

# Boletín Informativo Sala Situacional

**EDICIÓN ESPECIAL**

**Investigaciones del IAE**

**Indicadores de Productos Académicos  
del IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon"**



## **EDITORIA**

Dra. Fanny Dávila

Coord. de Sala Situacional de Salud del S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon"

## **COMITE EDITORIAL**

- Dra. Fanny Dávila

- Econ. Yndira Rondón

- Ing. Diflor Domínguez

- Dra. Dora Manzanilla

- Lcdo. Oswaldo Flores

## **DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN**

- Lcdo. Oswaldo Flores

Dirección de Gestión de Información del S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon"

## **Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon"**

**Depósito Legal:** pp201003AR674

**ISSN:** 2244-839X

**Para contacto:** Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", Av. Bermúdez Sur. Telfs.: (0243) 232.5633 - 0833 - Fax: (0243) 232.6933. Ext. 141. Apartado Postal 2171-2113, Maracay 2011. Estado Aragua, Venezuela.

**e-mail:** [sasit.iaes@gmail.com](mailto:sasit.iaes@gmail.com)

Impreso en: S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon" / Venezuela

Fecha: Junio 2016

Tiraje: 100 Ejemplares

**Nota del Editor:** Algunos artículos que aparecen en el Boletín Informativo reflejan los puntos de vista del autor y no necesariamente el punto de vista de la Sala Situacional de Salud "Dr. Arnoldo Gabaldon".

**[www.iaes.edu.ve](http://www.iaes.edu.ve)**

# Contenido

Editorial .....	5
Investigaciones del IAE .....	8
Indicadores de Productos Académicos IAE Dr. Arnoldo Gabaldon .....	68

El Boletín Informativo de la Sala Situacional de Salud "Dr. Arnoldo Gabaldon" es creado como un órgano destinado a divulgar la información de salud que contribuya con el conocimiento en el área y permita apoyar los trabajos científicos y la gestión de los servicios de salud, que buscan a su vez, diseñar y aplicar intervenciones estratégicas costo/efectivas de alto impacto social y así mejorar la calidad de vida de la población y la superación de las inequidades y las brechas sociales. Este boletín estará a su disposición en formato impreso y digital.

---

## Editorial

---

En esta oportunidad el Boletín Informativo de la Sala Situacional presenta una Edición Especial, contetiva de tres importantes artículos científicos desarrollados en el campo de la Salud Ocupacional, la Gestión en Salud Pública y la Epidemiología, así mismo se presenta el Consolidado del año de los Indicadores Académicos del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” (IAE).

El primer artículo es un *Estudio Cienciométrico de la Literatura Gris del Área de Salud Ocupacional en los Postgrados del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” (IAE)*. Inserto en el Área de Investigación de Formación del Talento Humano en Salud y en la Línea de Investigación de Políticas y Estrategias de Formación. La Ciencimetría estudia los aspectos cuantitativos de la ciencia como disciplina o actividad económica, y encuentra aplicación en el establecimiento de las políticas científicas, donde incluye entre otras las de publicación.

Un aspecto importante de la Ciencimetría, es el relacionado con los Indicadores Cienciométricos, cuyo cálculo se hace cada vez más frecuente en los países en vía de desarrollo, como insumo para medir su potencial científico y tecnológico, y con base en ello formular políticas de ciencia y tecnología y definir acciones concretas. Con estos indicadores se puede determinar el crecimiento de cualquier área científica, atendiendo, por ejemplo, al número de trabajos realizados, publicados, la producción de los científicos, centros de investigación, las líneas de investigación desarrolladas, la colaboración entre autores, instituciones, países, el impacto de las comunicaciones atendiendo al número de citas recibidas, entre otras.

Estos indicadores son aplicados a publicaciones no periódicas como son los libros, monografías, compilaciones y folletos; publicaciones periódicas como revistas y series y a la literatura “gris”, la cual se refiere a los trabajos de investigación no publicados o de circulación limitada como Tesis, Tesinas, Actas de Congresos e Informes.

---

Es importante resaltar, que los colectivos de docentes, para desarrollar su actividad académica en función del desarrollo científico, social y económico, deben tener conocimiento de la actividad científica generada en la institución donde se desempeñan, ya que ésta, enriquece su proceso de facilitación, además de ser un insumo necesario para el desarrollo y profundización de la actividad de investigación en las áreas de postgrado, para insertarse en determinadas líneas de investigación, así como, para realizar la actividad de jurado, asesor y/o tutor de las tesis o trabajos especiales de grado.

En este sentido, la producción científica amerita ser evaluada con los indicadores apropiados, para analizar qué, quién, cómo, por qué y cuándo fue producida, considerando los documentos de tesis como una *“materia prima”* que hay que procesar para obtener información útil.

El segundo artículo, se titula *Calidad de Atención según Satisfacción del Usuario en el Área de Emergencia Pediátrica del Hospital “Dr. José María Vargas”, Cagua, Estado Aragua, Venezuela*. Desarrollado en el Área y Línea de Investigación de Planificación y Gestión en Salud. En este contexto, la Calidad de Atención puede definirse como una serie de juicios de valores que son aplicados a distintos aspectos, propiedades o dimensiones del proceso llamado atención médica, la misma consta de varias capas que parten desde lo más interno, donde se encuentran las habilidades técnicas del trabajador de salud, y pasan luego por las habilidades interpersonales del mismo, hasta las instalaciones sanitarias que vendrían a encontrarse en las capas más externas del proceso de la atención de salud.

Uno de los indicadores más utilizados para evaluar la Calidad de Atención es la Satisfacción del Usuario Interno y Externo, a partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida o brindada, mediante los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos, y a los usuarios mismos, en sus necesidades y expectativas.

Evaluar la Calidad de Atención desde los usuarios va en concordancia con las nuevas tendencias gerenciales en el campo

---

de la Salud Pública, que consideran a todos los actores a participar activamente en el mejoramiento de los procesos que desarrollan para garantizar actividades de promoción, prevención, rehabilitación y curación en términos reales y ajustados a las necesidades de la población, con calidad y equidad.

En esta perspectiva, la valoración de la Satisfacción de los Usuarios proporciona una información con diversos grados de subjetividad sobre el resultado final del proceso asistencial, sin embargo, estas opiniones aun en este contexto son sumamente valiosas para las autoridades que dirigen los servicios de salud.

El tercer y último artículo fue titulado *Intervención Intersectorial para el Control de Aedes aegypti, en la Victoria, Parroquia Rubio, Municipio Junin, Estado Táchira, Venezuela*. Se realizó en el Área de Epidemiología, la cual permite la construcción de conocimiento para la descripción, análisis, explicación y predicción del proceso de producción social de salud, en las poblaciones humanas, así como el control de los problemas de salud en un tiempo y contexto determinado.

Se debe destacar, que el dengue, es una enfermedad viral, causada por cualquiera de los cuatro serotipos del Virus Dengue, siendo este agrupado con base a criterios clínicos, biológicos, inmunológicos y moleculares. La infección del virus de dengue es sin duda alguna la enfermedad más común a nivel mundial en lo que se refiere a la tasa de morbilidad, transmitida por mosquitos del género *Aedes*.

Finalmente es importante hacer prioritaria la intersectorialidad, para que todos los sectores de la sociedad, organizaciones gubernamentales y entes privados, participen en la prevención y control del dengue, enfatizando en el control vectorial.

*Dra. Fanny Dávila*



## Investigaciones del IAE

---

### **Estudio Cienciométrico de la Literatura Gris del Área de Salud Ocupacional en los Postgrados del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” (IAE) 2005-2014.**

Autores: Fanny Janeth Davila Largo<sup>1</sup> & Maria Del Carmen Martinez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” (IAE). Maracay, estado Aragua. Venezuela.

#### **RESUMEN**

La cienciometría estudia los aspectos cuantitativos de la ciencia como disciplina y encuentra aplicación en el establecimiento de las políticas científicas, donde incluye entre otras las de publicación. Objetivo: Analizar la literatura gris del área de Salud Ocupacional en los seis Postgrados del IAE en el periodo 2005-2014. La investigación se desarrolló bajo el paradigma positivista con enfoque cuantitativo, diseño documental, descriptivo. La unidad de análisis fue la literatura gris generada en los seis postgrados, donde se consideró los siguientes Indicadores: Indicador Personal, Indicador de Productividad, Indicador de Contenido Temático e Indicadores Metodológicos. Los resultados evidencian una producción de 136 tesis en el área de Salud Ocupacional en cuatro de los seis postgrados durante el periodo estudiado, con un Índice de Productividad de 2,1, la Línea de Investigación más desarrollada fue la de Riesgos y Efectos a la Salud en los postgrados de Salud Ocupacional (27%) y Epidemiología (40%), y la línea de Seguridad en el Trabajo en los postgrados de Gestión en Salud Pública (32,5%) y Medicina General Integral (100%). El Paradigma Positivista fue el más utilizado (65%) de las tesis, el tipo de Investigación más usado fue el Descriptivo, el (75%) de las tesis del área de Salud Ocupacional fueron elaboradas por estudiantes del sexo Femenino (75%). Conclusión: el IAE es un gran productor de literatura gris en el área de Salud Ocupacional y la evaluación de la producción científica ejerce un papel protagónico en las actividades de docencia e investigación.

**Descriptor de Contenido:** Cienciométrica, Salud Ocupacional, Indicadores Cienciométricos.



## INTRODUCCIÓN

Existen científicos y estudiosos que señalan que la ciencia determina el desarrollo de un país en lo económico, político, social y cultural; pero no es posible saber cómo se establecen esos vínculos entre la ciencia y las acciones concretas de progreso, si se desconocen los resultados generados en las diversas disciplinas científicas y la calidad de la misma (Peña, 2013). De allí que: cuantificar, evaluar, analizar la información y el conocimiento resultante de la actividad científica es considerado un elemento imprescindible para todos los programas de estudios de pregrado, postgrado, investigación, tecnología y desarrollo que se implementan en una sociedad determinada.

En esta idea, la Ciencia de la Información proporciona una ayuda inestimable, al desarrollar técnicas e instrumentos para medir la producción de conocimiento. Al respecto, refiere Carrasco (2013), que los métodos matemáticos se han convertido en una parte importante de las disciplinas métricas, la Informetría, la bibliometría y la cienciometría.

El término “*Informetría*” comenzó a emplearse en el campo de las ciencias de la información a partir de la década del 80. Abarca la medición de la información, el almacenamiento y su recuperación, mediante la metodología matemática y estadística. La bibliometría estudia los aspectos cuantitativos de la producción, difusión y uso de la información registrada, aplicando métodos matemáticos al estudio de los libros y documentos, es decir, se ocupa de las actividades bibliotecarias y la cienciometría estudia los aspectos cuantitativos de la ciencia como disciplina o actividad económica, y encuentra aplicación en el establecimiento de las políticas científicas, donde incluye entre otras las de publicación.

Un aspecto importante que se debe tener presente a la hora de abordar el campo de la Cienciometría, es el relacionado con los indicadores cienciométricos, cuyo cálculo se hace cada vez más frecuente en los países en vía de desarrollo, como insumo para medir su potencial científico y tecnológico, y con base en ello formular políticas de ciencia y tecnología y definir acciones concretas.

Desde los primeros trabajos que versan sobre trabajos bibliométricos hasta la actualidad se ha ido matizando paulatinamente el concepto de indicador cuantitativo, con estos indicadores se podrá determinar, el crecimiento de cualquier área científica, atendiendo por ejemplo, al número de trabajos realizados, publicados, la producción de los científicos, centros de investigación, las líneas de investigación desarrolladas, entre otras. Los principales indicadores bibliométricos para medir la literatura científica son, la productividad de las publicaciones, la productividad por instituciones editoras y lugares de edición y el análisis de la producción por su temática. Aplicados a publicaciones no periódicas como libros, monografías, compilaciones y folletos; publicaciones periódicas como revistas y series y literatura “gris” es decir, trabajos no publicados o de circulación limitada como tesis, tesinas, actas de Congresos, informes entre otros (Rubio, 2011).

En esta perspectiva, Ramírez, Cardoso y Torres (2012), realizaron en Colombia una Revisión Documental de los Trabajos de Grado de la Especialización en Salud Ocupacional de la Universidad Libre-Seccional Cali, El objetivo de este trabajo fue caracterizar la producción académica de los estudiantes durante los últimos 14 años. Fue un estudio descriptivo, documental, retrospectivo, donde se revisaron 118 trabajos de grado, recolectando datos sobre autores, sector geográfico, sector económico, tipo de estudio, línea de investigación, población, instrumento de medición y fuentes bibliográficas. Sus resultados evidenciaron que la mayoría de los trabajos de grado (44.1%) fueron realizados en empresas de la ciudad de Cali. El 89.8% fueron trabajos de tipo descriptivo y una gran proporción en el sector industrial (36.4%). La línea de investigación de mayor producción fue la promoción de entornos saludables y prevención de riesgos laborales (22,9%). En su mayoría, los estudios fueron realizados sobre poblaciones de operarios (49.2%).

Muñoz y Suarez (2010), realizaron el análisis bibliométrico de los trabajos de grado de la Facultad de Psicología de la Universidad San Buenaventura en Bogotá. Encontrando, respecto a la categoría líneas de investigación, correspondiente al indicador bibliométrico temático, que la línea de salud y calidad de vida tuvo la frecuencia más alta (63%) y en lo referente a los indicadores metodológicos se encontró que los tipos de investigación más utilizados por los trabajos

de grado de la facultad de psicología fue el descriptivo (62%) seguido por los estudios de tipo cualitativos (15%).

Vásquez (2010), desarrolló en México un estudio cuantitativo en el centro de Investigación en computación del Instituto Politécnico Nacional, utilizando los datos de hasta 202 tesis; Este trabajo permitió fundamentar conclusiones sobre el comportamiento de la producción científica, destacando que el tipo de investigación más utilizada fue la descriptiva (82%) y el sexo predominante de los autores era el femenino, en un (61%).

De la misma forma, Escorcía (2009), en Colombia realizó un análisis bibliométrico, como herramienta para el seguimiento de publicaciones científicas, tesis y trabajos de grado. Sus resultados expresan que, en cuanto a las Tesis Doctorales y Trabajos de Maestría y/o Especialización y Pregrado se obtuvieron 232, 686 y 52 respectivamente, el 86% de las tesis se desarrollaron bajo el paradigma cuantitativo, el 67% fueron descriptivas y el mayor año de publicación fue el año 2010.

En Venezuela, Martínez (2013) desarrolló una investigación sobre la Producción Científica de los Postgrados de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral en Aragua. Durante el Periodo 1991–2010, fue un análisis cuantitativo y sus resultados evidenciaron que la línea de investigación Globalización, Condiciones de Trabajo, Calidad de Vida y Salud de los Trabajadores es la predominante para la UC y para el IAE: Factores de Riesgo y efectos de la Salud. El 96% de los trabajos y tesis son Cuantitativos, con un diseño descriptivo (65%), estudios de campo (76%), las técnicas de recolección de datos más usadas fueron observación, cuestionarios y fuentes estadísticas oficiales. El aporte práctico de los trabajos 62% son diagnósticos, 30% propuestas y 8% de aplicación. Concluyó que deben aplicarse medidas para incrementar la productividad de los programas mediante incorporación de estrategias que fomenten la investigación, el desarrollo de competencias informacionales y el uso de recursos electrónicos, información actualizada y la visibilidad de la literatura gris.

Finalmente, Estrada, Sánchez y Gómez (2006), efectuaron una investigación sobre las Tendencias e Impacto de la Producción Científica en Salud Ocupacional. Estudio de una

publicación periódica. Se analizan los 79 artículos publicados en la Revista Salud de los Trabajadores, y 72 trabajos de grado, de los 118 presentados durante ese período en el Postgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral de la UC/IAES. Los resultados revelan que los años donde hubo mayor productividad de las tesis fue 1998 (22%) y 1995 (19%) respectivamente y la media anual de producción es de 4 trabajos por año. Destacan que el nivel exploratorio del estudio y el carácter preliminar de los resultados sugieren profundizar la investigación incorporando más indicadores de interés cuantitativo

Acota Rubio (2011), que para analizar o evaluar la evolución de la ciencia en general o de cualquier área de conocimiento, se hace necesario el uso de indicadores, que permitirán obtener información sobre la capacidad investigadora en un área de conocimiento, el número de tesis o tesinas que se han desarrollado en el tiempo, su notoriedad y el alcance de sus publicaciones, entre otras variables. En este sentido, el análisis de los datos nos aporta el número de tesinas y tesis en Universidades, Facultades o Departamentos en cuanto a producción, líneas de investigación, así como la observación y aporte de las mismas.

