la prevención de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, así como la atención, rehabilitación y reinserción de los trabajadores.

Finalmente, lo que se pretende lograr a nivel organizacional es una mejora sustancial del bienestar de los empleados y la equidad en general, con un impacto positivo sobre la eficacia, la producción y la competitividad.

1.4. Consideraciones Éticas

Durante el desarrollo de este estudio se atendieron a algunos aspectos éticos íntimamente relacionados con la propia investigación:

- **Ética profesional**, realizando un trabajo con profesionalismo, devoción y entrega, respetando las normas y regulaciones vigentes para este tipo de investigación.
- **Justicia**, ante un problema palpable en un sitio de trabajo que hay que resolver para beneficio colectivo.

- **Libertad**, respetando la autonomía de los participantes del estudio e informándoles de los fines perseguidos con el mismo, sin ningún tipo de coacción.
- **Educación o formación cultural**, dado que se proporcionaron una serie de conocimientos como base para la búsqueda del bienestar social general
- **No maleficencia**, ya que no se implementaron acciones que potencialmente habrían causado daño o perjuicio a los involucrados, por lo que se contó con la autorización de las autoridades de la Clínica para el desarrollo de cada fase de la investigación

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. La Organización

De acuerdo a Martínez, Bolívar, Vásquez y Zurlent (2005), en el año de 1944 se inauguró el Centro Oeste adscrito al IVSS, siendo su Director Médico el Dr. Pedro Felipe Arreaza Calatrava. Para ese entonces era el centro ambulatorio asistencial más grande, donde se le brindaba atención médica tanto en el centro como domiciliaria a los habitantes de la zona oeste de Caracas, siendo su área de influencia la carretera vieja La Guaira (sector Plan de Manzano) desde el Km. 16 del Junquito, parte de los Magallanes, Casalta, Avenida Sucre, Alta Vista, Manicomio, Lídice, parte baja de La Pastora, Los Flores de Catia, 23 de Enero, Parroquia Catedral, y parte de la Parroquia San Juan.

Estos mismos autores señalan que en el año 1949, durante el gobierno del Presidente Medina Angarita, se acordó cambiar el nombre del Centro Oeste por Centro Médico “Dr. Pedro Felipe Arreaza Calatrava”, en honor a su primer director. Las consultas que se prestaban eran totalmente

ambulatorias, existiendo para ese entonces 323 consultorios médicos entre servicios generales y especializados.

El ambulatorio “Dr. Pedro Felipe Arreaza Calatrava” inició su proceso de transformación en el mes de octubre del año 2003. El 20 de febrero de 2006 se convirtió en Clínica Popular de Catia y comenzó a prestar servicio médico y de hospitalización a una población estimada en aproximadamente 900.000 habitantes de la populosa zona del oeste de Caracas, con total equipamiento y dotación de personal médico y paramédico altamente calificado y comprometido en elevar los índices de salud de la comunidad (ob. cit.).

La Clínica Popular de Catia se define como una organización prestadora de servicios de salud integrada por personal del MPPS y del IVSS, que desde hace cinco años ha venido atendiendo a usuarios de toda la zona de Catia y sus alrededores, aunque también a ella acude una población referida de los Módulos o Centros de Diagnóstico Integral, de los ambulatorios del IVSS, de particulares, de escuelas y liceos y de algunos hospitales. A pesar de las divergencias en cuanto a que es una organización mixta (MPPS-IVSS), se ha sabido manejar esta situación en beneficio de todos los usuarios, ofreciéndoles una atención de alta calidad. Sus 2.400 mts² están distribuidos en sótano, planta baja y tres pisos, contando con (ob. cit.):

- Dos quirófanos.
- Dos salas de parto.
- Una sala de recuperación.
- Una preparto.
- Una neonatal.
- Salas de observación de hombres, mujeres y niños.
- Área de trauma-shock.
- Servicios de Emergencia, Imagenología, Endoscopia, Laboratorio, Odontología.

Actualmente se dispone de 63 camas, distribuidas de la siguiente manera (ob. cit.):

- **Hospitalización:**
 - Mujeres: 8 camas.
 - Hombres: 9 camas.
 - Maternidad: 12 camas.
 - Pediatría: 4 camas juveniles y 7 cunas.
- **Emergencia:**
 - Adultos: 9 camas.
 - Niños: 4 camas.
- **Recuperación:**

- 8 camas.

Por su parte, los servicios cuentan con el siguiente equipamiento (ob. cit.):

- **Radiología:** Un equipo de Rx convencional, Arco en C en quirófano, equipo de tomografía axial computarizada y ultrasonografía.
- **Quirófanos:** Laparoscopia.
- **Neonatología:** 4 modernas incubadoras, 2 ventiladores mecánicos, 13 cunas.
- **Emergencia:** 3 monitores cardíacos, unidad de trauma-shock para brindar soporte de vida avanzado y una ambulancia.
- **Obstetricia y Ginecología:** 2 videos colposcopios, un equipo de radiocirugía, dos monitores fetales y un avanzado equipo de ultrasonido.

2.1.1. Visión

Transformar el sistema de salud del país, con la consolidación de un nivel intermedio que garantice accesibilidad y calidad de atención a todos los ciudadanos.

2.1.2. Misión

Garantizar atención de salud a todos los ciudadanos a través de una gestión pública siempre en búsqueda de la excelencia, guiada por los principios de gratuidad, universalidad, integridad, equidad, integración social y solidaridad.

2.1.3. Organigrama

Es la representación gráfica de la estructura organizativa de la Clínica, para permitir a sus integrantes y a las personas vinculadas a ella que conozcan, a nivel global, sus características generales. A simple vista se pueden observar las principales funciones que tienen asignadas cada una de las unidades o departamentos, así como sus interrelaciones, lo que la caracteriza como una organización de estructura funcional (ver Figuras 1 y 2).

2.2. Antecedentes de la Investigación

En un estudio de factibilidad para la creación de un servicio médico bucal, realizado por Morales (2006), se planteó la posibilidad de crear un servicio bucal total en el sector empresarial de Los Ruices, mediante la metodología de evaluación de proyectos de inversión que permitía ofrecer

servicios de calidad, eliminar trámites burocráticos con las compañías de seguros, implantación de sistemas de pago centralizados y beneficios económicos en general. En dicho estudio se indagó sobre la posibilidad de modificar la plaza existente, la compra de nuevos equipos, además del recurso humano, previniendo la futura demanda del servicio. Se concluyó que si al final la rentabilidad resultaba mayor, se lograría un beneficio social para la población, constituyendo un aporte para la problemática existente en el campo de la salud bucal en Venezuela.

Figura 1
Organigrama integral de la Clínica Popular de Catia
Caracas, 2011

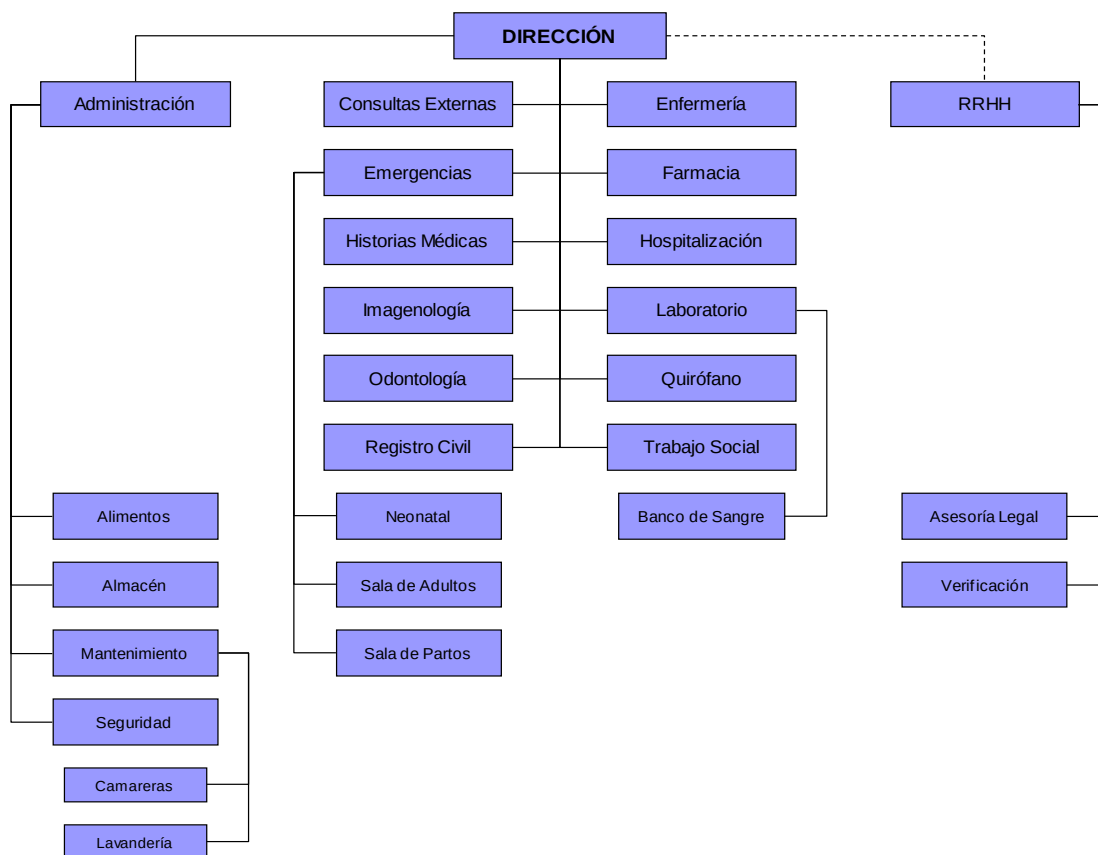
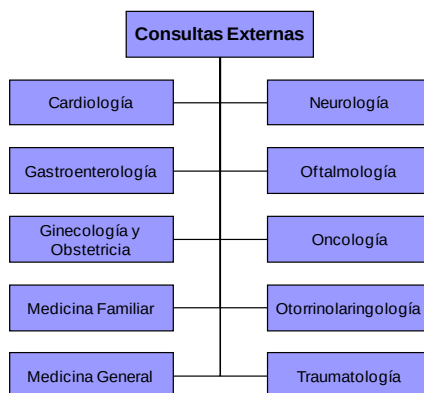


