

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**Determinación de un Índice de Satisfacción de Atención Médica
basado en los Principios de Derechos Humanos para el Diseño de
un Plan Estratégico en la Consulta Externa del Cantón Eloy Alfaro**

AUTORA:

Vera Bayas Evelyn Lisbeth

Previo a la obtención del Grado Académico de:

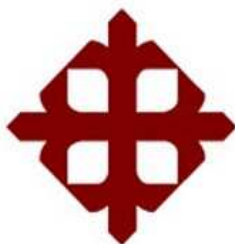
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TUTOR:

Ing. Rodríguez Villacis Diómedes Hernán, Ph.D.

Guayaquil, Ecuador

2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Obst. Evelyn Lisbeth Vera Bayas**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de: **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Ing. Diómedes Hernán Rodríguez Villacis, Ph.D.

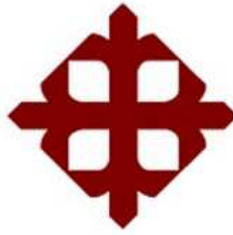
REVISORA

Econ. Glenda Mariana, Gutiérrez Candela, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza, Ph.D.

Guayaquil, a los 17 días del mes de septiembre del año 2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Evelyn Lisbeth Vera Bayas**

DECLARO QUE:

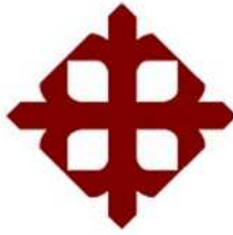
El Proyecto de Investigación “**Determinación de un Índice de Satisfacción de Atención Médica basado en los Principios de Derechos Humanos para el Diseño de un Plan Estratégico en la Consulta Externa del Cantón Eloy Alfaro**” previa a la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 17 días del mes de septiembre del año 2018

LA AUTORA

Evelyn Lisbeth Vera Bayas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

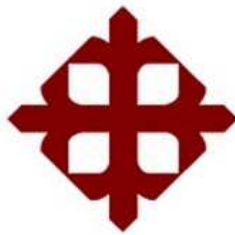
Yo, Evelyn Lisbeth Vera Bayas

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulado “**Determinación de un Índice de Satisfacción de Atención Médica basado en los Principios de Derechos Humanos para el Diseño de un Plan Estratégico en la Consulta Externa del Cantón Eloy Alfaro**” cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de septiembre del año 2018

LA AUTORA:

Evelyn Lisbeth Vera Bayas



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

Informe de Urkund

URKUND	
Documento	Evelyn Vera Bayas. (Correcciones Revisor) Sept 9.pdf (D41332390)
Presentado	2018-09-10 14:23 (-05:00)
Presentado por	evelynverabayas@gmail.com
Recibido	maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje	Correcciones de Revisora Mostrar el mensaje completo 2% de estas 53 páginas, se componen de texto presente en 4 fuentes.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil por haberme permitido ser parte de sus líderes en formación, brindándome no tan solo conocimientos profesionales, sino una familia destacada en el compañerismo y la bondad, enfocados en el desarrollo y la perseverancia. Recordándome siempre la importancia de la unidad en la familia.

Cada sacrificio valió la pena, y hoy tengo el honor de agradecer a cada una de las personas que apostaron por mis capacidades, sin duda son muchas, que de forma directa o indirecta han hecho posible con vuestros aportes mi culminación en este desafío emprendido, mi gratitud es eterna, vuestro apoyo fue significativo y sin duda el mejor motor.

En especial agradezco a Dios por brindarme vida y propósitos.

Gracias,

Evelyn.

DEDICATORIA

Por su infinito amor, siendo mi fuente de inspiración, motivación, y perseverancia este Proyecto de Investigación se lo dedico a mi mamá Rosita Llaneth Bayas Moncayo que con su constante sacrificio, dedicación y entrega ha sido la responsable de mi formación académica y personal.

Quien siempre ha estado convencida de mi capacidad, intelecto y entrega para culminar cualquier desafío que emprenda.

Quiero a su vez también dedicar este trabajo de culminación académica a mi tío Geovanny Bayas, y a mi novio Jair Silvera, por confiar en mí, permitiéndome seguir soñando.

Índice General

Índice de tablas	XII
Índice de figuras	XIII
Resumen	XIV
Abstract	XV
Introducción.....	1
Antecedentes	3
Problema de investigación.....	4
Formulación del Problema	6
Justificación.....	7
Preguntas de investigación	8
Objetivos de la investigación	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos.....	9
Hipótesis.....	9
Capítulo I.....	10
Marco Teórico – Conceptual	10
Fundamentación teórica de satisfacción del usuario	10
Teoría de Calidad de Servicio	12
Satisfacción usuaria en la literatura de la calidad de servicios de atención médica.....	13
Teoría de Salud como Derecho Humano	15
Principios de salud bajo el enfoque de Derechos Humanos.....	16
Planeación Estratégica en las Instituciones de Salud	18
Marco Conceptual	21
Marco Legal	24
Resumen	26

Capítulo II.....	28
Marco Referencial	28
Estudios de satisfacción usuaria en el contexto de servicios de salud.....	28
Estructura del Sistema de Salud en Ecuador	31
Primer Nivel de Atención	33
Conformación del primer nivel de atención de salud del Ecuador	35
Asignación de tiempos para los equipos de salud	36
Cantón Eloy Alfaro.....	37
Caracterización Geo - Demográfica	37
Oferta de Salud en el Cantón Eloy Alfaro	38
Resumen	41
Capítulo III.....	42
Metodología.....	42
Diseño de investigación.....	42
Alcance de la investigación	43
Marco muestral	44
Instrumentación y variables de estudio.....	46
Procedimientos	46
Técnicas estadísticas empleadas	48
Análisis de Resultados.....	51
Distribución de los datos	51
Características sociodemográficas de la muestra	55
Niveles de satisfacción por dimensión de calidad	58
Determinación de Índice de Satisfacción	61
Cálculo del Índice de Satisfacción General.....	65

Principales hallazgos	66
Capítulo IV	68
Propuesta	68
Visión	70
Misión.....	70
Valores.....	70
Ejes Estratégicos.....	70
Eje 1 Mejora en los elementos relacionados a la eficiencia en los procesos de atención médica	71
Eje 2 Reforzar el grado de aceptabilidad reportada por la población respecto los servicios médicos ofrecidos actualmente.	74
Eje 3 Lograr atención médica totalmente justa y equitativa con toda la población.	76
Eje 4 Mejorar las condiciones de accesibilidad, seguridad y disponibilidad en las instalaciones de atención médica.	77
Conclusiones	79
Recomendaciones	82
Apéndices	92
Apéndice A Cuestionario de satisfacción usuaria	92
Apéndice C Resultados de prueba de normalidad.....	94
Apéndice D Extracto de índices de satisfacción calculados a través de ACP, estandarizados y definitivos	97