En este orden de ideas, Vallejo (2008), define los indicadores cuantitativos como “medidas cuantitativas elaboradas a partir de la actividad científica”. Con estos indicadores se podrá determinar el crecimiento de cualquier área científica, atendiendo por ejemplo, al número de trabajos realizados, publicados, la producción de los científicos, centros de investigación, las líneas de investigación desarrolladas, la colaboración entre autores, instituciones, países, el impacto de las comunicaciones atendiendo al número de citas recibidas, entre otras.

Estos indicadores son aplicados a publicaciones no periódicas como son los libros, monografías, compilaciones y folletos; publicaciones periódicas como revistas y series y a la literatura “gris”, la cual se refiere a los trabajos de investigación no publicados o de circulación limitada como tesis, tesinas, actas de Congresos, informes, entre otros. Al respecto, Estrada, Sánchez y Gómez (2006) refieren que la denominada literatura gris contienen aportes valiosos que suelen quedarse en el olvido debido a su poca o ninguna difusión ya que suelen ser el resultado de un trabajo de investigación por lo general no publicado. Con respecto

a la clasificación de este tipo de indicadores, existen numerosos trabajos que seleccionan los distintos indicadores según las propias exigencias de cada autor. En este estudio se ha elegido la clasificación realizada por Escorcía (2009) tomado de Fernández Cano y Bueno (1999), propone los siguientes indicadores cuantitativos.

**Tabla I. Indicadores Cuantitativos.**

<b>Indicadores</b>	<b>Características</b>
Indicadores Personales	Edad de los Investigadores Sexo de los Investigadores Antecedentes Personales
Indicadores de Productividad	Índice de Productividad Personal Índice de Colaboración Índice Institucional
Indicadores de Citación	Índice de Antigüedad/Obsolescencia Factor de Impacto de las Revistas Índice de Inmediatez Índice de Actualidad Temática Índice Aislamiento Índice de Autocitación Coeficiente general de Citación
Indicadores de Contenido	Temáticos o textuales Descriptorios
Indicadores Metodológicos	Paradigma Adoptado Diseños Específicos Utilizados (Tipo de Investigación) Técnicas de Análisis

Fuente: Escorcía (2009)

**Indicadores Personales:** a esta primera categoría de indicadores se adscriben una serie de rasgos cualitativos relacionados fundamentalmente con el autor del estudio analizado, se distinguen la edad, sexos y antecedentes personales.

**Indicadores de Productividad:** tienen un marcado carácter cuantitativo; aportándonos información sobre la cuantía de trabajos científicos realizados. Específicamente el Índice de productividad personal, se mide a través del número de publicaciones producidas por el investigador, grupo, institución o país. Definido por Price (1969) como los algoritmos decimal del número de productos (artículos, libros, tesis dirigidas) realizados.

$$IPC = \log Np$$

Siendo, IPC: indicador de productividad personal y Np: número de productos.

Respecto a esto convendría hacer la acotación de que la misma productividad, no indica consideración científica; pues productividad no significa calidad. Siendo a falta de productividad provocada, en muchas ocasiones, por factores sociales o políticos, externos a la valía intelectual-científica.

Indicadores de Contenido: estudio de los temas, tópicos centrales, líneas de investigación y materias estudiadas por cualquier área científica. De ahí, el gran interés que suscita el descubrir la evolución de las corrientes investigadoras a lo largo del tiempo.

Indicadores Metodológicos: este tipo de indicadores aporta información sobre los cambios que se han producido en la forma de realizar (modus operandi) de la propia investigación; es decir, en su método, técnicas y procedimientos.

De acuerdo con Arencibia y De Moya (2013), los indicadores cuantitativos pueden medirse atendiendo a series cronológicas o como medidas de distribución, y los estudios pueden realizarse a nivel micro (individuos, grupos de investigación o revistas individuales), meso (instituciones o grupos temáticos) o macro (países, regiones o toda una disciplina).

Con estos indicadores se podrá determinar, el crecimiento de cualquier área científica, atendiendo por ejemplo, al número de trabajos publicados; la producción de los científicos; centros de investigación; la colaboración entre autores, instituciones, países, colegios invisibles; el impacto de las comunicaciones, atendiendo al número de citas recibidas, entre otras.

En relación a lo expuesto, se considera que los colectivos de docentes, para desarrollar su actividad académica en función del desarrollo científico, social y económico, deben tener conocimiento de la actividad científica generada en la institución donde se desempeñan, ya que ésta, enriquece su proceso de facilitación, además de ser un insumo necesario para el desarrollo y profundización de la actividad de investigación en las áreas de postgrado, para insertarse en determinadas

---

líneas de investigación, así como, para realizar la actividad de jurado, asesor y/o tutor de las tesis o trabajos especiales de grado.

Resulta obvio el importante papel que cumple la producción científica de una institución académica, no sólo como la materialización del conocimiento producido, sino como el resultado de todas las actividades académicas y científicas de sus investigadores. En este sentido, la producción científica amerita ser evaluada con los indicadores apropiados, para analizar qué, quién, cómo, por qué y cuándo fue producida. Por lo tanto, es imprescindible que la producción científica sea objeto de revisión, evaluación y análisis para la reflexión, considerando los documentos de tesis como una “materia prima” que hay que procesar para obtener información útil.

El Instituto de Altos Estudios Dr. “Arnoldo Gabaldon” (IAE), fundado en el año 2000, y adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud, tiene como Misión “Ejecutar políticas integrales de formación del talento humano, investigaciones e interacción social en salud para la consolidación y fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud”. Se desarrollan seis (6) postgrados: Epidemiología, Epidemiología de la Enfermedades Metaxénicas, Gestión en Salud Pública, Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, Manejo de Vectores y Reservorios en Salud y Medicina General Integral, cuyo objetivo es fortalecer las competencias de los funcionarios y funcionarias que laboran en el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), para consolidar las Redes de Atención Primaria, Secundaria y Hospitalaria.

Considerando, que los indicadores cuantitativos proporcionan información para la evaluación de cantidad de conocimiento producido, temática y carácter del conocimiento generado y el impacto de la investigación y dada la Visión del IAE de mantenerse como una Institución Académica de reconocimiento Nacional e Internacional, es imprescindible que su producción científica sea objeto de evaluación y reflexión.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

La presente investigación se desarrolló bajo el Paradigma Positivista con un Enfoque Cuantitativo, propio de los Estudios Cuantitativos, es una investigación Documental, de tipo Descriptivo.

---



La Unidad de Análisis se conformó con el total de los Trabajos Especiales de Grado (literatura gris) de los seis (6) postgrados del S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” a saber: Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral (SOHAL), Epidemiología, Gestión en Salud Pública (GSP), Epidemiología de la Enfermedades Metaxénicas (EPIMET), Manejo de Vectores y Reservorios en Salud (MVRS) y Medicina General Integral (MGI).

Se realizó revisión de la literatura gris que se generó en el periodo 2005-2014, y se seleccionó la literatura gris en el área de Salud Ocupacional del periodo de estudio, en ella se ubicaron los datos que permitieron realizar este estudio cuantitativo. Se eligieron los siguientes indicadores cuantitativos (tomados de Fernández Cano y Bueno, 1999):

- a) Indicador Personal: Sexo.
- b) Indicadores de Productividad: Índice de Productividad Personal (IPC).  $IPC = \log Np$ . Siendo  $Np$ : número de productos
- c) Indicador de Contenido Temático: Línea de Investigación, que en el área de Trabajo y Salud de la Institución de estudio son: Higiene Ocupacional, Ergonomía y Fisiología del Trabajo, Factores de Riesgos Psicosociales, Factores de Riesgos y Efectos de la Salud, Políticas y Administración en Seguridad y Salud en el Trabajo, Seguridad en el Trabajo y Salud Mujer y Trabajo.
- d) Indicador Metodológico: Paradigma Adoptado y Diseño Específico Utilizado (Tipo de Investigación).

En esta investigación se aplicaron las técnicas bibliométricas al estudio de la actividad científica, las consideraciones éticas presentes estuvieron en el anonimato de autores y el realizar un trabajo técnico, que se fundamentó en la obtención de información que permitió realizar un diagnóstico, dirigidos a la búsqueda del conocimiento necesario para orientar, de la forma más certera y ética posible la toma de decisiones en este ámbito.

## RESULTADOS

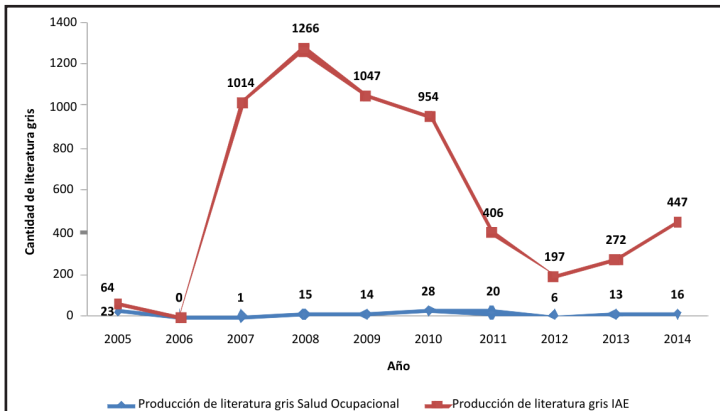
**Tabla II. Distribución Porcentual de la Literatura Gris del área de Salud Ocupacional en los Postgrados del S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”, 2005-2014.**

Postgrados SA.IAE “Dr. Arnoldo Gabaldon”	Literatura Gris en el área de Salud Ocupacional	
	n	%
Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral	85	62,5%
Gestión en Salud Pública	40	29,4%
Epidemiología	10	7,4%
Medicina General Integral	1	0,7%
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>

Fuente: Manual de Trabajos Especiales de Grado, Biblioteca S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” 2016.

Al cuantificar la producción de literatura gris del área de Salud Ocupacional en los Postgrados del S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” en el periodo estudiado se encontró un total de 136 tesis, distribuidas en los postgrados de la siguiente manera, 85 tesis el (62,5%) en el Postgrado de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, 40 tesis el (29,4%) en el Postgrado de Gestión en Salud Pública, 10 tesis, el (7,4%) en el Postgrado de Epidemiología, 1 tesis, el (0,7%) en el Postgrado de Medicina General Integral.

**Gráfico N° 1. Productividad de la Literatura Gris en los Postgrados del S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” según año y literatura gris del área de Salud Ocupacional. 2005-2014.**



Fuente: Trabajos Especiales de Grado, Biblioteca S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” 2016.

En el gráfico anterior, se muestra el total de literatura gris producida en el S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” en el periodo de estudio 5667 tesis en comparación con el total de la literatura gris del área de Salud Ocupacional, 136 tesis, que representa el 2,4%.

**Tabla III. Distribución de la Literatura Gris del Área de Salud Ocupacional según las Líneas de Investigación en los Postgrados S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” 2005-2014.**

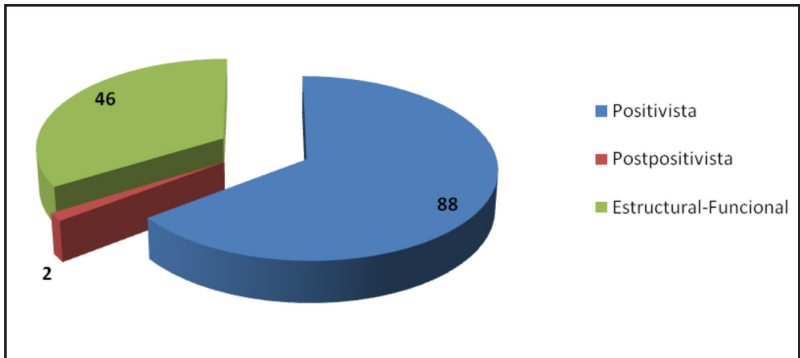
Líneas de Investigación	Postgrados S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”				Total	%
	Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral	Gestión en Salud Pública	Epidemiología	Medicina General Integral		
Higiene Ocupacional	13	7	0	0	20	14,7%
Ergonomía y Fisiología del Trabajo	11	2	1	0	14	10,3%
Factores de Riesgos Psico-sociales	8	4	2	0	14	10,3%
Factores de Riesgos y Efectos de la Salud	23	7	4	0	34	25,0%
Políticas y Administración en Seguridad y Salud en el Trabajo	15	7	1	0	23	16,9%
Seguridad en el Trabajo	13	13	2	1	29	21,3%
Salud Mujer y Trabajo	2	0	0	0	2	1,5%
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>40</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>136</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Trabajos Especiales de Grado, Biblioteca S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” 2016.

En lo que respecta a la distribución de la literatura gris del área de Salud Ocupacional según las líneas de investigación se observa que la línea de investigación con más trabajos desarrollados es la de Factores de Riesgos y Efectos a la Salud (25%), Seguida de Seguridad en el Trabajo (21,3%). La línea de investigación Salud, Mujer y Trabajo fue la menos desarrollada (1,5%).

Al visualizar la distribución en los diferentes Postgrados, la línea de investigación más desarrollada en los Postgrados de Salud Ocupacional y Epidemiología fue la de Factores de Riesgos y Efectos a la Salud, mientras que en los Postgrados de Gestión en Salud Pública y Medicina General Integral fue Seguridad en el Trabajo.

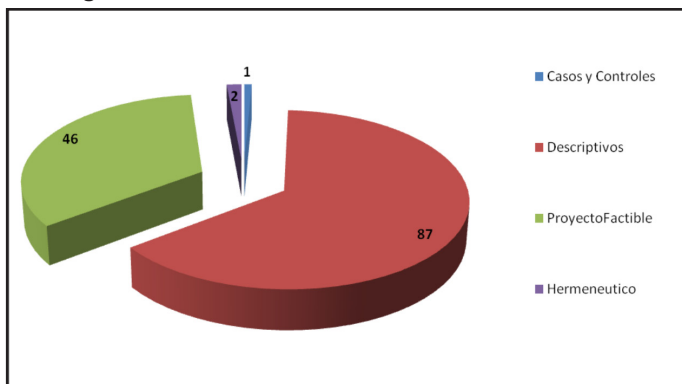
**Gráfico N° 2. Distribución de Frecuencia de la Literatura Gris del Área de Salud Ocupacional según el Paradigma de Investigación. 2005-2014.**



Fuente: Trabajos Especiales de Grado, Biblioteca S.A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" 2016.

En el gráfico anterior se refleja que de los 136 trabajos del área de Salud Ocupacional realizados, el 65% se desarrolló bajo el Paradigma Positivista con un enfoque cuantitativo, seguido de 46 trabajos (33,8%) bajo el Paradigma Estructural Funcional, con un enfoque cuanti-cualitativo y solo 2 trabajos (1,4%) en el Paradigma Postpositivista, con enfoque cualitativo.

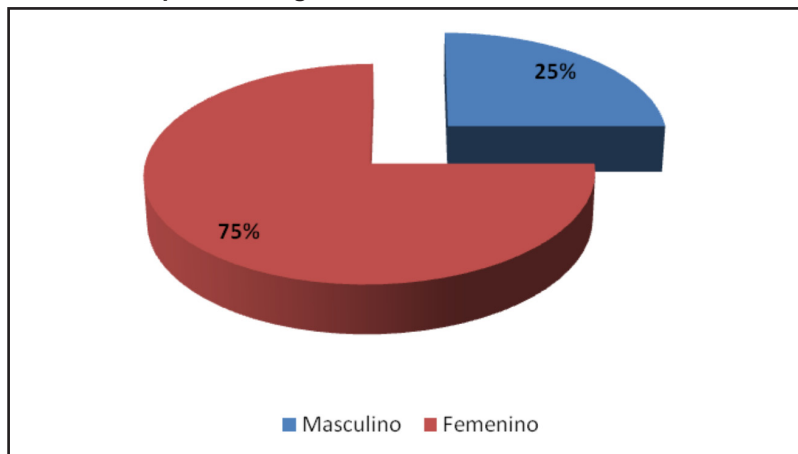
**Gráfico N° 3. Distribución de Frecuencia de la Literatura Gris del Área de Salud Ocupacional según el Tipo de Investigación. 2005-2014.**



Fuente: Trabajos Especiales de Grado, Biblioteca S.A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" 2016.