Figura 2
Organigrama de consultas externas de la Clínica Popular de Catia
Caracas, 2011



Este estudio sirvió como antecedente ya que proporcionó un marco de trabajo para la determinación de la factibilidad de creación de servicios de salud, que fue precisamente el propósito planteado en este Trabajo Especial de Grado a manera de objetivo general.

En otro estudio, llevado a cabo por Rosales Rengifo y Sarría Delfino (1987), se evaluó la factibilidad de instalar, desde el punto de vista económico, una clínica en la Urbanización Montalbán, tomando en cuenta el déficit existente de clínicas privadas y el crecimiento acelerado poblacional en ese sector de la Parroquia La Vega. Los autores concluyeron que sí era factible la instalación y puesta en funcionamiento de la Clínica Montalbán, porque la rentabilidad estimada para el proyecto resultaba más alta que la tasa de interés que se tenía que pagar por el préstamo necesario para su creación.

Este estudio sirvió de base a esta investigación en cuanto a la metodología empleada, principalmente lo relacionado al estudio del mercado y al análisis técnico, constituyéndose en una guía fundamental para su buen desarrollo.

2.3. Bases Conceptuales

Para Bagnulo, Icasuriaga, Haretche, Lorenzo, Petruccelli y Serra (2004):

En el área pública, no se ha logrado fijar del todo, la Atención Primaria de Salud [...] porque hay una excesiva centralización de la gestión, la falta de autonomía de los hospitales, la politización de los cargos directivos, la ausencia de especialización de los directores de hospital y de la carrera profesional, las carencias en los sistemas de información, la falta de controles internos, los problemas de inadecuación y obsolescencia de muchas plantas físicas. La falta de equipamiento, el bajo presupuesto que se maneja, la existencia de una gran cantidad de recursos, edificios subutilizados en especial en el interior, las carencias de recursos humanos, fundamentalmente en el área de enfermería. La baja dedicación horaria de los cargos médicos y la diversidad de formas de remuneración y vinculación del personal, impiden una gestión eficiente y de calidad de los servicios asistenciales públicos. (p. 377)

Lo antes expuesto indica, lamentablemente, el deterioro del esquema de la salud, en abierta contradicción con la norma constitucional que establece el derecho a la salud insatisfecha, que ha sido interpretada por la Corte Constitucional como la universalidad del servicio.

Hay muchos empleados que trabajan en instituciones públicas de salud, algunas de las cuales con un instituto de previsión social propio (Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Hospital Militar, Instituto Médico de Previsión Social, entre otros), pero que pagan una póliza de salud privada complementaria para poder satisfacer la cobertura de salud que no se logra alcanzar en esas instituciones. La mayoría de las veces, estos empleados tienen que pagar directamente la consulta y cualquier otro tipo de exámenes para lograr la atención, ya que los tramites administrativos son engorrosos, y esto a su vez genera una dispersión de los recursos, lo que hace que sea mayor la inversión pero con una menor eficiencia y eficacia.

La Organización Mundial de la Salud (2000) señala que:

... las personas tienen derecho a esperar que el sistema de salud las trate con dignidad. En la medida de lo posible sus necesidades deben atenderse con prontitud. Sin largos periodos de espera para recibir diagnostico y tratamiento; ello no solo para obtener mejores resultados de salud, sino también como una manera de respetar el valor del tiempo de las personas y mitigar su angustia. Los pacientes también suelen esperar la confidencialidad, participar en las decisiones acerca de su propia salud; en especial escoger donde y de quien recibir la atención. (p. 3)

Este objetivo no se ha cumplido en su totalidad, ya que el actual modelo de atención de la salud se caracteriza por ser fragmentado, prestar

un mal servicio y ser muy costoso, lo que a la larga se traduce en violación de todo derecho, con la insatisfacción por parte del usuario, que se ha generalizado, ya que abundan las quejas referidas a errores médicos, retrasos, maltrato, hostilidad, e indiferencia en la atención.

La gravedad de estos problemas, y su generalización, solamente se puede explicar por un inadecuado diseño organizacional y por la ausencia de estímulos externos que promuevan un adecuado desempeño de las organizaciones y de sus trabajadores en general.

Estamos en un sistema que se estructura a partir del que existía a fines de la década de los años ochenta, mediante acciones orientadas de modo consciente y dirigidas a su perfeccionamiento.

De acuerdo a Guerrero Pupo, Cañedo Andalia, Rubio Rodríguez, Cutiño Rodríguez y Fernández Díaz (2006):

Una relación nueva, cualitativamente superior entre los modelos de producción, la organización del trabajo, las exigencias de calificación y el desarrollo cultural de los trabajadores conducen incuestionablemente a la humanización de los procesos de trabajo, así como a una nueva dimensión intelectual y de las relaciones sociales, en que el principal protagonista es el hombre alrededor del cual deben crearse las mejores condiciones para el desempeño de su actividad laboral con el fin de incrementar su calidad de vida laboral. (p. 4)

Para que el ambiente laboral se convierta en fuente de salud debe existir un clima que cree confianza y favorezca la eliminación de sentimientos y actitudes negativas hacia la organización o algunos de sus miembros. Deberá sentirse que se hace algo útil, algo que proporciona un sentido al esfuerzo que se realiza. Cada individuo debe sentir la preocupación de la organización por sus necesidades y problemas (ob. cit.).

Un clima positivo favorece el cumplimiento de los objetivos generales que persigue la organización, a partir de la existencia de un mayor sentimiento de pertenencia hacia ella. Por el contrario, un clima negativo supone una falta de identificación con sus objetivos y metas, así como un deterioro del ambiente de trabajo que podría ocasionar situaciones de conflicto, bajo rendimiento, ausencias e ineficacia.

Se debe desarrollar la participación y satisfacer las necesidades (demandas) sociales y psicológicas de los trabajadores. Es fundamental enfocar y tratar de manera interdisciplinaria temas como las nuevas formas de organización, la calidad de vida en el trabajo, el desarrollo de los recursos humanos, así como el comportamiento y la cultura organizacional (ob. cit.).

Sostienen Adell, Echevarria y Bentz (2009):

La base del sistema debe ser la estrategia de la Atención Primaria de Salud [...] por medio de la cual se extienda progresivamente una atención básica universal, accesible, continua, integral y oportuna”. Para eso, se requiere contar con recursos humanos capacitados y con los medios necesarios para abarcar en conjunto la individualidad de cada persona, comprendido en su hábitat, en su familia, en su trabajo y en su comunidad. (p. 267)

Un cambio real del sistema debe comenzar por asegurar en las organizaciones la existencia de la Atención Primaria en Salud (APS), con salud ocupacional para proteger y mejorar física, mental, social y espiritualmente a los trabajadores en sus puestos de trabajo, sin discriminación de edad, género o patología. El primer nivel deberá ser obligatoriamente puerta de entrada al sistema de atención, repercutiendo positivamente en la empresa y sus trabajadores.

Su perspectiva del proceso salud-enfermedad debe incluir también la educación, la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en sentido longitudinal y sostenido en el tiempo.

2.3.1. Atención Primaria en Salud

Piédrola Gil (2001) sostiene que la APS comprende el término “centro de salud” o “centro de atención primaria”, que se refiere al edificio donde se atiende a la población en un primer nivel asistencial sanitario. El personal y

actividad asistencial del mismo puede variar de un país a otro y de un centro a otro.

A su vez, señala que la APS está conformada por un equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios, compuesto por médicos, enfermeras y personal administrativo que actúan en la zona básica de salud.

La zona básica de salud es el territorio de actuación de un equipo de atención primaria, con demarcación poblacional y geográfica. Debe ser accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente a una población entre unos 5.000 y 25.000 habitantes (ob. cit.).

El equipo de APS garantiza la atención de primer contacto; presta atención integral, con responsabilidad principal de manejar problemas comunes de salud, brindar prevención y promoción de la salud, coordinar cuidados con otros niveles de atención, promover la participación comunitaria y coordinar con otros sectores que tienen influencia sobre los determinantes de la salud.