Índice de tablas

Tabla 1 Estructura de Primer Nivel de Atención de Salud	21
Tabla 2 Estructura de Segundo Nivel de Atención de Salud	32
Tabla 3 Estructura de Tercer Nivel de Atención de Salud	32
Tabla 4 Estructura de Cuarto Nivel de Atención de Salud	33
Tabla 5 Asignación de tiempos para los equipos de salud	36
Tabla 6 Distribución de población por unidades operativas.....	39
Tabla 7 Número de atenciones médicas, odontológicas, psicológicas y obstétricas anuales.	40
Tabla 8 Número de atenciones médicas, odontológicas, psicológicas y obstétricas anuales de acuerdo a tipo de consulta	40
Tabla 9 Número de profesionales de salud	39
Tabla 10 Datos considerados para el cálculo de la muestra.....	43
Tabla 11 Operacionalización de variables	45
Tabla 12 Categorías de satisfacción de acuerdo a puntaje	47
Tabla 13 Interpretación coeficiente Alfa de Cronbach	48
Tabla 14 Tamaño de la muestra según parroquia	51
Tabla 15 Tamaño de la muestra según servicio recibido	52
Tabla 16 Número de observaciones de acuerdo a parroquia y servicio recibido	53
Tabla 17 Tamaño de la muestra de acuerdo a la recepción de medicamentos	54
Tabla 18 Tamaño de la muestra de acuerdo al género	56
Tabla 19 Número de observaciones de acuerdo a parroquia y género	57
Tabla 20 Edad promedio, mínimo y máxima de acuerdo a parroquia	57
Tabla 21 Niveles de satisfacción por dimensión de calidad	59
Tabla 22 Puntaje de satisfacción de las dimensiones de calidad de acuerdo a parroquia	61

Tabla 23 Puntaje de las dimensiones de respuesta dicótoma	61
Tabla 24 Medidas de fiabilidad y adecuación de muestreo de la escala de satisfacción usuaria	62
Tabla 25 Matriz de Componentes de Escala de Satisfacción Usuaría	63
Tabla 26 Niveles de satisfacción global de acuerdo al puntaje obtenido en el índice.....	64
Tabla 27 Niveles de satisfacción global de acuerdo a parroquia	64
Tabla 28 Identificación de deficiencias y fortalezas de acuerdo a principios de calidad	69
Tabla 29 Acciones específicas Eje estratégico 1	71
Tabla 30 Metas para el Eje estratégico 1	73
Tabla 30 Acciones específicas Eje estratégico 2	73
Tabla 32 Metas para el Eje estratégico 2	76
Tabla 33 Acciones específicas Eje estratégico 3	76
Tabla 34 Metas para el Eje estratégico 3	77
Tabla 35 Acciones específicas Eje estratégico 4	77
Tabla 36 Metas para el Eje estratégico 4.....	78

Índice de figuras

Figura 1 Ubicación del cantón Eloy Alfaro.....	37
Figura 2 División Parroquial del cantón Eloy Alfaro.	38
Figura 3 Distribución de población por unidades operativas.	39
Figura 4 Proporción de la muestra de acuerdo a servicio recibido	53
Figura 5 Proporción de la muestra de acuerdo a veces que acude al establecimiento de salud	54
Figura 6 Proporción de la muestra de acuerdo a recepción de medicamentos recetados	55
Figura 7 Proporción de la muestra de acuerdo a género	56
Figura 8 Histograma de la edad de la muestra de estudio	58
Figura 9 Índice de satisfacción general para cada establecimiento de salud.	66
Figura 10 Diagrama causa – efectos: causas de demora en consulta.	72
Figura 11 Diagrama de flujo de dispensación a pacientes.	73
Figura 12 Mapa de procesos de equipamiento y mantenimiento.	75

Resumen

Dentro del sector de la salud, la satisfacción de los pacientes ha tomado un papel cada vez más importante en los estudios de evaluación de calidad. Los principios basados en el enfoque de derechos humanos pueden servir de base para priorizar la satisfacción del paciente en la atención médica yendo más allá de la calidad en términos de técnica y diagnóstico. Así, el presente estudio tuvo como objetivo principal determinar un índice de satisfacción en base a los principios de derechos humanos para la propuesta de un plan estratégico para la mejora en la atención médica del Cantón Eloy Alfaro. A través de un instrumento de evaluación de satisfacción usuaria aplicado a 878 participantes y compuesto de dimensiones como el tiempo de espera, el trato del personal, la adecuación de las instalaciones, acceso, la privacidad y la discriminación, se pudo determinar que a nivel global la muestra reportó altos niveles de satisfacción respecto a los servicios médicos en el cantón. Sin embargo, se reportaron algunos casos de poca privacidad en el proceso de consulta y casos de discriminación. En base a estos resultados, se desarrolla un plan estratégico compuesto de cuatro ejes que pretenden dar respuesta a los principios como la accesibilidad, aceptabilidad, equidad, y disponibilidad de los servicios de atención médica en el distrito mencionado.

Palabras clave: Satisfacción, derechos humanos, cantón Eloy Alfaro, plan estratégico.

Abstract

Within the health sector, patient satisfaction has taken an increasingly important role in quality assessment studies. The principles based on the human rights approach can serve as a basis for prioritizing patient satisfaction in medical care, going beyond quality in terms of technique and diagnosis. Thus, the main objective of this study was to determine an index of satisfaction based on the principles of human rights for the proposal of a strategic plan for the improvement of medical care in the Eloy Alfaro Canton. Through a user satisfaction assessment instrument applied to 878 participants and composed of dimensions such as waiting time, treatment of staff, adaptation of facilities, access, privacy and discrimination, it was determined that globally the sample reported high levels of satisfaction regarding medical services in the canton. However, some cases of little privacy in the consultation process and cases of discrimination were reported. Based on these results, a strategic plan is developed consisting of four axes that seek to respond to the principles such as accessibility, acceptability, equity, and availability of health care services in the aforementioned district.

Keywords: Satisfaction, human rights, canton Eloy Alfaro, strategic plan.

Introducción

La atención al usuario es un conjunto de atributos físicos y tangibles reunidos en una forma identificable que satisfacen las necesidades de los seres humanos vinculados a los productos y servicios que se ofrecen. Dentro del sector de la salud, la satisfacción de los pacientes ha tomado un papel cada vez más importante en los estudios de evaluación de calidad. De hecho, la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2000, citado por Nieto et al., 2017) ha tomado como prioridades de los servicios de la salud variedad de aspectos, dentro de los cuales también se incluyen temas no técnicos o no clínicos, tales como otros relacionados a la atención percibida de los usuarios.

La satisfacción es un estado y un constructo de juicio de evaluación, ya que se comparan los objetivos y expectativas contra los resultados obtenidos (Hernández, 2011). Por ello, el interés de medir los niveles de satisfacción en los pacientes se ha ido transformando en una prioridad para los profesionales y directivos de la salud y también en una importante línea de investigación en el campo científico académico.