Predomina el tipo Descriptivo con el 63,9%, seguido de Proyectos Factibles con un 33,8%, Estudios Hermenéuticos con 1,4% y 1 tesis Analítica, tipo Casos y Controles 0,7%.

**Gráfico N° 4. Distribución de Frecuencia de la Literatura Gris del Área de Salud Ocupacional según Sexo. 2005-2014.**



Fuente: Trabajos Especiales de Grado, Biblioteca S.A. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" 2016.

Los resultados del gráfico anterior muestran que de las 136 tesis del área de Salud Ocupacional, 102 tesis (75 %) fueron elaboradas por estudiantes del sexo Femenino y 34 tesis (25 %) fueron presentados por estudiantes del sexo Masculino.

La distribución por postgrados fue la siguiente: el 100% de las tesis del área de Salud Ocupacional en el Postgrado de Epidemiología y la Tesis del Postgrado de Medicina General Integral fueron presentadas por estudiantes del sexo femenino, en el Postgrado de Gestión en Salud Pública fue el 80% y en el Postgrado de Salud Ocupacional el 69,4%.

## **DISCUSIÓN**

Al cuantificar la producción de literatura gris del área de Salud Ocupacional en los Postgrados del S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” en el periodo estudiado se encontró un total de 136 tesis, de las cuales 85 tesis fueron desarrolladas en el Postgrado Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral el cual se inició en el año 2005, estos resultados se comparan con los obtenidos por Estrada, Sánchez y Gómez (2006), en su investigación sobre las Tendencias e Impacto de la Producción Científica en Salud Ocupacional, en lo referente al número de tesis del Postgrado de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral de la Universidad de Carabobo, quienes encontraron 118 Tesis en el periodo 1993-2005. Es importante considerar que el periodo estudiado por Estrada, Sánchez y Gómez es de 12 años mientras que el período de la presente investigación es de 9 años.

Al calcular el Índice de productividad (IP) su resultado fue de 2,1 en este sentido y en base a lo que expone Escorcía (2009), un  $IP > 1$  es indicativo de grandes productores, ya que este indicador se mide a través del número de publicaciones por investigador, institución o grupo. Este indicador se rige por la Ley de Lotka o Ley de Crecimiento Exponencial, se trata de una ley bibliométrica, sobre la distribución de los autores según su productividad. Hablar de un autor o institución productiva no equivale a decir que éste sea un autor o institución más o menos eminente, y tampoco describe la calidad de su producción científica. Los resultados del IP indican que el S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” es un gran productor en literatura gris del área de Salud Ocupacional.

En lo referente a la literatura gris del área de Salud Ocupacional según las líneas de investigación del S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” en el periodo estudiado la línea de investigación con más trabajos desarrollados fue Factores de Riesgos y Efectos a la Salud, coincidiendo con los resultados de Martínez (2013), y en contraste diferente a lo encontrado por Ramírez, Cardoso y Torres (2012), estos encontraron que la línea de investigación de mayor producción es la Promoción de Entornos Saludables y Prevención de Riesgos Laborales (22,9%).

Al determinar en la literatura gris estudiada el Paradigma de Investigación adoptado se encontró, que la mayoría se desarrolló bajo el Paradigma Positivista con un enfoque cuantitativo en un 65%. Se compara con Martínez (2013), quien evidenció en los resultados que el 96% de las tesis fueron Cuantitativos, así mismo, Escorcía (2009), encontró que el 86% de las tesis se desarrollaron bajo el Paradigma Cuantitativo.

Debe señalarse acerca del tipo de investigación, que la mayoría de la literatura gris del área de Salud Ocupacional estudiada fue de tipo de descriptivo resultado similar a los de Martínez (2013), Ramírez, Cardoso y Torres (2012), Muñoz y Suarez (2010), Vásquez (2010) y Escorcía (2009) en sus investigaciones predominó el tipo de investigación descriptivo, que es propio de los estudios de especialidad y que ellos permiten operativizar la práctica diaria desde el método científico.

Finalmente los resultados de la literatura gris del área de Salud Ocupacional en los Postgrados del S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” según el género evidencian que el 75% de las tesis del área de Salud Ocupacional fueron elaboradas por estudiantes del sexo Femenino y el 25% por estudiantes del sexo Masculino. Estos resultados coinciden con Vásquez (2010) en un estudio cuantitativo, destacando que el sexo predominante de los autores era el Femenino con un (61%).

En virtud de lo investigado, se presentan las siguientes conclusiones: el S.A. IAE “Dr. Arnoldo Gabaldon” es un gran productor de Literatura Gris en el área de Salud Ocupacional con un Índice de productividad (IP) de 2,1. La línea de investigación

---



Factores de Riesgos y Efectos a la Salud fue la más desarrolladas y la línea de investigación Salud. Mujer y Trabajo la menos abordada. La línea de investigación más desarrollada en el Postgrado de Salud Ocupacional fue la de Factores de Riesgos y Efectos a la Salud, en el Postgrado de Gestión en Salud Pública la de Seguridad en el Trabajo, en el Postgrado de Epidemiología la línea Factores de Riesgos y Efectos a la Salud y la línea de investigación Seguridad en el Trabajo fue la usada en la tesis del Postgrado de Medicina General Integral.

El Paradigma Positivista, con un enfoque cuantitativo fue el más utilizado en las tesis. En lo referente, al tipo de investigación la mayoría de la literatura gris del área de Salud Ocupacional estudiada, fue de tipo de descriptivo.

En lo que respecta, a el género, en la literatura gris del área de Salud Ocupacional en los Postgrados del S.A. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” la mayoría de las tesis fueron elaboradas por estudiantes del sexo Femenino.

Por lo antes mencionado, se recomienda:

- a) Institucionalizar como una Metodología Integral, la evaluación de la producción científica en los seis (6) postgrados del S.A. IAE “Dr. Arnoldo Gabaldon”.
  - b) Realizar una revisión en los Diseños Curriculares de los Postgrados del S.A. IAE “Dr. Arnoldo Gabaldon” el contenido del componente de Trabajo, para incorporar estrategias que le permitan al Docente estimular en los participantes la investigación en esta área.
  - c) Diseñar estrategias con el equipo docente que fortalezcan el proceso de Tutorías, en particular la línea de investigación Salud, Mujer y Trabajo.
  - d) Difundir a los Docentes-Investigadores del IAE y el resto de los Instructivos (Contratados, Comisión de Servicio, Invitados) el Banco de Tutores, ubicados en las líneas de investigación respectivas.
  - e) En virtud de que la mayoría de las Tesis se desarrollaron bajo el Paradigma Positivista, es pertinente fortalecer en las Asignaturas de Seminario de Investigación en los diferentes Postgrados del S.A. IAE “Dr. Arnoldo Gabaldon” el diseño de investigaciones bajo otros Paradigma de Investigación.
-

## REFERENCIAS

- Arencibia R. & De Moya F. (2013). *La evaluación de la investigación científica: una aproximación teórica desde la cienciometría*. Disponible en: <file:///F:/TEG%20DE%20SALUD%20OCUPACIONAL%20FD/ARQUEO%20TEG%20SO/Evaluacion%20Investigacion%20Cientifica%20Aproximacion%20Teorica%20Cienciometria.htm> Consultado el 19/03/2015
- Carrasco M. (2013). *Bibliometría, Informetría, Cienciometría*. Disponible en: <http://rospatzi-bio-qmc.blogspot.com/2013/01/bibliometria-informecienciometria.html> Consultado el 19/03/2015.
- Escorcía T. (2009). *El Análisis Bibliométrico como Herramienta para el Seguimiento de Publicaciones Científicas, Tesis y Trabajos de Grado*. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis209.pdf> Consultado el 19/03/2015.
- Estrada M., Sánchez L. y Gómez W. (2006). Aproximación al estudio de las Tendencias e Impacto de la Producción Científica en Salud Ocupacional. Estudio de una publicación periódica. *Rev. Salud Trab.* **2**: 69-79
- Fernández Cano A. y Bueno Sánchez A. (1999). *Synthesizing scientometric patterns in Spanish educational research*. *Scientometrics*, vol. 46 (2), pp. 349-367. Disponible en: <http://redc.revistas.csic.es/index.php/redc/article/view/135/189>. Consultado el: 19/03/2015
- Martínez L. (2013). *Producción Científica de los Postgrados de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral en Aragua. Durante el Periodo 1991-2010: Un Análisis Cienciométrico*. Tesis de Maestría de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral. Universidad de Carabobo sede Aragua.
- Muñoz y Suarez (2010). *Análisis Bibliométrico de los Trabajos de Grado de la Facultad de Psicología de la Universidad San*

*Buenaventura, Bogotá (2002-2010)*. Disponible en: <http://biblioteca.usbbog.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/73414.pdf>  
Consultado el 05/10/2015

Peña D. y Herrero V. (2013). *Condiciones socioeconómicas para el desarrollo de la ciencia venezolana*. In VI Encontro Ibérico EDICIC, Porto (Portugal), 4-6 November 2013. Disponible en: <http://eprints.rclis.org/22904/> Consultado el 19/03/2015

Ramírez, Cardoso y Torres (2012). *Revisión Documental de los Trabajos de Grado de la Especialización en Salud Ocupacional de la Universidad Libre-Seccional Cali, 1997-2011*. Disponible en: <http://www.revistacolombianadesaludocupacional.co/detallearticulo.php?nroarticulo=36> Consultado el 19/03/2015

Rubio M. (2011). *Bibliometría y Ciencias Sociales*. Disponible en: <http://clio.rediris.es/clionet/articulos/bibliometria.htm>.

## **Calidad de Atención según Satisfacción del Usuario en el Área de Emergencia Pediátrica del Hospital “Dr. José María Vargas”, Cagua, Estado Aragua. Venezuela.**

Autora: Fanny Janeth Davila Largo

Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” (IAE). Maracay, estado Aragua. Venezuela.

### **RESUMEN**

La investigación tuvo como objetivo: Evaluar la Calidad de Atención según Satisfacción del Usuario en la Emergencia Pediátrica del Hospital Dr. José María Vargas. Metodológicamente se desarrolló bajo el paradigma positivista, con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de campo, descriptivo. El universo estuvo comprendido por dos estratos: usuarios externos un total de 3258 y usuarios internos (Médicos y Enfermeras) un total de 21. El cálculo de la muestra para los usuarios externos fue utilizando la Tabla de Harvard, resultando 97 usuarios, se trabajó con una muestra censal para los usuarios internos. Las técnicas utilizadas fueron observación directa y encuesta, como instrumentos, una guía de observación y dos cuestionarios, con Validez por juicio de expertos y la Confiabilidad por Alfa de Combrach. Resultados: ausencia de médicos especialistas u otros profesionales, equipos médicos quirúrgicos deteriorados, no hay yelco, inyectoras, suturas, las instalaciones físicas no estaban aseadas, ni ordenada, no tienen buena ventilación, no existen normas ni protocolos, sistema de información Epi 10. Para el Usuario Externo la satisfacción de relaciona con limpieza, orden y privacidad en el área de emergencia con calificación satisfactoria 62%, 69% y 58,7% respectivamente. La ponderación de la calidad de atención recibida del personal del área de emergencia fue medianamente satisfactoria 44,3%. Para el Usuario Interno la satisfacción de relaciona con limpieza y la cantidad de personal para laborar en el área, valoradas como satisfactoria con un 66,6% y 71,4%. La calificación de la calidad de atención que presta el usuario interno fue moderadamente satisfactoria con un 52,3%.

**Descriptor de Contenido:** Calidad de Atención, Satisfacción del Usuario.

---

## INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad no es nuevo, ha sido una preocupación permanente y parece tan antiguo como la humanidad. En un contexto global, la calidad ha evolucionado en la misma medida que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección del siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la misma. En lo referente a los servicios de salud, las particularidades de estos recientes conceptos de calidad resultan aún más significativas, pues obligan a modificar y a adaptar sustancialmente los métodos y técnicas originados en la industria y la tecnología (Zarco, Medina, Hernández, Hernández y Bringas, 2013).

La palabra calidad proviene etimológicamente del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección. La calidad de atención es según Donabedian (1993), una serie de juicios de valores que son aplicados a distintos aspectos, propiedades, dimensiones o ingredientes del proceso llamado atención médica. Dicho autor también menciona que la calidad de atención consta de varias capas que parten desde lo más interno, donde se encuentran las habilidades técnicas del trabajador de salud, y pasan luego por las habilidades interpersonales del mismo, hasta las instalaciones sanitarias que vendrían a encontrarse en las capas más externas del proceso de la atención de salud. Es así que para entender lo que significa la calidad de atención no se debe solo pensar en las habilidades técnicas o de conocimiento del prestador de salud, sino también las habilidades interpersonales y comunicativas, que es la interfaz por la cual se brindará el soporte técnico.

En el contexto de salud la definen como el grado mediante el cual los procesos de atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos. En lo referente a la calidad de la atención médica, esta, se define como la atención que pueda proporcionarse al paciente máximo y completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan

el proceso de la atención en todas sus partes. Con este proceso ha surgido la necesidad de controlar la calidad, la cual se ha consolidado como parte sustantiva del proceso de producción a fin de proteger y proporcionar satisfacción tanto a los usuarios internos como a los externos. A tal efecto, la calidad de la atención médica ha sido un problema difícil de conceptuar esperándose que con su evaluación se cometerían menos fallas, disminuirían los costos, se mejoraría la productividad, se lograría mayor competitividad, se garantizaría la permanencia en el mercado y la empresa seguiría siendo fuente de empleo (Donabedian, 1993)

Sobre la base de estas ideas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), acota que la falta de calidad hace al servicio de salud, inseguro ocasionando daño material o humano, situación que ha motivado un aumento de las demandas legales contra profesionales y servicios de salud, así los prestadores de servicios se sienten atacados y adoptan prácticas de medicina defensiva.

Refieren, Zarco, Medina, Hernández, Hernández y Bringas (2013), que evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, a partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, mediante los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos, y a los usuarios mismos, en sus necesidades y expectativas.

La satisfacción del usuario externo representa la evaluación que hace el paciente acerca de la calidad de la atención y está determinada por la percepción que el mismo haga de la medida en que se satisfagan sus expectativas de una atención de buena calidad. (Rodríguez, 2012). La satisfacción del usuario externo, es considerada una aprobación final de la calidad de la atención, la cual refleja la habilidad del proveedor para cumplir las necesidades de los pacientes (usuarios). En este sentido, considera que los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud.

En este orden de ideas, la satisfacción del usuario interno, es una consecuencia actitudinal del estrés producido por el trabajo.

---

Es uno de los indicadores clásicos, a los cuales se recurre con mayor frecuencia cuando se pretende conocer la actitud general de las personas hacia la vida laboral. Se piensa, que el grado de satisfacción puede afectar la cantidad y calidad del trabajo que desempeñan las personas e incidir indirectamente sobre otros aspectos, tales como ausentismo laboral y retrasos en la incorporación al puesto de trabajo. (Rodríguez, 2012).

En esta perspectiva, la valoración de la satisfacción de los usuarios proporciona una información con diversos grados de subjetividad sobre el resultado final del proceso asistencial, sin embargo estas opiniones aun en este contexto son sumamente valiosas para las autoridades que dirigen los servicios de salud, unos resultados satisfactorios pueden suponer, aparte de una disminución de las reclamaciones y una mejora de su imagen ante la población, un ahorro económico, ya que si los pacientes están satisfechos con el personal de salud es más probable que mejoren su adhesión al tratamiento, cumplan las recomendaciones y controles que se establezcan y, sobre todo, acepten y asuman como propios los cambios en hábitos y costumbres que toda actividad preventiva conlleva (Gómez y Dávila, 2011).

Para evaluar la calidad de servicio en salud, es necesario medir el grado de satisfacción del usuario, mediante la diferencia existente entre la expectativa y la percepción del mismo.

