

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FARMACÉUTICA



Análisis descriptivo de la relación de colaboración del profesional farmacéutico y otros profesionales de la salud, en hospitales de la Ciudad de Guatemala

Mónica Pinillos Solares

Guatemala
2009

Análisis descriptivo de la relación de colaboración del profesional farmacéutico y otros profesionales de la salud, en hospitales de la Ciudad de Guatemala

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA FARMACÉUTICA

**Análisis descriptivo de la relación de colaboración del profesional
farmacéutico y otros profesionales de la salud, en hospitales de la Ciudad
de Guatemala**

Trabajo de investigación presentado por Mónica Pinillos Solares para optar el
grado académico de Licenciatura en Química Farmacéutica

Guatemala
2009

Vo. Bo. :

(f) _____
Dra. Brooke Ramay

Tribunal Examinador:

(f) _____
Lic. Élfego Rolando López

(f) _____
Dra. Brooke Ramay

(f) _____
Lic. Ruby Alonzo

Fecha de aprobación: Guatemala, 03 de diciembre de 2009

CONTENIDO

Página

LISTA DE CUADROS.....	vii
LISTA DE FIGURAS.....	ix
RESUMEN.....	x

Capítulos

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO CONCEPTUAL	3
A. Antecedentes del problema	3
B. Justificaciones	7
C. Planteamiento del problema	7
D. Alcance y limitantes	8
III. MARCO TEÓRICO	9
A. Atención Farmacéutica	9
B. Integración del farmacéutico al equipo de salud	11
C. Relación de colaboración entre profesionales de la salud.....	13
D. Etapas para el desarrollo de relaciones de trabajo de colaboración.....	15
IV. MARCO METODOLÓGICO.....	19
A. Objetivos.....	19
B. Hipótesis.....	20
C. Variables.....	20
D. Población y muestra	21
E. Procedimiento o instrumentos.....	21
F. Diseño de investigación	21
G. Análisis estadístico	23
V. MARCO OPERATIVO	28
A. Recabación y tratamiento de los datos	28
B. Recursos	29

VI. RESULTADOS	30
VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	38
VIII. CONCLUSIONES.....	51
IX. RECOMENDACIONES.....	53
X. BIBLIOGRAFÍA	54
XI. ANEXOS	56

LISTA DE CUADROS

Cuadro	Página
1. Población de profesionales en los hospitales	23
2. Muestra de profesionales a encuestar en los hospitales	23
3. <i>Valores p</i> del análisis de varianza para las variables de edad, profesión y hospital donde labora el profesional, con un nivel de confianza de 95%	32
4. <i>Valores p</i> de la prueba de significancia <i>t</i> para las variables de género, sector donde labora y experiencia en el extranjero, con un nivel de confianza de 95%.....	32
5. Tabulación de las encuestas.....	58
6. Prueba <i>t</i> de significancia para comparar la relación de colaboración según el género.....	75
7. Prueba <i>t</i> de significancia para comparar la comunicación según el género.....	75
8. Prueba <i>t</i> de significancia para comparar la Atención Farmacéutica según el género.....	75
9. Prueba <i>t</i> de significancia para comparar los resultados según el género	76
10. Análisis de varianza para comparar la relación de colaboración según la edad.....	76
11. Análisis de varianza para comparar la comunicación según la edad.....	76
12. Análisis de varianza para comparar la Atención Farmacéutica según la edad	77
13. Análisis de varianza para comparar los resultados según la edad	77
14. Análisis de varianza para comparar la relación de colaboración según la profesión.....	77
15. Análisis de varianza para comparar la comunicación según la profesión	78
16. Análisis de varianza para comparar la Atención Farmacéutica según la profesión	78
17. Análisis de varianza para comparar los resultados según la profesión.....	78

18. Prueba <i>t</i> de significancia para comparar la relación de colaboración según el sector donde labora el profesional	79
19. Prueba <i>t</i> de significancia para comparar la comunicación según el sector donde labora el profesional	79
20. Prueba <i>t</i> de significancia para comparar la Atención Farmacéutica según el sector donde labora el profesional	79
21. Prueba <i>t</i> de significancia para comparar los resultados según el sector donde labora el profesional	80
22. Análisis de varianza para comparar la relación de colaboración según el hospital donde labora el profesional	80
23. Análisis de varianza para comparar la comunicación según el hospital donde labora el profesional.....	80
24. Análisis de varianza para comparar la Atención Farmacéutica según el hospital donde labora el profesional.....	81
25. Análisis de varianza para comparar los resultados según el hospital donde labora el profesional.....	81
26. Prueba <i>t</i> de significancia para comparar la relación de colaboración con la experiencia en el extranjero	81
27. Prueba <i>t</i> de significancia para comparar la comunicación con la experiencia en el extranjero	82
28. Prueba <i>t</i> de significancia para comparar la Atención Farmacéutica con la experiencia en el extranjero	82
29. Prueba <i>t</i> de significancia para comparar los resultados con la experiencia en el extranjero	82

LISTA DE FIGURAS

Figuras	Página
1. Etapas para el desarrollo de relaciones de trabajo de colaboración.....	16
2. Distribución de la muestra encuestada en cada hospital.....	30
3. Distribución de la muestra encuestada en rangos de edad.....	30
4. Distribución de la muestra encuestada según su género.....	31
5. Distribución de la muestra encuestada según su profesión.....	31
6. Distribución de la muestra encuestada según el sector donde labora.....	32
7. Distribución de la muestra encuestada con base a su experiencia profesional en otros países.....	32
8. Confianza y credibilidad en el farmacéutico.....	33
9. Aceptación a las recomendaciones que realiza el farmacéutico sobre la terapia farmacológica de los pacientes.....	33
10. Relación interdependiente entre los profesionales de la salud.....	34
11. Interés y esfuerzo por mantener una relación de colaboración entre médicos, enfermeros y farmacéuticos.....	34
12. Comunicación bilateral.....	35
13. Consultas frecuentes al farmacéutico referente a información de distintas drogas.....	35
14. Conocimiento sobre los Programas de Atención Farmacéutica.....	36
15. Utilidad de la Atención Farmacéutica para mejorar el cuidado del paciente....	36
16. Opinión referente al contacto más directo del farmacéutico con el paciente ...	37
17. Participación más activa del farmacéutico en la atención primaria.....	37
18. Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas para la implantación de Programas de Atención Farmacéutica e integración del farmacéutico en los hospitales de la Ciudad de Guatemala.....	49

RESUMEN

La participación multidisciplinaria y coordinada constituye la base natural de actuación sanitaria. En Guatemala, la integración del Químico Farmacéutico al área clínica se ha limitado por la falta de programas de Atención Farmacéutica y por la falta de relaciones de colaboración entre los especialistas de la salud. Este trabajo de investigación pretendió evaluar esa relación, mediante una evaluación tipo encuesta dirigida a 236 médicos, 240 enfermeros y 20 químicos farmacéuticos del Hospital General de Enfermedad Común (IGSS), Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP), Hospital Roosevelt y el Sanatorio Nuestra Señora del Pilar. Los resultados fueron interpretados por medio de análisis de varianza y prueba *t* de significancia, con base a 6 variables que podrían ser influyentes en la opinión y receptividad de los profesionales hacia el farmacéutico.

Se encontró que la edad, el género, el sector donde labora y la experiencia en el extranjero, no son variables que influyen significativamente en la opinión y percepción de los profesionales de la salud sobre el rol actual del farmacéutico. Por otro lado, se demuestra que hay diferencia significativa para la profesión, y la comunicación bilateral se ve influida significativamente por el hospital donde labora. Con base a los resultados, se determinó que la etapa actual en el desarrollo de una relación de colaboración es la *Etapas 1: Reconocimiento Profesional*. El trabajo proporciona estrategias para la integración del farmacéutico al equipo de salud y la implantación de Programas de Atención Farmacéutica, a partir del análisis de la relación de colaboración entre el farmacéutico y otros profesionales de la salud, en hospitales de la Ciudad de Guatemala.

I. INTRODUCCIÓN

La Atención Farmacéutica es el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente (Herrera, 2003).

La participación multidisciplinar y coordinada constituye la plataforma natural de actuación sanitaria. La Atención Farmacéutica tiene vocación asistencial por lo que el farmacéutico debe relacionarse e integrarse al equipo básico de salud (Herrera, 2003). Sin embargo, los esfuerzos para convencer a los equipos de salud de utilizar completamente las habilidades de los farmacéuticos y mejorar el manejo de la farmacoterapia han tenido éxito limitado (McDonough y Doucette, 2001) y existe poca información sobre la naturaleza y el alcance de la relación entre farmacéuticos y demás profesionales, pues son entidades complejas y dinámicas con dificultad para ser medidas cuantitativamente (Zillich, *et al.*, 2006).

En Guatemala, la integración del Químico Farmacéutico al área clínica, se ha limitado por la falta de programas de Atención Farmacéutica y por la falta de relaciones de colaboración entre los especialistas de la salud. Actualmente, el farmacéutico ha cumplido con un rol más administrativo que no favorece una relación apropiada con otros profesionales de la salud.

Este trabajo de investigación tuvo como propósito fundamental desarrollar un análisis descriptivo de esa relación; ésta se llevó a cabo por medio de una evaluación tipo encuesta dirigida a 236 médicos, 240 enfermeros y 20 químicos farmacéuticos del Hospital General de Enfermedad Común (IGSS), Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP), Hospital Roosevelt y el Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, acerca de la opinión y percepción del papel actual del farmacéutico respecto a la Atención Farmacéutica y la necesidad de estos programas en Guatemala.

Los resultados fueron interpretados por medio de análisis de varianza y prueba *t* de significancia, con base a: género, edad, profesión, hospital, sector donde labora (público o privado), y si tiene experiencia profesional en el extranjero, con el objetivo de comparar la influencia de estos aspectos en la integración del farmacéutico a la atención primaria en salud.

Se encontró que no existe diferencia significativa, con un nivel de confianza de 95%, para considerar que la edad, el género, el sector donde laboran y si el profesional tiene experiencia en el extranjero, son variables que influyen en la opinión y percepción de los profesionales de la salud sobre el rol actual del farmacéutico, y el conocimiento acerca de la Atención Farmacéutica. Por otro lado, sí se encontró diferencia significativa para la variable de profesión; los farmacéuticos tienen una media más alta, y los enfermeros muestran mayor receptividad al farmacéutico, que los médicos. Además, la comunicación bilateral se ve influida significativamente por el hospital donde labora.

En general, la mayoría de profesionales son receptivos a la actuación del farmacéutico, muestran interés y esfuerzo por desarrollar una relación de colaboración, y están dispuestos a trabajar en equipos multidisciplinares. Es importante considerar que hay mayor receptividad para la proximidad entre farmacéutico-profesional, que para la interacción farmacéutico-paciente, y la mayoría de los profesionales no tienen conocimiento sobre los Programas de Atención Farmacéutica.

Según el modelo sistemático de McDonough y Doucette, se determinó que la etapa actual en que se encuentra el farmacéutico con médicos y enfermeros en el desarrollo de una relación de colaboración, en los hospitales de la Ciudad de Guatemala, es la *Etapa 1: Reconocimiento Profesional*, por lo que las acciones a considerar deben orientarse a todos los recursos que el farmacéutico puede proveer a la práctica, y poder comenzar a construir una relación de confianza y compromiso. El trabajo a continuación provee algunas estrategias para la integración del farmacéutico al equipo de salud y la implantación de Programas de Atención Farmacéutica, con base a las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas encontradas en el análisis descriptivo de la relación de colaboración entre el profesional farmacéutico y otros profesionales de la salud, en hospitales de la Ciudad de Guatemala.

II. MARCO CONCEPTUAL

A. Antecedentes del problema.

En la revista *Journal of the American Pharmacists Association* se publicó en septiembre del año 2000 el artículo de *Physicians' Perceptions of Communication with and Responsibilities of Pharmacists*, que se realizó con el objetivo de entender la percepción que tienen los médicos sobre los farmacéuticos, especialmente sobre la comunicación interprofesional, las responsabilidades del farmacéutico y problemas de disponibilidad (Ranelli y Biss, 2000).

El estudio se condujo en dos fases. En la primera, seis médicos fueron entrevistados para identificar los problemas que afectan su interacción con el farmacéutico y las percepciones, referentes a su responsabilidad. Se obtuvieron ocho temas en común: quiénes se comunican con los farmacéuticos, barreras en la comunicación, amenazas percibidas, responsabilidades del farmacéutico, regímenes farmacoterapéuticos, educación del paciente, tipo y proximidad de la farmacia, y disponibilidad del farmacéutico (Ranelli y Biss, 2000).

En la segunda fase, se desarrolló una evaluación tipo encuesta, que incluyó 11 preguntas individuales y 3 preguntas de antecedentes, dirigida a 313 médicos en Wyoming. Para determinar si el grado de comodidad con el farmacéutico se correlacionaba con la edad, se calculó el producto de Pearson, con un nivel de significancia de $p \leq 0.05$ (Ranelli y Biss, 2000).

La edad promedio de los participantes fue de 43.5 ± 10.4 , con un rango de 27 a 86 años. El 79.5% eran hombres. El 20.6% nunca o raramente habían tenido contacto personal con el farmacéutico referente a la medicación de un paciente mientras que un 24.5% tenían este tipo de contacto cuatro o más veces al día; el 79.2% indicó que eran los enfermeros quienes tenían más contacto con el farmacéutico; el 78.7% considera que los médicos tienen la responsabilidad primaria por la educación del paciente en

cuanto a sus medicamentos; el 88% de los participantes revelaron comodidad con la detección y prevención de errores de prescripción realizadas por el farmacéutico; y la mayoría demostró comodidad con la participación del farmacéutico en la educación del paciente y en las sugerencias de medicamentos. La correlación entre la edad y el grado de comodidad en el diseño y monitoreo de regímenes farmacoterapéuticos fue negativa; el grado de comodidad disminuía con el aumento de la edad (Ranelli y Biss, 2000).

A pesar que los resultados de este estudio no se pueden generalizar a todos los médicos, sí ofrecen alguna indicación de que los médicos son abiertos a las responsabilidades de los farmacéuticos, relacionadas con la detección y prevención de errores en la medicación, con la educación del paciente, y recomendaciones para la medicación. Estos resultados preliminares son útiles para el entrenamiento futuro de médicos y farmacéuticos al revelar los puntos de vista en varias dimensiones (Ranelli y Biss, 2000).

Seis años después, la misma revista publicó la investigación *Utility of a Questionnaire to Measure Physician-Pharmacist Collaborative Relationships*, que tuvo como finalidad evaluar la sensibilidad y validez del Índice de Colaboración Médico/Farmacéutico (PPCI por sus siglas en inglés) de 14 preguntas en una prueba de intervención basada en la farmacia (Zillich, *et al.*, 2006).

Esta investigación fue un subestudio en el contexto de una prueba randomizada de intervención en la farmacia. El estudio se condujo en 12 farmacias comunitarias en Iowa con el objetivo primario de experimentar si la intervención del farmacéutico (grupo experimental) podría mejorar la presión arterial en pacientes con hipertensión no controlada en comparación con el grupo control (sin intervención), con un plan de tratamiento acordado entre el médico y el farmacéutico. Durante el estudio, los farmacéuticos debían completar el PPCI para cada médico y las puntuaciones fueron calculadas para cada participante. El PPCI mide tres dominios de una relación de colaboración: 1) confianza; 2) especificación de rol, interacciones entre médicos y farmacéuticos y responsabilidades en el cuidado de los pacientes; 3) iniciativa en el desarrollo de la relación. Se utilizó una escala Likert de 7 puntos para cada dominio, en la que la puntuación más alta representa una relación más avanzada. Para evaluar la sensibilidad de la prueba, los puntajes fueron comparados entre el grupo control y el

grupo experimental con una prueba Mann-Whitney y Wilcoxon, con una significancia de $p \leq 0.05$. La validez se evaluó con el coeficiente de correlación de Spearman entre la puntuación en el PPCI y la presión arterial (Zillich, *et al.*, 2006).

En el estudio participaron 25 farmacéuticos; 15 en el grupo experimental y 10 en el grupo control, sin diferencias significativas de edad y experiencia entre los grupos. Completaron el PPCI para un total de 103 pacientes que eran atendidos por 81 médicos distintos. Para cada dominio, el cambio en el puntaje inicial y final del grupo experimental aumentó, a diferencia del grupo control. Adicionalmente, los puntajes del grupo experimental fueron significativamente mayores que los del grupo control. Los puntajes del PPCI se correlacionaron inversamente con la presión arterial, pero ninguna de las correlaciones fue estadísticamente significativa luego del ajuste para comparaciones múltiples (Zillich, *et al.*, 2006).

Los resultados de este estudio apoyan la sensibilidad del PPCI. A pesar de las limitaciones del estudio, los descubrimientos son novedosos e importantes pues proveen un método longitudinal para medir mejoras en la colaboración médico-farmacéutico. El PPCI puede servir como una herramienta para los profesionales para establecer relaciones de colaboración de trabajo (Zillich, *et al.*, 2006).

Otro estudio que es importante mencionar sobre la relación entre médico y farmacéutico es el Development of the Pharmacist-Physician Relationship: Perceptions of Program Directors and Trainees in the Faculties of Pharmacy and Medicine in Quebec, Canada, que fue publicado en la revista American Journal of Pharmaceutical Education en el 2001. Este estudio se realizó con el objetivo de describir cómo es percibida la relación entre farmacéuticos y médicos por parte de los directores de programa y residentes de la facultad de farmacia y medicina en Quebec (Côté, *et al.*, 2001).

Para esto, se escogió un acercamiento cualitativo por la naturaleza de la investigación, la complejidad del tema y la importancia de la percepción de los participantes. El estudio se llevó a cabo por triangulación de tres fuentes. La primera consistió en entrevistas individuales semiestructuradas de 4 directores de programa de medicina y 2 de farmacia. El cuestionario se envió a los participantes, previo a la

entrevista, e incluía temas como los objetivos, actividades y métodos de evaluación en su programa para fomentar la relación médico-farmacéutico. La segunda fuente de datos consistió en los documentos oficiales que describían la planificación de los programas; y la tercera fuente consistió en 5 grupos focales de graduados de las facultades que participaron en una guía de discusión sobre sus experiencias y satisfacción con el entrenamiento que tuvieron, las características de una buena relación médico-farmacéutico, los factores que la debilitan y sugerencias para mejorar las relaciones interprofesionales. Se realizó un análisis temático para identificar los principales temas y categorizarlos por consenso de los tres investigadores (Côté, *et al.*, 2001).

Todos los programas de medicina tenían objetivos generales de entrenamiento para aprender sobre la cooperación entre médicos y otros profesionales, mientras que los programas de farmacia tenían objetivos más específicos y claramente definidos para aprender sobre relaciones interprofesionales, desarrollar habilidades en cooperación y comunicación, y demostrar habilidades de trabajo en equipo. Ninguno de los programas tenía definido el proceso de evaluación y no tienen actividades ni proyectos colaborativos. Sin embargo, los programas de farmacia tenían mayor enfoque a la relación médico-farmacéutico, eran más proactivos en el intento de desarrollar actividades y habilidades en este tema. Los principales obstáculos en el aprendizaje de una relación médico-farmacéutico encontrados fueron la falta de tiempo, conocimiento, costos, actitudes y aptitudes. Los médicos y farmacéuticos identificaron la importancia de la confianza, reconocimiento de habilidades y la relación basada en las necesidades del paciente como la clave para una relación exitosa médico-farmacéutico (Côté, *et al.*, 2001).

Hay evidencia científica que apoya la necesidad de mayor interacción entre farmacéuticos y médicos. Debe haber mayor énfasis en la integración temprana para el desarrollo de una relación médico-farmacéutico. Los resultados de este estudio proveen información esencial para acreditar y revisar los programas de entrenamiento en medicina y farmacia. La principal implicación es elaborar objetivos específicos en los programas, actividades de aprendizaje y proyectos en conjunto para el desarrollo de una relación médico-farmacéutico exitosa (Côté, *et al.*, 2001).

B. Justificaciones.

El cuidado de la salud se orienta a la necesidad de una alta colaboración entre profesionales de la salud, por la presencia considerable de drogas relacionadas con morbilidad y mortalidad, los rápidos avances e innovaciones en medicamentos, y la necesidad de Atención Farmacéutica para una población con mayor esperanza de vida. Sin embargo, los esfuerzos para convencer a los equipos de salud de utilizar completamente las habilidades de los farmacéuticos para mejorar el manejo de la farmacoterapia han tenido éxito limitado (McDonough y Doucette, 2001).

La importancia de este trabajo de investigación se basa principalmente en la utilidad que tendrá el análisis de la evaluación efectuada, ya que se obtendrá conocimiento de la opinión y percepción que tienen las personas que trabajan en el área de salud (médicos, enfermeros y químicos farmacéuticos) sobre la Atención Farmacéutica y el rol actual de los químicos farmacéuticos en el área clínica.

Los datos fueron interpretados con base a: género, edad, profesión, sector donde labora (público o privado) y si el profesional tiene experiencia en otros países, ya que estas variables tienen gran influencia sobre la opinión que se tiene sobre el farmacéutico y la receptividad a su participación en la atención primaria.