Bajo este argumento, el presente estudio tuvo como objetivo central, determinar un índice de satisfacción basado en el enfoque de principios de derechos humanos. Este enfoque permite reconocer y realizar un acercamiento a temas como las inequidades de acceso a la salud, tema muy cercano a las condiciones de vida y que ahora está en la vertiente principal del pensamiento salubrista. A la par, se analizan conceptos muy relacionados a la calidad tales como eficiencia, eficacia, accesibilidad, entre otros. Todo ello, permite realizar un análisis más profundo de lo que conlleva definir un servicio de atención médica de calidad que garantice la satisfacción y bienestar de los usuarios.

Así, para el alcance del objetivo de investigación el presente trabajo se estructura en cuatro capítulos.

El primer capítulo corresponde al Marco Teórico – Conceptual, en este se aborda teorías sobre la satisfacción del consumidor de manera general y satisfacción del paciente en el

contexto de los servicios médicos. Además, se detallan los términos relacionados a los principios humanos de salud y también aquellos relacionados a la calidad. También, se explica la estrecha relación entre calidad y satisfacción. Por último, se desarrolla el marco conceptual que define todos los términos abordados en las teorías expuestas.

El segundo capítulo expone el Marco Referencial, en este se presentan los avances en la línea de investigación de satisfacción usuaria en los servicios de salud en los últimos cinco años. Además, en este acápite se detalla el contexto de estudio; es decir, se describe el cantón Eloy Alfaro y su actual situación respecto a la oferta de servicios de salud.

El tercer capítulo presenta la Metodología y Análisis de Resultados. En este, se detalla los procedimientos y métodos necesarios para la determinación o construcción del índice de satisfacción que sirve como medida de evaluación de los servicios de salud de diferentes unidades médicas en el Cantón Eloy Alfaro. En base a dicho método, se desarrollan los resultados, los cuales se presentan de manera sistémica y ordenada en: caracterización de la muestra y diagnóstico de satisfacción respecto a los servicios médicos.

El cuarto capítulo expone la propuesta frente a los hallazgos derivados del diagnóstico mediante el índice de satisfacción. Las acciones de mejora se estructuran bajo un plan estratégico que pretende aportar con soluciones a las deficiencias encontradas en el análisis de datos del presente estudio.

Antecedentes

La salud como un derecho humano se estableció en la Constitución de la OMS de 1948 la cual declaró que el disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y este mandato ha enmarcado el trabajo de la organización para promover los derechos humanos en la salud mundial en los últimos 70 años (Meier, 2017). Este enfoque permite observar a la salud como una parte esencial de las condiciones de vida de una población. Y, permite colocar a la salud como una prioridad y por ende establecer estándares cada vez más alta en la calidad de los servicios médicos que son la herramienta principal para la garantía de este derecho. A pesar de este importante reconocimiento, la Asociación Americana de Salud Pública (AAPA, 2008) sostiene que existen adversidades socioculturales, económicas, políticas y ambientales que continúan plagando las comunidades e infectando los sistemas de salud, lo que provoca crisis de salud pública y disparidades de salud duraderas, colocando a las poblaciones vulnerables en mayor riesgo de mortalidad.

El establecimiento de la salud como un derecho humano se halla en la literatura en primer lugar en 1946 descrita por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Sin embargo, Hunt (2016) explicó que este tema no estuvo sujeto a tratamiento académico hasta más de 30 años después. También, este autor enfatiza que el primer director general de la OMS, Brock Chisholm, fue un enérgico defensor del derecho a la salud, y fue en parte gracias a su liderazgo que el derecho estaba firmemente establecido en la Carta de Derechos Internacional. Para Susser (1993) la salud como un derecho implica que la salud no es un destino dado, ni inmutable, y para el autor este hecho, en su campo más complejo, puede ser revisado desde un punto epistemológico y este análisis es útil cuando se lo aplica en la mejora de la salud pública.

En el contexto de Ecuador, esta visión fue plasmada en la Constitución de 2008. Este reconocimiento tiene consecuencias importantes; es decir, por ser un derecho constitucional tiene un significado independiente y más allá de la naturaleza o el estatus de los derechos económicos y sociales y por tanto obliga al legislador a rechazar ciertas leyes e instituir normas (Figuroa, 2013). En cuanto a las normas, “el legislador y cualquier otra autoridad con competencia normativa tiene el deber de desarrollar y no restringir el derecho a la salud” (Ávila, 2012, p. 18).

A su vez, es importante reconocer que dentro del enfoque basado en los derechos humanos como garantía de la salud la calidad es uno de los ejes más relevantes. Este aspecto, ha sido uno de los más revisados en el contexto de la atención médica. La calidad es un concepto amplio y complejo en los servicios y en especial en los servicios médicos. Sin embargo, la satisfacción ha ido consolidándose como una medida efectiva de la calidad de la oferta de la atención médica, al considerar que la calidad percibida es una forma más real de evaluar la entrega del servicio médico. De hecho, la atención en la satisfacción del paciente debería ser vista como la meta y el resultado necesario en toda institución médica (Linder, 1982).

Problema de investigación

En la Región latinoamericana son grandes los desafíos que enfrentan los sistemas de salud. Problemas como condiciones crónicas, cambio climático, envejecimiento y cambios demográficos, inequidades y las barreras en los sistemas de salud están entre los principales problemas de acuerdo a la Organización Panamericana de Salud ([PAHO], 2017). Esta realidad no es ajena a Ecuador, donde varios indicadores de salud aún prevalecen en cifras preocupantes.

Además, en Ecuador, los sistemas de salud se han caracterizado por encontrarse fragmentados. Aunque se ha visto una mejora en el acceso de salud en diversos cantones, todavía persisten áreas rurales donde la accesibilidad a los servicios de salud no está

garantizada. La provincia de Esmeraldas a pesar de ser una provincia altamente visitada por turistas fue por muchos años una de las zonas más relegadas por gobiernos de turno, esto a pesar de encontrarse durante décadas en la zona de influencia de la Refinería de Esmeraldas. (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2017). El cantón Eloy Alfaro, localizado en esta provincia, se caracteriza por tener un alto porcentaje de población rural.

En este cantón, entre las principales problemáticas de los profesionales de la salud encargados de brindar atención integral a los usuarios de la consulta externa en las diferentes entidades públicas del primer nivel de atención, refieren que el tiempo asignado por paciente, es el principal impedimento al cumplimiento de la atención de calidad. Siendo para médicos, obstetrices, pediatras, y entre otros especialistas asignados de manera automática 20 minutos de atención por paciente en la consulta externa del primer nivel de salud bajo una moderna técnica implementada en los últimos tres años por el ministerio de salud pública denominado Contact Center, facilitando a los usuarios programar su cita médica, pero sin conocer o considerar la afectación lo que se traduce en la reducción de la calidad de atención.