Al respecto y para el análisis de la calidad Donabedian (1993), propone tres dimensiones (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada; lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura. Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida).

---



Sobre la base de lo citado, se han realizado algunas investigaciones, así como la de Huaman (2014), quien realizó una investigación titulada: Percepción de la calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital General I “José Soto Cadenilas” Chota, Perú siguiendo el Modelo de Donabedian. Se encontró que el 75 % de trabajadores del servicio de emergencia, tienen un percepción de la calidad de atención es regular y el 67 % de los pacientes que permanecieron en observación, tienen una percepción regular de la calidad de atención. La percepción de la calidad de atención se determinó por dimensiones encontrándose que respecto a la dimensión estructura el 79% de trabajadores tiene una percepción regular y el 80 % de pacientes tiene una percepción regular; referente a la dimensión proceso el 71% de trabajadores tienen un percepción de la calidad de atención es regular, 63% de los pacientes tienen una percepción regular; respecto a la dimensión resultado el 54 % de trabajadores perciben la calidad de atención como regular y el 72% de los pacientes tienen una percepción buena de la calidad de atención.

Así mismo, López (2014), realizó una investigación percepción que tiene el usuario, servicio de urgencias, Hospital Raúl Orejuela Bueno, Municipio de Palmira. Colombia, con metodología cuantitativa. Los resultados evidenciaron Calificaciones de más de la mitad de los usuarios que catalogan el trato relacionado con la información y claridad que les brindan los profesionales de la salud y administrativo en un rango de bueno siendo (claridad del médico: 47%, claridad de enfermeras (ros): 52% y claridad del personal administrativo: 49%). Dando a entender que existe un trabajo multidisciplinar de los profesionales de la salud con relación al trato que brindan a los usuarios del Hospital Raúl Orejuela Bueno en el área de urgencias. Se concluye, que la mayor cantidad de personas califican el servicio de urgencias como bueno siendo del 40%.

En este orden de ideas, cabe resaltar la investigación de Barrón (2012), satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe nuevo león. En cuanto a los resultados, se encontró que la iluminación, la temperatura, el mobiliario así como la limpieza están asociados a la satisfacción de los usuarios. El trato en el área de admisión, el trato al ser recibido por el médico, el trato recibido por el médico, y el trato recibido por el personal de salud están también asociados

a la satisfacción del paciente. El tiempo de espera en sala para ser atendido por el médico no resultó estar asociado a la satisfacción, sí el tiempo de duración de la consulta.

Por otro lado, Mejía (2011), quien intervino en un estudio titulado Evaluación de calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Nueva Guadalupe, México. Se entrevistó a 80 pacientes que consultaron la emergencia del hospital y a sus familiares y los 28 trabajadores del área de emergencia en horarios diurnos, nocturnos y fines de semana. En las conclusiones se destaca que los usuarios internos y externos expresan que la infraestructura es mala, tiene poca iluminación y las condiciones higiénicas, interfieren en la comodidad de la Unidad de Emergencia, afectando la calidad de atención.

En este orden de idea Pérez (2015), realizó la Evaluación de la calidad del servicio: Satisfacción del usuario en la emergencia del Centro Diagnóstico Integral Aquiles Nazono Carabobo. La calidad de atención y satisfacción se relaciona para el usuario externo con la variable limpieza y orden (58.44%), equipo médico quirúrgico (49.35%), tiempo para ser atendido (61.03%), trato de personal médico (61.44%), de enfermería (62.34%). Para el usuario interno influyeron de manera determinante en la percepción positiva de la calidad de atención espacio físico y la distribución de los mismos (58.3%), la limpieza y orden (66.6%) y la capacitación que recibe el personal de salud (41.6%).

En este contexto, Méndez (2015), desarrollo una investigación que tuvo como objetivo: Evaluar la Satisfacción de los Usuarios en el área de Emergencia del Ambulatorio Dr. Efraín Abad Armas. Los resultados evidencia al aplicar la guía de observación que las condiciones ambientales tales como la ventilación, iluminación y temperatura ambiental se encuentra en buen estado, al igual que la estructura y espacio físico, la distribución del área, ubicación del consultorio y la camilla a diferencia del sanitario para el personal y pacientes que se encuentra en condiciones regular, según la ergonomía de mobiliario, la estación de enfermería se encuentra en buen estado mientras que las sillas y los escritorios están en condiciones regular, de igual manera los equipos e insumos médicos el nebulizador e insumos se encuentra en el renglón regular, en relación a los insumos de medicamentos y médico quirúrgico se

---

observó deficiencia en los artículos. en lo referente a la ubicación de basureros de basura común, la señalización de salida de emergencia, extinguidores para incendio y las medidas de protección como gorro, guantes y botas se encuentra en condiciones regulares, debido a la carencia en estos renglones, pero si se observó la presencia de envases para desechos punzocortante encenrándose en buen estado. Según la variable aplicada para el usuario interno, cantidad de personal (80%), relación número de paciente vs número de personal para atenderlo (90%), y la capacitación que recibe el personal de salud (80%), donde la calidad de atención fue vista de manera positiva. De igual forma los resultados obtenidos para el usuario externo la limpieza y orden (52%), trato recibido por parte del personal médico (58%), y (38%) del personal de enfermería y la calidad de atención del personal (48%) logrando la calidad de atención de manera satisfactoria.

A nivel regional, Dávila, Gómez, Campins y Colmenarez (2016), realizaron una investigación que tuvo como Objetivo General: Determinar la satisfacción del usuario externo en la emergencia del Hospital Dr. José María Vargas. Al aplicar la guía de observación se evidencia que la estructura y espacio físico, la distribución del área, ubicación del consultorio y la camilla a diferencia del sanitario para el personal y pacientes que se encuentra con calificación de mala. En lo que respecta a la ergonomía de mobiliario las sillas y los escritorios están en malas condiciones, de igual manera los equipos e insumos médicos el nebulizador e insumos como medicamentos y equipos médico-quirúrgico se encuentra en el renglón regular, a excepción del equipo de ORL que se ubica en calificación de malo. Según el usuario externo la calidad de atención se relaciona con las variables calificadas como buenas: limpieza y orden ( 57%), seguridad (58%) , tiempo para ser atendido (57%) y trato de personal médico y de enfermería (51%) variables que influyeron de manera determinante en la percepción positiva de la calidad de atención, el usuario externo, califico la calidad de atención como de Regular (57%).

Finalmente se cita el estudio de Gómez y Dávila (2011), quienes realizaron una trabajo sobre la “Evaluación de la calidad para el mejoramiento de la gestión en la emergencia del Hospital Central de Maracay”, con el objeto de evaluar la calidad para el mejoramiento de la gestión en el área de Emergencia del Hospital Central de Maracay. Investigación descriptiva de corte transversal. Concluyendo que

la calidad de atención y satisfacción de los usuarios se relaciona según el usuario externo con las variables limpieza y orden 58%, seguridad 48%, equipos médicos quirúrgicos 57%, tiempo para ser atendido 48%, trato del personal médico 42% y de enfermería 48% influyeron de manera determinante en la percepción positiva de la calidad de atención. Mientras para el usuario interno las variables relacionadas a calidad de atención fueron el espacio físico y la distribución de los mismos 42%, limpieza y orden 60%; capacitación que recibe el personal de salud 33%. De ahí la importancia de contar con sistemas efectivos que permitan a cada ambulatorio o centro de salud, ofrecer servicios que garanticen la calidad, desde la perspectiva del usuario interno y el externo.

En este contexto, destaca Ojeda (2011), que en Venezuela la calidad se ha convertido en el gran desafío para los gerentes de la salud, quienes cada día están más convencidos de la importancia de brindar al paciente la mejor atención, elevando el nivel de vida e incrementando el bienestar de la comunidad. En este sentido, y basado en que, a medida que las organizaciones de salud crecen en tamaño, complejidad, y velocidad de cambio, se hace necesario el contar con sistemas creativos y dinámicos que les ayuden a clarificar tanto la relación paciente ambulatorio, como el tipo de relaciones que se establecen con sus diversas funciones, áreas, equipos de trabajo, clientes, proveedores entre otros. Por otro lado, el desarrollo cultural interno exige que la estructura de la organización refleje sus valores deseados, facilite realmente la ejecución de sus estrategias y la obtención de resultados.

Es de destacar, es que a partir del año 1999, con la promulgación de una nueva carta magna que recogió el derecho a la salud como un derecho social fundamental, y que faculta a los poderes públicos para moderar los intereses de los distintos actores sociales, fomentar las condiciones que favorezcan la salud de los individuos y las poblaciones, disminuir o eliminar las condiciones que los perjudican, ordenar los servicios destinados a recuperar la salud o a minimizar las consecuencias de la enfermedad, y regular la producción y la distribución de los recursos financieros, materiales humanos y tecnológicos destinados a tal fin se ha venido impulsando la transformación del modelo de organización de los servicios de salud en Venezuela.

Al respecto, Dávila, Gómez, Campins y Colmenarez (2016), destacan que lo expuesto va en concordancia con las nuevas tendencias gerenciales en el campo de la salud pública consideran a todos los actores a participar activamente en el mejoramiento de los procesos que desarrollan para garantizar prevención, promoción y curación en términos reales y ajustados a las necesidades de la población, con calidad y equidad. Es por ello, que la evaluación en los servicios de salud ha despertado un creciente interés en los últimos decenios, porque se reconoce ampliamente la dificultad de articular las respuestas organizadas por los servicios de salud a las necesidades y demandas de la población.

En este orden de ideas, debe destacarse que los hospitales representan un modelo de atención en salud y en Venezuela, la misión de los mismos se orienta a brindar atención en salud de tercer nivel, donde se garantiza atención a problemas de salud poco frecuente pero muy complejos, empleo de tecnología compleja y muy especializada, así como investigación y formación de personal de alto nivel. Para ello, la gerencia de este tipo de institución debe articular funciones asistenciales, de promoción de la salud y administrativas que contribuyan al logro de sus fines organizacionales al representar una estrategia de salud que operacionaliza el Estado para ofrecer salud a todos en igualdad de condiciones, cobertura y accesibilidad y para lograrlo se deben realizar investigaciones en salud que generen con una herramienta que puede contribuir a la toma de decisiones y a la transformación de la realidad siempre y cuando exista una vinculación estrecha entre los centros donde se generan los conocimientos y los entes decisores de las políticas en salud.

La presente investigación se desarrollo en la emergencia pediátrica del Hospital Dr. José María Vargas, un Hospital Tipo I, ubicado en la ciudad de Cagua, municipio Sucre del Estado Aragua, donde funcionan consultas especializadas que atienden a todos los habitantes de la zona, tiene un área de cobertura del 70% de la población de la Parroquia Cagua y además es el centro de referencia de los establecimientos de la red ambulatoria municipal y barrio adentro, así como centro de afluencia de otro municipios vecinos los cuales carecen de un hospital.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

La presente investigación se desarrolló bajo el paradigma positivista, con un enfoque cuantitativo, su diseño es no experimental, de campo, de tipo descriptivo.

Para el desarrollo de la investigación la población estuvo representada por dos estratos: los usuarios externos atendidos en el área de emergencia pediátrica en el periodo de estudio, un total de 3258 usuarios y los usuarios internos (Médicos y Enfermeras) en un total de 21. Se calculo la muestra para los usuarios externos utilizando la Tabla de Harvard, resultando 97 usuarios con una confianza del 95% y se trabajo con una muestra censal para los usuarios internos.

El instrumento se aplicó a la salida de la consulta de emergencia a los representantes de los menores de edad atendidos en esta emergencia pediátrica. El mismo fue aplicado los días lunes, viernes y domingo del mes de marzo del presente año, en los turnos, mañana, tarde y noche hasta completar la muestra.

Las técnica utilizadas fueron la observación directa y la encuesta, como instrumentos, se utilizaron una guía de observación y dos cuestionarios dirigidos a la población en estudio, con Validez por juicio de expertos y la Confiabilidad dada por una prueba piloto y la aplicación de la fórmula Alfa de Combrach.

Se utilizó la estadística descriptiva como técnica de análisis de datos, y como consideración ética se usó el Consentimiento Informado.

## RESULTADOS

**Tabla I. Situación Actual del Área de Emergencia Pediátrica del Hospital “Dr. José María Vargas” Cagua, estado Aragua. 2017.**

ITEMS EVALUADOS	SI	NO	COMENTARIO
<b>1. PERSONAL</b>			
Médicos General	X		
Médicos Especialistas		X	
Enfermeras	X		
Otros profesionales		X	
<b>2. EQUIPOS E INSTRUMENTOS</b>			
Tensiómetros		X	
Equipo de ORL	X		Dos equipos uno sin bombillo
Nebulizador	X		Sin Mascarilla
Bombona de Oxigeno	X		
Carro de Cura	X		
Insumos Médico-Quirúrgicos	X		No yelco, inyectora de 20cc, sutura
Medicamentos		X	Solo dipirona e irtopan (ampollas)
Equipos de protección	X		Solo Guantes
Diván	X		
Escabel		X	
Envases para desechos punzocortante	X		
Equipo de Rx	X		Solo 12 Horas (Diurno)
Servicio de Laboratorio	X		Solo 12 horas (Diurno)
<b>3. INSTALACIONES FISICAS</b>			
Esta Aseada y Ordenada el Área		X	
Hay Buena Ventilación		X	
Hay Buena Iluminación	X		
Hay Buena Temperatura Ambiental		X	Se percibe Calor
Es buena la distribución del Área		X	
Presencia de Rejas o Puertas de Seguridad	X		
Adecuada Ubicación de Consultorios		X	
Adecuada Ubicación de Camillas	X		



Servicio Sanitario para pacientes	X		En Malas Condiciones
Servicio Sanitario para el personal	X		
Estación de Enfermería	X		
Adecuadas Sillas para Personal		X	
Hay Sillas para Pacientes		X	
Adecuados Escritorios para Personal	X		
Papelería /(récpes, ordenes medicas, laboratorio)	X		De Material Reciclable
Señalización general		X	
Señalización de salida de emergencia		X	
Extintores para incendio		X	
<b>4. PRESENCIA DE NORMAS</b>		X	
<b>5. EXISTEN PROTOCOLOS DE ACTUACION</b>		X	
<b>6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	X		Epi10

Fuente: Guía de observación (2017).

En la Tabla N<sup>a</sup> 1 se evidencia con respecto al personal, la ausencia de médicos especialistas u otros profesionales de la salud. En lo referente a equipos e instrumentos, se destaca que de los dos equipos de ORL uno solo funciona, ya que el otro no tiene bombillo, existe el nebulizador sin mascarilla, la misma debe traerla el paciente, en los insumos médico-quirúrgicos no se cuenta con yelco, ni inyectoras de 20cc, ni suturas, en cuanto a los medicamentos, solo ampollas de dipirona e irtopan, y en lo equipos de protección personal solo guantes. Tanto Rx como laboratorio para la emergencia funciona 12 horas diurnas. Al aplicar la guía a las instalaciones físicas se encontró, que no estaba aseada ni ordenada, no tiene buena ventilación, ni buena temperatura ambiental (caluroso), en cuanto al mobiliario se considera deterioradas las sillas del personal y no se evidencio señalización de ningún tipo, ni extinguidores.

La evaluación de la presencia de normas y la existencia de protocolos de actuación fue negativa, es decir no hay. Finalmente en lo que respecta a sistemas de información, se cuenta con el registro de morbilidad diaria (Epi 10).