Este mismo autor indica que la APS en este escenario es considerada como una estrategia del primer nivel de atención a través de la cual es posible mejorar la equidad en el acceso a los servicios y la eficiencia en el

uso de los recursos de salud, con un fuerte énfasis en la atención preventiva y en las poblaciones menos favorecidas , además de articular niveles de atención mediante un modelo de medicina familiar orientado a resolver y prevenir problemas de salud entre los trabajadores, asegurando el auxilio inmediato y la atención médica necesaria para el trabajador que padezca lesiones o daños a la salud.

Las principales dificultades que enfrenta la estrategia de APS, según Yavich, Báscolo y Haggerty (2010), se relacionan con un estado patológico permanente o temporal, que surge como consecuencia de la clase de trabajo que se desempeña y/o del medio en que la persona se ve obligada a trabajar, la contención de una creciente demanda de servicios, la coordinación de los distintos niveles de atención y la captación de aquella población trabajadora que por sus condiciones socioeconómicas y/o características culturales experimentan mayores barreras de acceso a los servicios.

Estos mismos autores señalan que las estrategias utilizadas para el logro de sus objetivos son: el desarrollo de mecanismos de gestión participativa (dirigidos hacia los trabajadores y la comunidad), la consolidación de equipos de salud multidisciplinarios con fuerte vocación comunitaria y el fomento de la responsabilización de los equipos sobre su población.

Apuntan además que:

Actualmente en nuestro país constituye el primer nivel de acceso de los ciudadanos y ciudadanas a la asistencia sanitaria. Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. (ob. cit., p. 8)

La asistencia médica en servicios públicos, simplemente conocida como sanidad, es la prevención, tratamiento y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar mental y físico a través de los servicios ofrecidos por las profesiones de medicina, farmacia, odontología, ciencias de laboratorio clínico (diagnóstico *in vitro*), enfermería y afines.

En América Latina, la orientación de la APS no ha sido homogénea entre países ni al interior de los subsistemas de un mismo país. La orientación de la APS más extendida es la “selectiva” (ob. cit.), que consiste en un conjunto de medidas o servicios con una buena relación costo-efectividad, pero limitados, orientados a la prevención y la atención de enfermedades infecciosas y a la atención materna e infantil.

Al interior de las organizaciones privadas y de seguridad social, la APS se concibe fundamentalmente como una estrategia para regular el

acceso al segundo y tercer nivel de atención sanitaria y para controlar los costos.

Los principales desafíos de los sistemas latinoamericanos se centran en la universalización de la cobertura y el acceso a los servicios de salud, el logro de una mayor equidad en el financiamiento y la calidad de los servicios ofrecidos a los distintos segmentos de la población, y el fortalecimiento de la capacidad rectora del Estado (ob. cit.).

Según la Declaración de Alma-Ata:

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud... (Organización Mundial de la Salud, 1978, p. 4)

El destino de la APS está ligado a firmes decisiones políticas y al desarrollo de la medicina familiar. Aquellas aseguran su permanencia, y esta la buena calidad del servicio. El número y la distribución de los médicos de familia definen el grado de cobertura poblacional. Como cualquier proceso social, la APS sufre cambios por influencias internas o embates externos, ideológicos o socioeconómicos como la globalización, los intereses multinacionales, entre otros (Adell y otros, 2009).

2.3.2. Características

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2000), las características de la APS son:

- **Accesibilidad:** Provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.
- **Coordinación:** Suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.
- **Integralidad:** Capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%).
- **Longitudinalidad:** Seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios.

2.3.3. Alcance

La APS se ocupa de (ob. cit.):

- La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.

- La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- La rehabilitación básica.
- Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- La atención paliativa a enfermos terminales.
- La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
- La atención a la salud bucodental.

2.4. Bases Legales

Comprende el marco jurídico nacional que regula la salud del trabajador con el objetivo de lograr un mejoramiento continuo de su calidad de vida, entre lo que se destaca:

- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), en sus artículos 83 y 84 que consagran la salud como un derecho social fundamental y obligatorio por parte del Estado, “quien será el ente para ejercer la rectoría y gestionará el Sistema Público de Salud, bajo los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad”.
- Ley Orgánica del Trabajo (1997), en su Capítulo VI (artículos 242 a 246), así como su Reglamento (2006), que señalan que entre los costos que deben asumir los patronos, debe estar “un puesto de primeros auxilios para atender la primera curación de los trabajadores”. Asimismo, establecen que cuando “una organización tenga más de 1000 trabajadores, los patronos deberán sostener un establecimiento o centro de salud dotados con todos los elementos requeridos para la atención médica”.
- Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (2005), que establece las normas, lineamientos y entes que permiten “garantizar a los trabajadores, condiciones de seguridad, salud y bienestar en un ambiente laboral adecuado, propicio y seguro”. Esta Ley regula todo lo relacionado a la materia de seguridad y salud en los sitios de trabajo en Venezuela, controlando sus condiciones y medio ambiente con énfasis en la prevención de enfermedades ocupacionales y accidentes laborales.

- Ley del Seguro Social (2008), que en sus artículos 2 y 3 estipula la protección, por parte del Seguro Social Obligatorio, de “los trabajadores bajo la dependencia de un patrono, sea que presten los servicios en entornos urbanos o rurales, y sea cual fuere el monto de su salario”. Además, establece que “el Seguro Social prestará la asistencia médica integral y en dinero en los términos previstos en esta Ley y en su Reglamento”.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

Se realizó una investigación aplicada de tipo evaluativa, que además de generar conocimiento ayudó a buscar soluciones aceptables a un fenómeno social (Valarino, Yaber y Cemborain, 2010) a través de la recolección sistemática de información sobre el problema, expectativas o necesidad existente, con la intención de contribuir a una toma de decisiones adecuada, a fin de mejorar la situación inicial. Esto se hizo con el propósito de determinar el valor de la propuesta de creación del mencionado servicio médico para trabajadores, mediante un estudio de factibilidad.

Asimismo, la investigación se apoyó en un diseño de campo y tuvo un alcance descriptivo, ya que toda la información para la determinación de la factibilidad de la creación de ese servicio se obtuvo de la realidad a través de instrumentos como la encuesta, lo que permitió describir el fenómeno objeto de estudio para la posterior toma de decisiones por parte de los actores responsables de autorizar y asignar los recursos para la ejecución de la obra.

En otras palabras, el resultado de la investigación sirvió de insumo para la toma de decisiones en los niveles estratégicos de la Institución.

3.1.1. Estudio de Factibilidad

A los fines de este estudio, se tomó en cuenta tanto la demanda como la disponibilidad de recursos para evaluar si estos son suficientes para crear y sostener el servicio médico para la atención de los trabajadores de la Clínica.

3.1.2. Objetivos de un Estudio de Factibilidad

Afirma Guzmán (2001) que entre sus objetivos destacan:

- Auxiliar a una organización a lograr sus objetivos.
- Cubrir las metas con los recursos actuales en las siguientes áreas:
 - **Operativa:** Operación garantizada y uso garantizado.
 - **Técnica:** Mejora del sistema actual y disponibilidad de tecnologías que satisfagan las necesidades.
 - **Económica:** Se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señalados.

El éxito de un proyecto está determinado por el grado de factibilidad que se presente en cada uno de los tres aspectos anteriores.

3.1.3. Estudio del Mercado

El análisis de la factibilidad se inició con el estudio del mercado, o demanda existente en relación al servicio que se desea ofrecer. Dicha demanda tiene modalidades que ayudan a ubicar al oferente en función de las necesidades de los demandantes.

En salud, esta se origina en los problemas de salud-enfermedad de cada individuo, por lo que el estudio de la demanda se hace con la finalidad de (Blanco, 2010):

- Ratificar la existencia de una necesidad insatisfecha en el mercado.
- Determinar los servicios provenientes de una nueva unidad.
- Conocer cuáles son los medios que se emplearon para hacer llegar los servicios a los usuarios.

Aquí se pretendió evaluar el costo-beneficio de un proyecto de tipo social, donde se estudio la demanda insatisfecha que tienen los trabajadores dentro de su propio sitio de trabajo en cuanto a la cobertura y alcance de la

atención médica, tomando en cuenta los indicadores de ausencias por enfermedades, tiempo o período de incapacidad por enfermedad, la frecuencia de atención de los trabajadores dentro de la institución o fuera de ella y, en este último caso, el gasto promedio por dicha atención. Para esto se empleó una fuente primaria de información, la encuesta, que fue procesada y analizada a través de herramientas de investigación de mercado, y sirvió de base para la toma de decisiones adecuadas.

3.1.4. Análisis Técnico

Persigue determinar las capacidades instaladas y utilizadas de la organización, así como la estimación de todos los costos de inversión y/o de operación involucradas en el proceso de producción, por lo que debe incluir los siguientes aspectos (ob. cit.):

- **Cronograma de proyección:** Es el horizonte de planificación expresado en el tiempo, considerando la fecha de inicio de ejecución, la fase de ejecución del proyecto y la fecha de finalización.
- **Localización o ubicación:** Se persigue identificar un lugar, una zona geográfica conveniente para la ubicación y operación del proyecto, cuando no existe una localización preestablecida. Y cuando existe una localización predeterminada, permite evaluar la ubicación o zona, las

ventajas/oportunidades, así como las desventajas/amenazas y sus implicaciones en costos. Algunos aspectos a evaluar serían la ubicación de los clientes, ubicación de materia prima, ubicación de depósito, permiso requerido, conformidad de uso del inmueble, tasa e impuestos municipales, características climáticas, fácil acceso, entre otras.