En la consulta externa por paciente se manifiesta que el profesional lleva a cabo actividades como llenado de historia clínica, formularios, fichas médicas, ingresos a sistemas digitales, auscultación, diagnóstico, tratamiento, procedimientos, entre otros, por lo que ha sido alarmante para los médicos brindar a todos los usuarios una atención integral, de calidad, eficiente y eficaz, con equidad. Sin embargo, pacientes de los grupos prioritarios tales como embarazadas, discapacitados, existen protocolos y formularios específicos de atención que son de mayor complejidad. Aunque manifiestan que parte de los usuarios no prioritarios también son afectados.

En base a esta evidente problemática se han pronunciado organizaciones generando propuestas para llegar a modificar el tiempo de atención por usuario clasificándose según el tipo de atención y grupo prioritario, ya que la mayor afectación está enfocada en el área de

atención en los grupos prioritarios. A pesar que en el transcurso de los años se ha evidenciado manifestaciones de diferentes representantes de organizaciones tales como la Federación Médica Ecuatoriana, y la Federación Nacional de Obstetrices y Obstetras del Ecuador dando a conocer la afectación directa que sufren los usuarios en la calidad de atención otorgada por los profesionales de salud, de manera involuntaria ya que se encuentran sujetos a prestar servicios de salud en base a un determinado número de atenciones por día. Los mismos que son; veinticuatro atenciones de usuarios como número base o mínimo, con un máximo de treinta y dos atenciones por profesional.

Por lo que han realizado y expuesto propuestas de reformas, acordando realizar investigaciones en base al tema para poder contribuir a salvar muchas vidas, considerando que es un tema muy delicado e importante que pondría en riesgo la vida de los usuarios.

Formulación del Problema

¿Qué factores relacionados a los derechos humanos determinan la satisfacción de los pacientes en las unidades médicas del Cantón Eloy Alfaro?

Justificación

Este proyecto de investigación surge del interés de explicar los servicios de salud en el primer nivel de atención primaria. Para conocer la percepción cada vez más relevante de la calidad de políticas sociales en los pacientes y usuarios en general del sector público. Esto pone de relieve planteamientos para las políticas públicas de salud aceptando que un mayor grado de satisfacción de los pacientes, asociado a percepciones de mayor calidad en base a la necesidad, generan propuestas de beneficios acordes al acceso a la atención integral de salud, en la consulta externa del primer nivel de atención que garanticen el acceso digno y equitativo según las expectativas de cada uno de los demandantes de los servicios de salud pública.

Este trabajo tiene como propósito identificar los componentes principales de gestión orientados a los pacientes, que tienen incidencia en sus percepciones de calidad, como también los elementos del servicio que influirían en su satisfacción global. Estos resultados deben proporcionar una base útil desarrollar los aspectos de gestión, asociados a la percepción de satisfacción de los tiempos de espera a la atención en la consulta externa del primer nivel de salud del sector público que mejoren la calidad de atención al usuario y lograr elevar su nivel de satisfacción con el mismo. A su vez, estos pueden contribuir a mejorar los tiempos de atención de forma individual en base a los procedimientos y/o requerimiento suscitados por los pacientes, para así lograr mejorar la calidad de vida y el acceso a la atención integral de la salud.

A su vez se pretende crear un vínculo de confianza y satisfacción entre médico – paciente, facilitando un ambiente laboral libre de estrés para los profesionales de salud, incorporando actividades habituales de la mejora continua. De tal forma, se puede garantizar el trabajo eficiente y eficaz de cada uno de los profesionales de la consulta externa del primer nivel de salud, ejerciendo de manera digna, responsable y segura. A su vez, dichos logros se alienan

con el cumplimiento de los protocolos de salud y el Plan de Desarrollo Nacional 2017 – 2021 que refieren al acceso a la atención médica plena y sin barreras, con equidad.

Finalmente, el presente trabajo pretende contribuir a la línea de investigación de la institución en el sistema de progrado relacionada a la satisfacción en atención médica. Ampliando así las bases teóricas y empíricas que actualmente existen en la universidad. En especial, este campo de investigación permite consolidar un cúmulo de información y conocimiento que puede ser transferido a las instituciones médicas a través de sus mismos profesionales graduados y de la publicación continua de sus trabajos de investigación.

Preguntas de investigación

1. ¿Qué teorías refieren a la satisfacción usuaria en términos generales y en el contexto del sector de la salud?
2. ¿Cuál es la fundamentación teórica que establece los principios de la salud como un derecho humano?
3. ¿Cómo se define un plan estratégico en el contexto del sector de la salud?
4. ¿Qué instrumento es adecuado para la medición de la satisfacción usuaria en las unidades de atención médica del cantón Eloy Alfaro?
5. ¿Cuál es el nivel de satisfacción en la población del cantón Eloy Alfaro respecto a los servicios ofrecidos en las unidades médicas del distrito?
6. ¿Qué acciones se pueden tomar para la mejora de las condiciones actuales en los servicios de atención médica del cantón Eloy Alfaro?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar un índice de satisfacción en base a los principios de derechos humanos para la propuesta de un plan estratégico para mejorar la atención médica (área y centro de salud) del Cantón Eloy Alfaro.

Objetivos específicos

1. Construir un marco conceptual y referencial entorno a la satisfacción y calidad de servicios médicos y sus determinantes relacionados a los principios de derechos humanos.
2. Describir los estudios científicos actuales que se han llevado a cabo en la línea de investigación de satisfacción en la atención médica.
3. Determinar los niveles de satisfacción de los usuarios de los establecimientos de salud del Cantón Eloy Alfaro a través de la aplicación de un instrumento validado en el grupo de estudio.
4. Elaborar un plan estratégico para las mejoras del sistema de salud público de primer nivel.

Hipótesis

El enfoque de la salud como un derecho humano sirven como base para la determinación de la satisfacción usuaria en la atención médica de la población del Cantón Eloy Alfaro

Capítulo I

Marco Teórico – Conceptual

El presente capítulo expone las principales bases teóricas relacionadas a la satisfacción del cliente y la calidad entorno a los servicios de salud. Adicionalmente, se explica cómo el enfoque basado en los derechos humanos sirve como un eje fundamental para la garantía del acceso a la salud de calidad en la población. Por último, se desarrolló el marco conceptual en donde se presentan definiciones que permiten ampliar la comprensión de las teorías expuestas.