**Tabla II. Distribución Porcentual de Respuestas a Cuestionario Satisfacción en Usuario Externo en la Emergencia Pediátrica del Hospital “Dr. José María Vargas” 2017.**

Nº	ITEMS EVALUADOS	1 (PS)		2 (MS)		3 (S)	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
1	Las instalaciones en el área de emergencia son:	32	32,9	54	55,6	11	11,3
2	El espacio físico y la distribución de los mismos en esta área es:	31	31,9	55	56,7	11	11,3
3	La limpieza en el área de emergencia es:	12	12,3	24	24,7	61	62,8
4	El orden en el área de emergencia es:	8	8,2	22	22,6	67	69,0
5	La comodidad de los espacios de la emergencia, considera que es:	68	70,1	18	18,5	11	11,3
6	La seguridad en el área de emergencia es:	51	52,5	33	34,0	13	13,4
7	Los equipos médico-quirúrgicos del área de emergencia son:	44	45,3	30	30,9	23	23,7
8	La dotación de insumos y materiales médicos quirúrgicos en esta área es:	78	80,4	11	11,3	8	8,2
9	El tiempo de espera para ser atendido, lo considera	49	50,5	41	42,2	7	7,2
10	La información suministrada por el personal en su atención como paciente:	28	28,8	46	47,4	23	23,7
11	En el momento de la consulta médica, como califa la privacidad:	10	10,3	30	30,9	57	58,7
12	El trato recibido de parte del personal médico(a), en el área de emergencia fue:	13	13,4	45	46,3	39	40,2
13	El trato recibido de parte del personal de enfermería, en el área de emergencia fue :	38	39,1	25	25,7	34	35,0
14	La calidad de atención del personal del área de emergencia fue:	21	21,6	43	44,3	33	34,0

Fuente: Dávila (2017)

Se observa que un 55,6% de los usuarios consideran que las instalaciones del área de emergencia son medianamente satisfactoria y un 32,9 % las clasifica como poca satisfactoria. De igual forma, al preguntar por el espacio físico y la distribución de los mismos 56,5% los considera medianamente satisfactoria. Muy bien ponderada estuvo la limpieza y orden en el área de emergencia al obtener calificación satisfactoria con un 62% y 69% respectivamente.

En lo referente a la comodidad, seguridad, equipos médico-quirúrgicos y dotación de insumos fueron valorados como poco satisfactorios con un 70,1 %, 52,5%, 45,3 % y 80,4% respectivamente. El tiempo espero para ser atendido fue considera también como poco satisfactorio con un 50,5%. La información suministrada por el personal en su atención como paciente fue calificada como medianamente satisfactoria con un 47,4%. La privacidad en el momento de la consulta médica fue valorada como satisfactoria con un 58,7%.

En lo referente al el trato recibido de parte del personal médico(a), fueron calificados como medianamente satisfactorio 46,3%, mientras que el trato recibido de parte del personal de enfermería, en el área de emergencia fue evaluado como poco satisfactorio 39,1%. Finalmente la calificación de la calidad de atención del personal del área de emergencia medianamente satisfactoria 44,3%.

**Tabla III. Distribución Porcentual de Respuestas a Cuestionario Satisfacción en Usuario Interno en la Emergencia Pediátrica del Hospital “Dr. José María Vargas” 2017.**

N°	ITEMS EVALUADOS	1 (PS)		2 (MS)		3 (S)	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
1	Las instalaciones en el área de emergencia son:	5	23,8	11	52,3	5	23,8
2	El espacio físico y la distribución de los mismos en esta área es:	5	23,8	11	52,3	5	23,8
3	La limpieza en el área de emergencia es:	1	4,7	6	28,5	14	66,6
4	El orden en el área de emergencia es:	5	23,8	11	52,3	5	23,8
5	La comodidad de los espacios de la emergencia, considera que es:	15	71,4	4	19,0	2	9,5

6	La seguridad en el área de emergencia es:	21	100	0	0	0	0
7	Los equipos médico- quirúrgicos del área de emergencia son:	12	57,1	8	38,0	1	4,7
8	La dotación de insumos y materiales médicos quirúrgicos en esta área es:	9	42,8	9	42,8	3	14,2
9	La cantidad de personal para laborar en el área de emergencia, Ud. considera que es:	3	14,2	3	14,2	15	71,4
10	La relación numero de paciente vs. Numero de personal para atenderlo es:	8	38,0	8	38,0	5	23,8
11	La privacidad durante la consulta usted considera que es:	5	23,8	10	47,6	6	28,5
12	La capacitación que recibe como personal de salud es:	19	90,4	1	4,7	1	4,7
13	La calidad de atención del personal al usuario externo del área de emergencia:	1	4,7	11	52,3	9	42,8

Fuente Dávila (2017)

Se evidencia que un 52,3% de los usuarios consideran que las instalaciones del Área de Emergencia y el espacio físico y la distribución de los mismos son medianamente satisfactoria. La limpieza en el área de emergencia estuvo muy bien ponderada al obtener calificación satisfactoria con un 66,6%, el orden en el área de emergencia obtuvo una ponderación de medianamente satisfactorio con un 52,3%.

En lo que respecta a la comodidad, seguridad, equipos médico-quirúrgicos y dotación de insumos fueron valorados como poco satisfactorios con un 71,4 %, 100%, 57,1 % y 42,8% respectivamente. En relación a la cantidad de personal para laborar en el área de emergencia, fue considera como satisfactoria con un 71,4 %, al contrario de la relación numero de paciente versus número de personal para atenderlo que fue ponderada con el mismo porcentaje 38,0% como poco satisfactoria y moderadamente satisfactoria. En lo referente a la privacidad durante la consulta fu catalogada como medianamente satisfactoria con un 47,6% y ponderada como poca satisfactoria con un 90,4% la capacitación que recibe el personal de salud. Finalmente la calificación de la calidad de atención del personal al usuario externo del área de emergencia fue moderadamente satisfactorias con un 52,3%.

## **DISCUSIÓN**

En relación a la situación actual del Servicio de Emergencia del centro en estudio, según la guía de observación, se evidencia con respecto a los equipos e instrumentos, que de los dos equipos de ORL uno solo funciona, existe el nebulizador sin mascarilla, la misma debe traerla el paciente, en los insumos médico-quirúrgicos no se cuenta con yelco, ni inyectoras de 20cc, ni suturas, en cuanto a los medicamentos, solo ampollas de dipirona e irtopan. Al compararlos con los resultados de Dávila, Gómez, Campins y Colmenarez (2016), existe discrepancia, ya que ellos encontraron en lo referente a los equipos e insumos médicos que el nebulizador está en condiciones regulares, y los insumos como medicamentos y equipos médico-quirúrgico se encuentra en el renglón regular, a excepción del equipo de ORL que se ubica en calificación de malo.

Es de destacar, en lo que respecta a las instalaciones físicas que no estaba aseada ni ordenada, no tiene buena ventilación, ni buena temperatura ambiental, en cuanto al mobiliario se considera deterioradas las sillas del personal, hay coincidencia con lo encontrado por Dávila, Gómez, Campins y Colmenarez (2016) quienes encontraron que la estructura y espacio físico, la distribución del área, ubicación del consultorio y la camilla se encuentra calificado con la opción de mala. En lo que respecta a la ergonomía de mobiliario las sillas y los escritorios están en malas condiciones. Al compararlos con los resultados de Méndez (2015) encontramos, discrepancias, ya que este investigador encontró que las condiciones ambientales tales como la ventilación, iluminación y temperatura ambiental se encuentra en buen estado, al igual que la estructura y espacio físico, la distribución del área, y la ubicación del consultorio.

Por otro lado, hay coincidencia con Mejía (2011), quien encontró en su investigación que la infraestructura es mala, tiene poca iluminación y las condiciones higiénicas, interfieren en la comodidad de la unidad de emergencia, afectando la calidad de atención.

En lo que respecta, a la higiene y seguridad se observó que el aseo y orden, la ubicación de basureros de basura común, la señalización de salida de emergencia, extinguidores para incendio y las medidas de protección como gorro, guantes y botas se encuentra

en condiciones regulares. Se destaca similitud a lo encontrado por Méndez (2015), esta refiere que la ubicación de basureros de basura común, la señalización de salida de emergencia, extinguidores para incendio y las medidas de protección como gorro, guantes y botas se encuentra en condiciones regulares.

Cabe resaltar que Barrón (2012), encontró que la iluminación, la temperatura, el mobiliario así como la limpieza están asociados a la satisfacción de los usuarios.

Los resultados obtenidos con respecto al usuario externo muestran que un 55,6% de los usuarios consideran que las instalaciones del área de emergencia son medianamente satisfactoria. De igual forma, al preguntar por el espacio físico y la distribución de los mismos 56,5% los considera medianamente satisfactoria, resultados similares presentan Dávila, Gómez, Campins y Colmenarez (2016), refieren que según el usuario externo la calidad de atención se relaciona con la variable calificadas como buena, limpieza y orden 57%, así mismo hay coincidencia con Gómez y Dávila (2011) quienes encontraron que la calidad de atención y satisfacción de los usuarios se relaciona según el usuario externo con las variables limpieza y orden calificada como buena en un 58%.

Muy bien ponderada estuvo la limpieza y orden en el área de emergencia al obtener calificación satisfactoria con un 62% y 69% respectivamente, coincidiendo con Pérez (2015), quien destaca que la calidad de atención y satisfacción se relaciona para el usuario externo con la variable limpieza y orden ponderada como satisfactoria con un 58.44%. Al compararlo con Méndez (2015), también hay coincidencia, ya que sus resultados evidencian la ponderación de satisfactoria la limpieza y orden 52%.

En lo referente a la comodidad, seguridad, equipos médico-quirúrgicos y dotación de insumos fueron valorados como poco satisfactorios con un 70,1 %, 52,5%, 45,3 % y 80,4% respectivamente. Discrepando con Pérez (2015), quien encontró que los equipo médico quirúrgico fueron valorados como satisfactorio con un 49.35%, sin embargo, coincide con Gómez y Dávila (2011) quienes encontraron que la seguridad y los equipos médicos quirúrgicos fueron valorados como malos con un 48% y 57% respectivamente.

---

El tiempo espero para ser atendido fue considera también como poco satisfactorio con un 50,5%, siendo similar a lo encontrado por Dávila, Gómez, Campins y Colmenarez (2016), la ponderación del tiempo para ser atendido fue buena con un 57%, pero discrepando de Pérez (2015), donde el tiempo para ser atendido fue catalogado como bueno con un 61.03%.

Al evaluar la información suministrada por el personal en su atención como paciente fue calificada como medianamente satisfactoria con un 47,4%, coincidiendo con López (2014), donde la calificación de más de la mitad de los usuarios que catalogan el trato relacionado con la información y claridad que les brindan los profesionales de la salud como medianamente satisfactorio 47%.

En el ítem, trato recibido de parte del personal médico(a), fueron calificados como medianamente satisfactorio 46,3%, mientras que el trato recibido de parte del personal de enfermería, en el área de emergencia fue evaluado como poco satisfactorio 39,1%, desatacando la similitud con Pérez (2015), donde el trato de personal médico (61.44%), de enfermería (62.34%) fue catalogado como bueno y con Dávila, Gómez, Campins y Colmenarez (2016), ponderado de bueno el trato de personal médico y de enfermería (51%), así como también, con Gómez y Dávila (2011) fue catalogado de bueno el trato del personal médico 42% y de enfermería 48% elementos que influyeron de manera determinante en la percepción positiva de la calidad de atención.

La calificación de la calidad de atención del personal del área de emergencia medianamente satisfactoria 44,3%, discrepando de Human (2014), encontró que el 67 % de los pacientes del servicio de emergencia, tienen un percepción de la calidad de atención es regular, y de Dávila, Gómez, Campins y Colmenarez (2016), quienes encontraron que la opinión de la calidad de atención fue regular con un 57%. Es de destacar que los resultados coincidiendo con López (2014), que concluye, que la mayor cantidad de personas califican el servicio de urgencias como bueno siendo del 40%.

Los resultados de la valoración del usuario interno muestran que un 52,3% de los usuarios consideran que las instalaciones del Área de Emergencia y el espacio físico y la distribución de los mismos son medianamente satisfactorias. La limpieza en el área

---

de emergencia estuvo muy bien ponderada al obtener calificación satisfactoria con un 66,6%, el orden en el área de emergencia obtuvo una ponderación de medianamente satisfactorio con un 52,3%, siendo similar a lo encontrado por Pérez (2015), para el usuario interno influyeron de manera determinante en la percepción positiva de la calidad de atención espacio físico y la distribución de los mismos (58.3%), la limpieza y orden (66.6%) y la capacitación que recibe el personal de salud (41.6%).

Es de destacar, la coincidencia de estos resultados, con los de Gómez y Dávila (2011) encontraron que el usuario interno valoro satisfactoriamente el espacio físico y la distribución de los mismos 42%, limpieza y orden 60%. En relación a la cantidad de personal para laborar en el área de emergencia, fue considerada como satisfactoria con un 71,4 %, en este contexto, coincide con Méndez (2015), encontró que fue valorada como satisfactoria la cantidad de personal 80%.

Al valorar el ítem relación número de paciente versus número de personal para atenderlo que fue ponderada con el 38,0% como poco satisfactoria, difiriendo de Méndez (2015), quien encontró que fue valorada como satisfactoria la relación número de paciente vs número de personal para atenderlo con un 90%. Con respecto a la capacitación fue valorada como poca satisfactoria con un 90,4%, contrastando con los resultados de Méndez (2015) hay diferencias, ya que esta encontró como satisfactoria la capacitación que recibe el personal de salud con un 80%, al igual que Gómez y Dávila (2011) encontraron como satisfactoria la capacitación que recibe el personal de salud con un 33%.

Finalmente la calificación de la calidad de atención del personal al usuario externo del área de emergencia fue moderadamente satisfactorias con un 52,3%, coincidiendo con Huamán (2014) quien encontró que el 75 % de trabajadores del servicio de emergencia, tienen una percepción de la calidad de atención es regular, se destaca que discrepa de lo encontrado por López (2014) en su investigación la mayor cantidad de personas califican el servicio de urgencias como bueno siendo del 40%.

Se concluye que según la guía de observación, existe en el centro asistencial evaluado ausencia de médicos especialistas



u otros profesionales, equipos médicos quirúrgicos deteriorados, las instalaciones físicas no están aseadas, ni ordenada, no tienen buena ventilación, no existen normas, ni protocolos, ni sistema de información aparte del Epi 10.

Es de resaltar que para el Usuario Externo la satisfacción de relaciona con limpieza, orden y privacidad en el área de emergencia con calificación satisfactoria. La ponderación de la calidad de atención recibida del personal del área de emergencia fue medianamente satisfactoria.

Para el Usuario Interno la satisfacción de relaciona con limpieza y la cantidad de personal para laborar en el área, valoradas como satisfactoria. La calificación de la calidad de atención que presta el usuario interno fue moderadamente satisfactoria. Finalmente el análisis de la calidad de atención desde la óptica de la satisfacción del usuario es importante para proporcionar información válida para generar respuestas oportunas y optimizar los recursos sanitarios

En base a lo expresado por los usuarios externos, se recomienda, mejorar la comodidad, instaurara un buen sistema la seguridad en la institución, reparar y establecer una política de mantenimiento de los equipos médico-quirúrgicos y mejorar la dotación de insumos, elementos que fueron valorados como poco satisfactorios. Un elemento fundamental es evaluar el mejorar tiempo espero para ser atendido, que fue considera también como poco satisfactorio, así como trato recibido de parte del personal de enfermería que fue evaluado como poco satisfactorio, estableciendo una política de sensibilización y formación en cuanto al trato que debe recibir el usuario.