- **Infraestructura de servicio:** Es la infraestructura física y de servicios básicos disponibles y requeridos para el buen funcionamiento de la empresa o del servicio, y toma en consideración su capacidad, características, ventilación, iluminación, aire acondicionado, servicio de sanitarios, entre otros aspectos, así como la estimación de los diferentes costos. Se debe contar con dotación de materiales médico-quirúrgicos para el desarrollo de cada una de las actividades, así como de instrumentos de diversa índole y equipos básicos para un consultorio.
- **Tecnología a utilizarse:** El estudio técnico debe especificar el tipo de tecnología a utilizar, así como sus ventajas en el proceso productivo. La implantación de nuevas tecnologías conlleva a cambios en las organizaciones existentes y al aprendizaje o preparación de la gente. Debe verse desde la perspectiva del uso de las tres herramientas del vector de transformación (implantación, aprendizaje y transferencia).

La conducción de estos tres componentes generan costos que hay que tomar en cuenta.

- **Proceso de producción:** Es la secuencia de pasos o actividades articuladas que deben ser realizadas para poder alcanzar el bien o servicio final, desde la transformación de insumos hasta la producción de los servicios planificados.
- **Desecho y pérdida del proceso:** Implica, en primer lugar, los costos asociados a la existencia de desechos peligrosos o nocivos que pudieran desprenderse del proceso productivo y, en segundo lugar, se refiere a los desperdicios de insumos derivados del proceso de producción, que obligan a establecer acciones complementarias para la organización, como recolección y disposición final de esos desechos, unido a la normativa ambiental vigente.
- **Control de calidad:** Se mide bajo dos perspectivas, la gestión de proyecto y el producto del proyecto. En primer lugar, se debe hacer o realizar con calidad todos los procesos implícitos en la gerencia de los recursos que participan en la realización de las actividades. La segunda perspectiva se refiere al manejo de la calidad de los productos que se derivarán del proyecto.
- **Volumen de ocupación:** Como la parte más valiosa de un proceso de producción es el recurso humano, se debe identificar a las personas responsables que participarán, hacerles la definición de las estructuras

de cargos de los trabajadores requeridos, el régimen de trabajo y las cantidades de ocupación, así como los costos de nómina e incidencias salariales de los mismos.

- **Capacidad instalada y utilizada:** La capacidad instalada está directamente relacionada al tamaño del proyecto, expresado en unidades de producción por año. Corresponde a la capacidad instalada al máximo posible, es decir, el 100 % de las unidades técnicamente factibles de producir. Está condicionada por la tecnología a utilizar, la intensidad de uso de mano de obra, cantidad de turnos de trabajo, guardias de día o de noche, horas extras, capacidad de producción, u optimización de los procesos productivos o de transformación. En cambio, capacidad utilizada es la capacidad real de producción en un momento determinado, igualmente medido en términos de unidades de producción.

3.1.5. Análisis Financiero

En todo proyecto se deben definir en forma detallada los recursos financieros necesarios para su ejecución, tomando como base los costos de inversión fijos, costos variables e incidencia presupuestaria de los mismos.

En el análisis económico-financiero se incluyeron las diferentes fuentes de financiamiento que sufragarían los gastos durante la ejecución de la obra y el funcionamiento del servicio.

3.1.6. Consideraciones sobre la Estimación del VPN y la TIR

El Valor Presente Neto (VPN) es una de las variables que se utilizan en la evaluación de proyectos para determinar su rentabilidad económica. Para calcularlo, se hace uso del valor de la inversión inicial y del valor presente descontado de los flujos de caja. Ello va a permitir comparar uno con respecto al otro y así poder ver el resultado de dicha comparación. El resultado dará siempre un valor absoluto que puede ser positivo, igual a cero o negativo.

La Tasa Interna de Retorno (TIR) es la segunda variable que se utiliza en la evaluación de proyectos para determinar su rentabilidad económica, diferenciándose del anterior en que sus valores siempre expresan porcentajes porque se define como una tasa de interés que hará que el VPN sea mayor, igual o menor que la tasa de costo de capital (TCC), utilizada para calcular el valor descontado, lo que hará que el VPN sea mayor, igual o menor que cero. Así tenemos que:

- Cuando el VPN es mayor que cero, la TIR está por encima de la TCC y ambos resultados son favorables para el inversionista.
- Cuando el VPN es igual a cero, la TIR es igual a la TCC y ambos resultados son neutros para el inversionista.
- Cuando el VPN es menor que cero, la TIR está por debajo de la TCC y ambos resultados son negativos para el inversionista.

Como en esta investigación se determinó la factibilidad de ejecutar un proyecto de tipo social, que hace referencia a las necesidades básicas individuales y, por ende, se orienta básicamente a la resolución de problemas buscando alcanzar un impacto sobre la calidad de vida de un grupo de trabajadores, sin ánimo de rentabilidad financiera, no se calculó ni el VPN ni la TIR.

3.2. Población y Muestra

La población de este estudio estuvo representada por los 333 trabajadores que pertenecen a la Clínica Popular Catia (tanto del IVSS como del MPPS), de la que se seleccionó, aleatoriamente, una muestra de 164 empleados, de acuerdo a los siguientes parámetros:

- Porcentaje estimado de la muestra: 30 %.

- Error máximo aceptable: 5%.
- Nivel de confianza: 95 %.

Se utilizó además el criterio de estratificación para tener una representación proporcional de trabajadores de ambas instituciones (IVSS y MPPS). En ese sentido, de esa muestra de 164 trabajadores, un 52,85% eran del IVSS y un 47,15% del MPPS. Es decir, se seleccionaron aleatoriamente 87 trabajadores del IVSS y 77 trabajadores del MPPS.

3.3. Variables del Estudio

3.3.1. Definición Conceptual

En este estudio de factibilidad se consideraron como variables la demanda, los recursos no financieros y los recursos financieros.

Estas son definidas por Hernández (2000) de la siguiente manera:

- **Demanda:** Es la cantidad y calidad de bienes y servicios que pueden ser adquiridos a los diferentes precios del mercado por un consumidor (demanda individual) o por el conjunto de consumidores (demanda total o de mercado), en un momento determinado.

- **Recursos no financieros:** Son los diferentes bienes que se encuentran en la naturaleza y que utiliza la humanidad para su subsistencia y para satisfacer sus necesidades.
- **Recursos financieros:** Son el efectivo y el conjunto de activos financieros que tienen un grado de liquidez. Una de las características que se relaciona con el efectivo es el costo o precio que se tiene que pagar para poder llevar a cabo una acción.

3.3.2. Operacionalización

Cada una de ellas se desglosó en dimensiones operativas para su estudio (ver Tablas 1, 2 y 3) con sus respectivos indicadores, que se aplicaron para establecer los valores correspondientes en base a la unidad de análisis determinada.

3.4. Instrumentos de Recolección de Datos

Para esta investigación se validó una encuesta con el fin de identificar la demanda real de los trabajadores por atención médica dentro de la Clínica, además de conocer la frecuencia con la que se enfermaban, si recibían atención médica en la Institución y, cuando esta se recibía, si era rápida y oportuna (ver Anexo A).

Tabla 1
Operacionalización de la variable “Demanda”

Variable	Dimensiones	Indicadores
Demanda	• Cobertura	○ Número mensual de reportes de ausencia por enfermedad ○ Porcentaje de empleados enfermos por año ○ Porcentaje de empleados que acuden a servicios médicos externos por año
	• Alcance	○ Gasto promedio de los empleados en atención médica personal por año

Tabla 2
Operacionalización de la variable “Recursos no financieros”

Variable	Dimensiones	Indicadores
Recursos no financieros	• Recursos humanos	○ Número de médicos requeridos ○ Número de médicos disponibles ○ Número de enfermeros(as) requerido(as) ○ Número de enfermeros(as) disponibles
	• Infraestructura	○ Espacio físico requerido ○ Espacio físico disponible
	• Equipos y materiales	○ Insumos requeridos ○ Disponibilidad de espacio en almacén

Tabla 3
Operacionalización de la variable “Recursos financieros”

Variable	Dimensión	Indicadores
Recursos financieros	• Costo del proyecto	○ Costos fijos ○ Costos variables
	• Financiamiento	○ Disponibilidad presupuestaria

Por otra parte, se empleó el presupuesto operativo anual del IVSS para determinar si el servicio puede crearse y funcionar con los recursos financieros disponibles. Asimismo, se utilizaron matrices para cuantificar los recursos no financieros necesarios para ello.