Fundamentación teórica de satisfacción del usuario

La literatura sobre comercialización y comportamiento del consumidor ha sugerido tradicionalmente que la satisfacción del cliente es un concepto relativo, y siempre se juzga en relación con un estándar (Olander, 1979). En consecuencia, se han postulado diversas teorías competitivas basadas en diversos estándares para explicar la satisfacción del cliente. Las teorías incluyen el paradigma expectativa-desconfirmación, la teoría de la disonancia y la teoría del contraste (Yüksel & Yüksel, 2008). Es importante señalar que la relación entre las expectativas y la satisfacción tienen sus bases en las teorías psicológicas (Haas, 1999):

La teoría de la expectativa – desconfirmación o teoría de la negatividad generalizada implica que los consumidores compran bienes y servicios con expectativas previas a la persecución sobre el rendimiento previsto. El nivel de expectativa se convierte en un estándar contra el cual se juzga el producto; es decir, una vez que se ha utilizado el producto o servicio, los resultados se comparan con las expectativas y si el resultado coincide con la expectativa, se produce la confirmación (Yüksel & Yüksel, 2001). Por el contrario, la falta de confirmación ocurre cuando hay una diferencia entre las expectativas y los resultados. Un cliente está satisfecho o insatisfecho como resultado de una diferencia positiva o negativa entre las expectativas y las percepciones. Por lo tanto, cuando el desempeño del servicio es

mejor de lo esperado inicialmente, hay una desconfirmación positiva entre las expectativas y el desempeño, esto resulta en satisfacción, y cuando el desempeño del servicio es el esperado, existe una confirmación entre las expectativas y las percepciones que también resulta en satisfacción. En contraste, cuando el desempeño del servicio no es tan bueno como se esperaba, hay una desconfirmación negativa entre las expectativas y las percepciones, lo que causa insatisfacción.

Por otro lado, la *teoría de la disonancia cognitiva* desarrollada por Festinger (1962) explica cómo un individuo puede atravesar por un malestar psicológico si sus pensamientos o ideas no son iguales a sus acciones. Rosero y Montalvo (2015) explicaron cómo este enfoque puede ser trasladado al consumidor o cliente y exponen la disonancia como un factor motivador en la toma de decisiones del consumidor pues este estado de disonancia acompaña al consumidor a lo largo del proceso de compra. Así, los autores explican que las empresas tienen la oportunidad de reducir la disonancia cognitiva en los consumidores respecto a su producto o servicio, o a su vez aumentar la disonancia cognitiva en los clientes respecto a los productos o servicios de sus competidores. Además, Cardozzo (1965, citado por Yüksel & Yüksel, 2001) explica que esta teoría sugiere que una persona que espera un producto de alto valor y recibe un producto o servicio de bajo valor reconocerá la disparidad y experimentará una disonancia cognitiva. Es decir, las expectativas no confirmadas crean un estado de disonancia o una incomodidad psicológica (Yi, 1990, citado por Yüksel & Yüksel, 2001). Finalmente, la teoría del contraste proporciona la base para hacer afirmaciones específicas sobre una relación particular entre esfuerzo, expectativa y evaluación (Alkilani, Ling & Abzakh, 2013). Como lo destaca Cardozo (1965, citado por Ganesh, Haslinda, & Santhi, 2016) la teoría del contraste muestra que, si se espera que un cliente obtenga un producto con menos valor, la persona analizará en detalle la diferencia entre el producto recibido y el producto esperado. Aparte de eso, la evaluación conduciría a una posible exageración del consumidor sobre la disparidad (Esmailpour, Zadeh & Hoseini, 2012).

Teoría de Calidad de Servicio

La teoría de la calidad sienta sus bases en la industria manufacturera (Dotchin & Oakland, 1992); es decir, parte de un enfoque de la producción. Sin embargo, muchos autores de parte de este enfoque tuvieron una gran influencia en los trabajos posteriores que fueron dirigidos específicamente a la calidad de servicio. Entre ellos, vale mencionar a exponentes clásicos de la teoría de la gestión de calidad tales como Juran (1964), Crosby (1979) y Deming (1982).

La investigación en la calidad de servicio inicia a partir de los años 70 pero no fue hasta los años 90 cuando tuvo una disciplina en crecimiento y de gran relevancia con autores exponentes Parasuraman, Berry y Zeithmal (1985). Esto se da en la época durante la cual el sector de servicios comienza a tener un crecimiento rápido en las economías desarrolladas (Ranawera & Sigala, 2015).

La importancia de citar a estos autores es que dentro de su marco teórico incluyen términos muy cercanos a la satisfacción, tales como la expectativa y la percepción del usuario. En el trabajo de mayor impacto de Parasuraman et al. (1985) se conceptualiza la calidad del servicio como una brecha potencial entre las expectativas y las percepciones de los clientes.

Así, a partir de este enfoque la calidad del servicio, se considera como un importante factor la satisfacción del cliente e intención de comportamiento (Lu, Berchoux, Marek & Chen, 2015). Numerosos estudios cuantitativos han demostrado que la calidad del servicio es un predictor de la satisfacción del cliente con instrumentos muy conocidos como el Servqual y Servperf (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988; Cronin & Taylor, 1992; RamseookMunhurrun y Naidoo, 2011). De tal manera, Wicks y Roethlein (2009) explican que la satisfacción significa proporcionar bienes y servicios que crean niveles específicos de valor percibido para el cliente, de modo que el cliente permanezca comprometido positivamente con la organización. En consecuencia, se puede establecer que la satisfacción

del cliente o usuario resulta una medida eficaz y confiable de la calidad, en especial en las industrias de servicios.

Satisfacción usuaria en la literatura de la calidad de servicios de atención médica

Varios investigadores han propuesto modelos de esperanza de valor y modelos alternativos basados en teorías tales como la teoría de la discrepancia, la teoría del cumplimiento y la teoría de la equidad como posibles explicaciones de la relación entre las expectativas y la satisfacción del paciente (Haas, 1999). Así mismo, Ross, Frommelt, Hazelwood y Chang (1987) describen cinco teorías que conceptualizan la interacción entre las expectativas y la experiencia que resultan en un consumidor satisfecho o insatisfecho. Entre ellas, la teoría de la asimilación sugiere que, si no se cumplen las expectativas, se producirá una incomodidad psicológica; la teoría del contraste; la teoría de la asimilación-contraste combina estas dos teorías; la teoría de negatividad generalizada y la teoría del nivel de adaptación la cual propone que los consumidores crean un nivel de adaptación basado en su experiencia. Según Ross et al. (1987) estas teorías han sido probadas en estudios de mercado, pero no parecen haber sido objeto de ninguna investigación empírica en el cuidado de la salud. Por ello, tanto Hass (1999) como Ross et al. (1987) en sus estudios utilizaron estos enfoques y teorías de expectativas para evaluar la satisfacción de pacientes; es decir, en el contexto de los servicios médicos.