Las recomendaciones desde el usuario interno serian, intervenir para mejorar los aspectos relacionados con la comodidad, seguridad, equipos médico-quirúrgicos y dotación de insumos fueron valorados como poco satisfactorios. Realizar una revisión del número de personas asignadas a trabajar en esta área, ya la relación al número de paciente versus número de personal para atenderlo que fue ponderada como poco satisfactoria finalmente establecer una política de capacitación de este personal, ponderada como poca satisfactoria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barron L. (2012). *Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una Institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León*. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/3332/1/1080256485.pdf> Consultado: 03/07/2017.
- Dávila F., Gómez W., Campins R. y Colmenarez S. (2016). *Satisfacción del usuario externo en la Emergencia del Hospital Dr. José María Vargas, Cagua, Estado Aragua. 2016*. Boletín Informativo Sala Situacional de Salud, Vol. VII N° 01 2016. Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon. Disponible en: <http://www.iaes.edu.ve/index.php/centro-de-descargas/viewcategory/306-2016-biss> Consultado: 16/08/2017.
- Donabedian A. (1993). *Seminario sobre Garantía de Calidad. Esquemas de Conferencias y materiales ilustrativos*. Preparado por A. Donabedian e impreso por Comisión Organizadora, Buenos Aires. Disponible en: <https://myslide.es/documents/calidad-de-la-atencion-medica-55b515686707c.html> Consultado 03/07/2017.
- Gómez W. y Dávila F. (2011). *Evaluación de la calidad para el mejoramiento de la gestión en la emergencia del Hospital Central de Maracay*. Disponible en: [www.oncti.gob.ve/index.php?option=com\\_xmap&sitemap=1...94](http://www.oncti.gob.ve/index.php?option=com_xmap&sitemap=1...94). Consultado 03/07/2017.
- Huaman S. (2014). *Percepción de la Calidad de Atención en el servicio de emergencia del Hospital General I "José Soto Cadenillas" Chota, septiembre 2014 para obtener el grado de: Magister en Gestión de los servicios de salud. Perú 2014*. Disponible en: <https://es.slideshare.net/salomonhuamanquina/tesis-final-corregida> Consultado el 03/07/2017.
- López M. (2014). *Percepción que tiene el usuario, servicio de urgencias, Hospital Raúl Orejuela Bueno, Municipio de Palmira*. Trabajo de investigación para optar al Título de: Especialista en Administración de la Salud Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/924/Michelle%20Andrea%20Lopez%20Tasama.pdf?sequence=1> Consultado 03/07/2017

- Méndez Y. (2015). *Satisfacción de los Usuarios en el Área de Emergencia del Ambulatorio Efraín Abad Armas. Municipio Girardot. Estado Aragua. Venezuela. 2015*. Tesis presentada ante Ministerio del Poder Popular para la Salud; Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldon, para obtener el grado de Especialista en Gestión en Salud Pública.
- Ojeda (2011). *Nivel de satisfacción del usuario sobre la atención en cuatro servicios de la Unidad Sanitaria. Valera, estado Trujillo*. Tesis presentada ante Ministerio del Poder Popular para la Salud; Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldon, para obtener el grado de Especialista en Gestión en Salud Pública.
- OMS (2013). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. La Iniciativa Maternidad Segura y más allá. Documento en línea disponible en <https://translate.google.co.ve/translate?hl=es&sl=en&u=http://www> Consultado 03/07/2017.
- Pérez Martínez L. (2015). *Evaluación de calidad del servicio: satisfacción del usuario en la emergencia del Centro Diagnóstico Integral Aquiles Nazoa, Carabobo, Venezuela 2015*. Tesis presentada ante Ministerio del Poder Popular para la Salud; Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldon, para obtener el grado de Especialista en Gestión en Salud Pública.
- Rodríguez M. (2015). *Evaluación de la calidad del programa de promoción y prevención del cáncer, estado sucre, años 2010-2014*. Tesis presentada ante Ministerio del Poder Popular para la Salud; Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldon, para obtener el grado de Especialista en Gestión en Salud Pública.
- Zarco R., Medina E. Hernandez S. Hernandez A. y Bringas T. (2013). *El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores*. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2013; **25(1)**: 26-33. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf> Consultado 03/07/2017

## **Intervención Intersectorial para el Control de *Aedes aegypti*, en La Victoria, Parroquia Rubio, Municipio Junin, estado Táchira, Venezuela. 2016.**

Autores: Edwin Iván Figueroa-Rodríguez<sup>1</sup> & Ana Gisela Pérez Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dirección General de Salud Ambiental. Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Maracay, estado Aragua. Venezuela.

<sup>2</sup>Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" (IAE), MPPS. Maracay, estado Aragua. Venezuela.

### **RESUMEN**

El dengue es una de las enfermedades más antiguas en la historia del hombre y que hoy en día continúa siendo un problema de gran magnitud en la esfera mundial. En el presente estudio se desarrolló la intersectorialidad como estrategia de intervención exitosa en la prevención y el control del dengue y su vector, *Aedes aegypti*, en la comunidad La Victoria, municipio Junín del estado Táchira, en 2016. La investigación fue epidemiológica, descriptiva, de campo y transversal. La población se dividió en dos estratos, el primero conformado por 80 personas que representan los responsables de cada sector participante y el segundo, conformado por las 366 viviendas de la localidad. Se realizaron mesas de trabajo y sesiones educativas. Al Estrato 1, se aplicó un cuestionario para obtener información sobre algunos aspectos relacionados con el tema dengue y su vector, antes y posteriormente a las actividades educativas. Al Estrato 2, se le realizó el estudio entomológico y aplicación de medidas de control, encontrándose un IAC de 8,19; ubicando a la población en un riesgo intermedio. Los resultados destacan que antes de las actividades educativas los encuestados no manejaban la información adecuada con respecto a la enfermedad y como controlar al vector. Luego de éstas, además de mejorar sustancialmente los conocimientos en estos aspectos, los participantes lograron comprender que la intersectorialidad es el pilar fundamental en la eficacia del control y prevención del dengue. Tanto los sectores públicos y privados con la comunidad, deben ser partícipes en adoptar medidas conjuntas para afrontar de manera eficaz, no solamente las enfermedades.

**Descriptor de Contenido:** Acción Intersectorial, Dengue, *Aedes* sp., Conocimientos, Actitudes.

El dengue, es una enfermedad viral, causada por cualquiera de los cuatro serotipos del Virus Dengue, siendo este agrupado con base a criterios clínicos, biológicos, inmunológicos y moleculares. La infección del virus de dengue es sin duda alguna la enfermedad más común a nivel mundial en lo que se refiere a la tasa de morbilidad, transmitida por mosquitos del género *Aedes* (Kouri, 2006). Conociéndose que *Ae. Aegypti* es una especie ampliamente distribuida por los países neo tropicales, según lo describió Salvutella (1996), es un “mosquito cosmopolita”, efectivo vector de diversas arbovirosis. La extensión y proliferación de estos culcideos, están íntimamente relacionadas a condiciones medioambientales, saneamiento ambiental, modos de vida o del ambiente doméstico y de los espacios vecinos dentro de las comunidades. Además, el deterioro no solamente de la infraestructura de las instituciones de salud, sino también del sistema de redes de salud pública, han contribuido al deficiente manejo del vector.

En tal sentido y de acuerdo a los datos aportados por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2013) de Atlanta, *“más de un tercio de la población mundial vive en áreas con riesgo de transmisión de la infección del dengue”*, siendo además, *“la principal causa de enfermedad y muerte en los trópicos y subtrópicos”*. Señala además el CDC que, el control del mosquito *Ae. Aegypti*, representa la protección más eficaz para la disminución de los casos.

De acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), en las últimas décadas ha aumentado enormemente la incidencia de dengue en el mundo, aunque con un sub registro por mala clasificación clínica, se producen 390 millones de infecciones por dengue, diagnosticándose 37.87 de ellos, como dengue grave. Siendo este incremento en el número de casos, directamente proporcional a la propagación de la enfermedad a nuevas zonas, produciendo brotes epidémicos de carácter explosivo. Haciéndose notable que para el año 2015, Brasil, Colombia y Venezuela destacan en el incremento de casos. Según lo refiere el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela (MPPS), la tasa promedio nacional de incidencia acumulada para dengue en la semana 52 de 2016, fue de 94,31 por 100.000 habitantes, superada por 13 estados, entre los que se encuentra el estado Táchira. En el país se mantiene la circulación de los cuatro serotipos (dengue 1, dengue 2, dengue 3 y dengue 4), predominando el serotipo 2.

---

En la actualidad en Venezuela, las Estrategias de Gestión Integradas para Dengue (EGI-dengue), no han demostrado ser eficientes ni eficaces en la obtención de resultados reales óptimos, y continúa la persistencia de la enfermedad en la zona de epidemia, como lo muestran los datos revelados por el MPPS (2016). Aunado a ello, la ausencia de participación activa y efectiva de entes gubernamentales como gobernaciones, alcaldías, concejos comunales y colectivo en general, quizá por falta de recursos materiales, humanos y financieros o por el desconocimiento de la población en el control del dengue, dificulta la aplicación de las EGI-Dengue, haciendo prioritaria la aplicación de estrategias de intervención intersectorial, para que éstos sectores de la sociedad y de las organizaciones gubernamentales y entes privados, participen en la prevención y control de la enfermedad, enfatizando en el control vectorial y cambiando la tendencia a realizar actividades de contingencia y no de prevención realmente.

Según los conceptos dados por Betancourt (1999), la intersectorialidad es la convergencia, interacción e intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector, promoviendo la integración de los mismos, en acciones destinadas parcial o totalmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, formando parte importante de esa respuesta a la organización sistemática social e interdisciplinaria.

En ese orden de ideas, según lo explica Torres (2002), tradicionalmente se ha creído que el conocimiento puede conducir a un cambio de comportamiento, pero que realmente se debe trasladar ese énfasis en desarrollar intervenciones de cambio de comportamiento y para poder llegar a este propósito es necesario que los entes del Estado y las comunidades, desarrollen lazos más fuertes entre ellos y con otros asociados claves, para lograr una reducción sostenible del riesgo de infección.

En anteriores experiencias se ha logrado controlar el dengue aplicando campañas de promoción, prevención y control del vector, poniendo en marcha talento humano altamente calificado, organización de las comunidades, educación y participación ciudadana, catalizadas por voluntad política, recursos financieros, disposición de materiales, equipos, insumos, insecticidas y apoyo en la parte comunicacional, para integrar a los entes gubernamentales

y no gubernamentales, enfatizados en momentos de epidemia, o cuando el dengue emerge de manera abrupta, en crisis, pero que no se mantienen posteriormente, por lo que la intersectorialidad se quedaba en el discurso, convirtiéndose en insostenible un adecuado diagnóstico, control y monitoreo en la proliferación del vector responsable de la transmisión no solamente del dengue, sino de otras arbovirosis (Torres, 2002).

De acuerdo a lo descrito, es importante hacer prioritaria la intersectorialidad, para que todos los sectores de la sociedad y las organizaciones gubernamentales y entes privados, participen en la prevención y control del dengue, enfatizando en el control vectorial. En ese contexto, el objetivo de la presente investigación fue promover la misma, como pilar fundamental en la eficacia del control del vector *Ae. aegypti* de la comunidad “La Victoria”, municipio Junín, en el estado Táchira, involucrando actores sociales y gubernamentales, con la intención de hacer realmente sostenible el control y monitoreo del vector y prevenir la transmisión del dengue, zika y chikungunya, pues en la mencionada comunidad interactúan entes públicos gubernamentales y la empresa privada, además de la existencia del compromiso ecológico.

El área de estudio, ubicada en la parroquia Rubio del municipio Junín está ubicada en la zona sur-occidental del estado Táchira. Conforme a datos aportados por el Gobierno del Estado Táchira (2016), presenta un relieve montañoso, terrazas aluviales (ciudad de Rubio), hasta cerros, picos y páramos. Su temperatura media anual oscila entre 14-24 °C, con una precipitación media anual de 700 a 3.000m.m<sup>3</sup>. En la comunidad interactúan sectores públicos y privados: Concejo comunal, Alcaldía, Guardia Nacional Bolivariana, Escuela Técnica Robinsoniana “Carlos Rangel Lamus”, Consultorio Popular Rural I (CPRI) “La Victoria”, Dirección de Salud Ambiental Táchira (DSAT), Bomberos “La Victoria” y, la empresa privada “Tenería Rubio”. Además, a unos 200 metros de la comunidad, se encuentra el río Carapo, dándole un estrecho compromiso ecológico a la misma.

La investigación fue un estudio epidemiológico, descriptivo, de campo y transversal, ajustado a los lineamientos de un diseño no experimental, en la que se identificó el nivel de conocimiento que poseen los miembros de los sectores participantes, acerca del

dengue y su vector *Ae. Aegypti*. Se sensibilizó a la comunidad con el propósito de transformar las concepciones y formas de relación entre los diferentes sectores interactuantes en La Victoria, en la lucha contra la proliferación del vector *Ae. Aegypti*. Y se aplicaron actividades de control vectorial de tipo mecánico y químico, en fase acuática, con la participación de los sectores involucrados. Participaron 80 miembros de los diferentes sectores de la comunidad, se hizo muestreo larval en 108 viviendas y se realizó el control vectorial en el total de viviendas (n=366) de “La Victoria”.

Para el estudio se emplearon las técnicas sugeridas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1984), en la “Guía para el diseño, utilización y evaluación del material educativo en salud”, las que aplicaron en cuatro mesas de trabajo y dos sesiones educativas. En un primer encuentro se dio a conocer a los participantes los objetivos del trabajo y posteriormente, se aplicó un cuestionario (pre-actividades educativas), el cual fue utilizado por Acevedo, Ayala, Chacón, Lineros y Barrera (2009), en un estudio realizado en la comunidad “El Rincón de la Vega”, municipio Torbes, estado Táchira, destinado a la “*Educación para la salud en la prevención del dengue*”. Más tarde se procedió a realizar actividades educativas, tales como seminarios, videos, discusiones grupales, entrevistas radiales, perifoneo educativos (OPS, 1984).

En el último encuentro, luego de la discusión grupal, se aplicó nuevamente el instrumento, es decir, la indagación post-actividades educativas. Igualmente se adiestró a un grupo de estudiantes para su participación en las actividades de control vectorial. En la actividad de campo, se procedió a visitar las casas seleccionadas mediante el muestreo sistemático simple para la verificación entomológica, donde se capturaron larvas de mosquito encontradas en los depósitos inspeccionados. En cuanto a la aplicación de medidas de control vectorial, la eliminación y tratamiento de criaderos, con la consecuente caracterización, se hizo de acuerdo a las especificaciones del “Manual del Programa Control de *Aedes aegypti*” (MPC *Ae. aegypti*, MPPS, 2013). Conjuntamente, se aplicaron medidas de control mecánico y químico al total de las viviendas de la comunidad.

De los miembros de la comunidad en el proceso de pre-actividades educativas, 78,75% reconocían que el origen del

---



dengue es como resultado del almacenamiento de aguas blancas en la casa o patio y 95% por la picadura de un mosquito. 65% afirmó que es un problema de salud pública nacional, del mismo modo, el 66% negaba que sea un problema único del sector salud. 58,75% dijo que no es una enfermedad viral. 75% de los encuestados se auto-medicaba. Solo 13,75% iba al médico para recibir la indicación de algún medicamento y 6,25% tomaba aspirina para la fiebre o el dolor. En todos estos ítems, el resultado cambió a 100% en la evaluación post-actividad educativa. De éstos resultados se destaca la necesidad de que toda intervención, cuyo objetivo sea controlar enfermedades transmitidas por vectores, debe ir acompañada de actividades educativas y la vigilancia entomológica en forma periódica. Tanto el sector sanitario, como los demás sectores, públicos y privados, deben ser partícipes en adoptar medidas conjuntas para afrontar de manera eficaz, no solamente las enfermedades metaxénicas, sino cualquier tipo de patología.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

La población y muestra objeto de estudio, estuvo conformado por dos estratos. El Estrato 1, estuvo representado por los actores responsables en los sectores participantes, mencionados anteriormente, sumando 80 personas. El Estrato 2, quedó conformado por las viviendas pertenecientes a la localidad La Victoria, donde se realizó el control vectorial, que según el censo del Consejo Comunal, suman 366 viviendas. Para el muestreo larval, se aplicó un muestreo sistemático simple a una muestra de 30% (MPPS, 2015). De modo que se visitaron 110 viviendas con este fin, siguiendo el criterio “1 casa sí”, “dos casas no”, hasta completar la muestra. Aplicando ese criterio en cada sector a abordar (norte, sur, este y oeste), según los parámetros del Manual.

En cuanto al trabajo realizado en el Estrato 1, de conformidad con lo descrito, se realizaron cuatro mesas de trabajo, con dos sesiones educativas. La primera mesa de trabajo (con cada uno de los sectores por separado), se realizó con uso de material ilustrativo para explicar en qué consistía el trabajo que se pretendía realizar en la comunidad. En esta primera oportunidad se les solicitó la firma de un consentimiento informado a los líderes de cada sector y un compromiso de participar en el proyecto. En la segunda mesa, realizada un mes después, igualmente con cada sector, se

aplicó el instrumento de recolección de datos, que consistió en un cuestionario (Acevedo *et al.*, 2009). Además, se desarrolló una sesión educativa, tipo seminario, que consistió en la explicación de conceptos, origen y agente causal, la fisiopatología y cuadro clínico de la enfermedad del dengue. Al finalizar este proceso, se pactaron los siguientes encuentros, hubo acuerdos para realizar otras actividades educativas, tales como entrevistas radiales, perifoneo educativos (OPS, 1984), con el fin de que la comunidad en general se mantuviera informada del trabajo que se estaba realizando.