3.5. Procesamiento y Análisis Estadístico de los Datos

Los datos se procesaron con la ayuda del SPSS 18 para Windows y se analizaron cuantitativamente. Para ello, se determinaron las frecuencias absolutas y porcentuales de los resultados obtenidos, los cuales se presentaron en tablas y gráficos a fin de facilitar su interpretación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Descripción del Proyecto Social

- **Identificación:** En la Clínica Popular de Catia, que funciona bajo la dirección de dos entidades públicas sin fines de lucro, como son el IVSS y MPPS, se requiere de una consulta médica exclusiva para la atención de sus empleados, quienes como comunidad trabajadora del mismo tienen el derecho de contar con un servicio de salud de calidad.
- **Objetivo del proyecto social planteado:** Creación de una consulta médica para empleados de la Clínica Popular de Catia.
- **Justificación:** Los trabajadores de la Clínica Popular de Catia, a pesar de que pertenecen a una institución de salud, muchas veces cuando se enferman no reciben dentro de esta la atención médica que necesitan, principalmente porque carecen de un espacio destinado exclusivamente a tal atención. Como resultado, el empleado tiene que faltar a su sitio de trabajo para recibir tratamiento fuera de la Institución. Por ello, la creación del servicio médico para empleados de la Clínica no solo permitiría satisfacer sus necesidades sanitarias, sino

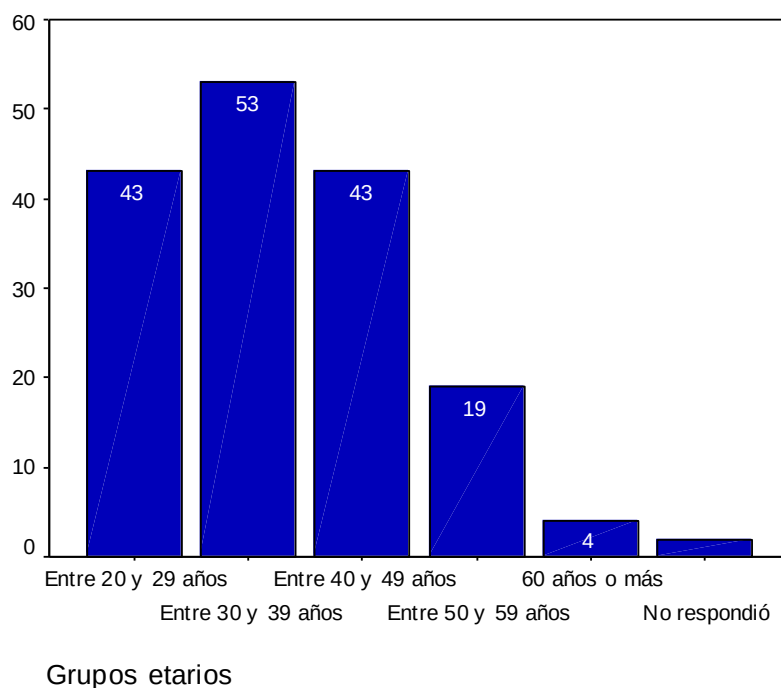
que evitaría el ausentismo por enfermedad y constituiría además una fuente de motivación del personal.

- **Marco institucional y social:** El proyecto se enmarca dentro de dos directrices institucionales (la del IVSS y la del MPPS), teniendo más peso el IVSS puesto que es el órgano que financia todas las actividades de la Clínica. En cuanto a la dimensión social, se trata de un proyecto de producción de servicios de salud sin fines de lucro.
- **Beneficios esperados:** El producto que se aspira obtener es de tipo social, por cuanto el servicio propuesto busca satisfacer las exigencias y necesidades de los trabajadores de la Institución.
- **Financiamiento:** Los recursos financieros necesarios para cubrir los costos derivados de la ejecución del proyecto, así como del mantenimiento del servicio en el tiempo, provendrían del IVSS, el cual cuenta con patrimonio propio.
- **Tiempo de ejecución:** La ejecución del proyecto tendría una duración de un año, durante el cual se realizaría lo siguiente:
 - Acondicionamiento de la infraestructura y equipamiento del servicio.
 - Contratación del personal requerido para su funcionamiento.
 - Sensibilización y motivación de los empleados de la Clínica para el uso de esa consulta médica.

4.2. Análisis de la Demanda

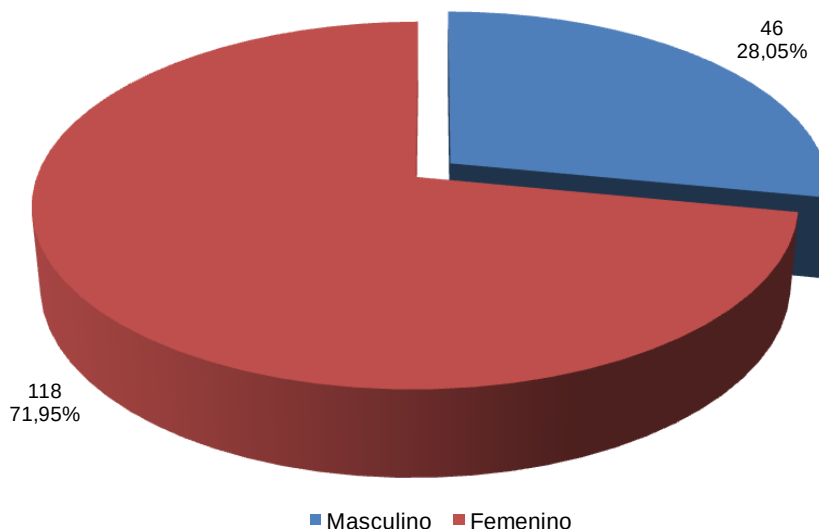
Para facilitar el análisis de los datos obtenidos mediante la encuesta administrada a la muestra seleccionada, se creó una base de datos en el editor del programa SPSS, donde las variables estuvieron representadas por los ítems de dicho instrumento. Una vez definidas las variables, se procedió al cálculo de las distribuciones de frecuencia correspondientes. Así, se pudo determinar que 139 trabajadores de la Clínica Popular de Catia tenían entre 20 y 49 años al momento de la recolección de datos, de los que 53 se ubicaron en el grupo etario comprendido entre 30 y 39 años. (ver Gráfico 1).

Gráfico 1
Distribución de frecuencia absoluta de la muestra de acuerdo al grupo etario.
Clínica Popular de Catia. 2011



Por otra parte, en la distribución de frecuencia absoluta y porcentual de los encuestados, de acuerdo al sexo, prevaleció el sexo femenino en un 71,95%, es decir, 118 casos (ver Gráfico 2).

Gráfico 2
Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de la muestra de acuerdo al sexo.
Clínica Popular de Catia. 2011



A su vez, solo 37 trabajadores formaban parte del personal asistencial profesional de la Institución (enfermeras, médicos y odontólogos), tal como muestra la Tabla 4, en tanto que 105 empleados tenían entre 1 y 5 años de antigüedad en la misma (ver Gráfico 3), siendo esto cónsono con su distribución por grupos etarios.

En cuanto a la pregunta 1 de la encuesta, orientada a conocer el ausentismo al trabajo por enfermedad en la Clínica, se encontró que 83 personas (50,61% de la muestra) respondieron que sí se habían ausentado

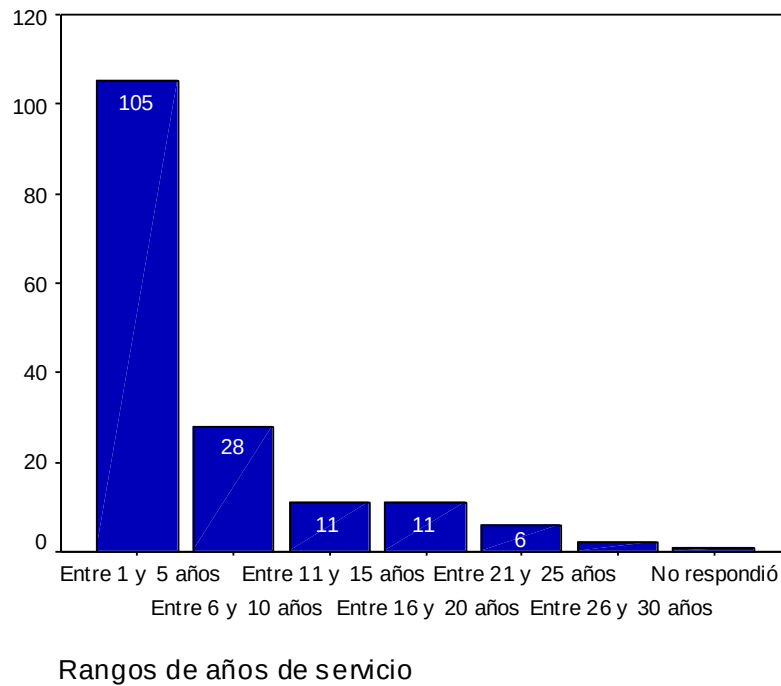
de la institución por enfermedad durante el transcurso del último año (ver Gráfico 4).