Este estudio es esencial para determinar las fortalezas, debilidades oportunidades y amenazas que tiene la implantación de la Atención Farmacéutica, y poder evaluar la necesidad de dichos programas en clínicas y hospitales. Los resultados de la evaluación permitirán enfocar hacia un mejoramiento de los aspectos necesarios para favorecer la integración del Químico Farmacéutico en la atención primaria en salud en Guatemala.

C. Planteamiento del problema.

¿Existe integración del Químico Farmacéutico en el área clínica en Guatemala, a pesar de la falta de programas de Atención Farmacéutica y la ausencia de unificación de criterios entre los especialistas de la salud, para trabajar en equipos

multidisciplinarios para el beneficio del paciente; ya que en la actualidad, el farmacéutico cumple con funciones fundamentalmente administrativas, en el ámbito hospitalario, caracterizada por poca interacción con otros profesionales de la salud; asimismo, qué opinión y percepción tienen los médicos, enfermeros y químicos farmacéuticos referentes a la necesidad de la implantación de Programas de Atención Farmacéutica en hospitales y clínicas de salud?

D. Alcance y limitantes.

1. Alcance. El análisis referente a la opinión y percepción del papel del Químico Farmacéutico en los hospitales se efectuó mediante una evaluación tipo encuesta dirigida a 236 médicos, 20 farmacéuticos y 240 enfermeros. Se considerarán las variables de edad, profesión, si trabaja en el sector público o privado y el hospital, el género de la persona y si tiene experiencia profesional en el extranjero. No se considerará la especialización ni el tiempo de ejercer la carrera en el área de salud. Además, este estudio se enfocó solamente a profesionales graduados y no estudiantes, debido a la experiencia limitada de estos últimos. Los hospitales incluidos en el estudio son el Hospital General de Enfermedad Común (IGSS), Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP), Hospital Roosevelt y el Sanatorio Nuestra Señora del Pilar.

2. Limitantes. El estudio se enfocó a un análisis de la opinión de un grupo representativo del sector sanitario. No obstante, es importante considerar que no se conocen las limitantes propias de los hospitales, tales como las oportunidades de interactuar con el farmacéutico. El tamaño de la muestra no se considera significativo para que las conclusiones de esta investigación puedan ser aplicadas a todas las clínicas y hospitales de la Ciudad, pero puede servir como una herramienta para estudios futuros y para la implantación de un Programa de Atención Farmacéutica.

III. MARCO TEÓRICO

A. Atención Farmacéutica.

La Atención Farmacéutica se puede definir como la práctica farmacéutica centrada en el paciente y orientada a los resultados. Está diseñada para promover la salud, prevenir enfermedades, asesorar, monitorear, iniciar y modificar el uso de medicamentos, para asegurar que los regímenes terapéuticos son seguros y efectivos. Como parte del Programa de Atención Farmacéutica, los farmacéuticos ayudan en la asesoría de necesidades terapéuticas, previenen reacciones adversas medicamentosas, desarrollan una terapia específica e individualizada para cada paciente y dan un seguimiento terapéutico monitoreado (Keely, 2002).

Se considera como la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida de cada paciente. Estos resultados son: 1) curación de la enfermedad, 2) eliminación o reducción de la sintomatología del paciente, 3) interrupción o enlentecimiento del proceso patológico y 4) prevención de una enfermedad o sintomatología. Lo que intenta conseguir es que los medicamentos sirvan para alcanzar los objetivos terapéuticos que se pretendía al diseñados y al prescribirlos (Faus, 2000).

La Atención Farmacéutica es el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente (Herrera, 2003). Un farmacéutico que practica bajo el modelo de responsabilidades distributivas e informacionales en la farmacoterapia, recomienda y consulta con los médicos y pacientes, acepta la responsabilidad de implementar planes terapéuticos, y monitorea el progreso de un paciente y el resultado de la terapia. La relación primaria del farmacéutico es con el paciente; la relación con el médico es de colegas (Ranelli y Biss, 2000).

La terapia de colaboración es uno de los mejores ejemplos de cómo los farmacéuticos trabajan con los médicos. Está diseñada para maximizar la calidad de vida del paciente y reducir la frecuencia de problemas relacionados con medicamentos. Para participar en la terapia de colaboración, el farmacéutico necesita acceso al paciente, a los historiales médicos, conocimiento y habilidades, documentación y compensación por sus actividades (Keely, 2002).

Generalmente, la participación del farmacéutico en la terapia ha tenido éxito, mejorando la atención al paciente y la seguridad, además de disminuir los costos. Su participación se ha asociado con una disminución en las tasas de mortalidad en hospitales. Por otro lado, la participación del farmacéutico en las rondas que realizan los médicos se ha encontrado útil para prevenir errores en la medicación al revisar las órdenes médicas en el momento de prescribirlas y realizar sugerencias cuando es necesario (Keely, 2002).

Para mejorar la seguridad del paciente y reducir errores médicos, se han realizado acuerdos sobre la práctica de colaboración del farmacéutico en los que se establece que solamente el médico determina si se formará una relación con el farmacéutico, si va a referir a un paciente con el farmacéutico, y solamente él podrá diagnosticar la condición de un paciente. Los médicos están calificados para diagnosticar y tratar pacientes, mientras que los farmacéuticos son expertos en el medicamento. Una relación mejorada y de colaboración entre las dos disciplinas podría mejorar el cuidado del paciente, la seguridad, y reducir los gastos médicos. Es importante mencionar que la relación de colaboración es un beneficio incrementado y no un sustituto del médico, cuyo rol es primario (Keely, 2002).

La participación multidisciplinar, coordinada y solidaria, constituye la plataforma natural de actuación sanitaria. La Atención Farmacéutica tiene vocación asistencial, por lo que debe relacionarse con el equipo básico de salud, cuyo núcleo es precisamente el centro de salud. La nueva e importante responsabilidad de los farmacéuticos de intervenir para garantizar la máxima efectividad de los tratamientos farmacológicos, plantea la necesidad de su integración (Herrera, 2003).

En la actualidad, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) considera que la Atención Farmacéutica es un modelo de práctica profesional que permite integrar, en el cuidado del paciente, las funciones asistenciales específicas del farmacéutico de hospital. La farmacia es una de las seis áreas de colaboración establecidas para asegurar el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, calidad y participación social (Calvo, 2006).

La prestación farmacéutica es considerada como un proceso asistencial que engloba tanto al tratamiento farmacológico como la secuencia de procesos que garantizan la eficiencia terapéutica. Por otra parte, corresponde a los farmacéuticos las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública (Calvo, 2006).

Las funciones del farmacéutico de hospital son asumir, dentro del equipo asistencial, la responsabilidad en el diseño, monitorización y evaluación de la farmacoterapia y sus resultados en el paciente. La aceptación de responsabilidades por parte del farmacéutico de hospital no implica autoridad exclusiva. El ejercicio de la Atención Farmacéutica no resta responsabilidad ni importancia a la actuación de otros profesionales sanitarios implicados en el proceso multidisciplinar de utilización de medicamentos. La práctica de la Atención Farmacéutica añade valor a la actuación del equipo asistencial por cuanto contribuye a mejorar la efectividad, la seguridad y el uso apropiado de los medicamentos (Calvo, 2006).

B. Integración del farmacéutico al equipo de salud.

En un proceso colaborativo del cuidado del paciente, los profesionales de múltiples disciplinas utilizan su entrenamiento especializado para realizar contribuciones significativas que mejoren la atención al paciente. Por medio de la Atención Farmacéutica y el manejo de la farmacoterapia, los farmacéuticos son miembros integrales de los equipos de salud. Sin embargo, existe poca información sobre la naturaleza y el alcance de la relación entre farmacéuticos y demás profesionales, pues son entidades complejas y dinámicas con dificultad para ser medidas cuantitativamente (Zillich, *et al.*, 2006).

La necesidad de mejorar el cuidado del paciente al coordinar las actividades de varios profesionales de la salud se ha convertido en un tema de interés creciente. Los practicantes de cada disciplina pueden usar su entrenamiento especializado y habilidades para realizar contribuciones significativas al paciente. No obstante, para optimizar esta contribución, es necesario aprender a trabajar con técnicas de colaboración como miembros de un equipo interdisciplinario (McDonough y Doucette, 2001).

Para mejorar la calidad de cuidado al paciente es necesario modificar la comunicación entre farmacéuticos y profesionales de la salud. Generalmente, los farmacéuticos se comunican mayormente por escrito o por teléfono, lo que significa que en la mayoría de casos tienen una cantidad limitada de información para evaluar la farmacoterapia del paciente. Similarmente, con la comunicación tan limitada, los médicos no se pueden beneficiar de las sugerencias del farmacéutico (Ranelli y Biss, 2000).

Los farmacéuticos han comenzado a entrar en acuerdos de práctica de colaboración (CPA por sus siglas en inglés) como una manera de integrar sus servicios con los del médico. No obstante, antes que el farmacéutico pueda alcanzar el nivel en el que la CPA es posible, deben primero formar relaciones de trabajo exitosas con los médicos (McDonough y Doucette, 2001).

Las tendencias de la sociedad y el cuidado de la salud se orientan a la necesidad de una colaboración aumentada entre farmacéuticos y médicos: la presencia considerable de drogas relacionadas con morbilidad y mortalidad; los rápidos avances e innovaciones en medicina y preparaciones farmacéuticas; y la necesidad de atención farmacéutica para una población que está envejeciendo. Mientras cada factor sugiere una colaboración más cercana entre los profesionales, los esfuerzos para convencer a los médicos de utilizar completamente las habilidades de los farmacéuticos para ayudar al manejo de las terapias del paciente han tenido éxito limitado (McDonough y Doucette, 2001).

En teoría, las facultades de farmacia y de medicina deben enseñar a sus estudiantes como establecer relaciones interpersonales armoniosas con otras profesiones con el objetivo de ofrecer un óptimo cuidado de la salud (Côté, Légaré y Richer, 2001).

C. Relación de colaboración entre profesionales de la salud.

La colaboración se define como cooperatividad y asertividad de alto nivel para resolver problemas donde hay intereses en común y el compromiso es alto. Para esto se requiere que los profesionales trabajen de cerca, interactúen, posean el conocimiento clínico apropiado, y ser receptivos a la colaboración. Adicionalmente, deben tener interés en las responsabilidades de los otros profesionales, discutir activamente los problemas del cuidado del paciente, demostrar respeto, y confiar en la competencia de cada uno. La colaboración activa y efectiva puede ocurrir cuando los practicantes resuelven estos problemas e integran sus servicios (McDonough y Doucette, 2001).

Los componentes esenciales de la práctica de colaboración incluyen la comunicación efectiva, el compartir las responsabilidades del cuidado del paciente, y ver los servicios de los otros profesionales igualmente valorados y complementarios (McDonough y Doucette, 2001).

La comunicación insuficiente entre profesionales de la salud ocurre por varias razones. Una barrera es la falta de seguridad que expresa el farmacéutico en su habilidad para realizar recomendaciones. Otra causa posible es la ineficiente o innecesaria comunicación iniciada por los farmacéuticos, que le resta interés a los demás profesionales para futuras interacciones. Adicionalmente, los médicos no ven al farmacéutico como un especialista en medicamentos disponible por factores como localización y métodos de comunicación (Ranelli y Biss, 2000).

Las características que afectan el desarrollo de una relación de colaboración de trabajo son de tres tipos: los antecedentes personales y profesionales de los practicantes, el contexto, que incluye el ambiente y el sistema, y la naturaleza y

duración de los intercambios que ocurren entre los profesionales (McDonough y Doucette, 2001).

1. Antecedentes personales y profesionales. Cada practicante posee un conjunto de características individuales que afectan su iniciativa de aceptar cambios y los riesgos involucrados en el desarrollo de una colaboración. Un grupo de características individuales importantes incluyen la educación y la edad. Por ejemplo, practicantes jóvenes cuya educación incluyó experiencias interdisciplinarias, pueden ser más receptivos a la colaboración con farmacéuticos. En contraste, algunos profesionales de mayor edad han mostrado menos apoyo para la expansión del rol del farmacéutico en el servicio clínico (McDonough y Doucette, 2001).

La especialización en un área puede limitar su conocimiento sobre las condiciones fuera de su especialidad que pueden hacer la colaboración con el farmacéutico más llamativa. La familiaridad con las habilidades del farmacéutico y la confianza en los beneficios de la colaboración pueden favorecer la voluntad de aceptar sus contribuciones (McDonough y Doucette, 2001).

2. Contexto. El contexto incluye características de la práctica y el escenario en el cual interactúan los profesionales, como las actividades comúnmente realizadas en el cuidado del paciente, los recursos (personal, financieros, instalaciones, contratos) y la organización. Estos factores influyen en la percepción de los practicantes sobre los costos y beneficios de establecer una relación de colaboración de trabajo. Por ejemplo, en el área rural, el profesional puede percibir algunos beneficios de establecer una relación con el farmacéutico local ya que ambos practicantes comparten a los mismos pacientes, y se podría mejorar la atención al compartir información y con menos formalidad. En contraste, un especialista en el área metropolitana tiene estructuras organizacionales y canales de comunicación mucho más formales, con oportunidades limitadas para interactuar con otros profesionales (McDonough y Doucette, 2001).

La proximidad entre practicantes – geográfica, organizacional y social – es otra característica importante del contexto. A mayor proximidad, habrá mayor oportunidad de interactuar y aumentar el nivel de comodidad con la competencia clínica de cada profesional (McDonough y Doucette, 2001).

3. Intercambio. Los farmacéuticos y los demás profesionales de la salud intercambian información, acuerdos y responsabilidades por el cuidado del paciente. La naturaleza de tales intercambios puede variar de discreto a relacional. El intercambio discreto se caracteriza por transacciones separadas, sin relación, en el que la identidad de la otra persona es de poca consideración. En contraste, en el intercambio relacional la identidad de la otra persona es de vital interés y el comportamiento se basa en que el beneficio neto es a largo plazo (McDonough y Doucette, 2001).

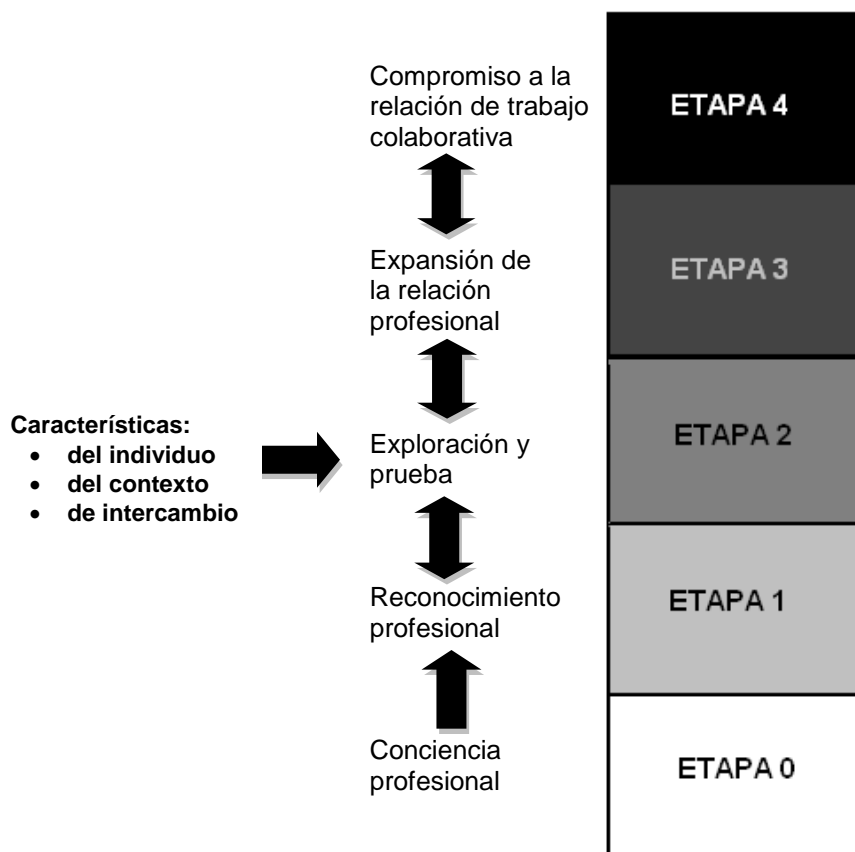
Las características de intercambio incluyen atracción, comunicación, poder y justicia, desarrollo de normas, asesoría de expectativas y desempeño, y la resolución de conflictos. Los aspectos que influyen en la comunicación son la bidireccionalidad, el método de comunicación, la frecuencia, y el contenido o mensaje. El poder se relaciona con la habilidad de influir uno en el otro y la justicia se relaciona con el costo y beneficio relativo de los intercambios (McDonough y Doucette, 2001).

El desarrollo de normas de intercambio puede desarrollarse con el tiempo según la interacción entre las personas. Por esto, algunos médicos pueden resistirse a las recomendaciones de los farmacéuticos, particularmente si no han experimentado previamente este servicio. Sin embargo, con el tiempo se adquiere comodidad con la competencia del farmacéutico y se gana la confianza para aceptar sus recomendaciones. Se deben formar normas relacionales tales como reciprocidad y solidaridad, ya que normas firmemente establecidas en contra de la colaboración pueden actuar como obstáculos para la cooperación. La asesoría que se brindan entre los profesionales ayuda a reconocer el valor de cada uno, a construir una confianza mutua, y a sentir satisfacción con la relación (McDonough y Doucette, 2001).

D. Etapas para el desarrollo de relaciones de trabajo de colaboración.

A continuación, se describe un modelo sistemático de las etapas para construir relaciones de trabajo de colaboración y proveen sugerencias a los farmacéuticos para alcanzar cada etapa (McDonough y Doucette, 2001).

Figura No. 1. Etapas para el desarrollo de relaciones de trabajo de colaboración.



Cada etapa representa el aumento en la colaboración y significa una mayor motivación para mantener la relación. La contribución de cada uno y la interdependencia incrementan mientras la relación va progresando, se fortalece y se convierte en duradera (McDonough y Doucette, 2001).

Etapas 0 – Conciencia profesional

El intercambio es mínimo y las interacciones son de naturaleza discreta, corta duración y sin mucho esfuerzo de desarrollar una relación o identificar nuevas estrategias para mejorar el proceso de cuidado del paciente. Típicamente incluye interacciones como dispensación de prescripciones enviadas, la identificación de interacciones entre medicamentos, reportar efectos adversos y contestar preguntas

sobre información de las drogas. Los practicantes consideran estos intercambios básicos como profesionalmente seguros y rutinarios. Para aquellos que desean desarrollar una relación de colaboración, deben aprovechar cada oportunidad de interacción para expandirla (McDonough y Doucette, 2001).

Etapa 1 – Reconocimiento profesional

Los esfuerzos para establecer una relación son principalmente unilaterales y el farmacéutico es el instigador primario. El farmacéutico debe dar a conocer los recursos que puede proveer a la práctica, y luego de una serie de intercambios positivos, se puede comenzar a construir una relación de confianza y compromiso. Las características dominantes de intercambio son atracción, comunicación, poder y justicia (McDonough y Doucette, 2001).

Etapa 2 – Exploración y prueba

Durante esta etapa, los profesionales miden y prueban su compatibilidad, expectativas, confiabilidad y compromiso de la relación con el farmacéutico. Los farmacéuticos continúan siendo los iniciadores, mientras los demás consideran sus obligaciones, beneficios y riesgos de la colaboración para su expansión. Las normas y expectativas se continúan desarrollando para definir el propósito y los límites de la relación. El compromiso está limitado por lo que la relación es frágil y fácilmente disuelta (McDonough y Doucette, 2001).

Etapa 3 – Expansión de la relación profesional

El continuo aumento de los beneficios en la Etapa 2 puede llevar a aumentar la interdependencia entre los profesionales y a expandir la relación. Las características de intercambio clave en esta etapa incluyen comunicación bilateral, desarrollo de normas, asesoría del desempeño y la resolución de conflictos. Se debe asegurar que la relación continua en un curso positivo y productivo para su evolución (McDonough y Doucette, 2001).

Etapa 4 – Compromiso a la relación de colaboración de trabajo

Las características prominentes de intercambio son las mismas que para la Etapa 3. Para que exista el compromiso en la relación de colaboración, deben existir los siguientes elementos: niveles de contribución relativamente altos, período de duración largo, y consistencia relativamente alta. Los esfuerzos deben de ser equitativos (McDonough y Doucette, 2001).

IV.MARCO METODOLÓGICO

A. Objetivos.

1. Generales.

a. Determinar la opinión que tienen los médicos, enfermeros y químicos farmacéuticos, referente al papel actual del farmacéutico y la Atención Farmacéutica en los hospitales.

b. Evaluar la necesidad de la implantación de programas de Atención Farmacéutica en Guatemala, tanto en el sector privado como en el sector público, con base a los hallazgos encontrados.

c. Generar información científica acerca de relación de colaboración entre el profesional farmacéutico y otros profesionales de la salud, en hospitales de la Ciudad de Guatemala.