En su estudio Aragon y Gesell (2003) dedicado al departamento de emergencias, además de la teoría anteriormente citada, incluyen en su literatura la teoría del proveedor primario. Esta teoría sugiere que, en esencia, la satisfacción o insatisfacción del paciente surge de la interrelación entre las expectativas de los pacientes y sus interacciones con sus proveedores primarios (Aragón, 2000). La teoría postula que la satisfacción del paciente es el resultado de una red subyacente de factores, tales como: el proveedor primario del paciente, los asociados del proveedor y el tiempo de espera. Los proveedores primarios tienen la mayor influencia en

los resultados, como la satisfacción, la confianza, las calificaciones de calidad y, potencialmente, algunos resultados clínicos (Guarisco & Bavin, 2008). La teoría en sí es generalizable, puede acomodar una gama de proveedores y entornos de atención médica, y enfatiza la importancia de la relación del proveedor del paciente y el efecto del proveedor primario en los resultados (Aragón, 2000).

La implicación de todas estas teorías es que el constructor de la satisfacción del paciente cubre todos los aspectos de la calidad del cuidado, particularmente los procesos interpersonales (Hawthorne, Sansoni, Hayes, Marosszeky & Sansoni, 2014). Así, de acuerdo a Hawthorne et al. (2014), una revisión de la literatura derivada de estas teorías revela que, si bien estas teorías se han puesto en práctica de diversas maneras, un modelo inclusivo global de satisfacción del paciente debe cubrir las siguientes dimensiones clave:

- a) Acceso adecuado a los servicios de salud, incluido el entorno en el que se desarrolla el tratamiento y el nivel de coordinación de la atención
- b) La provisión de información de salud
- c) La relación entre el paciente y el personal de atención médica, específicamente la empatía con el paciente
- d) Participación en la toma de decisiones con respecto al tratamiento de salud, incluidos los miedos asociados y el sentido de pérdida de control, así como el uso apropiado de terapias de tratamiento y medicamentos
- e) Satisfacción con el tratamiento proporcionado, es decir, la calidad técnica de la atención brindada
- f) La efectividad del tratamiento, incluida la medida en que el tratamiento cumple con las expectativas de atención del paciente y ayuda al paciente en su vida diaria

Teoría de Salud como Derecho Humano

El tema de los derechos humanos, más específicamente el derecho a la salud, es sin duda uno de los temas más controvertidos en el ámbito de la salud mundial; primero, porque mejorar la salud y garantizar la equidad en la salud para permitir a todas las personas alcanzar un nivel aceptable de salud es el objetivo central de los estados y, segundo, porque inevitablemente implica costos y abarca una serie de cuestiones relacionadas con la injusticia y la inequidad que enfrenta una porción significativa de la población mundial inmersa en un sistema neoliberal que excluye a millones de personas (Castillo, Garrafa, Cunha & Hellmann, 2017).

Cuando se refiere a la salud como un derecho humano la teoría centra su atención en la ética médica, la literatura trata sobre justicia y atención médica en términos de la distribución de los servicios de atención médica (Ruger, 2006). Es importante señalar también, que en algunos casos, las teorías existentes suponen que la salud humana no es una variable focal adecuada o apropiada para evaluar la justicia social y los derechos. Entre estas teorías caben señalar el Utilitarismo en la política de salud, la perspectiva libertaria de Nozick y teoría de la justicia de Rawls. Estos enfoques de acuerdo a Ruger (2006) son aquellos que aleja la salud como un factor clave para el cumplimiento de los derechos humanos. Por ejemplo, el utilitarismo toma en cuenta solo el bienestar agregado obviando las preocupaciones distributivas sobre los beneficios y las cargas en la sociedad y tolera grandes desigualdades para aumentar la utilidad social neta total o promedio (Ruger, 2006).

Por el contrario, Nunes, Nunes y Regor (2017) explican que la mayoría de las sociedades desarrolladas reconocen la existencia de un derecho básico a acceder a la asistencia sanitaria, considerándola un derecho positivo de bienestar e incluso puede ser uno de los logros más importantes de las sociedades plural y una expresión de la dignidad humana.

Principios de salud bajo el enfoque de Derechos Humanos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2000 estableció como compromiso el estudio permanente de las prioridades de los usuarios, entre las cuales se encuentran la calidad percibida y el cumplimiento efectivo de sus derechos, los cuales deberán ser considerados como el objetivo central de todos los sistemas de salud (Nieto et al., 2018). La OMS ha trabajado durante mucho tiempo para abordar los derechos humanos como parte de sus esfuerzos organizativos para dirigir y coordinar la salud mundial, desarrollar los derechos humanos relacionados con la salud a través de las Naciones Unidas y aplicar los derechos humanos en sus propias prácticas institucionales (Meier, 2017). El enfoque basado en los derechos humanos permite que estos sean incluidos en los programas políticas y actividades de los sistemas de salud.

El concepto de derechos humanos en la atención del paciente se refiere a la aplicación de los principios de los derechos humanos en el contexto del cuidado del paciente. Proporciona una alternativa de principios al creciente discurso de los derechos de los pacientes que ha evolucionado en respuesta a violaciones de los derechos humanos generalizadas y graves en entornos de salud y a diferencia de los derechos de los pacientes arraigados en el marco del consumidor, este concepto deriva de la dignidad humana inherente y aplica neutralmente los principios de derechos humanos universales y legalmente reconocidos, protegiendo tanto a los pacientes como a los proveedores y admitiendo limitaciones que pueden ser justificadas por las normas de derechos humanos (Cohen & Ezer, 2013) .

Cuando se refiere a la salud como un derecho, frecuentemente se la asocia con el acceso a atención médica y la adecuación de la infraestructura y equipamiento de los hospitales (OMS, 2011), estos dos aspectos son muy cercanos a la propuesta teórica de autores como Parasuraman et al. (1985) con los términos de accesibilidad y elementos tangibles como predictores de la satisfacción usuaria. Sin embargo, cuando se habla de derecho a la salud se

incluyen muchas otras dimensiones que pueden resultar factores significativos determinantes, no solo de la satisfacción del paciente, sino también del bienestar del individuo. Por ello, la inclusión de otros aspectos bajo el enfoque de derechos humanos permite un análisis más profundo de lo que conlleva la oferta de servicios de salud de calidad.

Entre uno de los elementos tratados por la OMS dentro de la salud como derecho se encuentra la no discriminación. La no discriminación es un principio clave de los derechos humanos y es crucial para el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud (OMS, 2011). Ortiz, Baeza, Salinas, Flynn y Betancourt (2016) en su estudio explican que la discriminación puede tener un efecto en el resultado de la atención médica y por tanto afectar la satisfacción del usuario.

Por otro lado, entre otros de los principios esenciales de la salud como derecho la OMS (2011) sostiene que todos los servicios e instalaciones de salud deben ser disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad. Por tanto, la atención médica debe cumplir los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Se considera que estos tienen un enorme potencial de garantía para la satisfacción de la población.