Tabla 4
Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de la muestra de acuerdo al cargo.
Clínica Popular de Catia. 2011

Cargo	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Archivista	4	2,44%
Ascensorista	1	0,61%
Aseador(a)	7	4,27%
Asistente Administrativo(a)	8	4,88%
Asistente de Farmacia	8	4,88%
Auxiliar de Laboratorio	3	1,83%
Auxiliar de Oficina	7	4,27%
Ayudante de Almacén	2	1,22%
Ayudante de Cocina	3	1,83%
Bioanalista	3	1,83%
Camarera	6	3,66%
Camillero	2	1,22%
Enfermero(a)	13	7,93%
Higienista Dental	8	4,88%
Médico	10	6,10%
Médico Especialista	9	5,49%
Mensajero(a)	3	1,83%
Odontólogo	5	3,05%
Oficial de Seguridad	15	9,15%
Recepcionista	4	2,44%
Secretaria	11	6,71%
Supervisor(a) de Servicios Generales	2	1,22%
Técnico de Informática	15	9,15%
Técnico de Mantenimiento	5	3,05%
Técnico Radiólogo	3	1,83%
Trabajador(a) Social	7	4,27%

Gráfico 3

Distribución de frecuencia absoluta de la muestra de acuerdo a los años de servicio.
Clínica Popular de Catia. 2011



En relación a la pregunta 1-a, formulada para indagar sobre la frecuencia de tales ausencias, 21,95% de los trabajadores respondió que se había ausentado de la Institución por enfermedad, en el último año, un total de dos veces, mientras que 17,68% lo hizo una sola vez (ver Gráfico 5).

Sin embargo, llamó la atención que el 51,22%, o sea 84 personas, no quisieron responder a esta pregunta, tal y como se puede observar en el mismo gráfico, lo que debería ser objeto de análisis en futuras investigaciones.

Gráfico 4
Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas a la pregunta 1 de la encuesta.
Clínica Popular de Catia. 2011

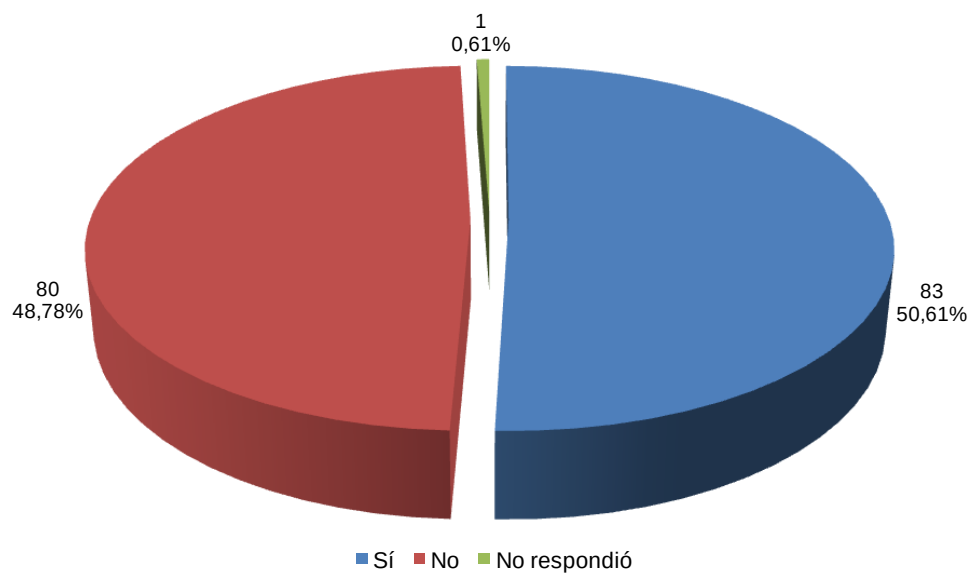
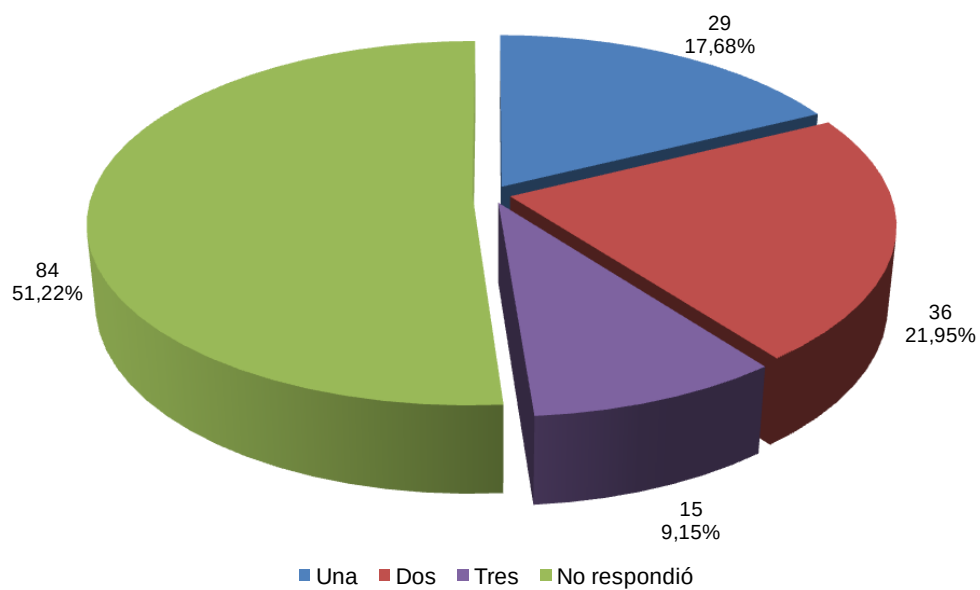
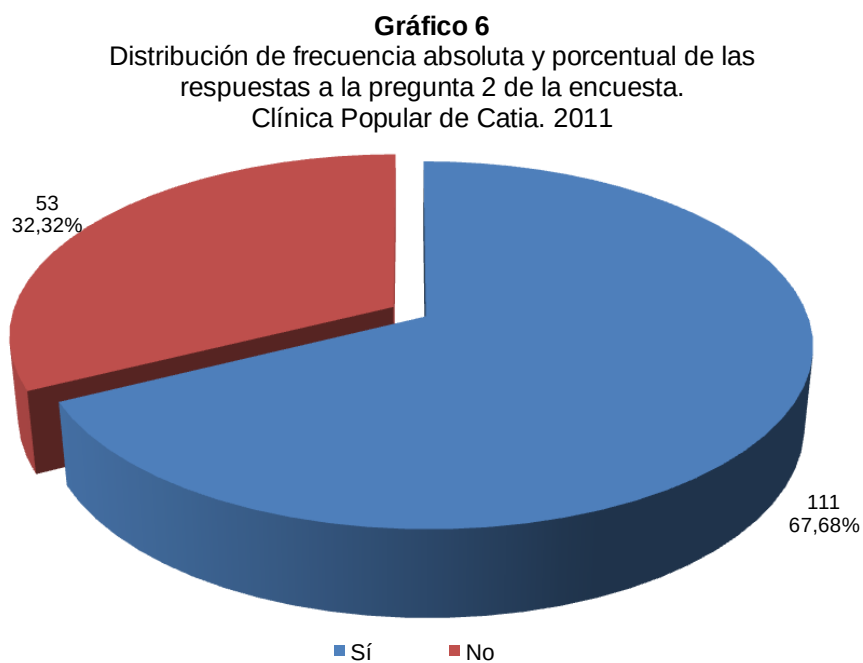


Gráfico 5
Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas a la pregunta 1-a de la encuesta.
Clínica Popular de Catia. 2011



Con respecto a la pregunta 2, empleada para determinar si la Institución le brindaba atención médica a sus trabajadores, el 67,68% de estos (lo que representa 111 personas) manifestaron que sí habían recibido dicha atención (ver Gráfico 6).



A la pregunta 2-a, sobre la satisfacción de los empleados con la atención médica recibida en la Clínica, 85 personas (51,83%) respondieron afirmativamente (ver Gráfico 7).

Cuando se indagó (mediante la pregunta 2-b) sobre el por qué de su respuesta afirmativa o negativa a la pregunta anterior, surgieron una serie de opiniones al respecto, tal como se muestra en la Tabla 5.

Gráfico 7

Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas a la pregunta 2-a de la encuesta.
Clínica Popular de Catia. 2011