2. Específicos.

a. Identificar los aspectos que influyen en la percepción del rol del farmacéutico en el hospital, como la edad, género, profesión, sector donde se labora (privado o público) y la experiencia profesional en otros países.

b. Interpretar de manera descriptiva la relación de colaboración entre los farmacéuticos con los médicos y enfermeros.

c. Determinar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en la implantación de un programa de Atención Farmacéutica.

d. Establecer los principales aspectos que afectan e impiden la integración del farmacéutico en los centros de salud.

e. Detectar la etapa actual en la que se encuentran los farmacéuticos en la Relación de Colaboración de Trabajo con otros profesionales de la salud, según el modelo sistemático de McDonough y Doucette.

B. Hipótesis.

- Los médicos y enfermeros de menor edad, que laboran en el sector público y que tienen experiencia profesional en otros países muestran mayor receptividad para la actuación del farmacéutico, que los médicos y enfermeros de mayor edad que laboran en el sector privado.

- La mayoría de los profesionales de la salud reconocen la necesidad de los Programas de Atención Farmacéutica y el servicio del farmacéutico en el área clínica.

C. Variables.

1. Variables independientes:

- Género,
- Edad,
- Profesión,
- Sector privado o público,
- Experiencia profesional en otros países,
- Hospital donde trabaja.

2. Variables dependientes:

- Las experiencias y actitudes de los profesionales de la salud en relación con su interacción con el farmacéutico y su conocimiento sobre la Atención Farmacéutica.

3. Variable cualitativa ordinal:

- Encuesta 1,
- Encuesta 2.

D. Población y muestra.

- Universo de trabajo o población meta: médicos, enfermeros y químicos farmacéuticos que laboran en hospitales del sector público y/o privado de la Ciudad de Guatemala.

- Muestra (población accesible): 236 médicos, 240 enfermeros y 20 químicos farmacéuticos que laboran en el Hospital General de Enfermedad Común (IGSS), Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP), Hospital Roosevelt y el Sanatorio Nuestra Señora del Pilar.

E. Procedimiento o instrumentos.

Se utilizaron dos instrumentos de evaluación tipo encuesta, que respondieron médicos, enfermeros y químicos farmacéuticos del Hospital General de Enfermedad Común (IGSS), Hospital Roosevelt, UNOP y el Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, para la recopilación de datos. La encuesta fue distinta para los químicos farmacéuticos por el distinto enfoque que se debía plantear. Los resultados fueron tabulados para su posterior interpretación por estadística descriptiva.

F. Diseño de investigación.

Esta investigación siguió un diseño cuasi experimental pues la experimentación estaba reducida prácticamente a una observación de los resultados. Este tipo de diseño se utiliza para la recopilación de datos, especialmente en la investigación de la opinión. Se trata de una correlación de las diversas características de las unidades estudiadas, a fin de establecer nexos causales (Cambronero, 2008).

Además, se utilizó el diseño cuasi experimental porque no era posible realizar una distribución aleatoria de los participantes. El cuasi experimento tiene tratamiento, observaciones, posttest y grupos experimentales, pero no se emplea la aleatorización para crear comparaciones de las que se pueda deducir los efectos del tratamiento. La comparación se basa en grupos no equivalentes que difieren entre sí también por otras características, además de por el tratamiento cuyos efectos están bajo examen (Cambroner, 2008).

Se elaboraron dos instrumentos de evaluación tipo encuesta (Anexo I y II) con base al cuestionario de Zillich, *et al.*, 2006 y modificaciones ajustadas a los objetivos de este estudio. Las encuestas contienen afirmaciones sobre el papel que debe cumplir el farmacéutico en el área clínica incluyendo su participación, confiabilidad y su proximidad al equipo de salud. Además, también contienen afirmaciones sobre los Programas de Atención Farmacéutica, su necesidad y utilidad en los centros de salud. La encuesta fue dirigida a médicos y enfermeros, y otra encuesta a químicos farmacéuticos. Las variables más importantes a considerar fueron la edad, el género, el sector donde laboran y el hospital, su profesión y si tienen experiencia en el extranjero.

Las evaluaciones se llevaron a cabo en el Hospital General de Enfermedad Común (IGSS), Hospital Roosevelt, Unidad Nacional de Oncología Pediátrica y el Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, a 236 médicos, 240 enfermeros y 20 farmacéuticos. Para cada afirmación, el encuestado debía marcar acorde a su experiencia si estaba totalmente de acuerdo (4 puntos), de acuerdo (3 puntos), en desacuerdo (2 puntos) o totalmente en desacuerdo (1 punto) con la idea planteada. Las respuestas fueron tabuladas en Excel y la interpretación se llevó a cabo por medio de gráficas y comparaciones con la prueba *t* de significancia y análisis de varianza (ANOVA) para las variables previamente mencionadas, en las categorías de Relación de Colaboración, Comunicación, Atención Farmacéutica y en total.

G. Análisis estadístico.

Para seleccionar una muestra estadísticamente significativa, se utilizó el Programa STATS TM Versión 2 de Decision Analyst Inc., con asesoría del Dr. Francisco Ureta. Con base a las poblaciones que se muestran a continuación, se calculó la muestra para doctores y enfermeros con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%. Luego se procedió a calcular la muestra para cada hospital, de manera que se trabaje en las proporciones adecuadas. En el caso de los químicos farmacéuticos, se trabajó con el 100% de la población debido a su tamaño considerablemente pequeño.

Cuadro No. 1. Población de profesionales en los hospitales.

Hospital	Profesionales		
	Doctores	Enfermeros	Químicos Farmacéuticos
UNOP	15	125	4
IGSS	225	750	6
Roosevelt	1,300	900	8
El Pilar	217	260	2
Total	1,757	2,035	20

Cuadro No. 2. Muestra de profesionales a encuestar en los hospitales.

Hospital	Profesionales		
	Doctores	Enfermeros	Químicos Farmacéuticos
UNOP	2	15	4
IGSS	30	88	6
Roosevelt	175	106	8
El Pilar	29	31	2
Total	236	240	20

Prueba de significancia t .

La ecuación de regresión lineal simple indica que el valor medio o esperado de y es una función lineal de x : $E(y) = \beta_0 + \beta_1 x$. Si el valor de β_1 es cero, $E(y) = \beta_0$. En este caso, el valor medio de y no depende del valor de x y en consecuencia se concluye que x e y no tienen relación lineal. En forma alterna, si el valor de β_1 no es igual a cero, se llega a la conclusión que las dos variables se relacionan. Así para probar si hay alguna relación importante de regresión se debe efectuar una prueba de hipótesis para determinar si el valor de β_1 es cero (Anderson, Sweeney y Williams, 2005).

El modelo de regresión lineal simple es $y = \beta_0 + \beta_1 x + \varepsilon$. Si x e y tienen relación lineal, debe suceder que $\beta_1 \neq 0$. El objetivo de la prueba t es ver si se puede concluir que $\beta_1 \neq 0$. Se utilizarán los datos de la muestra para probar las siguientes hipótesis acerca del parámetro β_1 (Anderson, Sweeney y Williams, 2005).

$$H_0: \beta_1 = 0$$

$$H_a: \beta_1 \neq 0$$

Si se rechaza H_0 la conclusión será que $\beta_1 \neq 0$ y que hay una relación estadísticamente significativa entre las dos variables. Sin embargo, si no se puede rechazar H_0 , no se tiene la evidencia suficiente para decir que existe una relación significativa. Las propiedades de la distribución de b_1 , el estimador de β_1 por cuadrados mínimos, son la base de esta prueba de hipótesis (Anderson, Sweeney y Williams, 2005).

Las propiedades de la distribución muestral de b_1 son las siguientes:

<i>Valor esperado</i>	$E(b_1) = \beta_1$
<i>Desviación estándar estimada</i>	$s_{b_1} = \frac{s}{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2}}$
<i>Forma de distribución</i>	Normal

La prueba t de la significancia de la relación se basa en el hecho de que el estadístico de prueba:

$$t = \frac{b_1}{s_{b_1}} \quad (\text{Ecuación 1})$$

sigue una distribución t con $n - 2$ grados de libertad. Si es cierta la hipótesis nula, $\beta_1 = 0$ y $t = b_1/s_{b_1}$ (Anderson, Sweeney y Williams, 2005).

Se establece un nivel de significancia y luego de calcular el estadístico de prueba t , se compara con el dato que indica la tabla de *Distribución t* para el nivel de significancia trabajado y los grados de libertad. El criterio de valor p también se utiliza para probar una relación significativa (Anderson, Sweeney y Williams, 2005).

Regla de rechazo

Con el estadístico de prueba: Rechazar H_0 si $t < -t_{\alpha/2}$, o bien, si $t > t_{\alpha/2}$

Con el valor p : Rechazar H_0 si el valor $p < \alpha$

donde $t_{\alpha/2}$ se basa en una distribución t con $n - 2$ grados de libertad.

Esta prueba de significancia se va a utilizar para comparar los resultados de las encuestas para las variables de género, sector donde se labora, y si el profesional posee experiencia en el extranjero.

Análisis de varianza (ANOVA)

Este análisis se utiliza para probar la igualdad de tres o más medias poblacionales con datos obtenidos en un estudio observacional. Es un procedimiento estadístico para probar si las diferencias observadas en las medias de la muestra son lo suficientemente grandes para rechazar H_0 . Se utilizarán los datos de la muestra para probar las siguientes hipótesis (Anderson, Sweeney y Williams, 2005):

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \dots = \mu_k$$

H_a : no todas las medias poblacionales son iguales

donde:

μ_j = media de la j -ésima población

Suponiendo que se utiliza una muestra aleatoria simple de un tamaño n_j de cada una de las k poblaciones o tratamientos. Sean

x_{ij} = valor de la observación i para el tratamiento j

n_j = número de observaciones para el j -ésimo tratamiento

\bar{x}_j = media de la muestra del j -ésimo tratamiento

s_j^2 = varianza de la muestra del j -ésimo tratamiento

s_j = desviación estándar de la muestra del j -ésimo tratamiento

Las fórmulas de la media y la varianza del tratamiento j son las siguientes:

$$\bar{x}_j = \frac{\sum_{i=1}^{n_j} x_{ij}}{n_j} \quad (\text{Ecuación 2})$$

$$s_j^2 = \frac{\sum_{i=1}^{n_j} (x_{ij} - \bar{x}_j)^2}{n_j - 1} \quad (\text{Ecuación 3})$$

La media general de las muestras es la suma de todas las observaciones dividida entre el número total de observaciones. Esto es,

$$\bar{x} = \frac{\sum_{j=1}^k \sum_{i=1}^{n_j} x_{ij}}{n_T} \quad (\text{Ecuación 4})$$

donde

$$n_T = n_1 + n_2 + \dots + n_k$$

Para trabajar con análisis de varianza se requieren tres supuestos:

1. Para cada población, la variable de respuesta o variable dependiente está normalmente distribuida.

2. La varianza de la variable de respuesta o variable dependiente, representada por σ^2 , es la misma para todas las poblaciones.
3. Las observaciones deben ser independientes

El estadístico de prueba F se calcula por medio de Excel y Analysis Toolpack y se compara con un valor F_α que lo establece el nivel de significancia y la distribución F .

Regla de rechazo

Con el estadístico de prueba: Rechazar H_0 si $F < F_\alpha$

Con el valor p : Rechace H_0 si el valor $p < \alpha$

donde el valor de F_α se basa en una distribución F con $k - 1$ grados de libertad en el numerador y $n_T - k$ grados de libertad en el denominador (Anderson, Sweeney y Williams, 2005).

El análisis de varianza se va a utilizar para comparar los resultados de las encuestas para los rangos de edad, la profesión y el hospital donde labora.

V. MARCO OPERATIVO

A. Recabación y tratamiento de los datos.

Los resultados de cada evaluación fueron tabulados para obtener resultados globales de la muestra analizada, y con base a las variables de género, edad, profesión, sector donde labora y experiencia en otros países, se clasificaron y graficaron los resultados para facilitar la interpretación. Los resultados para cada categoría: Relación de Colaboración, Comunicación y Atención Farmacéutica, se totalizaron y se obtuvo también una sumatoria total, para poder realizar los cálculos de la prueba t y el análisis de varianza. Se utilizó el programa de Excel con la ayuda de Analysis Toolpak.

B. Recursos.

- Recursos humanos:

Autor: Mónica Pinillos Solares

Asesor: Dra. Brooke Ramay

Asesor estadístico: Dr. Francisco Ureta

Colaboradores: Dr. César A. Paz
Dr. Guillermo Echeverría
Dr. Miguel Ángel Mazariegos
Dr. Carlos Bernhard
Tatiana Pinto
Silvia Pinillos
Francia Tercero
Andrea Aldana
Lourdes Mayen

- Recursos materiales:
 - Encuestas
 - Computadora Dell
 - Impresora Canon MP160

VI. RESULTADOS

A continuación se incluyen las figuras de la distribución de la muestra evaluada, y los resultados a las pruebas *t* de significancia y análisis de varianza para cada aspecto considerado en esta investigación como factor influyente en la percepción y opinión de los profesionales referente al farmacéutico, en el área clínica de los hospitales de la Ciudad de Guatemala.

Figura No. 2. Distribución de la muestra encuestada en cada hospital.

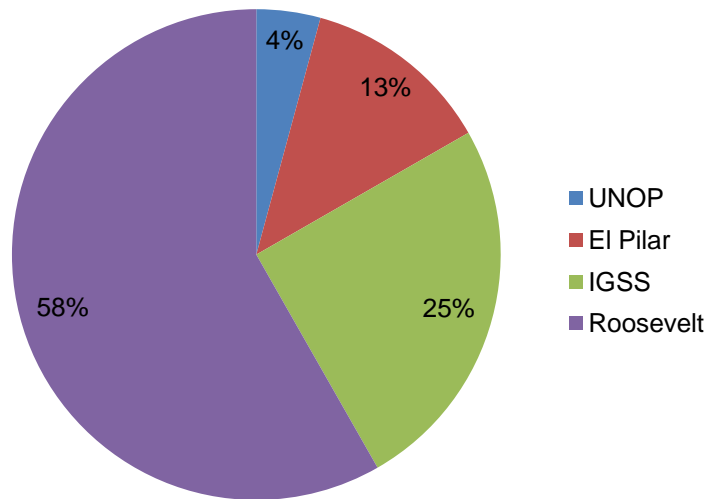


Figura No. 3. Distribución de la muestra encuestada en rangos de edad.

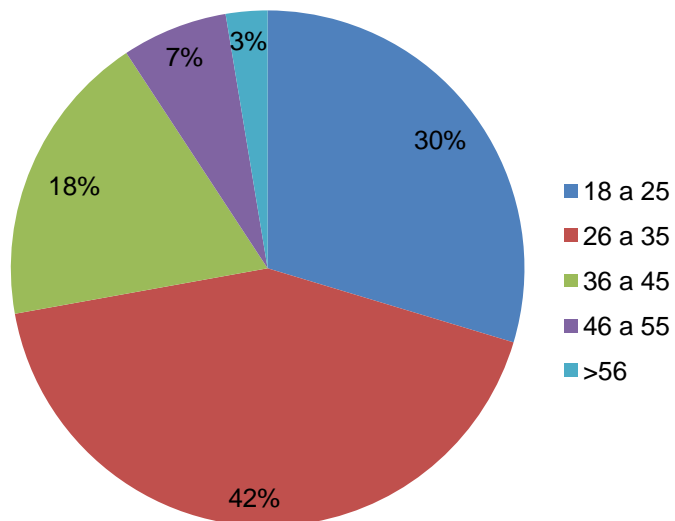


Figura No. 4. Distribución de la muestra encuestada según su género.

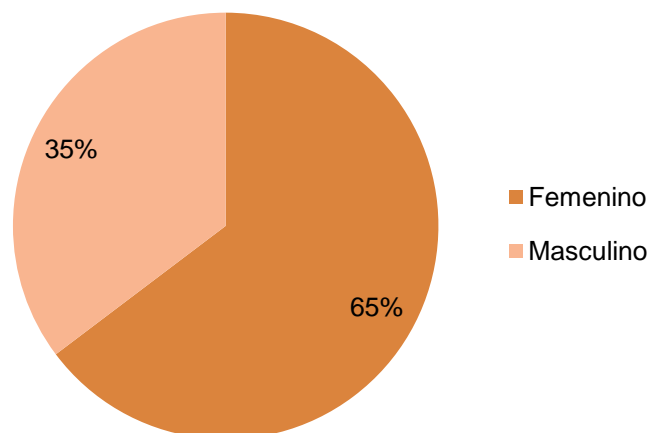


Figura No. 5. Distribución de la muestra encuestada según su profesión.

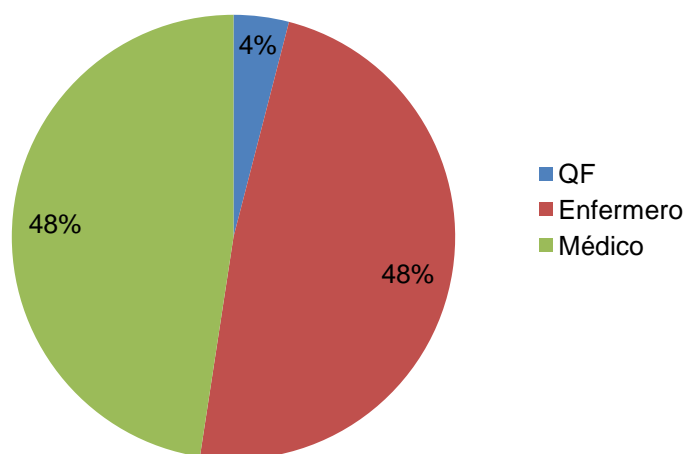


Figura No. 6. Distribución de la muestra encuestada según el sector donde labora.

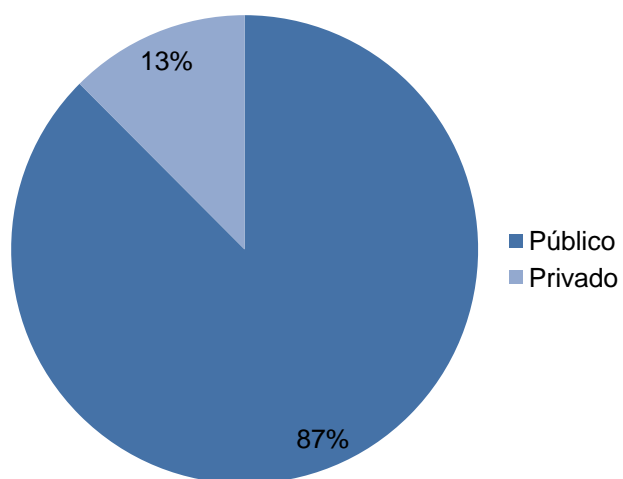
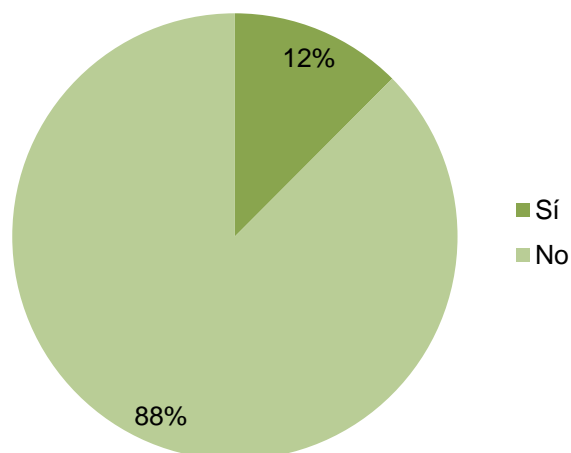


Figura No. 7. Distribución de la muestra encuestada con base a su experiencia profesional en otros países.



Cuadro No. 3. *Valores p* del análisis de varianza para las variables de edad, profesión y hospital donde labora el profesional, con un nivel de confianza de 95%.

Variabes	Relación de colaboración	Comunicación	Atención Farmacéutica	Total
Edad	0.436	0.1742	0.8931	0.6046
Profesión	0.0087	2.14 E-06	3.97 E-16	2.68 E-10
Hospital	0.0534	0.0407	0.4821	0.1522

Cuadro No. 4. *Valores p* de la prueba de significancia *t* para las variables de género, sector donde labora y experiencia en el extranjero, con un nivel de confianza de 95%.

Variabes	Relación de colaboración	Comunicación	Atención Farmacéutica	Total
Género	0.3714	0.2370	0.2180	0.2221
Sector	0.3334	0.2024	0.1043	0.1700
Experiencia en el extranjero	0.3155	0.3293	0.1451	0.3996

Resultados, en porcentajes, según la respuesta a las preguntas individuales a la encuesta.

Figura No. 8. Confianza y credibilidad en el farmacéutico.

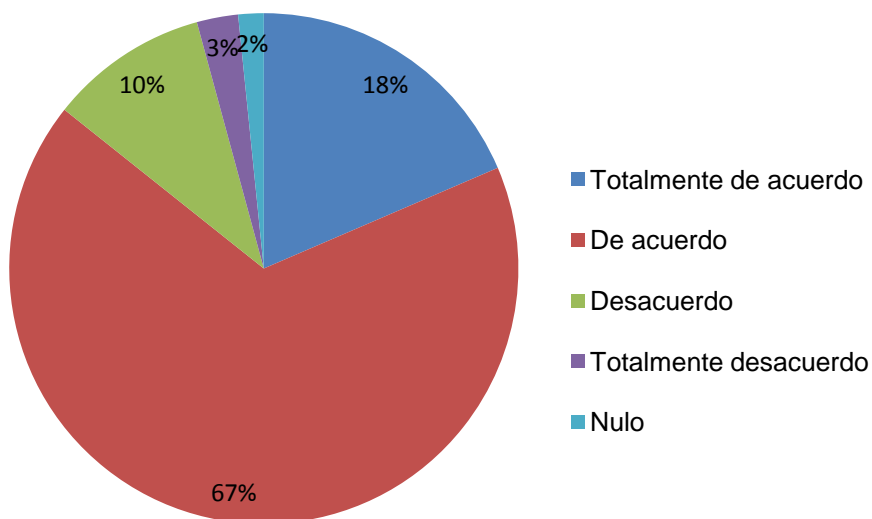


Figura No. 9. Aceptación a las recomendaciones que realiza el farmacéutico sobre la terapia farmacológica de los pacientes.