En la tercera mesa (15 días después), se hizo un seminario, utilizando material audiovisual, donde se habló de prevención y control e intersectorialidad. Se transmitieron videos acerca del ciclo de vida del vector y cómo prevenir su proliferación. Se conocieron las características físicas y biológicas del mismo. Se aplicó la técnica del debate, para afianzar todos estos conocimientos. Y se discutió también la responsabilidad que posee cada uno, y como las prácticas y actitudes individuales pueden afectar, negativa o positivamente, al resto de los sectores en cuanto a la proliferación del dengue.

En el cuarto encuentro, pasadas dos semanas, se agruparon todos los sectores involucrados (comunidad, estudiantes, consultorio popular y demás sectores públicos y privados), apoyados por la Alcaldía del municipio Junín, quien realizó las convocatorias. La reunión facilitó que se estrecharan lazos entre sí. Igualmente en esta mesa, se aplicó la técnica de discusión grupal, dirigidos por el facilitador (investigador), y luego, se ejecutó nuevamente a la aplicación del instrumento.

En la actividad de campo, se procedió a visitar las casas seleccionadas mediante el muestreo sistemático simple para la verificación entomológica, se capturaron larvas de mosquito encontradas en los depósitos inspeccionados. Se aplicaron medidas de control vectorial y la eliminación y tratamiento de criaderos, con la consecuente caracterización, lo cual se hizo de acuerdo a las especificaciones del MPC *Ae. Aegypti* (2015), se aplicaron medidas de control mecánico y químico al total de las viviendas (n=366). El equipo de trabajo, inspeccionó todos los depósitos contenedores de agua, siguiendo las normas dadas en el Manual, tanto para el exterior como para el interior de la vivienda. Siempre y cuando

fuese posible, el funcionario dejó los depósitos de manera que no pudiesen convertirse nuevamente en criaderos.

Terminada la inspección se hicieron las anotaciones respectivas en la “Hoja del Visitador”, correspondiente al Formato F1-96, denominado “Actividades diarias del visitador” (utilizadas para éste fin). Las larvas capturadas en cada vivienda, fueron colocadas en bolsas plásticas identificadas con un rótulo (fecha, dirección de la casa, parroquia, municipio y el tipo de criadero), se colocaron luego en viales rotulados, preservadas en alcohol al 70%, tomando en cuenta el tamaño de las mismas. Las larvas se identificaron y clasificaron en el Laboratorio de Entomología del Centro de Estudio de Enfermedades Endémicas y Salud Ambiental (CEEESA), adscrito al Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”, en Maracay, Venezuela.

Los datos obtenidos a partir del cuestionario y todos los relacionados con la eliminación y tratamiento de criaderos, así como la caracterización del hábitat del vector, fueron llevados a una base de datos. Los mismos fueron tabulados utilizándose tablas de distribución de frecuencia (absoluta y relativa), lo que permitió su interpretación, análisis y discusión, en comparación con las teorías esbozadas en la investigación. Se calcularon además los índices aédicos con la información alcanzada.

En cuanto a las consideraciones éticas, la investigación responde a una necesidad y prioridad de salud de la comunidad y esta puede beneficiarse de sus resultados. Todos los miembros de los diferentes sectores fueron previamente informados del trabajo a realizarse, de su participación y del compromiso que adquirirían en lo personal y con el resto de la colectividad, y para los efectos, firmaron un consentimiento informado.

## RESULTADOS

**Tabla I. Conocimiento sobre el origen y definición del dengue en cifras absolutas y relativas antes y después de las actividades educativas en la comunidad La Victoria, municipio Junín, estado Táchira 2016.**

Origen	Pre-actividad educativa				Post-actividad educativa			
	Si		No		Si		No	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Por almacenamiento de aguas blancas en casa o patio	63	78,75	17	21,25	80	100	0	0
Por contacto directo con personas enfermas	43	53,75	37	46,25	0	0	80	100
Por la picadura de un mosquito	76	95	4	5	80	100	0	0
<b>Definición</b>								
Es un problema de salud pública nacional	52	65	28	35	78	97,5	2	0,5
Es un problema único del sector salud	27	33,75	53	66,25	0	0	80	100
Es una enfermedad viral	33	41,25	47	58,75	80	100	0	0

Fuente: Figueroa y Perez (2016)

**Pre-actividad educativa:** Con respecto a los conocimientos en cuanto al origen del dengue que mostraron los encuestados, previo a las actividades educativas planificadas, indican que el dengue se origina como resultado del almacenamiento de aguas blancas en la casa o patio (78,75%), 95% coincidió que era por la picadura de un mosquito. 53,75% pensaba que era por contacto directo con personas enfermas. En cuanto a la definición del dengue, 65% de los encuestados afirmó que es un problema de salud pública nacional, del mismo modo, 66% negó que sea un problema único del sector salud. Además, 58,75% del grupo interrogado respondió que no es una enfermedad viral.

**Post-actividad educativa:** En los participantes quedó claro lo concerniente a la transmisión de dengue, despejando las

dudas y adquiriendo conocimientos más acertados sobre el tema, modificándose el valor a 100% en todos los aspectos investigados. Se puede inferir que las personas adquirieron conocimientos sobre el dengue tanto en su definición, como de su agente causal, variando sus conocimientos en positivo. Encontrándose inclusive que 100% de los participantes reconoce que es de causa viral. De la misma manera, 100% de los encuestados ya no piensa que es un problema únicamente del sector salud.

**Tabla II. Conocimiento sobre las causas del dengue en cifras absolutas y relativas antes y después de las actividades educativas en la comunidad La Victoria, municipio Junín, estado Táchira, 2016.**

Causas	Pre- actividad educativa				Post- actividad educativa			
	Si		No		Si		No	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Es causada de una bacteria	47	58,75	33	41,25	0	0	80	100
Por haber muchos mosquitos	69	86,25	11	13,75	76	95	04	05
El gobierno no surte de agua las comunidades	29	36,25	51	63,75	58	72,5	22	27,5

Fuente: Figueroa y Perez (2016)

**Pre-actividad educativa:** Al ser interrogados de cuáles son las causas del dengue, 58,75% aseguraron que la enfermedad es causada por bacterias, aseverando además, que es por haber muchos mosquitos (86,25%) y 63,75% no creía una causa del dengue el hecho a que el gobierno no surta de agua a las comunidades.

**Post-actividad educativa:** Así mismo, se apreció como la población, a partir de nuevos conocimientos, modifica su visión sobre la enfermedad, observándose la modificación de los valores. De esta forma, 100% de esta población ya sabe que la enfermedad no la transmite una bacteria y que, sí es responsabilidad de los gobiernos mantener una administración suficiente de agua potable, aumentando a 72,5% entre quienes creen que es porque el gobierno no surte de agua a las comunidades.

**Tabla III. Conocimiento sobre los síntomas y diagnóstico del dengue en cifras absolutas y relativas antes y después de las actividades educativas en la comunidad La Victoria, municipio Junín, estado Táchira, 2016.**

Síntomas	Pre-actividad educativa				Post-actividad educativa			
	Si		No		Si		No	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fiebre	77	96,25	03	3,75	80	100	0	0
Dolor de Cabeza	75	93,75	05	6,25	80	100	0	0
Dolor detrás de los ojos	48	60	32	40	78	97,5	02	2,5
Malestar general	80	100	0	0	80	100	0	0
Nauseas	56	70	24	30	77	96,25	03	3,75
Vómitos	35	43,75	45	56,25	78	97,5	02	2,5
Diarrea	23	28,75	57	71,25	65	81,25	15	18,75
Sangrado por la nariz	42	52,5	38	47,5	80	100	0	0
Sangrado por otras partes	07	8,75	73	91,25	63	78,75	17	1,25
<b>Diagnóstico</b>								
Por la evaluación clínica	25	31,25	55	68,75	78	97,5	2	2,5
Por un examen de sangre	12	15	68	85	80	100	0	0
Porque se tienen las plaquetas bajas	78	97,5	2	2,5	5	6,25	75	93,75

Fuente: Figueroa y Pérez (2016)

**Pre-actividad educativa:** En relación con la sintomatología del dengue, los síntomas que reconocían los encuestados, son los clásicos para un síndrome viral: fiebre 96,25%, dolor de cabeza 93,75% y el malestar general en 100%. Pero en la sintomatología que hace más característico al dengue, 60% respondieron dolor detrás de los ojos, sangrado por la nariz 52,5% y únicamente 8,75% de encuestados sabía que causa sangrado por otras partes del cuerpo. Se les preguntó lo relacionado con el diagnóstico del dengue y en esta fase previa actividad educativa, 31,25% de los encuestados consideraron la evaluación clínica como herramienta diagnóstica, 15% consideró un examen de sangre y 97,5% de las personas afirmó que se hace porque el paciente tiene "las plaquetas bajas".

**Post-actividad educativa:** En lo que respecta a los síntomas del dengue sin signos de alarma y con signos de alarma, posterior a las actividades educativas, la gente incrementó su conocimiento, resaltando la modificación del valor del sangrado por todas partes del cuerpo, que aumento el nivel de conocimiento a casi 80% de la población en estudio. Y en cuanto al dolor retro-ocular, 97,5% reconocieron que es un síntoma importante en el dengue sin signos de alarma, y permite una impresión característica diferencial con otros síndromes febriles. Así mismo, las personas demostraron que aprendieron sobre el diagnóstico de la enfermedad, asociada a la evaluación médica en 97% de los interrogados, además, 100% de la población conoce ahora que el diagnóstico definitivo es el de serología y que no es el examen de plaquetas por el cual se diagnóstica el dengue.

**Tabla IV. Conocimiento sobre el tratamiento del dengue en cifras absolutas y relativas antes y después de las actividades educativas en la comunidad La Victoria, municipio Junín, estado Táchira, 2016.**

Tratamiento	Pre-actividad educativa				Post-actividad educativa			
	Si		No		Si		No	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Toma algún medicamento para la fiebre o el dolor	79	98,75	01	1,25	80	100	00	00
Va a la farmacia a ver que le mandan	52	65	28	35	0	0	80	100
Va al médico para que le indique el tratamiento	11	13,75	69	86,25	80	100	0	0
Toma aspirina para la fiebre o el dolor	4	6,25	75	93,75	0	0	80	100

Fuente: Figueroa y Pérez (2016)

**Pre-actividad educativa:** En lo referido al tratamiento, se evidenció que 98,75% de los encuestados se auto-medicaba con algún medicamento para el dolor o la fiebre, o con algo que le receten en la farmacia (65%). Solamente 13,75% dijo ir al médico para recibir la indicación de algún medicamento y 6,25% respondió que tomaba aspirina para la fiebre o el dolor.

**Post-actividad educativa:** Luego de la experiencia educativa, se refleja el cambio cultural respecto a costumbres erróneas que posee la población sobre el manejo de la enfermedad. Es de suma

importancia apoyarse en los galenos, reflejando una mejora a 100% para este ítem y, el pequeño porcentaje de la población que tomaba aspirina, comprende el compromiso del uso de este medicamento, reflejándose para este ítem que 100% ya no lo tomarían.

**Tabla V. Conocimiento sobre las medidas preventivas del dengue en cifras absolutas y relativas antes y después de las actividades educativas en la comunidad La Victoria, municipio Junín, estado Táchira, 2016.**

Medidas preventivas	Pre-actividad educativa				Post-actividad educativa			
	Si		No		Si		No	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Limpieza frecuente de patios	32	40	48	60	75	93,75	5	6,25
Acumula chatarra en toda la casa	48	60	32	40	2	2,5	78	97,5
Mantiene sin botes de agua las tuberías.	69	86,25	11	13,75	80	100	00	00
Busca persona de servicio para que le ayude	22	27,5	58	72,5	6	7,5	74	92,5

Fuente: Figueroa y Pérez (2016).

**Pre-actividad educativa:** En lo relacionado con las medidas preventivas del dengue, específicamente la de limpieza de los patios, 60% de los encuestados, señaló que no los limpiaban frecuentemente. 27,5% buscaba a alguien que le hiciera la limpieza y 13,75% manifestó tener problemas de fugas en sus tuberías de agua.

**Post-actividad educativa:** Se observó el cambio positivo en la actitud de los encuestados hacia las medidas preventivas del dengue, incluyendo la limpieza de patios, obteniéndose así casi 100% de los encuestados que refieren que aumentaron la frecuencia de sus limpiezas, 92,5% manifiestan que personalizan la limpieza de sus patios, no buscando ayuda externa y, 100% de los encuestados indicaron que se asegurarán de mantener las casa sin botes de agua.

**En cuanto a la actividad de campo:** De acuerdo a la "Hoja de Resumen" entregada por las cuadrillas, se capturaron 260 larvas en las 110 viviendas, encontrándose dos larvas positivas con características de *Ae. Albopictus* y las restantes a *Ae. Aegypti*.



**Tabla VI. Índices aédicos. Comunidad La Victoria, municipio Junín, estado Táchira, 2016.**

<b>Casas</b>				
<b>Sector</b>	<b>Existentes</b>	<b>Inspeccionadas*</b>	<b>Positivas</b>	<b>Índice Aédico a Casas</b>
Rubio. La Victoria	392	366	30	8,19
*Se realizó control mecánico y químico				
<b>Depósitos</b>				
<b>Tipo de Criaderos</b>	<b>Inspeccionados</b>	<b>Positivos</b>	<b>Índice Aédico a Depósito</b>	
Tanques y aljibes	111	19	17,1	
Barriles, toneles y tinas	137	10	7,2	
Cauchos	19	0	0	
Bebederos	50	3	6	
Materos con agua y floreros	35	1	2,9	
Chatarras y latas	94	0	0	
Árboles y plantas	0	0	0	
Depósitos diversos	1150	0	11,3	
Depósitos inservibles	640	4	0,6	
<b>Totales</b>	<b>2488</b>	<b>217</b>	<b>45,1</b>	
<b>Tipo de Criaderos</b>	<b>Depósitos positivos</b>	<b>Casas inspeccionadas</b>	<b>Índice de Breteau</b>	
Tanques y aljibes	19	100	0,19	
Barriles, toneles y tinas	10	100	0,1	
Cauchos	0	100	0	
bebederos	3	100	0,03	
Materos con agua y floreros	1	100	0,01	
Chatarras y latas	0	100	0	
Árboles y plantas	0	100	0	
Depósitos diversos	180	100	1,8	
Depósitos inservibles	4	100	0,04	

Fuente: Figueroa y Pérez (2016).

**En cuanto al levantamiento de índices aélicos:** Índice Aélico a Depósito (IAD), se obtuvo que el tipo de criadero como tanques y aljibes, ocuparon el primer lugar con un IAD de 17,1%. Depósitos diversos, ocuparon el segundo lugar con 11,3% y, barriles toneles y tinas con 7,2%. Cabe destacar que en cuanto a los depósitos diversos, 432 corresponden a botellas de cerveza vacías, de las cuales 180 resultaron positivas, obteniéndose un IAD de 11,3%, colocándolos en segundo lugar del resto de tipos de criaderos.

El Índice Aélico a Casa (IAC), fue de 8,19. El Índice de Breteau obtenido en la inspección de las 110 viviendas, indica que por cada casa hay al menos 1,8 depósitos diversos (en este caso botellas) positivos a larvas. Seguidos por 0,19 tanques y aljibes positivos y, 0,1 barriles, toneles y tinas positivos, por cada vivienda. Acerca de la aplicación de control vectorial de tipo mecánico y químico, en fase acuática, con la participación de los sectores involucrados e información aportada por la DSAT, se refleja que de 2.668 depósitos encontrados, se eliminaron 792. Con control químico se trataron 360 casas y 375 depósitos.

## DISCUSIÓN

El dengue ha sido una constante en Centro y Sur América, desde principios de la década de 1.980. Para finales de la década de los 1990, pasó a ser la enfermedad viral de transmisión vectorial más importante que afectaba a humanos (Montes, 2001). El desarrollo de una vacuna contra la enfermedad sigue siendo un aspecto prioritario, pero aún sin concretar. Explica Montes (2001), que la lucha para evitar las epidemias del dengue incluye principalmente dos aspectos: el control de emergencias hace eliminando a los adultos a través de insecticidas. Y el control a largo plazo, que se basa en el control ambiental para la reducción de las poblaciones de Aedes a través de la eliminación de sus criaderos. La ocurrencia anual de millones de casos de fiebre dengue y cientos de casos de dengue grave, desde la década de los 1980, ha hecho proliferar la información al respecto por diferentes medios de comunicación y a través de los organismos públicos.