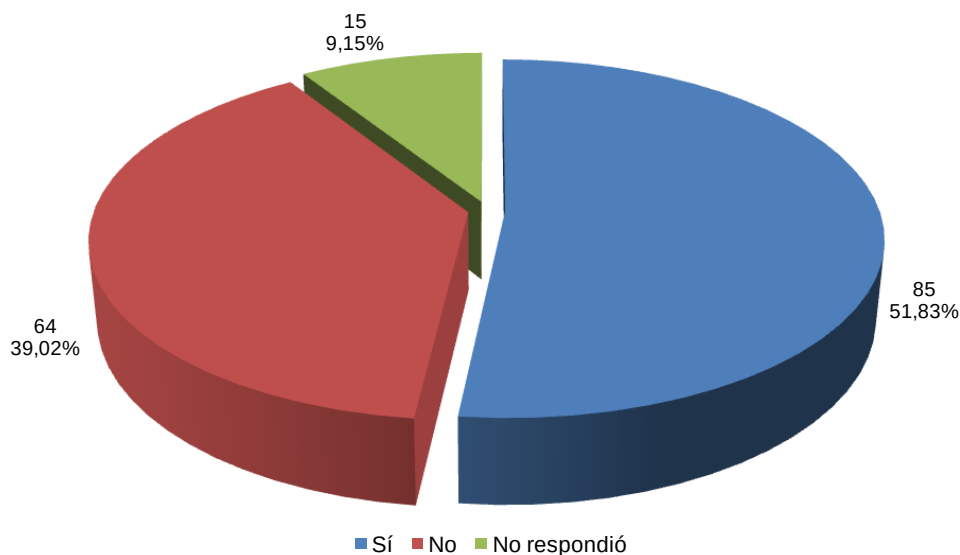
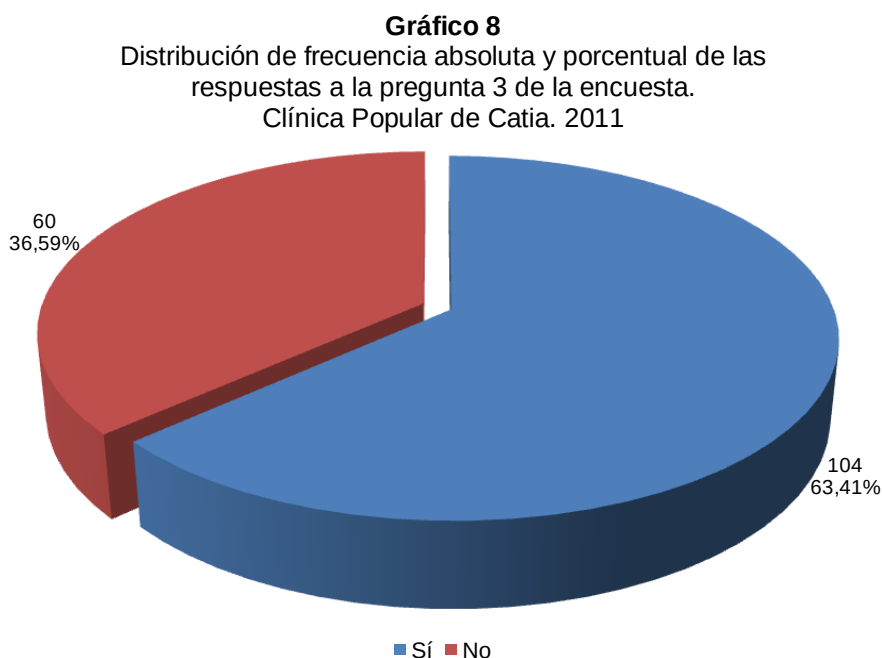


Tabla 5

Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de las respuestas a la pregunta 2-b de la encuesta.
Clínica Popular de Catia. 2011

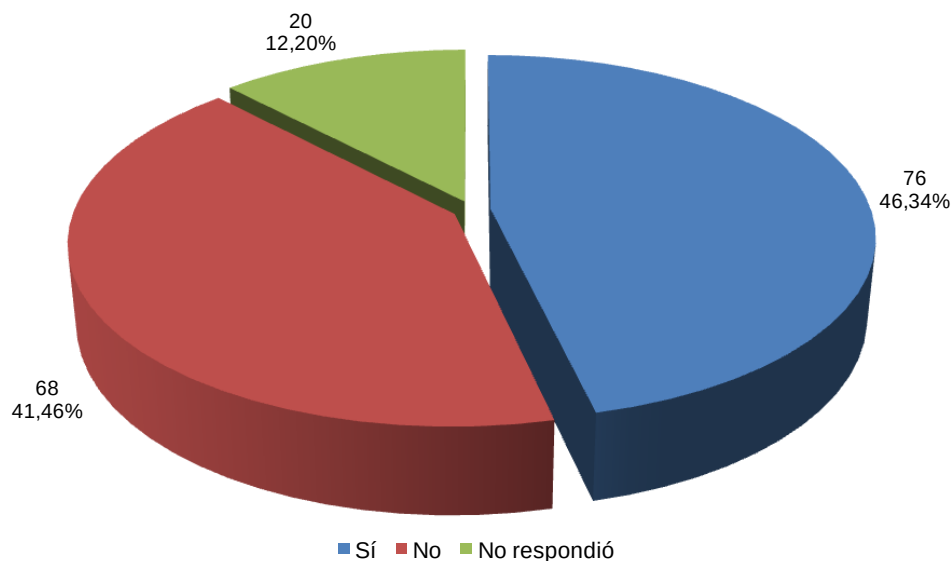
Categorías	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Por la calidad de la atención	34	20,73%
Por la oportunidad y rapidez en la atención	22	13,41%
Porque el trato fue preferencial	3	1,83%
Porque el trato no fue el adecuado	5	3,05%
Porque los equipos estaban averiados	2	1,22%
Porque no había capacidad (consulta saturada)	4	2,44%
Porque no había insumos ni medicamentos	5	3,05%
Porque no había personal disponible	9	5,49%
Porque no se le daba prioridad al trabajador de la clínica	10	6,10%
Porque no se proporcionó la atención	1	0,61%
Porque se resolvió el problema de salud	17	10,37%
No respondió	52	31,71%

Se les preguntó además a los encuestados si habían tenido que acudir a servicios externos a la Institución para recibir la atención médica que no consiguieron dentro de esta (pregunta 3), a lo que 104 trabajadores (63,41%) respondieron afirmativamente (ver Gráfico 8).



Cuando se preguntó si se tuvo que pagar por la atención recibida fuera de la Clínica (pregunta 3-a), el 46,34% de la muestra respondió afirmativamente, es decir, que dicha atención implicó en efecto un costo para los trabajadores que se vieron obligados a acudir a servicios externos a la Institución (ver Gráfico 9).

Gráfico 9
Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de las
respuestas a la pregunta 3-a de la encuesta.
Clínica Popular de Catia. 2011



Adicionalmente, el costo estimado en la atención médica recibida fuera de la Clínica (pregunta 3-b) estuvo comprendido, en un 18,29% de los casos, entre 301,00 y 600,00 bolívares fuertes, aunque la misma cantidad de personas gastó más de 600,00 bolívares fuertes (ver Tabla 6).

Tabla 6
Distribución de frecuencia absoluta y porcentual de las
respuestas a la pregunta 3-b de la encuesta.
Clínica Popular de Catia. 2011

Categorías	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Igual o menor a 300,00 BsF	16	9,76
Entre 301,00 BsF y 600,00 BsF	30	18,29
Entre 601,00 BsF y 900,00 BsF	16	9,76
Igual o mayor a 901,00 BsF	14	8,54
No respondió	88	53,66

Por otra parte, el 100% de los trabajadores de la Clínica respondieron afirmativamente cuando se les preguntó si les gustaría que en la Institución funcionara un servicio de atención médica exclusivo para ellos (pregunta 4 de la encuesta).

4.3. Análisis Técnico

4.3.1. Recursos Humanos

Se requiere de dos médicos familiares y dos enfermeras, que trabajarán por equipos de pares en turnos de seis (6) horas, uno en la mañana y el otro en la tarde, y cuya contratación se llevará a cabo de acuerdo al criterio establecido para la Asignación de Cargo del Personal Asistencial, descrito en las Normas y Requerimientos para Personal Fijo del IVSS, contando como resultado del desarrollo de este Trabajo Especial de Grado con la autorización de las autoridades respectivas para la inclusión de su incidencia salarial, en lo sucesivo, en la correspondiente partida de los presupuestos incluidos en los Planes Operativos Anuales de la Institución.

Sin embargo, mientras se lleva a cabo el proceso de creación de los cargos, ingreso y adiestramiento de ese personal, y dado que actualmente se dispone de un solo médico familiar en la clínica, con su enfermera asignada,

en el turno de la tarde, el servicio empezaría a funcionar en jornadas laborales de medio turno.

Cabe resaltar que el personal seleccionado deberá estar familiarizado con el concepto de gestión de la calidad, con la finalidad de que desarrolle sus actividades desde dos perspectivas. La primera, de los procesos, que garantice la calidad de todas las actividades involucrados en la prestación del servicio. La segunda, del producto del trabajo, que garantice la satisfacción de las necesidades y expectativas de los trabajadores.

4.3.2. Equipos y Materiales

Para la puesta en marcha del servicio se requiere de los siguientes equipos (ya que actualmente se dispone en el almacén de la Clínica, para uso de un consultorio, de equipamiento básico, a saber, camilla, equipo de otorrinolaringología con laringoscopio, estetoscopio, mesa de Mayo, negatoscopio, parabán y tensiómetro de pared):

- Aire acondicionado.
- Escritorio.
- Lámpara para exámenes.
- Sillas.

- Tensiómetro de piso.
- Vitrina.

En cuanto a insumos básicos, se requiere de:

- Agua oxigenada.
- Alcohol.
- Algodón.
- Baja lenguas.
- Batas para pacientes.
- Betadine.
- Desinfectante.
- Gasas.
- Guantes estériles.
- Hisopos.
- Inyectadoras de varios calibres.
- Papel para camilla.
- Sueros.
- Vendas.

Al igual que en el caso de los recursos humanos, se autorizó la inclusión de los mencionados equipos e insumos en el Plan Operativo Anual

de la Clínica, correspondiente al actual período, como consecuencia de los resultados arrojados por esta investigación, siendo la compra de dichos recursos materiales responsabilidad de la Dirección de Adquisición y Suministros del IVSS.