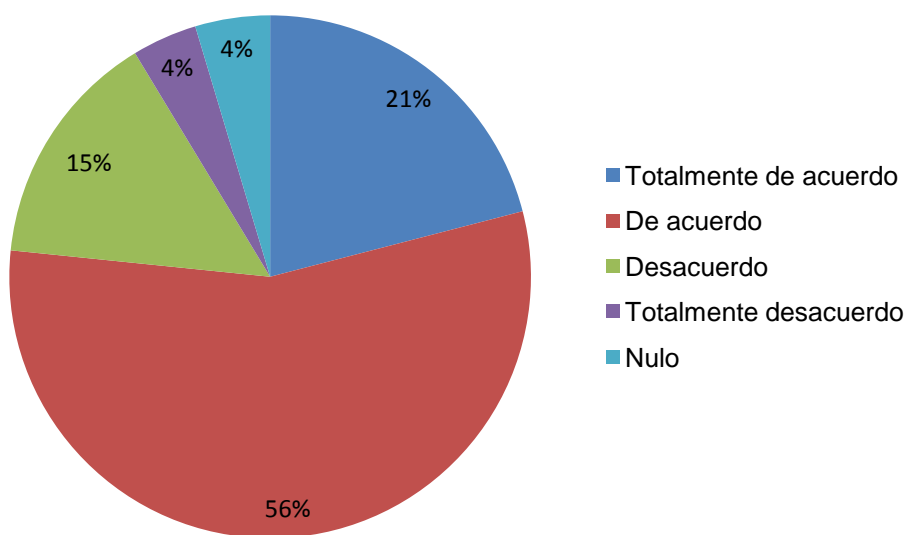


Figura No. 10. Relación interdependiente entre los profesionales de la salud.

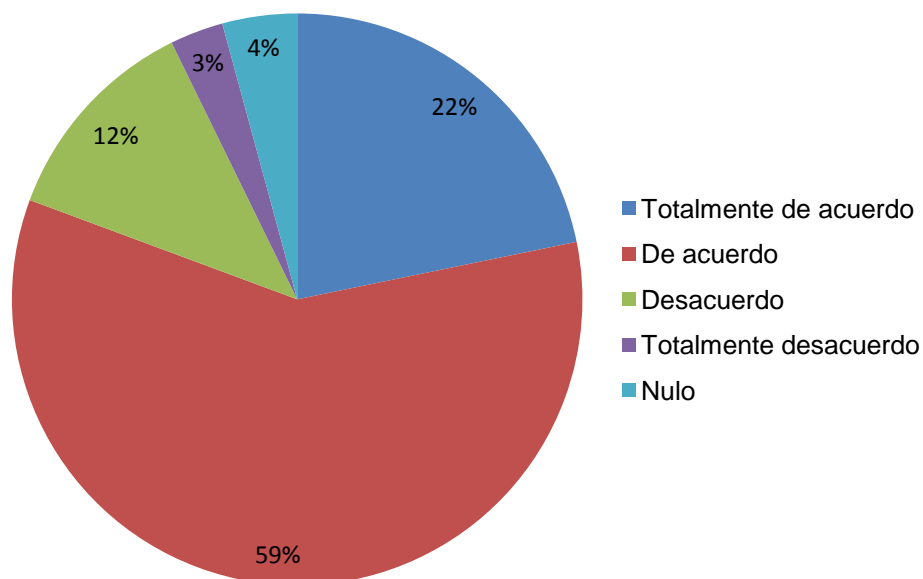


Figura No. 11. Interés y esfuerzo por mantener una relación de colaboración entre médicos, enfermeros y farmacéuticos.

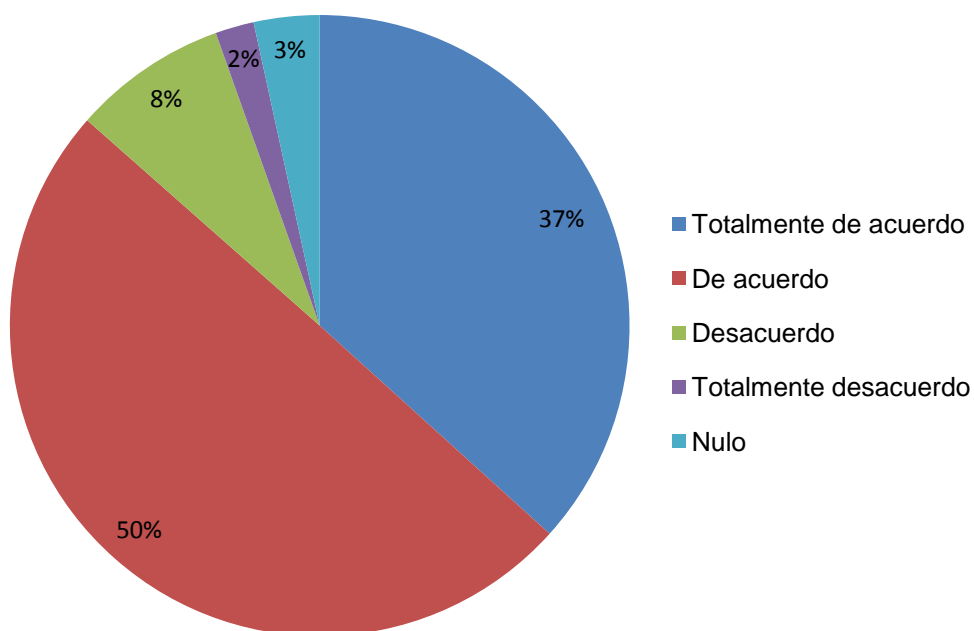


Figura No. 12. Comunicación bilateral.

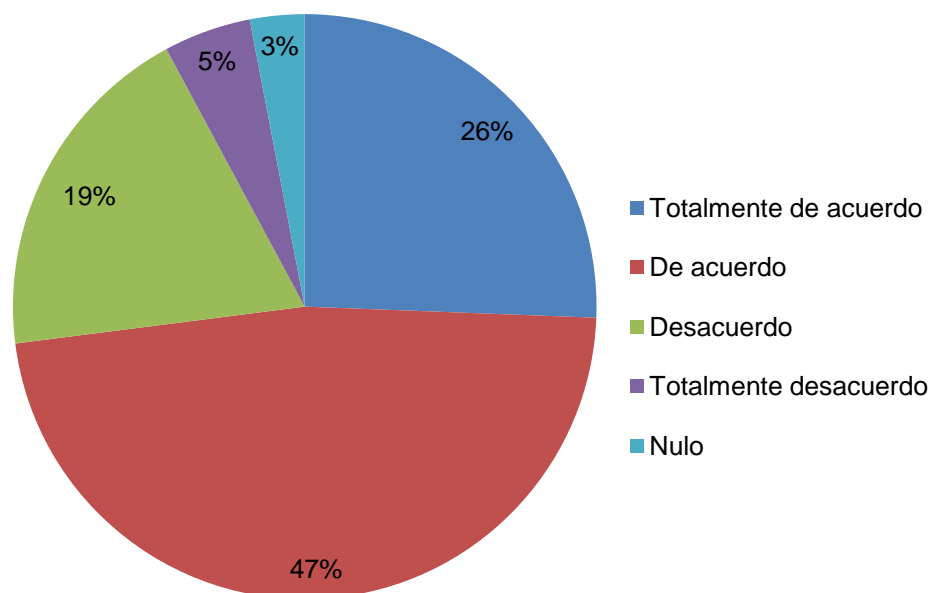


Figura No. 13. Consultas frecuentes al farmacéutico referente a información de distintas drogas.

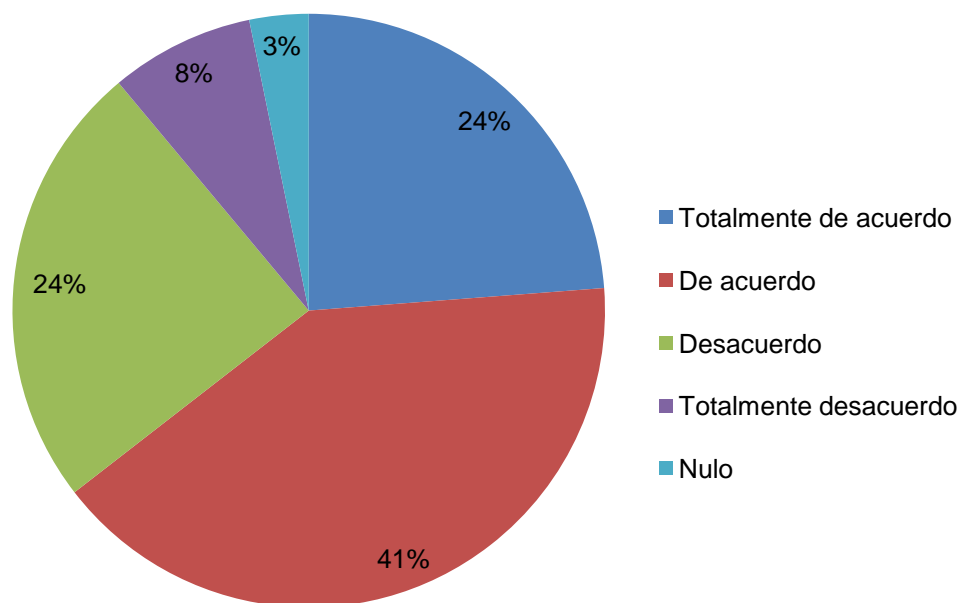


Figura No. 14. Conocimiento sobre los Programas de Atención Farmacéutica.

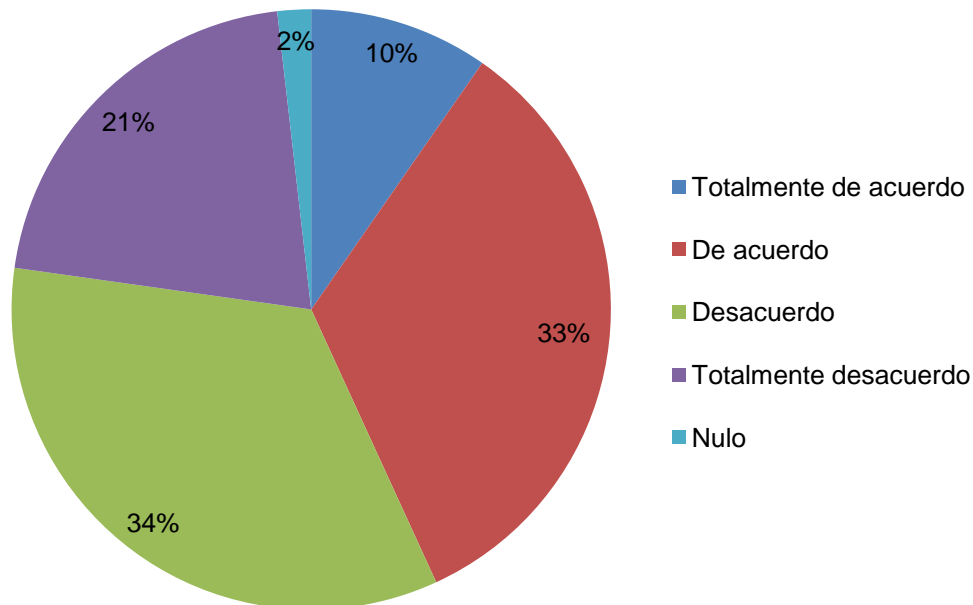


Figura No. 15. Utilidad de la Atención Farmacéutica para mejorar el cuidado del paciente.

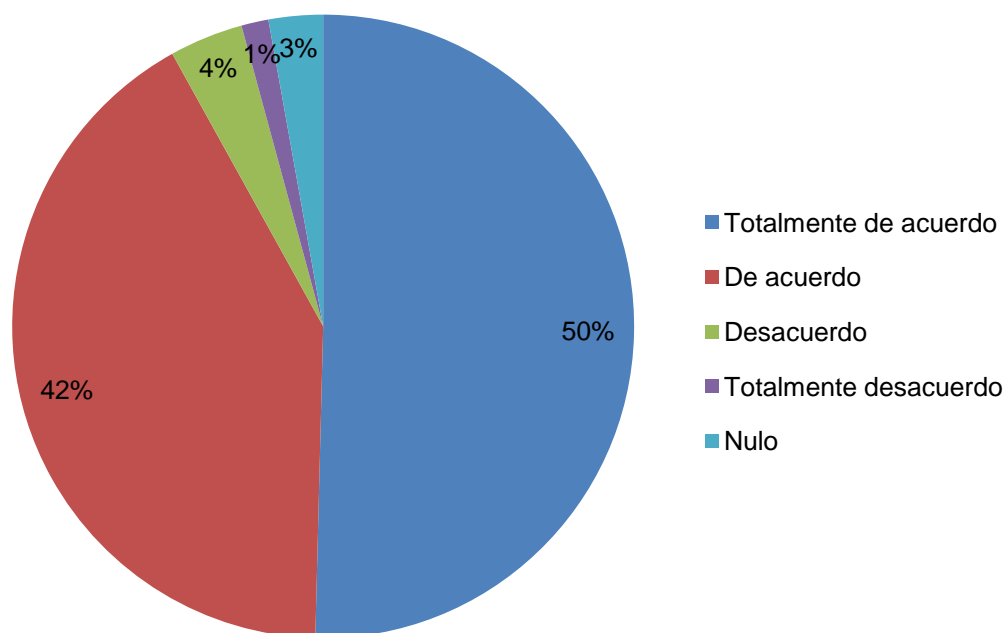


Figura No. 16. Opinión referente al contacto más directo del farmacéutico con el paciente.

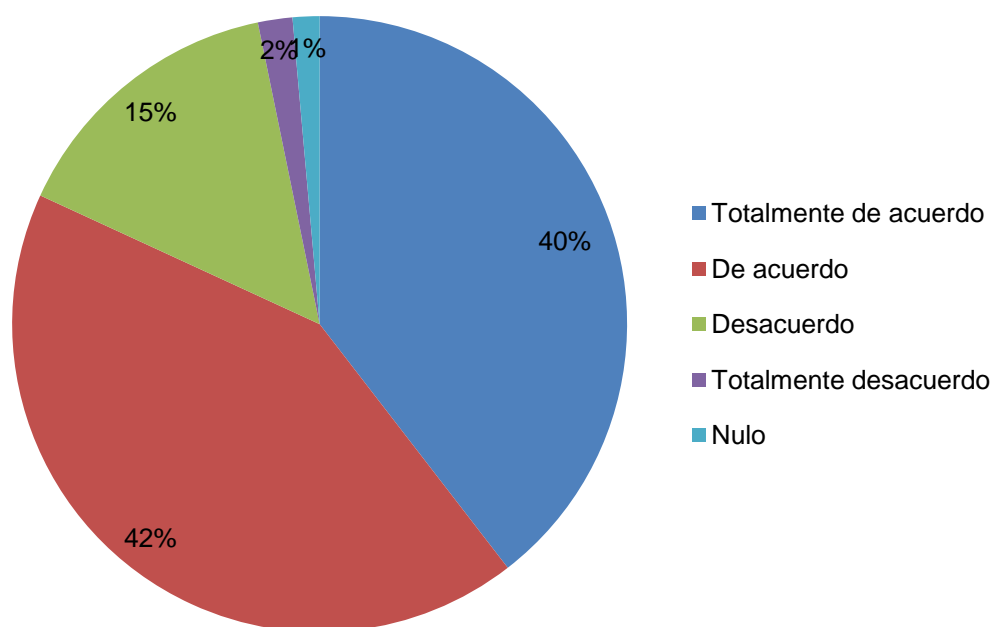
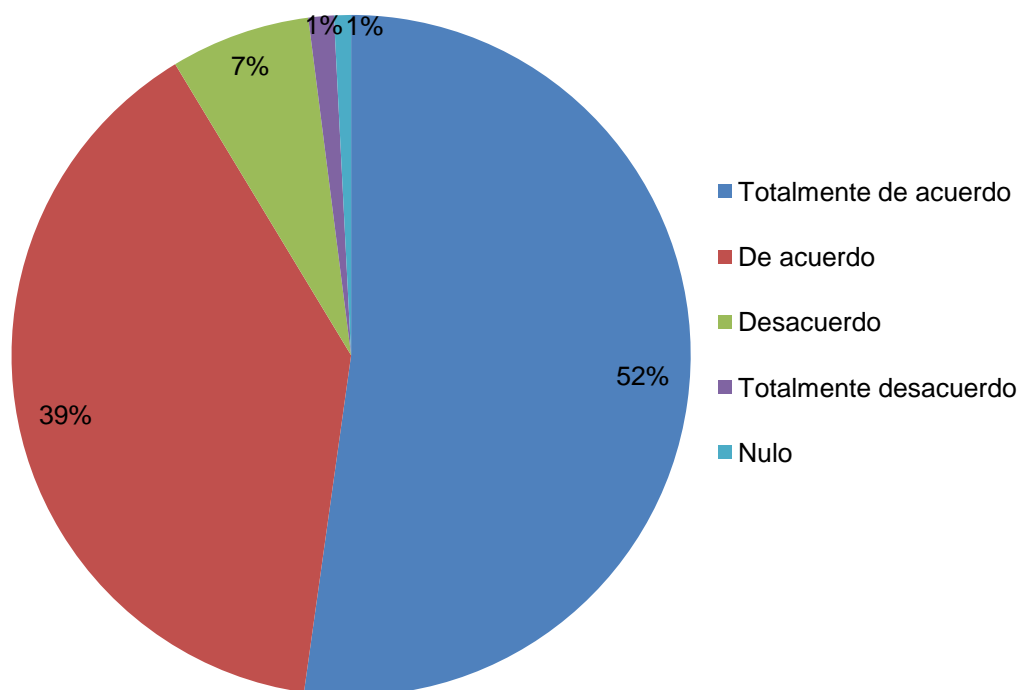


Figura No. 17. Participación más activa del farmacéutico en la atención primaria.



VII.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este trabajo de investigación se efectuó con el objetivo principal de llevar a cabo un análisis descriptivo de la relación de colaboración actual del profesional farmacéutico con médicos y enfermeros, en hospitales de la Ciudad de Guatemala. Con este fin, se utilizó la evaluación tipo encuesta, que fue respondida por una muestra estadísticamente representativa en los cuatro hospitales seleccionados.

En la Figura No. 2 se representa la distribución de la muestra; el personal del Hospital Roosevelt constituye el mayor porcentaje de la muestra (58%) ya que es el más grande de los cuatro, mientras que en la Unidad Nacional de Oncología Pediátrica (UNOP), el más pequeño, solamente representa el 4% de la muestra. En las Figuras Nos. 3, 4, 5, 6 y 7 se observa la distribución de la muestra en cuanto a los aspectos más importantes a evaluar: edad, género, sector donde labora, profesión y experiencia en el extranjero. Los Cuadros Nos. 1 y 2 muestran los *valores p* resultantes del análisis de varianza y de las pruebas *t* de significancia, respectivamente, para los aspectos evaluados en cada una de las categorías de la encuesta (en el Anexo 5 se muestran los resultados completos para cada análisis estadístico).

A partir de los rangos de edad (Figura No. 3) se puede observar que la mayoría de los encuestados se encuentran entre los rangos de edad de 18 a 25 años (30%) y 26 a 35 años (42%), lo que indica que la población es, en su mayoría, joven. Durante la parte experimental, se pudo apreciar que los médicos residentes tenían mayor accesibilidad para responder la encuesta, ya que al finalizar las rondas en cada servicio, ellos permanecen en las estaciones, mientras que los médicos especializados se retiran a sus oficinas o de las instalaciones. Probablemente por esta razón, no se logró conseguir una muestra con una distribución de edad más uniforme. Además, cabe mencionar que la diferencia en cantidad, entre la población de enfermeras graduadas y enfermeras auxiliares, y entre médicos especializados y residentes, es significativamente notoria.

Al efectuar el análisis de varianza para comparar la edad con las respuestas a la encuesta, en cuanto a los temas de relación de colaboración ($p=0.44$), comunicación

($p=0.17$), Atención Farmacéutica ($p=0.89$) y en total ($p=0.60$), se encontró que no existe diferencia significativa, con un nivel de confianza de 95%, para considerar que la edad es una variable que influye en la opinión y percepción que tienen los profesionales de la salud referente al papel actual del farmacéutico. No obstante, es importante mencionar que las medias para el rango de edad mayor a 56 años mostraron una tendencia más baja, mientras que los demás rangos de edades tienen medias considerablemente similares. Con esto se puede decir que algunos médicos y enfermeros que son mayores de 56 años de edad, con más experiencia en el área clínica, tienen una opinión más conservadora acerca del farmacéutico, ya que los Programas de Atención Farmacéutica son relativamente recientes y sus planes de estudio en la universidad no incluyeron experiencias interdisciplinarias. Por otro lado, esta misma población, de mayor de 56 años de edad, fue la que mostró mayor varianza, lo que indica que hay mayor diferencia en las respuestas dentro de este grupo y por lo tanto, hay médicos y enfermeros de esta edad que sí son receptivos al desempeño del farmacéutico, y algunas personas manifiestan que no ven la necesidad de su integración.