Extendiendo estos términos la disponibilidad y accesibilidad refiere a que las instalaciones, los bienes y los servicios de salud pública y de atención de la salud deben estar disponibles en cantidad suficiente dentro de un Estado, además estos deben ser accesibles físicamente para todos los sectores de la población, incluidos los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables, así como financieramente y sobre la base de la no discriminación (OMS, 2011). Además, la accesibilidad también implica el derecho a buscar, recibir e impartir información relacionada con la salud en un formato accesible.

Por otro lado, en cuanto al principio de aceptabilidad se explica que las instalaciones, bienes y servicios también deben respetar la ética médica, y deben ser sensibles al género y culturalmente apropiados en otras palabras, deberían ser médicamente y culturalmente

aceptables; y, respecto a la calidad, las instalaciones y servicios médicos en general deben ser científica y médicamente apropiados, los profesionales de la salud capacitados, medicamentos y equipos hospitalarios científicamente aprobados y no vencidos, saneamiento adecuado y agua potable segura (OMS, 2011).

Estos principios fueron tomados Wallace y Enriquez (2001) para evaluar tanto la calidad como la equidad de los servicios de salud. En su estudio, también refieren frecuentemente a la satisfacción de los pacientes, dando a entender que estas dimensiones de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad son factores relacionados a la satisfacción usuaria.

Planeación Estratégica en las Instituciones de Salud

Cuando se traslada los conceptos de planeación estratégica de las empresas comunes a las organizaciones de salud, y sobretodo públicas, se presentan grandes diferencias. También, Phelps et al. (2016) sostiene que la planificación estratégica para la salud de la población y la práctica de salud pública difiere de la planificación estratégica para el desarrollo comercial genérico. Un primer desafío para los gerentes de organizaciones médicas es la complejidad de este tipo de instituciones y, por otro lado, las decisiones respecto al alcance de resultados frente a los valores fundamentales que comprenden un servicio médico (King, 2015). Para Rodríguez y Peiró (2012) existen cinco razones por las cuales la planificación estratégica es especialmente importante para las instituciones sanitarias:

- Los clientes, es decir los pacientes, están cada vez más informados y por ende será cada vez más exigentes y más conscientes de sus derechos como población.
- Profesionales sanitarios cada vez más preparados, mayor acceso al conocimiento y capacitación. Será más fácil encontrar talento humano y también podría darse una situación de super especialización frente a la realidad del sistema de salud de cada país.

- Los límites de recursos, la dificultad para una distribución racionalizada y más eficiente.
- La mayor importancia de la forma en la que se brinda el servicio médico. En las organizaciones sanitarias no solo es importante la calidad técnica o de diagnóstico, sino que los procesos logren que el paciente quede satisfecho.
- El tamaño y complejidad organizativa de los sistemas de salud frente al tamaño de la población, sus necesidades y el aumento de opciones diagnósticas y terapéuticas.

Por lo tanto, para los estados lo más importante en la planificación estratégica para la salud pública comienza con la comprensión de las necesidades de una población específica, su carga de morbilidad y las intervenciones asociadas (Phelps et al., 2016). Y, a pesar que, como en toda otra unidad económica, los recursos para la salud son escasos, los esfuerzos de planificación y establecimiento de prioridades de las agencias de salud pública limitados y centrados únicamente en parámetros de costo-efectividad, son un grave error. Una vez más, la planificación de los sistemas de salud, debe estar basada en una conducta humanista y dirigida a garantizar el derecho humano a la salud.

Por otro lado, en base a la teoría de las organizaciones, Pascucci, Meyer y Crubellate (2017) sostienen que el entorno en el que se desempeña una institución sanitaria es un punto importante en su planeación estratégica. Así, los autores afirman que las organizaciones de salud deben presentar características de flexibilidad, adaptabilidad y creatividad; además, deben ser lo suficientemente audaces e innovadoras para garantizar su sostenibilidad social y financiera. Rodríguez y Peiró (2012) también afirman que a las organizaciones sanitarias les afecta el entorno de cambio permanente y pronunciado, puede ser en términos de condiciones externas como en sus propias circunstancias internas y las de sus clientes; por tanto, la planeación estratégica resulta una herramienta plenamente aplicable y útil para estas instituciones.

Entre las teorías utilizadas para entender la forma de planificación estratégica en el contexto de los sistemas de salud y su interacción con el entorno, Arbab, Spaulding, Gamm y Johnson (2014) plantean la teoría de dependencia de recursos y la teoría de enfoque de recursos internos. Según los autores, estas teorías contribuyen a entender la forma en que los administradores de la salud pueden comportarse al analizar su situación y recursos externos e internos.

La aplicación de la teoría de dependencia de recursos orientada a la planificación estratégica y la gestión está estrechamente ligada a otras teorías como la teoría de sistemas abiertos, teoría institucional y economía de costos de transacción, todas estas explican cómo las fuerzas ambientales influyen en las decisiones de la organización (Arbab et al., 2014). Esta teoría se ha alineado estrechamente con la gestión estratégica de salud durante las últimas cuatro décadas de demandas regulatorias, cambios en la estructura de los sistemas de salud e incertidumbres sobre las dependencias externas (Ginter, Duncan & Swayne, 2018). Esta condición promueve una expectativa basada en la teoría de que los hospitales se agrupen en grupos estratégicos, lo que resulta en un gran grupo de hospitales de bajo costo y un grupo más pequeño de hospitales de estrategia de diferenciación (Marlin, Huonker & Sun, 2002). En esta teoría se explica que las instituciones tienen una dependencia de recursos y una escasez de los mismos que deben ser manejados en un ambiente externo altamente regulado.

Por el contrario, la teoría del enfoque de recursos internos pone de manifiesto la posibilidad de una ventaja competitiva basada en los recursos internos que una organización desarrolla o contrata para implementar estrategias específicas de mercado de productos (Priem & Butler, 2001 citado por Arbab et al., 2014) y más recientemente se ha aplicado a los entornos de atención médica para comparar recursos vs capacidades de implementación de recursos para técnicas, diagnósticos o cirugías especializadas (Huesch, 2013). En esta teoría se explica que las instituciones pueden disponer de recursos de capital y recursos humanos

cada vez más especializados que deben ser manejados en un ambiente externo altamente competitivo.

Marco Conceptual

La *satisfacción* del cliente se define como “la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio sanitario recibido” (Márquez & Pérez, 2008, p. 72). Por otro lado, definiciones de autores muy conocidos como Oliver (1980, citado por Alonso, 2016) refieren a la satisfacción como “una respuesta positiva que resulta del encuentro entre el consumidor con un bien o servicio” (p. 81) o de acuerdo a Westbrook (1987, citado por Alonso, 2016) se trata “de un estado emocional que se produce en respuesta a la evaluación del mismo” (p.81). Por el contrario, la *insatisfacción* se puede definir como “la no adecuación de las expectativas del paciente con la percepción final del servicio sanitario recibido” (Márquez & Pérez, 2008, p. 72).