4.3.3. Infraestructura

Se designó extraoficialmente, previa reunión con la Directora de la Clínica, un cubículo cercano a la escalera oeste del segundo piso de esta como ubicación del posible consultorio de atención médica para los empleados. Dicho cubículo tiene como característica principal una gran amplitud y buena iluminación, además de estar frente a los baños para damas y caballeros.

4.4. Análisis Financiero

4.4.1. Costos Fijos

Como institución pública que no cuenta con ingresos propios, la Clínica Popular de Catia debe solicitar por escrito a la entidad a la que pertenece (el IVSS), los costos fijos como fuente de financiamiento primario para la dotación del servicio, sobre todo por ser beneficiarios del mismo sus propios trabajadores.

Ya se dispone del financiamiento de los costos fijos derivados de sueldos, vacaciones y bonificaciones del actual período, que como ya se mencionó fueron incorporados en el respectivo Plan Operativo Anual.

4.4.2. Costos Variables

Estos, que se ajustaron con los recursos necesarios y disponibles para la ejecución del proyecto, es decir, con los medios para realizar las actividades, básicamente se cubrirán también con recursos financieros incluidos en el Presupuesto Operativo Anual de la Clínica, que una vez aprobado por la directiva del IVSS (decisión financiera) permitirá el depósito mensual de dichos recursos en una cuenta bancaria a nombre de la Institución (Clínica Popular de Catia), para cubrir los gastos variables, con autorización de la Directora y la Administradora, a través de 4 partidas presupuestarias conocidas con los números 401, 402, 403 y 404, distribuidas para su uso de la siguiente forma:

- 401: Para gastos de personal (incluyendo sueldos o salarios por suplencias de reposos, vacaciones o cargos vacantes).
- 402: Para compra de materiales, suministros y mercancías.
- 403: Para servicios no personales, transportes, viáticos, comisiones bancarias, gastos de seguros, entre otros.

- 404: Para activos reales (reparaciones de máquinas, transporte, equipos médicos, odontológicos y de laboratorio, farmacia, mobiliarios, equipos de oficina, entre otros).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La atención médica para el enfermo es vital y más aún cuando se trata de los empleados de una institución de salud, por lo que se puede deducir, a partir de los resultados de este estudio, que la creación del servicio médico de atención primaria para los trabajadores de la Clínica Popular de Catia es, por un lado, una necesidad de gran relevancia dada su importancia en la potencial disminución de las ausencias al trabajo ocasionadas por la búsqueda de atención o por la conformación de reposos en lugares distintos a la Institución, y por otro, es factible ya que se cuenta con todos los recursos requeridos para su instalación y sostenibilidad en el tiempo.

Los resultados aquí obtenidos han servido y servirán de insumo a la toma de decisiones, de la Directiva de la Clínica, relacionada con la implementación de estrategias para el mejoramiento de las condiciones de los empleados de esta, siendo ellos clave dentro de la Organización para el logro de los objetivos y metas, por lo que debe haber reciprocidad de parte y parte.

De acuerdo a lo anterior, lo que se busca con la creación de ese servicio médico, dirigido a los trabajadores de la Institución, no es solamente garantizar su salud, sino lograr un clima organizacional de respaldo que genere en ellos un sentido de pertenencia hacia la Clínica, es decir, que los identifique con su misión y visión, impulsándolos a una constante búsqueda de la calidad y de mejoras en los procesos al involucrarse en todas aquellas áreas en donde puedan agregar valor.

Cabe enfatizar que este servicio médico evitaría la pérdida de parte del salario del trabajador por el pago de consultas fuera de la institución, podría generar un aumento de la productividad laboral e incluso disminuiría su riesgo de padecer enfermedades crónicas que lo lleven a solicitar con el tiempo incapacidad laboral.

Finalmente, con el propósito de facilitar la creación de ese servicio, se recomienda:

- Indagar sobre las verdaderas causas que producen ausencias de los trabajadores a su sitio de trabajo, ya que en este estudio un poco más de la mitad de la muestra se mostró renuente a indicarlo.
- Comprometer al IVSS con todos los recursos humanos, de infraestructura, equipos e insumos, es decir, que cumpla con la

responsabilidad de pago de personal y asignación de todos los recursos para el buen funcionamiento del servicio.

- Que además se establezcan normativas para su adecuado funcionamiento.
- Planificar mensualmente las necesidades de materiales y medicinas que requerirá este nuevo servicio, comprometiendo a depósito general en esta responsabilidad.
- Que se realicen supervisiones periódicas por parte del jefe inmediato.
- Una vez creado el servicio, aplicar estrategias para asegurar la satisfacción de sus usuarios, como medida básica para la supervivencia de dicho servicio dentro de la organización.

BIBLIOGRAFÍA

- Adell, C, Echevarria, C. y Bentz, R. (2009). Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(2), 176-183.
- Bagnulo, H., Icasuriaga, H., Haretche, Á., Lorenzo, J., Petruccelli, D. y Serra, J. (2004). Ante el riesgo del colapso: Reconstruir el sistema de salud desde la gente. *Cuadernos del CLAEH*, 27(89), 7-25.
- Blanco R., A. (2010). *Formulación y evaluación de proyectos* (8a. ed.). Caracas: Texto.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 36.860, Diciembre 30, 1999.
- Federación Médica Venezolana. (2006). *Informe anual*. Caracas: Autor.
- Guerrero Pupo, J., Cañedo Andalia, R., Rubio Rodríguez, S., Cutiño Rodríguez, M. y Fernández Díaz, D. (2006). Calidad de vida y trabajo: Algunas consideraciones sobre el ambiente laboral de la oficina. *ACIMED*, 14(4), 1.
- Guzmán, L. (2001). *Pasos a seguir para un proyecto de factibilidad* [Documento en Internet]. Disponible en: http://www.itlp.edu.mx/publica/tutoriales/de_proyectos/tema_3_1.htm [Consulta: 2011, Agosto 04].

- Hernández, A. L. (Ed.). (2000). *Proyecto factible como modalidad en la investigación educativa*. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- Ley del Seguro Social. (2008). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 5.891 (Extraordinaria), Julio 31, 2008.
- Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. (2005). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 38.236, Julio 26, 2005.
- Ley Orgánica del Trabajo. (1997). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, 5.152, Junio 19, 1997.
- Martínez, M., Bolívar, M., Vásquez, J. y Zurlent, I. (2005). *Reseña histórica de la Clínica Popular de Catia* [Informe Especial]. Caracas: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.
- Morales, Y. (2006). *Propuesta de factibilidad destinado a la creación de servicio de salud bucal*. Trabajo Especial de Grado no publicado. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Alma-Ata 1978: Atención primaria de salud*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: Autor.
- Piédrola Gil, G. (Ed.). (2001). *Medicina preventiva y salud pública* (10a. ed.). Barcelona: Masson.

Reglamento de la Ley Orgánica del Trabajo. (2006). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 38.426, Abril 28, 2006.

Rosales Rengifo, N. y Sarría Delfino, M. (1987). *Estudio de factibilidad de instalación de una clínica en la Urbanización Montalbán*. Trabajo Especial de Grado no publicado. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.

Valarino, E., Yaber, G. y Cemborain, M. (2010). *Metodología de la investigación paso a paso*. México, D. F.: Trillas.

Yavich, N., Báscolo, E. P. y Haggerty, J. (2010). Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud Pública de México*, 52, 39-45.

ANEXO A. ENCUESTA PARA DETERMINACIÓN DE LA DEMANDA

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

NECESIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EMPLEADOS DE LA CLÍNICA POPULAR DE CATIA

(encuesta realizada en el marco del Trabajo Especial de Grado
“Factibilidad de la creación de un servicio médico para
empleados de la Clínica Popular de Catia”)

Autora: Ivoray Zurlent Hernández
Tutor: Miguel Angel Cardozo Montilla

Fecha: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Sexo: F ____ M ____

Cargo: ____ Años de servicio: ____

Por favor, lea con atención las siguientes preguntas y responda de acuerdo a su experiencia. Sus respuestas serán tratadas de forma confidencial y serán utilizadas para determinar la demanda de los empleados de la Clínica Popular de Catia por atención médica en su lugar de trabajo.

¡Gracias por su colaboración!

1- En el transcurso del último año, ¿se ha ausentado de la Institución por enfermedad?

Sí ____ No ____

- De ser afirmativa su respuesta, ¿cuántas veces?

Una ____ Dos ____ Tres o más ____

2- ¿La Institución le brinda atención médica cuando usted lo requiere?

Sí ____ No ____

- De ser afirmativa su respuesta, ¿ha quedado satisfecho con la atención recibida?

Sí ____ No ____

- ¿Por qué?

3- ¿Ha tenido que acudir a otro centro asistencial para recibir dicha atención?

Sí ____ No ____

- De ser afirmativa su respuesta, ¿ha tenido que pagar por esta?

Sí ____ No ____

- ¿Cuánto?

≤ 300,00 BsF ____ Entre 301,00 BsF y 600,00 BsF ____

Entre 601,00 BsF y 900,00 BsF ____ ≥ 901,00 BsF ____

4- ¿Le gustaría que en la Institución funcionara un servicio de atención médica exclusivo para los empleados?

Sí ____ No ____

¡Muchas gracias!