En la Figura No. 4 se observa que la población de género femenino es mucho mayor que el género masculino. Esto se debe principalmente a que la muestra de enfermeros, que corresponde al 48% de la muestra encuestada, es en su mayoría del género femenino. Con la prueba t de significancia se encontró que no existe diferencia significativa entre género, en cuanto a los temas de relación de colaboración ($p=0.37$), la comunicación ($p=0.24$) y la Atención Farmacéutica ($p=0.22$), con un nivel de confianza de 95%. Por tanto, no se puede afirmar que el género es una variable determinante en la percepción que tiene los profesionales de la salud acerca del rol actual del farmacéutico. Sin embargo, es importante mencionar que en la fase experimental, se percibió una diferencia de receptividad por parte de los médicos para responderla; la mayoría de los médicos de género masculino se mostraron más proclives y disponibles para completar las preguntas, mientras que médicos de género femenino mostraban menos interés.

El gráfico de la Figura No. 5 representa, en porcentajes, la distribución de la muestra en las profesiones de enfermeros, médicos y químicos farmacéuticos encuestados. Se evidencia diferencia en la cantidad de farmacéuticos tan pequeña, en comparación con los médicos y enfermeros, que son prácticamente iguales. El 4% de

farmacéuticos corresponde al 100% de los farmacéuticos que laboran en los cuatro hospitales trabajados, lo que indica que son muy pocos los profesionales farmacéuticos que trabajan en el área clínica, y este es uno de los principales aspectos que ha impedido su integración completa a los equipos de salud. Debido a que son tan pocos, es difícil su participación en todos los servicios en el hospital, además que deben de atender asuntos administrativos, de logística e inventario. Por ejemplo, en el caso del Hospital Roosevelt, el hospital más grande en este estudio, la cantidad de farmacéuticos que laboran no es suficiente como para acompañar todos los días la visita del médico en cada servicio y cumplir con todas sus responsabilidades. En cambio, en UNOP, la cantidad de farmacéuticos también es pequeña pero considerable para el tamaño del hospital y la cantidad de pacientes que atienden. Esa proporción permite una mayor proximidad con los otros profesionales de la salud.

Para comparar las respuestas de la encuesta con la profesión, se analizó mediante la prueba de ANOVA, que permitió determinar que la diferencia significativa, con un nivel de confianza de 95%, en cuanto a la opinión y percepción que tienen los profesionales referente a la relación de colaboración ($p=0.0087$), la comunicación ($p=2.14 E-06$), la Atención Farmacéutica ($p=3.97 E-16$) y en total ($p=2.68 E-10$). En promedio, para todos los aspectos, los farmacéuticos tienen una media más alta, seguida por los enfermeros y de último, los médicos. Esto refleja que los farmacéuticos se consideran más integrados al equipo de salud, que lo que consideran los médicos y los enfermeros, y que los médicos realmente tienen poco conocimiento sobre los Programas de Atención Farmacéutica. En este caso, se podría decir que la opinión de los médicos y enfermeros es la de mayor interés para este estudio, ya que se sabe que los farmacéuticos tienen mayor interés en la relación de colaboración y tienen mayor conocimiento sobre los Programas de Atención Farmacéutica.

A partir de la opinión que tienen los médicos y enfermeros, se puede evaluar la situación actual del farmacéutico en el área clínica, y las acciones de mejora que se pueden efectuar para su integración. Más adelante, se discute acerca de las respuestas para cada pregunta, con un análisis de los puntos de mayor debilidad o amenaza, para formar los equipos interdisciplinarios, así como las fortalezas y oportunidades que serán los puntos de partida para avanzar a la siguiente etapa en el desarrollo de una relación de colaboración, del modelo sistemático de McDonough y Doucette (2001).

La Figura No. 6 representa la distribución de la muestra según el sector donde labora el profesional. Resulta evidente que la muestra del sector privado fue muy pequeña en comparación con la del sector público, por lo que los resultados para esta comparación no se pueden generalizar a otros hospitales privados. Sería importante considerar otro hospital privado de mayor tamaño para obtener una distribución más uniforme. No obstante, en la Ciudad de Guatemala, los servicios de salud pública sí son más abundantes que los hospitales privados, lo que le brinda un acercamiento más real a este estudio.

Al desarrollar la comparación de medias con esta variable, por medio de la prueba *t* de significancia, se intentó enfatizar la diferencia de profesionales que trabajan en cada sector. Es decir, se asumía que del Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, la muestra sería más representativa del sector privado de educación, así como el Hospital Roosevelt, IGSS y UNOP representaría al sector público de educación. No obstante, todos los médicos de cualquier universidad, tienen constantes rotaciones por los servicios y hospitales, y se encontró que no existe diferencia significativa en la opinión de los profesionales que laboran en los sectores públicos y privados ($p=0.170$). Adicionalmente, se debe mencionar que varios de los médicos que fueron encuestados en el Hospital Roosevelt y en UNOP, mencionaron que también trabajan en el sector privado, por lo que su interacción con los farmacéuticos es distinta en cada institución.

Debido a que no se obtuvieron resultados concluyentes referentes a la opinión según el sector donde se labora, se procedió a realizar un análisis de varianza para comparar los resultados entre los hospitales. En este caso, se encontró diferencia significativa en la comunicación que existe con el farmacéutico ($p=0.041$) con un nivel de confianza de 95%. Las medias indican que en UNOP, la comunicación es mucho más bilateral y los farmacéuticos reciben más consultas por parte de médicos y enfermeros, en comparación con los otros tres hospitales. De acuerdo con los resultados, en el Hospital Roosevelt es donde existe menos comunicación con el farmacéutico, y el IGSS y El Pilar son bastante similares. Probablemente la razón de estos resultados se debe también a la proporción que existe entre médicos, enfermeros y farmacéuticos en cada uno de los hospitales. En UNOP, la comunicación se facilita por proximidad y disponibilidad, mientras que en hospitales más grandes como IGSS y

Roosevelt, sucede el caso que muchos médicos, no tienen contacto con los farmacéuticos.

Para los temas de relación de colaboración, Atención Farmacéutica y los resultados totales, no se encontró diferencia significativa, aunque sí se observa que en UNOP, los resultados son más positivos y tienen mayor conocimiento sobre los Programas, mientras que en El Sanatorio de Nuestra Señora del Pilar es donde se tiene menos concepto de la Atención Farmacéutica y en el IGSS es donde hay una menor relación de colaboración.

La Figura No. 7 muestra la respuesta de los profesionales que poseen experiencia en el extranjero. Se puede observar que realmente son pocos los profesionales que han trabajado fuera de Guatemala, y que en su mayoría son médicos. Solamente 2 farmacéuticos y 3 enfermeros, de la muestra estudiada, tienen experiencia en el extranjero. Se esperaba que al analizar esta variable se encontrara que aquellos profesionales que han trabajado fuera del país tendrían mayor receptividad al farmacéutico y mayor conocimiento acerca de la Atención Farmacéutica, pues en muchos países como Estados Unidos y España, la integración del Químico Farmacéutico al equipo de salud es completa, y su participación se considera indispensable. No obstante, los encuestados que sí habían tenido otras experiencias en el extranjero comentaron que su receptividad era mayor al regresar a Guatemala, pero el farmacéutico no estaba presente, y no se consideraba para la farmacoterapia. Algunos inclusive mencionaron que no se podía comparar el papel del farmacéutico en otros países con Guatemala, porque no tenían el conocimiento suficiente.

Se efectuó la comparación mediante la prueba *t* de significancia y no se encontró diferencia significativa, con un nivel de confianza de 95%, para la relación de colaboración ($p=0.32$), la comunicación ($p=0.33$), la Atención Farmacéutica ($p=0.15$) y para los resultados totales ($p=0.40$). Las medias se consideran estadísticamente iguales por lo que no se puede considerar la experiencia en el extranjero como una variable influyente en la opinión o receptividad de los profesionales de la salud con el papel del farmacéutico y su integración en la atención primaria.

Las Figuras Nos. 8 a la 17 muestran las frecuencias, en porcentajes, a las respuestas “Totalmente de acuerdo”, “De acuerdo”, “Desacuerdo” y “Totalmente desacuerdo” para cada pregunta. A pesar de que no estaba considerado en el tratamiento de los datos, se tuvo que asignar un valor de cero o “Nulo” a aquellas preguntas que no fueron respondidas o que tenían más de una respuesta.

En la Figura No. 8 se muestran las respuestas para la pregunta referente a la confianza y credibilidad en el farmacéutico. Se puede observar que son resultados bastante positivos pues la mayoría (85%) está de acuerdo, y solamente un 13% no tiene confianza en el farmacéutico. Sin embargo, este porcentaje representa un total de 63 personas, y este es un aspecto muy importante a considerar para la implantación de la Atención Farmacéutica, pues como dicta el modelo sistemático de McDonough y Doucette (2001), si los otros profesionales no tienen credibilidad en el farmacéutico, no van a integrarlo al equipo de salud. Los médicos y enfermeros conocerán las ventajas de la relación de colaboración, cuando el farmacéutico se gane su confianza y credibilidad. Esto es un proceso lento, que requiere de tiempo y muchos conocimientos, pues siempre habrá profesionales que no quieran reconocer las habilidades del farmacéutico, o la utilidad de su participación en la farmacoterapia.

La Figura No. 9 representa los resultados referentes a la aceptación de las recomendaciones que realiza el farmacéutico sobre la terapia farmacológica de los pacientes. Las respuestas de “Totalmente desacuerdo” (4%) y “Nulo” (4%) se vieron incrementadas para esta pregunta, y durante el proceso de las encuestas se percibió que algunos de los profesionales no sabían que responder porque nunca habían recibido alguna recomendación, y por tanto, no podría haberla aceptado o rechazado. El 56% está de acuerdo, y un 21% está totalmente de acuerdo. De los aspectos más importantes para trabajar en una relación de colaboración, es que el farmacéutico se involucre en la terapia de los pacientes, conozca sus perfiles, y con esta información genere recomendaciones apropiadas. Las recomendaciones deben ser elaboradas de tal forma que no sean percibidas como una amenaza por el otro profesional, y además, debe estar claro que solamente se está dando otra opción, y que la decisión final es del médico. Esta pregunta, acerca de las recomendaciones que realiza el farmacéutico, también puede servir como referencia para evaluar la comunicación entre los profesionales, porque se puede conocer la proximidad que existe entre el farmacéutico,

con los médicos y enfermeras, y la forma en que ellos perciben el acercamiento del farmacéutico a la atención primaria. En este caso, el alto porcentaje que está de acuerdo y totalmente de acuerdo con aceptar las recomendaciones, indica que son personas abiertas a la actuación del farmacéutico, y aunque tal vez las recomendaciones no las reciban continuamente, están dispuestos a escucharlas. Por otro lado, el porcentaje de profesionales que está en desacuerdo, totalmente desacuerdo o que no respondió a la pregunta, representa un 23% de la muestra que podría mostrar menor receptividad a las sugerencias que se realicen o resistencia a comenzar una relación de colaboración que sea beneficiosa para ambos lados.

Para analizar la existencia de una relación interdependiente, se graficaron los resultados que se muestran en la Figura No. 10. El problema que se encontró con esta pregunta durante la resolución de la encuesta, fue que muchos de los profesionales, principalmente enfermeros, no sabían a que se refería con una relación interdependiente y el significado de esta última palabra. Es probable que por eso, las respuestas a esta pregunta no se consideren confiables. Además, se observa que un gran porcentaje contestó que está de acuerdo (59%) o totalmente de acuerdo (22%), cuando en realidad, para estar en una relación totalmente interdependiente con el farmacéutico y otros profesionales de la salud, el desarrollo de la relación de colaboración se ha completado, y este no es el caso para estos hospitales. Para que la relación sea interdependiente, los enfermeros y médicos deben considerar indispensable la participación activa del farmacéutico en la visita, y cualquier tratamiento que se iniciare, el farmacéutico estaría involucrado.

Para finalizar con el tema de relación de colaboración, se cuestionó la pregunta acerca del esfuerzo que muestra el profesional por mantener una relación de colaboración (Figura No. 11). Favorablemente, se observó que casi el 90% (429 profesionales) muestra interés por desarrollar una relación de colaboración y están dispuestos a trabajar en equipos multidisciplinarios. Es importante de esta pregunta que no sólo es necesario mostrar interés, sino esfuerzo, y sobretodo cómo lo demuestran, ya que el farmacéutico debe percibir ese esfuerzo para que él se sienta en confianza de seguir intentando desarrollar una relación. El interés por parte de médicos y enfermeras se debe reflejar no solo en consultas sobre medicamentos disponibles en el hospital, sino sobre cualquier información o problema relacionado con medicamentos. Además,

es importante reflejar este interés y esfuerzo de ambos lados al *conocer* el personal. La identificación de las personas es elemental para desarrollar una relación. Durante el proceso experimental, se observaron algunos casos en que el médico o el enfermero no sabían quién era el farmacéutico encargado de su servicio, o que solamente por descripción le reconocían, y no por nombre, reflejando una falta de interés en la relación de colaboración.

También es importante considerar a ese porcentaje que no tiene interés por desarrollar una relación de colaboración con el farmacéutico; el 8% está en desacuerdo, 2% totalmente desacuerdo, y un 3% que no respondió la pregunta. Esto se considera como una amenaza para la implantación de Programas de Atención Farmacéutica, porque habrán personas que van a resistirse o no van a colaborar con el farmacéutico, y habrán profesionales que no serán receptivos para aprovechar todas las ventajas que puede brindar la integración del farmacéutico. Existen profesionales que no son receptivos con otras personas de su misma profesión. Para trabajar con estos profesionales, es muy importante la actitud y el tipo de acercamiento que se tenga con ellos, pues debe ser en el momento apropiado y con la información adecuada, para que progresivamente se vuelva un poco más abierto a los profesionales que lo rodean.

La siguiente categoría que se evaluó fue la comunicación del farmacéutico con los médicos y enfermeros. La Figura No. 12 contiene los resultados referente a la opinión de los profesionales respecto a la comunicación de dos vías. Se observó un mayor porcentaje de los profesionales encuestados en desacuerdo (19%), totalmente desacuerdo (5%) y nulo (3%), comparado con las preguntas anteriores, llevando a un total de 27% de los profesionales que no consideran que la comunicación del equipo de salud sea bilateral o que no saben su significado porque nunca la han experimentado. Cabe mencionar que ésta fue otra de las preguntas que tuvo dificultad por falta de comprensión en la palabra bilateral.

La comunicación es otro aspecto fundamental para el desarrollo de una relación de colaboración. Según el modelo sistemático de McDonough y Doucette (2001), en la Etapa 0 no existe comunicación, pues el intercambio es mínimo y no hay esfuerzo o estrategias por parte de los profesionales para mejorar el proceso de cuidado del paciente. En la Etapa 1, existen esfuerzos unilaterales para establecer una relación, y el

éxito de pasar a la siguiente etapa depende en gran parte de la comunicación. La mayoría de los profesionales considera que el intercambio de información sí es bilateral, lo que indica que los médicos y enfermeras reconocen la necesidad de la comunicación con el farmacéutico, y que los intercambios de información pueden ser útiles para el beneficio del paciente. Por tanto, el farmacéutico debe aprovechar estos intercambios para expandirlos, y dar a conocer todos los recursos que puede brindar a la práctica. Sin embargo, se debe intentar que los resultados de estas interacciones siempre sean positivos ya que se están constituyendo las bases de confianza de la relación, y el otro profesional evaluará todos los aspectos de esta nueva relación.

En la Etapa 1, es de interés principal todas las consultas que recibe el farmacéutico referente a información de distintas drogas, porque es en esos momentos que puede ofrecer sus habilidades, experiencias y conocimientos. En la Figura No. 13 se muestra el gráfico sobre las consultas que realizan los profesionales al farmacéutico. Nuevamente se observa un creciente porcentaje de la población que no está de acuerdo (24%) o totalmente desacuerdo (8%). Esta respuesta es muy importante a considerar cuando se desee implantar Programas de Atención Farmacéutica, porque es necesario que tanto el médico como el enfermero sientan la necesidad de consultar sobre los medicamentos. Es básico el reconocimiento profesional; es decir, los médicos y enfermeros deben reconocer al Químico Farmacéutico, como el profesional experto en medicamentos, así como el farmacéutico debe reconocer que el médico será siempre la base fundamental en la atención primaria, y el enfermero como un pilar en el cuidado de la salud.

El 65% de la muestra evaluada manifiesta que efectúan consultas al farmacéutico frecuentemente; un 41% está de acuerdo y un 24% está totalmente de acuerdo. Cabe resaltar que sigue siendo la mayoría de la población la que ha mostrado resultados positivos por medio de la encuesta, y en general, la disposición de los profesionales se considera como una oportunidad para mejorar la relación de colaboración.

Para finalizar la encuesta, se incluyó la categoría de Atención Farmacéutica, con el objetivo de obtener información referente al conocimiento de los profesionales acerca de la Atención Farmacéutica, y qué tanta receptividad mostrarían para la implantación de programas que involucren una participación activa del farmacéutico en la atención y

cuidado del paciente. En la Figura No. 14 se muestran los resultados para la pregunta sobre el conocimiento de los Programas de Atención Farmacéutica, cuya consideración es de suma importancia, pues como se puede observar, la mayoría de los profesionales encuestados (aproximadamente el 57%) no saben en qué consisten estos programas, y no han experimentado en la práctica nada que incluya la Atención Farmacéutica, convirtiéndose en una debilidad para la implantación de programas. Inclusive, durante la parte experimental, muchos de los profesionales intentaron averiguar qué era, para poder contestar a la pregunta, lo cual no se debía hacer, ya que sino sabían, con base a eso debían contestar. A pesar de que esto se puede considerar como un sesgo a los resultados de la encuesta, es importante mencionar que el hecho de preguntar, demuestra interés en la Atención Farmacéutica por parte de los médicos y enfermeras. En el Anexo 4 se puede observar que varios de los comentarios realizados en la encuesta sugieren que se realicen capacitaciones o charlas informativas, para que todo el equipo de salud pueda aprender y conocer más sobre los medicamentos y el papel del farmacéutico.

La Figura No. 15 muestra la distribución de las respuestas a la pregunta referente a la utilidad de la Atención Farmacéutica para mejorar el cuidado del paciente. El 50% de la población está totalmente de acuerdo y el 42% respondió que está de acuerdo. No obstante, las respuestas a esta pregunta no se consideran confiables, ya que como se discutió con la pregunta anterior, la mayoría no sabe en qué consiste la Atención Farmacéutica, y por tanto, no podrían responder a esta pregunta sin saber el concepto. Para conocer la utilidad que tiene la Atención Farmacéutica, el profesional debe conocer los beneficios que ésta tiene. Lo más probable es que los profesionales que respondieron a esta pregunta, y que respondieron desacuerdo o totalmente desacuerdo en la anterior, no comprendieron la pregunta, y posiblemente pensaron en la atención farmacéutica como los medicamentos que se le prescriben y administran a los pacientes.

Las últimas dos preguntas se plantearon con la finalidad de conocer la opinión que tienen los médicos, enfermeros y químicos farmacéuticos, referente a la posibilidad de una participación más activa del farmacéutico, tanto con el paciente, como con el equipo de salud. En la opinión referente al paciente, se obtuvo que un 40% está totalmente de acuerdo, y un 42% está de acuerdo con la interacción farmacéutico-paciente. Estos

resultados se consideran bastante positivos para la posibilidad de implantar programas de asesoría y seguimiento farmacoterapéutico al paciente; 74 profesionales (15%) no están de acuerdo con un contacto más directo del farmacéutico con el paciente y solamente un 2% está en total desacuerdo. Al considerar que la Atención Farmacéutica es una disciplina relativamente nueva en el área clínica, y que además en Guatemala ésta no existe, la muestra que manifiesta no estar de acuerdo se considera pequeña.

En la opinión referente a la participación del farmacéutico en la atención primaria, se obtuvo mejores resultados que la anterior. El 52% de encuestados está totalmente de acuerdo y el 39% está de acuerdo que el farmacéutico debe acompañar al médico en la visita. Únicamente el 7% no está de acuerdo y el 1% está en total desacuerdo; entre ellos tres médicos y dos enfermeras del Hospital Roosevelt, y una enfermera del IGSS. En los cuatro hospitales encuestados, ha habido algún servicio que realiza ocasionalmente la visita junto con el farmacéutico y ha encontrado las ventajas que esto puede brindar en la atención primaria. Sin embargo, es importante hacer saber a los médicos y enfermeros que la función del farmacéutico en la visita no es solamente de servir como referencia de inventario, códigos y precios de los medicamentos disponibles. Es necesario que se aprovechen todos sus conocimientos acerca de medicamentos, incluyendo dosis, indicaciones, interacciones, reacciones adversas, medicamentos alternos, etc.