Ante el panorama descrito, se evidencia que la intersectorialidad cobra vigencia, pues garantiza los resultados de largo plazo deseados. En este estudio se puede evidenciar que con

la intervención intersectorial, se logra en conjunto, la participación activa y efectiva para la prevención y control del dengue, enfatizando en el control vectorial, sensibilizándose desde concejos comunales y comunidad en general hasta entes gubernamentales y privados, Así, luego de la sensibilización, a través de las actividades educativas, el total de los participantes reconoce que el dengue es una enfermedad que además, no es solamente un problema del sector salud, sino tarea de todos controlarla, mejorando este conocimiento en 65% sobre el resultado pre sensibilización. Por otra parte, antes de las actividades orientadoras, 60% de los participantes no tenía claro que la trasmisión del dengue se daba por un mosquito y luego de las actividades orientadoras, 100% de los participantes conocía el mecanismo de transmisión, mejorando este conocimiento en 40%. En el estudio de Torres et al. (2014), muestran que, luego de realizada las estrategias educativas, la población mejoró en 20,7% estos conocimientos reconociendo al dengue como una enfermedad peligrosa.

Datos obtenidos en la presente investigación, previamente a la intervención educativa, indican que la mayoría conocía únicamente los síntomas clásicos de un síndrome febril. Sin embargo, un porcentaje importante de los encuestados no conocían aquellos síntomas que permiten diferenciar el dengue, tales como: dolor retro-ocular (solo 60% de los encuestados lo reconocía), sangrado por la nariz (52,5%) y sangrado por otras partes del cuerpo, sólo 8,75% lo reconocía. Siendo de vital importancia la consulta precoz para el reconocimiento de los síntomas. Cáceres et al. (2009), en su investigación sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Dengue en dos Barrios de Bucaramanga, Colombia”, obtuvo resultados similares, pues cerca de 90% de los entrevistados reconocían la fiebre como el principal síntoma de dengue. El dolor de cabeza, cuerpo y articulaciones, más específicos para dengue, fueron reconocidos por menos de 40% de los encuestados. El sangrado fue reconocido por una de cada diez personas. Posterior a las actividades educativas, en el estudio presente, se observó un incremento significativo del conocimiento, sobre todo con respecto al dolor retro-ocular, se encontró que casi 30% más de participantes lo reconocieron como un síntoma importante en el dengue sin signos de alarma y permite una impresión característica diferencial con otros síndromes febriles.

Por otra parte, la automedicación era la práctica común (98,8%) de los participantes de esta investigación, menos de 14% dijo acudir a una consulta médica para recibir indicaciones, muchos otros indicaron que iban a la farmacia a ver que les recomendaban e incluso, 6,3 % respondió que tomaba aspirina para la fiebre. En el estudio de Cáceres et al. (2009), la mayoría de las personas refirió consultar al médico, en caso de enfermar por dengue, mientras que una de cada ocho personas respondió que se auto médica y entre 3 y 4 % consultan a la farmacia. Esta práctica es bastante alentadora porque da la oportunidad de tener un manejo adecuado del dengue y la correspondiente notificación del caso, seguimiento y orientación de medidas ambientales para evitar la transmisión a otras personas. En el presente estudio, gracias a la intervención educativa, estas actitudes cambiaron, con notoria mejoría (100% de los encuestados) tanto en acudir a la consulta médica, como evitar auto medicarse.

En el presente estudio, en cuanto a las medidas preventivas tanques y aljibes ocuparon un primer lugar con un Índice Aédico a Depósito (IAD) de 17,1% y los depósitos diversos, de los 1582, 432 corresponden a botellas de cerveza, de las cuales 180 resultaron positivas, obteniéndose un porcentaje importante de 11,3% IAD, con solo una pequeña diferencia a los tanques y aljibes de 5,8%. El Índice Aédico a Casa (IAC), fue de 8,19, lo que ubica a la población estudiada en un riesgo intermedio. Diferentes resultados obtuvieron Barrera, Chacón y Jaimes (2013), con un IAC de 27,6%; IAD de 6,5%. Siendo evidente la necesidad de reforzar los conocimientos en la población a cerca de las medidas preventivas sobre el dengue, y que es indispensable la participación de la comunidad confirmado por otros autores, entre ellos, Carrillo (2014), quien la describe como “un proceso reflexivo y práctico que tiene como finalidad la construcción del conocimiento y la transformación social”.

Mediante el Índice de Breteau (IB) se estableció en primer lugar a depósitos diversos con 1.8, siendo estos los positivos las botellas de cerveza, por lo que se les recomendó a la comunidad la estrategia de modificación de las mismas colocándolas con la boquilla hacia abajo para evitar el almacenamiento de agua por ende un sitio de producción de mosquitos. En segundo lugar tanques y aljibes, con un IB de 0.19 y la recomendación que se le dio a la comunidad fue de taparlos para evitar la ovipostura en ellos por parte del vector. Y en tercer lugar a barriles, toneles y tinajas con un

IB de 0.1, sugiriéndosele por lo tanto a los residentes que taparan los mismos amarrándoles bolsas plásticas con cabuya alrededor de los orificios de entrada y así evitar la proliferación del vector en ellos. Barrera et al. (2013), encontraron que los depósitos de mayor problema fueron, tanques, aljibes, cauchos y floreros.

Indudablemente, queda expuesto en esta investigación que para cualquier estrategia o cualquier intervención, cuyo objetivo sea controlar enfermedades transmitidas por vectores, es necesaria la vigilancia entomológica en forma periódica, y así poder tomar las acciones pertinentes. Al evidenciarse la presencia de *Ae. Albopictus*, es recomendable continuar con este tipo de intervención y realizar un estudio completo sobre el vector encontrado, no solamente en la comunidad donde se realizó la misma, sino en todo el estado Táchira, debido al compromiso fronterizo que guarda con Colombia y no solamente hacer la vigilancia en los aeropuertos, puesto que por vía terrestre se tiene una estrecha relación con este vecino país. El mensaje subyacente de este estudio es, que tanto el sector sanitario, como los demás sectores, públicos y privados, deben ser partícipes en adoptar medidas conjuntas para afrontar de manera eficaz, no solamente las enfermedades metaxénicas, sino cualquier tipo de patología, teniendo como base el nuevo concepto de Epidemiología Comunitaria, que va de la mano con la intersectorialidad. Siendo recomendable, que se instaure a nivel nacional una comisión intersectorial que vele porque todos los instrumentos políticos, estrategias, tecnologías y herramientas sean puestos en marcha al unísono y se puedan cumplir realmente los objetivos relacionados con el desarrollo socioeconómico, ambiental y cultural de los venezolanos.

Es necesario realizar estudios más profundos relacionados con el tema investigado, utilizando técnicas e instrumentos didácticos que mejoren la transmisión del conocimiento por parte de las autoridades competentes a la población, e incluyendo a la misma, no solamente en la aplicación de medidas necesarias para el control, sino convirtiéndolos también, en multiplicadores del conocimiento. Es imprescindible que cualquiera de los sectores sea quien tome la iniciativa para iniciar con las actividades de promoción y prevención en una comunidad, es decir, un sector que sea el promotor asumiendo la responsabilidad de dar empuje a la intersectorialidad.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo B., Ayala Y., Chacón W., Lineros O. & Barrera R. (2009). *Educación para la salud en el fomento de medidas sanitarias para la prevención del dengue, caso: Comunidad El Rincón de la Vega, Municipio Torbes, Estado Táchira, Noviembre*. Trabajo especial de grado para optar al título de TSU en Inspección de Salud Pública de la UCV.
- Barrera R., Chacón W. y Jaimes J. (2013). *Indicadores Entomológicos de Aedes aegypti (Diptera-culicidae) en el Estado Táchira. 2013*. Editorial Española. Madrid España.
- Betancourt O. (1999). *Texto para la enseñanza e investigación de la salud y seguridad en el trabajo*. Quito: Ed. OPS/OMS-FUNSA.
- Carrillo J. (2014). La participación social en proyectos de investigación con enfoque Ecosalud en dengue, malaria y chagas en América Latina. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología. 2*: 295-304.
- Centers for Disease Control and Prevention (2013). *Dengue. Atlanta, Georgia, USA*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/dengue>
- Gobierno del Estado Táchira (2016). Estado Táchira. Venezuela. Recuperado de: [www.tachira.gov.ve](http://www.tachira.gov.ve).
- Kouri G. (2006). El dengue, un problema creciente de salud en las Américas. *Rev. Pan. Salud Pública. 19*: 143-145.
- MPPS (2015). *Manual del Programa Control de Aedes aegypti. Dirección de Salud Ambiental. Servicio Endemias Rurales. Control de Vectores*.
- MPPS (2016). *Boletín Epidemiológico*. Año de edición LX.
- MPPS (2008). *Estrategias de Control Integrado de Dengue (EGI-Dengue)*. Recuperado de [http://www.paho.org/ven/index.php?option=com\\_content&view=article&id=34:evaluacion-de-la-estrategia-de-gestion-integrada-para-la-prevencion-y-control-del-dengue&Itemid=214](http://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=34:evaluacion-de-la-estrategia-de-gestion-integrada-para-la-prevencion-y-control-del-dengue&Itemid=214).

- Montes T. (2001). *Actualización en dengue*. Parte 1. Rev. Soc. Ven. Microbiol. v.21 n.1 Caracas. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-25562001000100007](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-25562001000100007).
- OPS (1984). *Guía para el diseño, utilización y evaluación del material educativo en salud*. Washington, D.C. E.U.A. Pp. 82
- OMS (2015). *Dengue y dengue grave*. Nota descriptiva N° 117. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/>
- Salvutella A. (1996). *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus* (Diptera, Culicidae) y su papel como vectores en las Américas. La situación de Uruguay. Rev. Méd. de Uruguay. **12**: 28-36.
- Torres J. (2002). *El dengue en América Latina; ¿una situación única?*. Universidad Central de Venezuela. Recuperado de: <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitaeDieciocho/Articulos/Infectología/ArchivosHTML/dengue.pdf>.

# Indicadores de Productos Académicos IAE

## Dr. Arnoldo Gabaldon

### Indicadores Académicos

**Cuadro 1. Número de Cursos No Conducentes a Título Académico y Personas Capacitadas por Direcciones y Áreas en el Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" Maracay estado Aragua Venezuela. 2017.**

Dirección	Área	Cursos		Nº de Personas Capacitadas		Sexo			
		N	%	N	%	M	%	F	%
Dirección de Postgrado	Postgrado	4	4,08	45	1,25	16	0,45	29	0,81
	Epidemiología	56	57,14	1911	53,19	618	17,20	1293	35,99
	Salud Pública	4	4,08	76	2,12	17	0,47	59	1,64
	Salud Ocupacional	24	24,49	568	15,81	211	5,87	357	9,94
	Sala Situacional	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Educación a Distancia	8	8,16	494	13,75	154	4,29	340	9,46
	Medicina General Integral	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub-Total		96	97,96	3094	97,00	1016	28,28	2078	57,83
Dirección de Investigación	Dirección de Investigación	1	1,02	213	5,93	64	1,78	149	4,15
Sub-Total		1	1,02	213	5,93	64	1,78	149	4,15
Dirección Interacción Social	Escuela Nueva Ciudadanía	1	1,02	286	7,96	63	1,75	223	6,21
Sub-Total		1	1,02	286	7,96	63	1,75	223	6,21
Dirección Ejecutiva	Dirección Ejecutiva	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub-Total		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Dirección de Gestión Tecnológica	Dirección de Gestión Tecnológica	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sub-Total		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total de Cursos del IAE		98	100	3593	100	1143	31,81	2450	68,19

Fuente: Control de Estudios- IAE



En el Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”, durante el año 2017 se impartieron 98 cursos no conducentes a título académico con un total de 3.593 personas capacitadas. El mayor porcentaje de cursos lo ostentó la Dirección de Postgrado distribuida de la siguiente manera: la Coordinación de Epidemiología con el 57,14%, seguido de la Coordinación de Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral con el 24,49% ,la Coordinación de Salud Pública con el 4,08 %, y Educación a Distancia con 8,16%. Mientras que el resto presentan los siguientes porcentajes: Dirección de Investigación con 1,02% y la Dirección de Interacción Social, representada por la Escuela Nueva Ciudadanía con 1,02%.

**Cuadro 2. Número de Personas Matriculadas por Programa de Formación en Desarrollo en el Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” Maracay estado Aragua Venezuela. 2017.**

<b>PROGRAMA DE FORMACIÓN</b>	<b>Nº de Alumnos</b>	<b>%</b>
POSTGRADO DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL	7.224	79,28
POSTGRADO DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	938	10,29
POSTGRADO DE EPIDEMIOLOGÍA	778	8,53
POSTGRADO EN EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICAS	68	0,74
POSTGRADO EN SALUD OCUPACIONAL E HIGIENE DEL AMBIENTE LABORAL	104	1,14
POSTGRADO MANEJO DE VECTORES Y RESERVORIOS EN SALUD	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>9.112</b>	<b>100</b>

Fuente: Control de Estudios-IAE

En el año 2017, el IAE “Dr. Arnoldo Gabaldon” contó con un total de 9.112 participantes en los diferentes programas de formación. De este total, el número de profesionales matriculados en el Postgrado de Medicina General Integral fue de 7.224, que corresponde a un 79,28%, mientras que el Postgrado de Gestión en Salud Pública conto con 938 matriculados, el 10,29% , el Postgrado de Epidemiología matriculó a 778 personas, un 8,53%, en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral se matricularon 104 estudiantes, un 1,14% y Epidemiología de las Enfermedades Metaxénicas tuvo con una matrícula de 68 participantes, un 0,74%. Finalmente que el postgrado Manejo de Vectores y Reservorios en Salud no contó con participantes para dicho período.

**Cuadro 3. Número de Personas Egresadas por Programa de Formación en el Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" Maracay estado Aragua Venezuela. 2017.**

<b>EGRESADOS DE POSTGRADOS DE ESPECIALIZACIÓN</b>	<b>Nº EGRESADOS</b>	<b>%</b>
GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	57	58,76
EPIDEMIOLOGÍA	31	31,95
EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES METAXÉNICAS	1	1,03
SALUD OCUPACIONAL E HIGIENE DEL AMBIENTE LABORAL	8	8,24
<b>TOTAL EGRESADOS AÑO 2017</b>	<b>97</b>	<b>100</b>

Fuente: Control de Estudios- IAE

Se evidencia en el cuadro anterior que en el año 2017 egresaron un total de 97 personas formadas en los diferentes postgrados que se imparten en el IAE. La especialidad de Gestión en Salud Pública obtuvo el mayor número de egresados, con un total de 57 que corresponde a un 58,76%, seguido del postgrado de Epidemiología con 31, un 31,95% Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral con 8, un 8,24% y Epidemiología de las Enfermedades Metaxénicas con 1 participante, en correspondencia con un 1,03%.

# DIRECTORIO ACADÉMICO S.A. IAE “DR. ARNOLDO GABALDON”

Dirección Ejecutiva  
*Lcdo. José Rivas Naar*

Dirección de Gestión Académica  
*Ing. Yelitza Ledezma*

Dirección de Investigación  
*Lcda. Carmen Julia Silva*

Dirección de Interacción Social  
*Dra. Yuli Bejarano*

Coordinación Sala Situacional  
*Dra. Fanny Dávila*

Coordinación de Gestión en Salud Pública  
*Lcda. Gina Guerra*

Coordinación del Área de Epidemiología  
*Lcda. Ana Gisela Pérez*

Coordinación de Salud Ocupacional  
e Higiene del Ambiente Laboral  
*Antr. Angemi Jiménez*

Coordinación de Medicina General Integral  
*Dr. Julián Díaz*

**[www.iaes.edu.ve](http://www.iaes.edu.ve)**

Maracay , estado Aragua - Venezuela