Un aspecto interesante es que en las últimas dos preguntas, se observaron varios casos en que el médico o el enfermero respondía que no estaba de acuerdo en la proximidad entre farmacéutico-paciente, pero sí lo estaba para farmacéutico-profesional. Muchos de los profesionales pueden percibir la integración del farmacéutico como una amenaza en su trabajo, porque creen que el farmacéutico, al estar en contacto directo con el paciente, pierden protagonismo.

A continuación se presenta un esquema con las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas para la implantación de los Programas de Atención Farmacéutica y las acciones sugeridas, para abordar el campo clínico e integrar al profesional farmacéutico en la atención primaria.

Figura 18. Fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para la implantación de Programas de Atención Farmacéutica e integración del farmacéutico en los hospitales de la Ciudad de Guatemala

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Alta necesidad de Programas de Atención Farmacéutica. - Etapa 1 en la relación de colaboración. - Alta receptividad en recomendaciones. - Los aspectos de edad, género, sector y experiencia en el extranjero no influyen en la opinión o receptividad de los profesionales al farmacéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interés por parte de médicos y enfermeros en la Atención Farmacéutica. - Esfuerzo por desarrollar una relación de colaboración. - En todos los hospitales labora más de un farmacéutico que puede pasar visita con el médico.
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Poco conocimiento en Atención Farmacéutica. - Insuficiente cantidad de farmacéuticos laborando en hospitales. - El desarrollo de una relación de colaboración se ve influido por el hospital. - Poca comunicación bilateral. - Se realizan pocas consultas al farmacéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de confianza y credibilidad en el farmacéutico. - Los médicos tienen menor interés y receptividad que los enfermeros. - Hay menor disposición al contacto con el paciente que al contacto con el profesional. - Algunos profesionales opinan que el QF no tiene suficientes conocimientos

Acciones sugeridas:

- ✓ Ofrecer recomendaciones y disponibilidad de tiempo para discutir terapias.
 - ✓ Buscar oportunidades de contacto y pasar la visita diaria con el médico.
 - ✓ Dar a conocer la necesidad de los Programas de Atención Farmacéutica en todos los comités y directivas del hospital.
 - ✓ Desarrollar charlas y talleres acerca de Atención Farmacéutica, con participación de médicos, enfermeros y QF del hospital.
 - ✓ Asignar horarios de manera que al menos una vez por semana el farmacéutico visite cada servicio con el médico.
 - ✓ Realizar consultas al médico o al enfermero para promover la comunicación bilateral.
 - ✓ Trabajar en la confianza y credibilidad de médicos y enfermeras para avanzar a la Etapa 2 de la Relación de Colaboración.
 - ✓ Lograr una relación de colaboración con el equipo de salud antes de tener contacto más directo con el paciente.
 - ✓ Fomentar la relación de colaboración con cualquier profesional, sin importar edad y género.
 - ✓ Aproximarse al equipo de salud por medio de los enfermeros.
 - ✓ Brindar información útil y precisa en cada consulta recibida.
- Educación continua y actualización del farmacéutico en cuanto a medicamentos y terapias.

Los resultados presentados en este trabajo de investigación fueron útiles para conocer la opinión de los profesionales referente al desempeño del farmacéutico en la actualidad y la posibilidad que existe la instauración de un Programa de Atención Farmacéutica. A pesar de esto, resulta indispensable señalar que en un instrumento de evaluación tipo encuesta ocurren varios sesgos; algunos de los profesionales encuestados respondieron esta evaluación con poco interés o desgano, otros por quedar bien frente al encuestador, e inclusive algunos probablemente respondieron con resultados positivos por miedo a ser reprendidos.

A partir de los resultados y el análisis descriptivo desarrollado, se evidencia que la etapa actual en que se encuentra el farmacéutico con otros profesionales de la salud en el desarrollo de una relación de colaboración, en los hospitales de la Ciudad de Guatemala, es la Etapa 1: *Reconocimiento Profesional*; existen esfuerzos unilaterales para establecer una relación, y el farmacéutico está intentando dar a conocer todos los recursos que puede proveer. Han ocurrido intercambios positivos y algunos negativos que han limitado su progresión, pero es a partir de esta etapa que se puede comenzar a construir una relación de compromiso por medio de la comunicación efectiva, la habilidad de influir uno en el otro y el costo-beneficio positivo a cada uno de los intercambios realizados. Es muy importante la perseverancia, pues en este punto todavía no existe una relación de colaboración, y cualquier base formada es muy frágil como para considerarla segura.

Con los resultados, se puede inferir que hay necesidad de establecer Programas de Atención Farmacéutica en los hospitales de la Ciudad de Guatemala, y es esencial dar a conocer al equipo de salud todos los conocimientos y habilidades que el farmacéutico puede brindar a la práctica. Existe un considerable campo de trabajo en el área clínica para un farmacéutico, pero es el número de farmacéuticos el que está limitado. Para comenzar a integrarse al equipo de salud y pasar de la etapa de *Reconocimiento Profesional* a la *Expansión de la Relación Profesional*, se deben obtener resultados enteramente positivos de cada intercambio, e intentar que los médicos y enfermeros midan y prueben su compatibilidad, confiabilidad y expectativas de la relación con el farmacéutico.

VIII. CONCLUSIONES

- A. No existe diferencia significativa, con un nivel de confianza de 95%, para considerar que la edad y el género son variables que influyen en la opinión y percepción que tienen los profesionales de la salud sobre el papel actual del farmacéutico.
- B. Son muy pocos los profesionales farmacéuticos que trabajan en el área clínica. Éste es uno de los principales aspectos que impiden su integración completa a los equipos de salud.
- C. Existe diferencia significativa en cuanto a la opinión y percepción que tienen los diferentes profesionales, referente a la relación de colaboración, la comunicación y la Atención Farmacéutica. Para todos los aspectos, los farmacéuticos tienen una media más alta, seguida por los enfermeros y por último, los médicos.
- D. No existe diferencia significativa en la opinión de los profesionales que laboran en los sectores públicos y privados, pero sí se encontró diferencia significativa en la comunicación que existe con el farmacéutico, según el hospital donde labora.
- E. Solamente el 12% de los profesionales encuestados tienen experiencia fuera de Guatemala, y de acuerdo con la prueba t de significancia, esta variable no es influyente en la receptividad al farmacéutico y el conocimiento acerca de la Atención Farmacéutica.
- F. El 87% de los profesionales encuestados son receptivos a la actuación del farmacéutico, muestran interés y esfuerzo por desarrollar una relación de colaboración, y están dispuestos a trabajar en equipos multidisciplinares.
- G. El 73% de los profesionales encuestados reconocen la necesidad de la comunicación con el farmacéutico, y que los intercambios de información pueden ser útiles para el beneficio del paciente.

- H. El 57% de los profesionales encuestados no conocen los Programas de Atención Farmacéutica, pero hay alto interés en asistir a capacitaciones o charlas informativas relacionadas a esta disciplina.
- I. Los médicos y enfermeros muestran mayor receptividad para la proximidad entre farmacéutico-profesional, que para farmacéutico-paciente.
- J. Según el modelo sistemático de McDonough y Doucette, la etapa actual en que se encuentra el profesional farmacéutico con médicos y enfermeros en el desarrollo de una relación de colaboración es la *Etapa 1: Reconocimiento Profesional*.

IX.RECOMENDACIONES

- A. Para futuros estudios acerca de la relación de colaboración entre el farmacéutico y otros profesionales de la salud, considerar la especialización del médico y hacer una distinción entre enfermeros graduados y auxiliares de enfermería.
- B. Utilizar este estudio como base para el desarrollo análisis descriptivos de la relación de colaboración en otros hospitales, de manera que sirva como una herramienta para integrar al equipo de salud y establecer Programas de Atención Farmacéutica.
- C. A los químicos farmacéuticos que laboran en los hospitales, elaborar un programa cuyo objetivo fundamental sea integrarlos al equipo de salud, que incluya la participación de médicos y enfermeros, la realización de talleres y charlas informativas, y un análisis que permita evaluar posteriormente los cambios realizados y el desarrollo de la relación de colaboración.
- D. Publicar esta investigación para dar a conocer la necesidad de integrar al Químico Farmacéutico al área clínica en Guatemala, para mostrar la viabilidad de la implantación de Atención Farmacéutica, y para brindar mayor credibilidad a los resultados de este estudio.
- E. A las instituciones educativas de medicina, enfermería y farmacia, incluir dentro de los planes de estudio actividades interdisciplinarias, proyectos colaborativos y métodos de evaluación que fomenten la comunicación y cooperación entre profesionales de la salud.

X. BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, D. R.; Sweeney, D. J.; Williams, T. A. 2005. *Estadística para administración y economía*. México, International Thomson Editores. 884 páginas.
- Calvo Hernández, M. V., *et al.* 2006. *Bases de la Atención Farmacéutica en Farmacia Hospitalaria*. Farmacia Hospitalaria. Madrid, Arán Ediciones. 30 (2): 120-123.
- Cambronero, B. 2008. *Diseños de investigación*. Universidad Complutense de Madrid. Obtenido el 23 de agosto de 2009 desde [http://misc-ucm.pbworks.com/Diseños de Investigación#DiseñosdeInvestigación](http://misc-ucm.pbworks.com/Diseños%20de%20Investigación#DiseñosdeInvestigación)
- Côté, L.; Légaré, F.; Richer, M. 2001. *Development of the Pharmacist-Physician Relationship: Perceptions of Program Directors and Trainees in the Faculties of Pharmacy and Medicine in Quebec, Canada*. American Journal of Pharmaceutical Education. [Quebec]. 67 (2): Artículo 43. Obtenido el 6 de agosto de 2009 desde <http://www.ajpe.org/aj6702/aj670243/aj670243.pdf>
- Faus, M.J. 2000. *Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social*. Ars Pharmaceutica, Universidad de Granada. 41 (1): 137-143.
- Herrera Carranza, J. 2003. *Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica*. Madrid, Editorial Elsevier. 450 páginas.
- Keely, J. L. 2002. *Pharmacist Scope of Practice*. Annals of Internal Medicine. 136: 79-85. Obtenido el 5 de agosto de 2009 desde <http://www.annals.org/cgi/reprint/136/1/79.pdf>

McDonough, R. P.; Doucette, W. R. 2001. *Dynamics of Pharmaceutical Care: Developing Collaborative Working Relationships Between Pharmacists and Physicians*. Journal of the American Pharmacists Association. 41 (5). Obtenido el 6 de agosto de 2009 desde <http://www.medscape.com/viewarticle/406728>

Ranelli, P. L.; Biss, J. 2000. *Physicians' Perceptions of Communication with and Responsibilities of Pharmacists*. Journal of the American Pharmacists Association. [40:5]. Obtenido el 8 de agosto de 2009 desde http://www.medscape.com/viewarticle/406699_1

Zillich, A. J.; Milchak, J. L.; Carter, B. L.; Doucette, W. R. 2006. *Utility of a Questionnaire to Measure Physician-Pharmacist Collaborative Relationships*. Journal of the American Pharmacists Association. [46:4, 453-458]. Obtenido el 5 de agosto de 2009 desde <http://www.medscape.com/viewarticle/542769>

XI. ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
ENCUESTA 1

Este instrumento tiene como propósito recolectar información para llevar a cabo el trabajo de investigación "Análisis descriptivo de la relación de colaboración del profesional farmacéutico y otros profesionales de la salud, en hospitales de la Ciudad de Guatemala". Se agradece de antemano su colaboración.

Datos generales

- Género: Masculino Femenino
- Edad: 18 a 25 26 a 35 36 a 45
 46 a 55 56 años en adelante

Información laboral

- Profesión: Médico Enfermero
- Sector donde labora: Privado Público Hospital: _____
- Experiencia en el extranjero: Sí No
- ¿Dónde?: _____ ¿Por cuánto tiempo?: _____

Instrucciones: a continuación se presenta una lista de 10 afirmaciones, marque con una X la que considera apropiada de acuerdo a su experiencia.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente desacuerdo
Relación de colaboración:				
1. Tengo confianza y credibilidad en el farmacéutico.				
2. Acepto las recomendaciones que realiza el farmacéutico sobre la terapia farmacológica de los pacientes (dosis, interacciones, forma de administrar).				
3. Mi relación con el farmacéutico y otros profesionales de la salud es interdependiente.				
4. Muestro interés y esfuerzo por mantener una relación de colaboración con el farmacéutico.				
Comunicación:				
5. La comunicación entre usted y el farmacéutico es bilateral.				
6. Consulto al farmacéutico referente a información de distintas drogas frecuentemente.				
Atención Farmacéutica:				
7. Conozco los programas de Atención Farmacéutica.				
8. Considero que la Atención Farmacéutica es útil para mejorar el cuidado del paciente.				
9. El farmacéutico debería tener contacto más directo con el paciente.				
10. Considero que el farmacéutico debería tener participación más activa en la atención primaria (por ejemplo, visita con el médico).				

Observaciones o comentarios: _____

Anexo 2



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA ENCUESTA 2

Este instrumento tiene como propósito recolectar información para llevar a cabo el trabajo de investigación "Análisis descriptivo de la relación de colaboración del profesional farmacéutico y otros profesionales de la salud, en hospitales de la Ciudad de Guatemala". Se agradece de antemano su colaboración.

Datos generales

Género: Masculino Femenino

Edad: 18 a 25 26 a 35 36 a 45
 46 a 55 56 años en adelante

Información laboral

Profesión: Químico Farmacéutico

Sector donde labora: Privado Público Hospital: _____

Experiencia en el extranjero: Sí No

¿Dónde?: _____ ¿Por cuánto tiempo?: _____

Instrucciones: a continuación se le presenta una lista de 11 afirmaciones, marque con una X la que considera apropiada de acuerdo a su experiencia.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Totalmente des acuerdo
Relación de colaboración:				
1. Los médicos tienen confianza y credibilidad en el farmacéutico.				
2. Los enfermeros tienen confianza y credibilidad en el farmacéutico.				
3. Los médicos y enfermeros aceptan las recomendaciones que realizo sobre la terapia farmacológica de los pacientes (dosis, interacciones, forma de administrar).				
4. Mi relación con otros profesionales de la salud es interdependiente.				
5. Muestro interés y esfuerzo por mantener una relación de colaboración con los demás profesionales de la salud.				
Comunicación:				
6. La comunicación entre usted y otros profesionales de la salud es bilateral.				
7. Recibo consultas del médico referente a información de distintas drogas frecuentemente.				
Atención Farmacéutica:				
8. Conozco los programas de Atención Farmacéutica.				
9. Considero que la Atención Farmacéutica es útil para mejorar el cuidado del paciente.				
10. El farmacéutico debería tener contacto más directo con el paciente.				
11. Considero que el farmacéutico debería tener participación más activa en la atención primaria (por ejemplo, visita con el médico).				

Observaciones o comentarios: _____

Anexo 3

Cuadro 5. Tabulación de las encuestas

No.	Género	Edad	Profesión	Sector	Hospital	Experiencia en extranjero	Preguntas									
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	M	26-35	QF	Púb	UNOP	No	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4
2	F	26-35	QF	Púb	UNOP	No	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4
3	F	26-35	QF	Púb	UNOP	No	4	4	3	4	0	4	3	4	4	4
4	F	18-25	QF	Púb	UNOP	No	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4
5	F	36-45	QF	Púb	IGSS	No	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4
6	F	36-45	QF	Púb	IGSS	Sí	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4
7	F	26-35	QF	Púb	IGSS	Sí	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4
8	F	36-45	QF	Púb	IGSS	No	1	0	3	4	4	2	2	4	4	4
9	M	26-35	QF	Púb	IGSS	No	2	3	3	4	4	2	4	4	4	4
10	F	36-45	QF	Púb	IGSS	No	3	3	1	4	4	4	4	4	4	4
11	F	26-35	QF	Priv	El Pilar	No	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4
12	M	26-35	QF	Priv	El Pilar	No	2	3	3	4	3	4	4	4	4	4
13	F	26-35	QF	Púb	Roos.	No	3	3	0	4	3	3	4	4	4	4
14	M	36-45	QF	Púb	Roos.	No	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4
15	M	36-45	QF	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	2	4	4	3	4
16	F	18-25	QF	Púb	Roos.	No	2	3	0	4	3	2	4	4	4	4
17	F	26-35	QF	Púb	Roos.	No	3	4	0	4	4	3	4	4	4	4
18	F	26-35	QF	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4
19	M	26-35	QF	Púb	Roos.	No	3	3	4	4	3	3	4	3	4	4
20	F	26-35	QF	Púb	Roos.	No	3	2	3	3	3	2	3	4	4	4
21	F	36-45	Enf.	Púb	UNOP	No	4	4	4	4	4	4	2	0	2	3
22	F	36-45	Enf.	Púb	UNOP	No	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2
23	F	26-35	Enf.	Púb	UNOP	No	3	4	3	4	4	4	2	4	2	3
24	F	46-55	Enf.	Púb	UNOP	No	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4
25	F	26-35	Enf.	Púb	UNOP	No	2	3	3	0	3	3	3	3	3	3
26	M	18-25	Enf.	Púb	UNOP	No	3	0	3	3	3	3	2	3	3	3
27	F	26-35	Enf.	Púb	UNOP	Sí	3	3	3	4	3	4	2	3	4	4
28	F	36-45	Enf.	Púb	UNOP	No	3	3	3	3	3	3	2	4	3	4
29	F	26-35	Enf.	Púb	UNOP	Sí	3	3	4	4	4	3	1	4	4	3
30	F	18-25	Enf.	Púb	UNOP	No	3	3	3	3	3	3	1	4	4	4
31	F	36-45	Médico	Púb	UNOP	No	4	3	2	3	3	3	3	4	3	4
32	M	36-45	Médico	Púb	UNOP	No	3	3	3	4	4	4	3	4	3	3

No.	Género	Edad	Profesión	Sector	Hospital	Experiencia en extranjero	Preguntas									
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33	F	36-45	Enf.	Púb	UNOP	No	3	3	3	3	0	1	1	3	3	0
34	F	36-45	Enf.	Púb	UNOP	No	3	3	3	1	1	3	3	3	4	4
35	F	26-35	Enf.	Púb	UNOP	No	3	4	3	3	3	3	2	4	4	4
36	F	36-45	Enf.	Púb	UNOP	No	3	3	3	3	3	3	0	3	4	4
37	F	18-25	Enf.	Púb	UNOP	No	4	3	3	4	4	2	2	3	2	2
38	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	3	2	2	3	3	4
39	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3
40	F	36-45	Médico	Púb	IGSS	Sí	3	3	4	4	4	4	3	4	2	4
41	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	4	3	3	4	4	4	2	4	3	3
42	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	4	3	4	4	4	2	1	4	4	4
43	F	18-25	Médico	Púb	IGSS	No	1	1	1	1	1	3	1	1	2	2
44	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	2	2	2	2	1	2	3	2	3	3
45	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	1	1	2	2	2	2	3	2	3	3
46	F	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	3	2	2	1	1	1	3	1	3	3
47	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3
48	M	18-25	Médico	Púb	IGSS	No	3	1	3	4	3	1	1	0	3	4
49	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	4	4	3	3	3	3	2	4	3	4
50	F	18-25	Médico	Púb	IGSS	No	3	3	2	2	3	4	3	4	3	4
51	F	36-45	Médico	Púb	IGSS	No	3	3	3	4	4	3	2	4	4	4
52	F	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	2	3	3	3	3	3	2	4	3	3
53	F	18-25	Médico	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	3	3	2	3	4	4
54	F	18-25	Médico	Púb	IGSS	No	3	2	3	3	3	3	2	4	3	4
55	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	3	2	2	3	3	4
56	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3
57	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	3	3	3	4	3	4	3	3	2	2
58	F	26-35	Médico	Púb	IGSS	Sí	3	3	4	3	4	3	2	3	2	3
59	F	26-35	Médico	Púb	IGSS	Sí	3	2	3	4	3	3	3	4	3	4
60	F	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	2	2	3	3	3	1	1	3	3	3
61	M	18-25	Médico	Púb	IGSS	No	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3
62	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4
63	F	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	3	2	3	4	4	3	2	3	3	3
64	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	2	2	1	4	3	2
65	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	4	3	4	3	3	3	3	4	2	2
66	M	26-35	Médico	Púb	IGSS	No	3	3	3	4	3	3	1	4	3	4
67	F	18-25	Médico	Púb	IGSS	No	3	2	3	3	3	2	2	3	3	4
68	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	2	3	2	3	2	2	3	3	3
69	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	4	3	3	4	0	4	2	4	4	4
70	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	4	3	3	3	3	3	3	4	0	4
71	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	4	3	3	2	3	1	4	4	4

No.	Género	Edad	Profesión	Sector	Hospital	Experiencia en extranjero	Preguntas									
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
72	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	0	0	3	3	0	2	3	3	3	3
73	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	2	2	0	3	3	3	0	3	3	3
74	F	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4
75	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	1	1	4	4	4	3	2	4	2	3
76	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	2	3	3	3	2	1	4	2	4
77	F	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	4	0	3	3	3	3	3
78	F	46-55	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	1	1	3	3	1	3	3	3
79	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
80	F	46-55	Enf.	Púb	IGSS	No	2	0	0	3	0	2	1	4	4	4
81	M	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4
82	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	2	2	2	3	4	3
83	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	0	3	3	2	2	2	3	2	3
84	F	>56	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	4	3	4	1	3	3	2
85	F	46-55	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3
86	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3
87	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	3	2	0	4	3	3
88	F	46-55	Enf.	Púb	IGSS	No	3	2	3	0	2	2	1	3	3	4
89	F	46-55	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	4	4	4	4	0	0	4	4
90	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	3	4	1	3	3	3
91	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	4	4	3	3	1	3	3	3
92	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	0	2	1	1	1	4	0	0
93	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	2	3	3	3	3	2	4	4	4
94	F	>56	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	0	3	0	0	0	4	0	2
95	F	46-55	Enf.	Púb	IGSS	No	3	0	4	4	3	0	1	4	4	4
96	F	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4
97	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	0	0	4	4	4	4	3	4	4	4
98	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	4	4	4	4	4	2	0	2	4	4
99	F	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
100	F	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3
101	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	2	1	3	2	1	1	1	1	4	4
102	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	4	3	3	4	4	4	3	4	3	4
103	F	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	3	4	4	4	3	4	2	3	3	3
104	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3
105	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	1	3	1	1	1	4	4	4
106	M	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4
107	M	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	4	2	3	3	3	2	3	4	2	4
108	F	46-55	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4
109	M	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	0	3	4	4	3	4	4	4
110	F	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	2	3	3	4	0	2	1	4	2	1

No.	Género	Edad	Profesión	Sector	Hospital	Experiencia en extranjero	Preguntas									
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
111	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	2	3	2	3	4	4
112	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	1	3	2	3	1	1	3	3	4
113	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	1	1	3	3	4	1	1	3	4	4
114	F	46-55	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	0	3	3	2	3	3	3
115	M	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4
116	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	2	3	3	3	3	2	4	2	2
117	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	2	3	4	0	3	3	2	0	4	4
118	F	46-55	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4
119	F	46-55	Enf.	Púb	IGSS	No	3	2	4	4	4	3	4	4	4	4
120	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	4	3	3	3	4	3	2	3	3	2
121	M	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
122	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	4	1	3	0	3	3	4	4	3	3
123	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
124	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	4	3	4	2	3	3	4	3	3	3
125	M	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	2	3	3	0	2	3	2	3	3	3
126	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3
127	M	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	0	4	3	0	0	3	4	4	4	4
128	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	4	4	4	4	3	4	3	4
129	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	2	3	4	3	3	2	1	4	4	4
130	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	2	3	3	3	4	3	2	4	1	2
131	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	4	3	3	3	2	2	4	3	4
132	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	4	0	4	2	3	2	4	4	4
133	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
134	F	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	2	4	3	2	3	2	1	0	4	4
135	F	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	4	3	4	4	2	2	2	4	3	3
136	M	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	4	3	3	3	3	2	4	4	4
137	F	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	4	4	2	4	4	4
138	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4
139	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	4	3	4	3	3	2	3	3	3
140	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	4	3	4	4	4	1	4	4	4
141	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	4	4	4	0	2	4	3	4
142	F	>56	Enf.	Púb	IGSS	Sí	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4
143	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4
144	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	2	3	3	3	3	2	2	3	4	4
145	M	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	4	3	4	3	4	4	2	4	4	4
146	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	4	4	3	3	4	4	1	4	3	4
147	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	4	4	3	4	4	3	3	4	3	4
148	M	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	2	2	2	1	2	4	4
149	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	1	3	3	3	3	3	1	3

No.	Género	Edad	Profesión	Sector	Hospital	Experiencia en extranjero	Preguntas									
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
150	M	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	4	3	4	4	4	4	2	4	2	2
151	F	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	4	3	4	4	3	2	4	3
152	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4
153	F	18-25	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3
154	F	26-35	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	0	4	3	3	3	4	4
155	F	36-45	Enf.	Púb	IGSS	No	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
156	F	26-35	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	3	2	2	2	0	2	4	3	3
157	F	18-25	Médico	Priv	El Pilar	No	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3
158	M	18-25	Médico	Priv	El Pilar	No	4	4	3	4	4	3	2	4	4	4
159	M	26-35	Médico	Priv	El Pilar	No	4	3	4	4	4	4	1	4	3	2
160	F	26-35	Médico	Priv	El Pilar	Sí	2	2	3	3	2	3	2	4	4	4
161	F	18-25	Médico	Priv	El Pilar	Sí	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4
162	M	26-35	Médico	Priv	El Pilar	No	3	3	2	3	3	3	1	2	2	3
163	M	26-35	Médico	Priv	El Pilar	No	3	3	4	3	3	1	3	3	2	3
164	M	36-45	Médico	Priv	El Pilar	Sí	4	3	4	4	4	4	2	3	3	3
165	F	26-35	Médico	Priv	El Pilar	No	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2
166	M	18-25	Médico	Priv	El Pilar	No	3	2	3	3	3	2	2	3	2	4
167	M	18-25	Médico	Priv	El Pilar	No	2	2	3	4	3	4	1	4	2	2
168	M	18-25	Médico	Priv	El Pilar	No	3	3	2	4	3	2	1	3	3	2
169	M	46-55	Médico	Priv	El Pilar	Sí	2	3	2	4	2	2	2	4	2	4
170	M	26-35	Médico	Priv	El Pilar	Sí	3	3	3	3	3	2	2	4	3	3
171	F	26-35	Médico	Priv	El Pilar	No	4	2	4	3	2	3	2	4	4	4
172	M	18-25	Médico	Priv	El Pilar	No	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
173	M	18-25	Médico	Priv	El Pilar	No	3	2	3	3	2	3	1	3	2	3
174	M	36-45	Médico	Priv	El Pilar	Sí	3	3	3	3	3	2	1	1	4	3
175	M	26-35	Médico	Priv	El Pilar	Sí	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4
176	M	26-35	Médico	Priv	El Pilar	Sí	3	3	3	3	3	2	4	3	2	3
177	F	26-35	Médico	Priv	El Pilar	No	3	3	3	3	3	3	2	4	4	4
178	M	>56	Médico	Priv	El Pilar	Sí	4	4	4	4	4	3	3	4	3	2
179	F	18-25	Médico	Priv	El Pilar	No	3	3	3	4	4	2	1	3	2	2
180	M	46-55	Médico	Priv	El Pilar	No	4	3	4	4	3	3	2	4	3	4
181	M	>56	Médico	Priv	El Pilar	Sí	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3
182	F	18-25	Médico	Priv	El Pilar	Sí	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3
183	M	>56	Médico	Priv	El Pilar	Sí	4	3	3	3	3	2	2	3	3	2
184	M	36-45	Médico	Priv	El Pilar	Sí	2	2	1	2	1	1	1	4	3	3
185	F	36-45	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	1	0	3	3	4	2	4	3	3
186	F	26-35	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3
187	F	36-45	Enf.	Priv	El Pilar	No	4	2	3	2	4	4	3	3	4	3
188	F	36-45	Enf.	Priv	El Pilar	No	0	0	2	0	3	0	4	2	2	0

No.	Género	Edad	Profesión	Sector	Hospital	Experiencia en extranjero	Preguntas									
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
189	F	36-45	Enf.	Priv	El Pilar	No	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4
190	F	26-35	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	3	3	4	4	0	3	0	4	4
191	F	46-55	Enf.	Priv	El Pilar	No	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4
192	F	36-45	Enf.	Priv	El Pilar	No	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4
193	F	46-55	Médico	Priv	El Pilar	Sí	4	4	4	4	4	4	2	4	4	3
194	F	26-35	Enf.	Priv	El Pilar	No	4	4	4	4	4	4	3	4	2	2
195	F	26-35	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	3	3	3	0	0	2	3	3	3
196	F	36-45	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4
197	F	>56	Enf.	Priv	El Pilar	No	2	3	3	3	3	0	3	3	3	3
198	F	46-55	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	0	0	3	3	3	3	3	3	3
199	F	26-35	Enf.	Priv	El Pilar	No	4	3	4	3	3	4	3	3	4	4
200	F	26-35	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	3	3	4	4	3	3	4	3	3
201	f	36-45	Enf.	Priv	El Pilar	No	2	2	4	3	3	4	0	4	3	4
202	F	26-35	Enf.	Priv	El Pilar	No	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
203	F	36-45	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	2	3	3	3	4	4	4	3	2
204	F	36-45	Enf.	Priv	El Pilar	No	4	3	0	4	4	3	1	4	1	3
205	F	>56	Enf.	Priv	El Pilar	No	0	1	3	3	0	3	3	3	2	2
206	F	26-35	Enf.	Priv	El Pilar	No	4	4	2	4	4	4	4	4	3	2
207	F	36-45	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	0	2	3	3	3	2	4	3	3
208	F	26-35	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	3	3	4	4	4	3	4	3	4
209	F	36-45	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	3	3	3	3	2	3	4	3	4
210	F	18-25	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	3	3	3	3	3	1	3	4	3
211	F	26-35	Enf.	Priv	El Pilar	No	4	3	3	3	2	4	3	4	2	4
212	F	26-35	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2
213	F	36-45	Enf.	Priv	El Pilar	No	4	0	4	4	3	3	3	3	2	2
214	F	36-45	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	0	3	4	3	3	1	4	4	4
215	F	26-35	Enf.	Priv	El Pilar	No	3	2	3	3	0	2	3	3	2	3
216	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
217	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	0	4	3	1	1	2	1	4	4	4
218	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	2	3	2	3	4	4
219	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3
220	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	2	2	2	1	1	3	3	2
221	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	3	2	1	2	4	4	4
222	F	36-45	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	2	3	3	4	3	3	3	4	4
223	M	36-45	Médico	Púb	Roos.	Sí	2	2	4	4	2	3	1	1	1	1
224	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	4	4	3	3	3	3	2	3	3	3
225	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3
226	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3
227	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3

No.	Género	Edad	Profesión	Sector	Hospital	Experiencia en extranjero	Preguntas									
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
228	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	1	4	3	1	1	2	4	4	4
229	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	4	3	2	2	2	2	4	2	4
230	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	2	2	3	3	2	1	1	4	4	4
231	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
232	M	46-55	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	4	3	3	3	3	1	4	4	4
233	M	46-55	Médico	Púb	Roos.	No	4	2	3	2	2	2	1	2	2	3
234	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3
235	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3
236	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	0	2	2	2	3	2	3
237	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	2	2	1	1	3	2	3
238	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	Sí	2	3	3	2	2	1	1	4	3	4
239	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3
240	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3
241	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
242	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	2	3	3	4	1	1	1	4	4	4
243	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	4	4	3	3	3	3	2	4	3	4
244	M	>56	Médico	Púb	Roos.	Sí	2	2	4	4	4	4	1	4	4	4
245	M	36-45	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	4	4	1	1	1	1	4	4
246	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	2	2	2	2	3
247	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	Sí	4	3	3	4	4	3	2	4	4	4
248	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	2	1	2	4	4	4
249	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	2	2	2	2	3	4	4
250	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	4	4	4	3	1	4	1	4
251	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	2	2	2	3	3	3	4
252	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	3	3	2	2	1	4	4	4
253	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	3	3	1	1	1	3	4	4
254	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	2	3	3	3	2	2	2	3	2	3
255	M	>56	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	2	2	2	3	4	4	4
256	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	1	2	2	2	3	3	3	3
257	F	36-45	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	2	3	3	4	3	2	4	3	4
258	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	3	3	3	2	1	3	3	4
259	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	4	4	4	3	3	3	2	4
260	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	3	3	3	1	3	4	3
261	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	4	3	2	2	1	2	4	3
262	M	>56	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	2	3	2	2	2	2	3	4	4
263	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3
264	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	4	4	4	4	4	3	2	3	3	4
265	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3
266	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	0	2	2	2	3	3	3

No.	Género	Edad	Profesión	Sector	Hospital	Experiencia en extranjero	Preguntas									
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
267	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	3	3	1	2	4	4	4
268	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	1	3	3	3	2	0	3	3	3
269	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
270	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	1	1	4	1	1	1	1	4	4	1
271	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	1	3	3	3	1	2	2	3	4	2
272	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	3	2	2	2	2	4	4	4
273	M	46-55	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
274	M	46-55	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	4	3	2	3	3	4	4	4
275	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3
276	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
277	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	2	3	3	2	1	4	3	3
278	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	2	4	2	3	4	4	2
279	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	2	2	1	3	4	4
280	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	0	3	3	2	3	4	4	4
281	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	2	2	2	2	2	2	1	3	3	3
282	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	2	3	4	4
283	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3
284	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	Sí	2	0	3	3	2	3	3	4	2	4
285	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4
286	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	3	3	2	2	2	3	2	3
287	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4
288	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	2	2	3	3	2	2	1	3	2	3
289	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	2	3	2	4	3	3
290	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3
291	M	46-55	Médico	Púb	Roos.	No	2	2	3	2	2	2	3	3	2	3
292	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	4	4	4	4	2	4	4	4
293	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	0	3	4	2	2	1	4	3	3
294	M	36-45	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3
295	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	4	4	3	3	2	3	3	4
296	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	4	4	3	4	3	4	4	4
297	M	46-55	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3
298	M	46-55	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3
299	M	36-45	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	2	3	2	2	2	4	3	4
300	M	36-45	Médico	Púb	Roos.	Sí	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4
301	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	0	4	4	4	3	3	2	0	4	4
302	M	>56	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4
303	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	2	2	2	4	4	4
304	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	4	4	3	3	1	1	4	4	4
305	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3

No.	Género	Edad	Profesión	Sector	Hospital	Experiencia en extranjero	Preguntas									
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
306	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	3	3	2	2	2	4	4	4
307	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3
308	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3
309	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	2	2	3	4	4
310	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3
311	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	4	3	3	3	1	3	3	3
312	M	46-55	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3
313	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	4	3	3	4	3	3	2	3
314	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	2	2	1	3	2	1	3	4	3	3
315	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	2	2	2	3	4	3	3
316	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	2	1	3	2	3
317	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2
318	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	2	4	2	2	4	4	4	4
319	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	2	3	2	4	3	3
320	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4
321	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	2	2	0	3	3
322	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
323	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
324	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
325	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3
326	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	1	1	2	2	1	1	1	3	3	3
327	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	2	2	2	4	3	3
328	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3
329	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	0	4	3	3	3	3	4	4
330	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3
331	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
332	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3
333	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	3	4	3	2	4	3	3
334	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	2	3	2	1	2	3	4	3
335	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
336	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	1	4	3	3
337	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	4	3	3	3	2	4	4	3
338	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
339	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	2	2	3	1	4	2	4
340	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	2	4	3	4	4	4
341	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	2	2	1	3	2	3
342	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3
343	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	0	3	3	2	3	3	3
344	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3

No.	Género	Edad	Profesión	Sector	Hospital	Experiencia en extranjero	Preguntas									
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
345	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	2	2	2	2	2	2	1	3	3	3
346	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3
347	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4
348	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3
349	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	2	1	3	0	2	1	1	2	2	3
350	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	3	2	1	2	3	3	4
351	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	4	3	4	3	2	4	3	4
352	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	4	3	3	2	2	4	4	4
353	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	4	3	3	2	2	4	3	3
354	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3
355	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1
356	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	4	4	4	4	2	2	3	4	4
357	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	4	3	2	3	1	1	1	4	4	4
358	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4
359	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	0	3	2	3	2	4	1	4	4	4
360	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	4	4	3	3	2	3
361	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	3	3	3	2	2	4	4	3
362	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	4	4	3	3	0	4
363	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3
364	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	2	3	4	3	3	4	3	3
365	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	3	3	3	2	3	2	1	3
366	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4
367	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	0	3	4	3	1	4	2	3
368	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
369	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	3	0	2	2	1	4	4	4
370	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	2	2	4	4	3	1	4	2	2
371	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	2	2	0	3	0	2	2	3	3	3
372	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	2	2	4	3	3
373	M	46-55	Médico	Púb	Roos.	No	4	3	4	4	4	3	2	3	3	3
374	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	2	2	2	3	3	2	2	2	1	2
375	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	2	3	3	1	1	1	4	3	4
376	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	4	4	3	2	2	3	1	3	4	4
377	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	Sí	2	3	3	4	2	3	3	3	4	3
378	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	2	2	3	1	3	3	4
379	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
380	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	2	3	3	3	3	4	3	4
381	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4
382	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3
383	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4

No.	Género	Edad	Profesión	Sector	Hospital	Experiencia en extranjero	Preguntas									
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
384	F	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	4	3	4	4	4	2	4	3	4
385	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3
386	M	26-35	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3
387	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	Sí	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4
388	M	36-45	Médico	Púb	Roos.	No	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3
389	F	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	0	3	4	3	0	4	4	3	4
390	M	18-25	Médico	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3
391	M	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4
392	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	4	4	3	4	2	3	4	4
393	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	4	3	3	4	4	4	3	4	3	4
394	F	46-55	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	0	4	4	3	2	4	4	3
395	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3
396	M	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	2	3	3	4	4
397	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	3	4	3	4	2	4	3	4
398	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	1	0	4	2	2	3	2	0	3	3
399	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	2	2	3	4	3	0	3	3	3	3
400	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	3	4	3	4	3	3	2	4
401	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	2	3	4	4	3	4	3	4	2	3
402	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	3	4	4	3	3	4	3	3
403	M	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4
404	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4
405	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3
406	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4
407	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	0	2	3	2	2	2	4	4	4
408	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4
409	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3
410	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4
411	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	4	3	0	4	4
412	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2
413	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	2	2	3	4	4	4	1	2	4	4
414	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	4	3	3	3	3	4	3	4
415	M	46-55	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
416	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4
417	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	4	3	3	4	4
418	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	0	4	0	0	0	4	4	4	0
419	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4
420	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	2	4	3	3	2	4	4	4
421	M	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	3	4	3	3	4	0	4	4
422	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	4	3	2	3	3	3	2	3	3	3

No.	Género	Edad	Profesión	Sector	Hospital	Experiencia en extranjero	Preguntas									
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
423	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	3	3	3	2	3	4	3	3
424	M	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4
425	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4
426	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	3	3	4	3	2	4	4	4
427	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4
428	M	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4
429	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4
430	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	0	0	3	3	4	3
431	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
432	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	4	4	3	4	2	4	4	4
433	M	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	2	3	3	2	2	2	4	2	4
434	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3
435	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	3	3	2	3	2	3	3	3
436	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	4	4	4	3	2	3	4	4
437	M	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4
438	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4
439	M	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4
440	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3
441	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	1	4	4	4	4	3	3	3
442	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	4	3	4	0	4
443	F	46-55	Enf.	Púb	Roos.	No	3	0	4	4	4	4	2	3	3	4
444	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	3	3	3	4	1	4	4	4
445	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4
446	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	3	0	3	3	3	3	3	3	4	4
447	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	4	4	4	4	1	4	1	4
448	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	4	4	4	4	1	3	3	4
449	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	2	3	3	3	2	1	0	3	3
450	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4
451	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	4	4	4	4	1	4	4	4
452	M	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	0	2	3	3	4	3	4	4	4
453	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	0	4	4	4	1	4	4	4
454	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	2	3	0	3	3	3
455	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	2	2	2	4	4	4
456	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
457	M	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	2	4	4	4	3	4	2	4
458	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	4	4	4	4	2	4	4	4
459	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	3	4	3	4	1	3	3	3
460	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	4	2	0	4	4
461	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	1	3	3	4	1	4	4	4

No.	Género	Edad	Profesión	Sector	Hospital	Experiencia en extranjero	Preguntas									
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
462	F	46-55	Enf.	Púb	Roos.	No	4	3	4	3	4	4	3	4	3	1
463	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	4	3	4	0	3	4	3	4
464	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3
465	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	3	4	4	3	2	4	3	4
466	F	46-55	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	0	0	3	3	2	3	0	4
467	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4
468	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	4	4	3	3	2	4	4	4
469	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4
470	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	3	2	4	4	4
471	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4
472	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4
473	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	4	4	3	3	2	0	4	4
474	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	1	0	3	4	4	4	4	4
475	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4
476	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4
477	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3
478	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4
479	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4
480	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	1	1	1	3	4	4
481	F	>56	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	2	3	3	2	2	4	3	3
482	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	3	1	4	3	4	2	2	4	4	4
483	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	1	1	1	1	1	1	4	4	1
484	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	1	4	3	4	4	4	3	4	4	4
485	F	46-55	Enf.	Púb	Roos.	No	3	0	3	4	1	1	1	3	4	4
486	F	46-55	Enf.	Púb	Roos.	No	4	3	3	4	4	3	4	3	4	3
487	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3
488	F	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	3	3	3	0	3	4	3	4
489	M	18-25	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3
490	F	46-55	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	4	4	4	0	2	4	3	3
491	F	36-45	Enf.	Púb	Roos.	No	4	3	0	4	3	0	3	4	4	4
492	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	0	4	3	3	3	1	3	3	3
493	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	2	3	2	1	1	3	4	4
494	M	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	2	2	3	3	2	3	4	4	4
495	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	3	3	3	3	4	2	4	4	4
496	F	26-35	Enf.	Púb	Roos.	No	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4

Anexo 4

Lo siguiente es una copia fiel de todos los comentarios y observaciones realizadas por escrito en las encuestas enumeradas.

- 8 *El numeral 8 enfatiza desconocimiento por no poder asistir a capacitaciones debido al horario de trabajo y ritmo laboral (no autoriza la dirección)*
- 11 *El papel del farmacéutico está cambiando activamente hasta ahora, ha costado esfuerzo continuo abrirnos campo en la farmacia hospitalaria*
- 13 *Con respecto a la colaboración, hay médicos que aceptan sugerencias y otros que no, pero de igual forma se hace la observación.*
- 19 *La metodología de seguimiento farmacoterapéutico no me parece la mejor herramienta para brindar atención farmacéutica. Hay otras alternativas más efectivas.*
- 24 *Deberían haber reuniones programadas mensualmente con el equipo de enfermería y médico*
- 26 *Mejorar la capacitación acerca de dosis, vía y duración de vida del medicamento.*
- 27 *En definitiva, el farmacéutico debe estar presente en la visita médica. Eso ayudaría al paciente y al personal médico.*
- 32 *En pregunta #9 habría que especificar a que se refiere con contacto directo con el paciente y a que área hospitalaria se refiere en cuestión de paciente hospitalizado y/o paciente ambulatorio*
- 45 *Exista: Mejorar participación y aceptar sugerencias*
- 51 *El farmacéutico debe estar enterado del tratamiento de paciente y cuáles y por qué son los cambios del médico en el tratamiento.*
- 60 *El farmacéutico en esta unidad NO tiene ningún contacto con el paciente, es decir, ninguna función clínica. Su función es administrativa.*
- 68 *Creo que las licenciadas o farmacéuticos deberían de tener más comunicación con el personal médico y de enfermería para poder discutir sobre algunas reacciones adversas que pueda dar los medicamentos, dar a conocer sobre la administración del mismo, RAM y en cuanto tiempo se debe administrar y como se va a diluir.*
- 71 *En esta institución, el farmacéutico tiene muy poca relación con los servicios.*
- 72 *La persona que ocupa el cargo de farmacéutico tiene que tener mucha experiencia por la dosis y los medicamentos que manejan.*
- 73 *Debería de mejorar la calidad de los medicamentos ya que por ser de mala calidad, los pacientes no mejoran.*
- 74 *El personal de farmacia debe estar más informado sobre diagnósticos para poder dar mejor información con dosis y vías para administrar.*

- 78 *En nuestra Guatemala no se tiene esa relación que debiera existir debido a que no nos educaron para mantener esa relación.*
- 84 *Personal responsable del puesto debería tener toma de decisiones a nivel alto, ya que está sujeto a la Lcda. De farmacia.*
- 85 *Muestra interés cuando es necesario*
- 93 *Las recomendaciones las hemos recibido solamente de los médicos y programas no ha habido.*
- 95 *Pregunta 2: No es su función. Solo el personal técnico tiene interrelación con enfermería.*
- 99 *De los jóvenes de farmacia con los que he tratado son amables y colaboradores. Seguir igual con su dinamismo.*
- 101 *A veces ni siquiera ellos conocen los medicamentos*
- 105 *Es lamentable que en el IGSS el farmacéutico se entrampe en papeles que no le dejan cumplir su función cerca del paciente y dirigiendo la terapéutica.*
- 108 *Creo que aparte de todo lo mencionado deberían tener los medicamentos necesarios para mejorar la salud de los usuarios.*
- 111 *Generalmente la falta de personal dificulta que el farmacéutico acompañe la visita médica.*
- 113 *Enfermería por lo general obtiene la información al respecto porque se rige a los diagnósticos y órdenes médicas.*
- 114 *Sí debe pasar visita con médicos para conocer reacciones.*
- 117 *Pienso que debería estar más pendiente de los medicamentos que le ordenan a los pacientes y verificar la existencia de los mismos.*
- 118 *En ocasiones he escuchado y observado que los farmacéuticos no saben el origen y para que sirven los medicamentos que distribuyen.*
- 136 *En el tiempo que trabajo aquí no he tenido información de programas o informaciones de personal de farmacia.*
- 138 *Depende del jefe que tengan por la experiencia de ellas para adiestrar al personal. Son existentes ellas y no toman parejo al personal, deben de dar cursos: Farmacología cambia diariamente, medicamentos que no saben ni para que se usan, relaciones en equipo*
- 141 *Se debería compartir charlas sobre medicamentos, dosis/horas y el uso del mismo.*
- 142 *Más conocimiento, más acercamiento y docencia.*
- 145 *Las diferentes disciplinas que hay en un hospital deben de tener relación de doble vía para el beneficio del paciente.*
- 153 *Que bueno que se preparen para brindar una mejor calidad de todo*
- 168 *En práctica, poca relación con el farmacéutico*
- 174 *En Guatemala, hay muy poca atención del farmacéutico al paciente en Farmacias fuera del hospital mientras que en el extranjero, la comunicación con el paciente y el médico es mucho más abundante.*
- 182 *Creo que el tx. Farmacológico va de la mano con la atención médica por lo que debería tener más relación una con la otra para brindar una adecuada atención.*
- 184 *Considero que la función del farmacéutico no es la adecuada en Guatemala*

- 194 *Yo no creo que sea necesario que el farmacéutico debería tener participación más activa con el paciente porque el doctor tratante lleva a cabo su tratamiento.*
- 196 *Es muy importante realizar esta clase de encuestas para hacer valer la participación del personal farmacéutico con el personal y usuario para adquirir más conocimientos de los medicamentos.*
- 199 *Que bueno que se preocupen por que todo el personal que esté relacionado a la administración y despacho de fármacos estemos actualizados.*
- 200 *Que esté enterado tal vez no de un todo pero de los Tx, diagnósticos más frecuentes y más conocidos*
- 211 *El farmacéutico tiene más contacto con los médicos, con enfermería no tanto*
- 223 *Fala más involucramiento y uso de libros de compatibilidad farmacéutica*
- 242 *Durante las rotaciones y servicios del hospital, solo hubo 1 servicio en el cual se observó interacción con el farmacéutico.*
- 247 *En los servicios debería haber personal de farmacia como apoyo relacionado a sus tratamientos*
- 259 *Considero que el farmacéutico debería de estar de una forma más abierta con el médico para congeniar en el bien del paciente.*
- 262 *nE nuestro medio público y privado existe una relación profesional muy pobre entre médicos y farmacéuticos. Mi mayor relación fue en industria farmacéutica en investigación.*
- 265 *Laboro en Q ITR donde hace 2 años considero de suma importancia que el farmacéutico sea parte de las visitas diarias.*
- 270 *Nunca he hablado con un farmacéutico.*
- 300 *Nunca tenemos contacto con los farmacéuticos.*
- 314 *Creo que el farmacéutico a veces se toma atribuciones con los pacientes que no le corresponden. La indicación de un medicamento no se da por un tipo de enfermedad, sino por el mecanismo de acción que va de acuerdo a las necesidades y metabolismo del pacientes.*
- 315 *Dentro de los servicios la comunicación entre farmacia y residentes es poca sino nada, todo el contacto se hace por medio de enfermería. Eso se debería cambiar.*
- 351 *Considero que nosotros como internos deberíamos de interactuar con los estudiantes de farmacia, posiblemente durante la visita.*
- 354 *No conozco a ni un farmacéutico*
- 357 *Realmente aquí la relación entre médicos-farmacéuticos no se da*
- 369 *Sería importante tener contacto con los pacientes para saber la tolerancia de los medicamentos.*
- 376 *Es útil el conocimiento de los farmacéuticos para el seguimiento del tratamiento.*
- 392 *Deberían de tener más contacto con el paciente.*
- 394 *Lo ideal sería que existiera un plan de orientación a personal de primer ingreso o personal antiguo por ejemplo: pláticas, videos, resúmenes de adelantos, en cuanto a nuevos medicamentos, RAM, etc.*
- 398 *De todas esas preguntas, ninguna se lleva a cabo a nivel hospitalario.*
- 404 *Todo farmacéutico tiene que estar atento al paciente para elaborar un buen trabajo.*

- 407 *Los farmacéuticos deberían tener más contacto directo con el personal y pacientes, para aclarar cualquier duda o comentario.*
- 411 *A veces falta un poco de comunicación tanto con pacientes, enfermería y médicos.*
- 414 *Que también se comuniquen con auxiliares de enfermería y no solo con graduado y médico.*
- 427 *Proporcionar al personal de salud contenidos estándar de información farmacéutica para sintonizar los conocimientos.*
- 445 *Necesito que nos den más comentarios sobre pacientes*
- 474 *Brindar más información*
- 475 *Está muy bien que se realicen encuestas*
- 476 *Que más personal de salud se interese por la salud del paciente y no solo llegar a trabajar por ganar dinero si no que tener un trato mucho más humanizado*
- 481 *Se emplea medio tiempo en anotaciones de medicamentos de rutina en hojas creadas. A veces no da tiempo de anotar, baja el stock. Sería mejor trabajar con unidosis y que el personal farmacéutico se encargue de dicho control.*
- 490 *Los farmacéuticos debieran entrevistar a pacientes concientes y orientados sobre efectos secundarios de los medicamentos, reacciones, y si está mejorando su estado de salud.*
- 494 *La forma y uso del fármaco en el servicio de observación de adultos es nula. Su función es despachar medicamentos*
- 496 *La comunicación bilateral es importante ya que con ello se le brinda una mejor atención al paciente.*

Anexo 5

Cuadro 6. Prueba *t* de significancia para comparar la relación de colaboración según el género

	<i>F</i>	<i>M</i>
Media	11.9065	11.8343
Varianza	5.86624	4.78273
Observaciones	321	175
Varianza compuesta	5.4846	
Diferencia de medias	0	
df	494	
t Stat	0.32835	
Valor p	0.37139	
t Crítico	1.64794	

Cuadro 7. Prueba *t* de significancia para comparar la comunicación según el género

	<i>F</i>	<i>M</i>
Media	5.65732	5.54286
Varianza	3.2197	2.28407
Observaciones	321	175
Varianza compuesta	2.89015	
Diferencia de medias	0	
df	494	
t Stat	0.71654	
Valor p	0.237	
t Crítico	1.64794	

Cuadro 8. Prueba *t* de significancia para comparar la Atención Farmacéutica según el género

	<i>F</i>	<i>M</i>
Media	12.2648	12.1086
Varianza	4.76404	4.15481
Observaciones	321	175
Varianza compuesta	4.54945	
Diferencia de medias	0	
df	494	
t Stat	0.77948	
Valor p	0.21804	

t Crítico 1.64794

Cuadro 9. Prueba *t* de significancia para comparar los resultados según el género

	<i>F</i>	<i>M</i>
Media	11.90654	11.83429
Varianza	5.866238	4.782726
Observaciones	321	175
Varianza compuesta	5.484596	
Diferencia de medias	0	
df	494	
t Stat	0.328348	
Valor p	0.371394	
t Crítico	1.647944	

Cuadro 10. Análisis de varianza para comparar la relación de colaboración según la edad

RESUMEN

<i>Grupos</i>	<i>Conteo</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>
18 a 25	147	1774	12.068	5.05014
26 a 35	211	2516	11.924	4.70851
36 a 45	92	1076	11.696	6.5657
46 a 55	33	384	11.636	7.86364
>56	13	143	11	9.5

ANOVA

<i>Fuente de variación</i>	<i>SS</i>	<i>Df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>F crit</i>
Entre grupos	20.7608	4	5.1902	0.94763	0.436	2.39
Dentro de los grupos	2689.22	491	5.477			
Total	2709.98	495				

Cuadro 11. Análisis de varianza para comparar la comunicación según la edad

RESUMEN

<i>Grupos</i>	<i>Conteo</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>
18 a 25	147	813	5.53061	2.52474
26 a 35	211	1175	5.56872	2.94168
36 a 45	92	544	5.91304	2.80554
46 a 55	33	191	5.78788	2.98485
>56	13	63	4.84615	6.14103

ANOVA

<i>Fuente de variación</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>F crit</i>
Entre grupos	18.3401	4	4.58503	1.59564	0.1742	2.3901
Dentro de los grupos	1410.88	491	2.87348			

Total	1429.22	495
-------	---------	-----

Cuadro 12. Análisis de varianza para comparar la Atención Farmacéutica según la edad

RESUMEN						
<i>Grupos</i>	<i>Conteo</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>		
18 a 25	147	1786	12.1497	5.18293		
26 a 35	211	2591	12.2796	3.74525		
36 a 45	92	1128	12.2609	5.33779		
46 a 55	33	398	12.0606	4.24621		
>56	13	153	11.7692	6.69231		
ANOVA						
<i>Fuente de variación</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>F crit</i>
Entre grupos	5.05809	4	1.26452	0.27654	0.89313	2.3901
Dentro de los grupos	2245.14	491	4.57258			
Total	2250.19	495				

Cuadro 13. Análisis de varianza para comparar los resultados según la edad

RESUMEN						
<i>Grupos</i>	<i>Conteo</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>		
18 a 25	147	4373	29.7483	24.2444		
26 a 35	211	6282	29.7725	19.3766		
36 a 45	92	2748	29.8696	25.0377		
46 a 55	33	973	29.4848	25.0076		
>56	13	359	27.6154	40.4231		
ANOVA						
<i>Fuente de variación</i>	<i>SS</i>	<i>Df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>F crit</i>
Entre grupos	62.0891	4	15.5223	0.6822	0.6046	2.3901
Dentro de los grupos	11172.5218	491	22.7546			
Total	11234.6109	495				

Cuadro 14. Análisis de varianza para comparar la relación de colaboración según la profesión

RESUMEN						
<i>Grupos</i>	<i>Conteo</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>		
Enfermero	240	2924	12.1833	6.64407252		
Médico	236	2724	11.5424	4.26628201		
QF	20	245	12.25	3.56578947		
ANOVA						
<i>Fuente de variación</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>F crit</i>
Entre grupos	51.722	2	25.8611	4.79619623	0.0087	3.01401
Dentro de los grupos	2658.3	493	5.39201			

Total 2710 495

Cuadro 15. Análisis de varianza para comparar la comunicación según la profesión

RESUMEN						
<i>Grupos</i>	<i>Conteo</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>		
Enfermero	240	1418	5.90833	3.28863		
Médico	236	1236	5.23729	2.3009		
QF	20	132	6.6	1.51579		
ANOVA						
<i>Fuente de variación</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>F crit</i>
Entre grupos	73.7225	2	36.8613	13.4066	2.1E-06	3.01401
Dentro de los grupos	1355.5	493	2.74948			
Total	1429.22	495				

Cuadro 16. Análisis de varianza para comparar la Atención Farmacéutica según la profesión

RESUMEN						
<i>Grupos</i>	<i>Conteo</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>		
Enfermero	240	2982	12.425	4.37929		
Médico	236	2762	11.7034	3.80952		
QF	20	312	15.6	0.35789		
ANOVA						
<i>Fuente de variación</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>F crit</i>
Entre grupos	301.506	2	150.753	38.1392	4E-16	3.01401
Dentro de los grupos	1948.69	493	3.95271			
Total	2250.19	495				

Cuadro 17. Análisis de varianza para comparar los resultados según la profesión

RESUMEN						
<i>Grupos</i>	<i>Conteo</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>		
Enfermero	240	7324	30.5167	24.870014		
Médico	236	6722	28.4831	17.833754		
QF	20	689	34.45	7.3131579		
ANOVA						
<i>Fuente de variación</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>F crit</i>
Entre grupos	960.795	2	480.398	23.052395	2.687E-10	3.0140
Dentro de los grupos	10273.8	493	20.8394			
Total	11234.6	495				

Cuadro 18. Prueba *t* de significancia para comparar la relación de colaboración según el sector donde labora el profesional

	<i>Privado</i>	<i>Público</i>
Media	12.1129	11.8479
Varianza	7.11819	5.24703
Observaciones	62	434
Varianza compuesta	5.47808	
Diferencia de medias	0	
Df	494	
t Stat	0.83386	
Valor p	0.20238	
t Crítico	1.64794	

Cuadro 19. Prueba *t* de significancia para comparar la comunicación según el sector donde labora el profesional

	<i>Privado</i>	<i>Público</i>
Media	5.87097	5.58065
Varianza	3.13062	2.84914
Observaciones	62	434
Varianza compuesta	2.8839	
Diferencia de medias	0	
Df	494	
t Stat	1.25919	
Valor p	0.10428	
t Crítico	1.64794	

Cuadro 20. Prueba *t* de significancia para comparar la Atención Farmacéutica según el sector donde labora el profesional

	<i>Privado</i>	<i>Público</i>
Media	11.9677	12.2442
Varianza	4.3596	4.573
Observaciones	62	434
Varianza compuesta	4.54665	
Diferencia de medias	0	
Df	494	
t Stat	-0.9551	
Valor p	0.17	
t Crítico	1.64794	

Cuadro 21. Prueba *t* de significancia para comparar los resultados según el sector donde labora el profesional

	<i>Privado</i>	<i>Público</i>
Media	29.9516	29.6728
Varianza	26.5714	22.1929
Observaciones	62	434
Varianza compuesta	22.7336	
Diferencia de medias	0	
df	494	
t Stat	0.43069	
Valor p	0.33344	
t Crítico	1.64794	

Cuadro 22. Análisis de varianza para comparar la relación de colaboración según el hospital donde labora el profesional

RESUMEN						
<i>Grupos</i>	<i>Conteo</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>		
El Pilar	62	751	12.1129	7.11819		
IGSS	124	1426	11.5	6.43089		
Roosevelt	289	3446	11.9239	4.70252		
UNOP	21	270	12.8571	4.42857		
ANOVA						
<i>Fuente de variación</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>F crit</i>
Entre grupos	41.8755	3	13.9585	2.57395	0.05336	2.62303
Dentro de los grupos	2668.11	492	5.42298			
Total	2709.98	495				

Cuadro 23. Análisis de varianza para comparar la comunicación según el hospital donde labora el profesional

RESUMEN						
<i>Grupos</i>	<i>Conteo</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>		
El Pilar	62	364	5.87097	3.13062		
IGSS	124	708	5.70968	3.10202		
Roosevelt	289	1580	5.46713	2.68034		
UNOP	21	134	6.38095	3.04762		
ANOVA						
<i>Fuente de variación</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>F crit</i>
Entre grupos	23.8115	3	7.93717	2.77862	0.04067	2.62303
Dentro de los grupos	1405.41	492	2.85652			
Total	1429.22	495				

Cuadro 24. Análisis de varianza para comparar la Atención Farmacéutica según el hospital donde labora el profesional

RESUMEN						
<i>Grupos</i>	<i>Conteo</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>		
El Pilar	62	742	11.9677	4.3596		
IGSS	124	1496	12.0645	4.89011		
Roosevelt	289	3554	12.2976	4.28614		
UNOP	21	264	12.5714	6.85714		
ANOVA						
<i>Fuente de variación</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>F crit</i>
Entre grupos	11.223	3	3.74101	0.82206	0.4821	2.62303
Dentro de los grupos	2238.97	492	4.55075			
Total	2250.19	495				

Cuadro 25. Análisis de varianza para comparar los resultados según el hospital donde labora el profesional

RESUMEN						
<i>Grupos</i>	<i>Conteo</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>		
El Pilar	62	1857	29.9516	26.5714		
IGSS	124	3630	29.2742	25.664		
Roosevelt	289	8580	29.6886	20.6388		
UNOP	21	668	31.8095	19.6619		
ANOVA						
<i>Fuente de variación</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Valor p</i>	<i>F crit</i>
Entre grupos	119.868	3	39.9561	1.76868	0.15221	2.62303
Dentro de los grupos	11114.7	492	22.5909			
Total	11234.6	495				

Cuadro 26. Prueba *t* de significancia para comparar la relación de colaboración con la experiencia en el extranjero

	<i>No</i>	<i>Sí</i>
Media	11.89862	11.7581
Varianza	5.444663	5.76018
Observaciones	434	62
Varianza compuesta	5.483624	
Diferencia de medias	0	
df	494	
t Stat	0.442085	
Valor p	0.32931	
t Crítico	1.647944	

Cuadro 27. Prueba *t* de significancia para comparar la comunicación con la experiencia en el extranjero

	<i>No</i>	<i>Sí</i>
Media	5.64747	5.40323
Varianza	2.85234	3.12983
Observaciones	434	62
Varianza compuesta	2.8866	
Diferencia de medias	0	
df	494	
t Stat	1.05882	
Valor p	0.1451	
t Crítico	1.64794	

Cuadro 28. Prueba *t* de significancia para comparar la Atención Farmacéutica con la experiencia en el extranjero

	<i>No</i>	<i>Sí</i>
Media	12.2005	12.2742
Varianza	4.62716	4.03834
Observaciones	434	62
Varianza compuesta	4.55445	
Diferencia de medias	0	
df	494	
t Stat	-0.2545	
Valor p	0.39962	
t Crítico	1.64794	

Cuadro 29. Prueba *t* de significancia para comparar los resultados con la experiencia en el extranjero

	<i>No</i>	<i>Sí</i>
Media	29.7465	29.4355
Varianza	22.9518	21.1679
Observaciones	434	62
Varianza compuesta	22.7315	
Diferencia de medias	0	
df	494	
t Stat	0.48054	
Valor p	0.31553	
t Crítico	1.64794	