Los *usuarios* son los individuos o grupos de personas que tiene una necesidad de información y que utilizan o utilizarán recursos o servicios de información para cubrirla, siendo un objetivo prioritario de los profesionales: planear, diseñar y proveer recursos y servicios de información (Salazar, 2011).

Un *sistema de salud* engloba todas las organizaciones, institucionales y recursos, cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud, la mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional y alternativo y sus funciones principales se han definido como: rectoría, financiamiento, provisión de servicios, aseguramiento (OMS, 2005).

Por otro lado, de acuerdo a la OMS (2011) el *derecho a la salud* es más exacto describirlo como el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, en lugar de un derecho incondicional a la salud.

Entre los principios de salud basado en los derechos humanos se encuentra la *disponibilidad* la cual “se mide a través de los recursos humanos, materiales y de infraestructura para dar atención a los problemas de salud de la población en relación con la población que el Estado está potencialmente obligado a atender” (Peranovich, 2017, p. 74).

Además, este principio también refiere a que “se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud” (OMS, 2017, parr. 11).

Otro principio se encuentra relacionado a la *discriminación*, la cual es una percepción entendida como “la medida en que los prejuicios, actitudes o creencias estereotipadas de los proveedores de salud dan como resultado un trato injusto y desventajas sistemáticas a los miembros de un grupo en particular” (Ortiz et al., 2016, p. 1270). En consecuencia, el principio de *no discriminación*

procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social (OMS, 2017, parr. 11).

Por otro lado, el *acceso* a los servicios de salud se refiere a

la posibilidad de obtener atención en salud que sea independiente de características como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría implica la eliminación de barreras u obstáculos, ya sean de tipo físico, económico, social o de información para el uso de los servicios de salud (Peranovich, 2017, p. 74).

Finalmente, el principio de *aceptabilidad* refiere a que “todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital” (OMS, 2017, parr. 11).

Respecto a la calidad, también un principio propuesto por la OMS, existen una diversidad de definiciones. En los sectores de atención médica, los clientes son los pacientes y sus percepciones se consideran el indicador principal al evaluar la *calidad del servicio* (Kalaja, Myshketa & Scalera, 2016). De acuerdo con la definición de Zeithaml, Berry y Parasuraman (1990) la *calidad del servicio* es la percepción del cliente y es juzgada por ellos en persona, no por organizaciones. Por otro lado, según Gronroos (1984), la *calidad del servicio* se mide como calidad técnica y funcional, donde la calidad técnica en el sector de la asistencia sanitaria se define primaria en función de la precisión técnica de los diagnósticos y procedimientos médicos, o la conformidad con las especificaciones profesionales, mientras la calidad funcional se refiere a la forma en que el servicio de atención médica se entrega a los pacientes (Kalaja et al., 2016).

Un *plan estratégico*, de acuerdo a Alvarado (2001), es un “conjunto de elementos y/o conceptos que orientan, unifican, integran y dan coherencia a las decisiones que dan rumbo y destino a una organización, departamento o unidad” (p. 284). La estrategia de la organización depende de una misión definida o un conjunto de objetivos que están destinados a ayudar a dirigir una organización hacia un resultado deseado (Rangan, 2004). En consecuencia, la *planeación estratégica* puede ser definida como un proceso mediante el cual una organización “define su ser y su quehacer ante el entorno, descubriendo oportunidades y amenazas, y por ende, nuevos propósitos y objetivos, fortalezas y debilidades internas y a partir de ello, plantea sus acciones futura” (Alvarado, 2001, p. 285). Así mismo, para Rodríguez y Peiró (2012) la planificación estratégica

consiste en llevar a un documento, de forma sistematizada y ordenada, la manera en que una organización piensa trascender desde su situación actual hasta la situación que desea para sí misma en el futuro. Sería el conjunto de criterios de decisión y las propias decisiones que toma y ejecuta una organización, para orientar de forma determinante y permanente sus actividades y su configuración (p. 749).

Marco Legal

La base legal en la presente investigación resulta pertinente ya que la salud como un derecho se establece en la Constitución Nacional y varias otras leyes relacionadas al Sistema de Salud Nacional. Tal como manifiesta el artículo 32 de este cuerpo legal

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (Constitución de la República de Ecuador, 2008, art. 32).

Así mismo, en el artículo 23 del mismo cuerpo legal se consagra la salud como “un derecho humano fundamental y el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental”

En concordancia con este párrafo, en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002) en su artículo 2 se explica que el “Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud”. Con la intención de cumplir con estas afirmaciones en Ecuador, partiendo

de una base legal, el Estado articuló el Sistema de Salud, cuya estructura básicamente se constituye de

“entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud que se articulan funcionamiento sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes” (Ley Orgánica de Sistema Nacional de Salud, 2002, art. 2). Además, la entidad encargada de la rectoría de todo el Sistema de Salud es el Ministerio de Salud Pública conforme lo dicta el artículo 4 de la misma Ley y establece como responsabilidades la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de la ley. Así también el artículo 361 de la Constitución (2008) aclara que el

Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, la misma que normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

En relación a los principios de salud basado en los derechos humanos, el artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud (2012) dispone que

Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República... d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos; e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de

tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad;... i) Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos

Así mismo, la Constitución (2008) en su artículo 363 dispone que el Estado será el encargado de “universalizar la atención de salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura” .

Resumen

El presente capítulo desarrollo la base teórica y conceptual entorno a la satisfacción usuaria y los derechos humanos en el contexto del sector de la salud. Dentro de las teorías centrales relacionadas a la satisfacción, en este acápite, se abordaron los enfoques de la negatividad generalizada y la disonancia cognitiva. Estos dos postulados manifiestan la satisfacción del cliente como una percepción frente a una expectativa de un servicio o producto.

Así mismo, las teorías de la satisfacción aterrizadas al contexto de la atención médica, también establecen la percepción de los pacientes como un elemento esencial. Entre algunos enfoques que refieren a este tema se expusieron la teoría de la discrepancia, la teoría del cumplimiento y la teoría de la equidad como posibles explicaciones de la relación entre las expectativas y la satisfacción del paciente.

Por otro lado, se revisó también la base teórica que toma en cuenta el acceso a la salud como un derecho humano. La OMS fue quien estableció los cimientos para considerar la salud como un derecho humano. Y, dentro de esta concepción, además de

la garantía del acceso a la atención médica, también se incluyen otros principios como la equidad, la no discriminación, la aceptabilidad, disponibilidad y oportunidad. Todo ello, sirve de pilar para la fundamentación de la presente investigación que pretende evaluar la satisfacción del paciente en APS considerando todos aquellos términos, los cuales permiten realizar una evaluación de calidad más humanista.

Por último, se describió la teoría relacionada a la planeación estratégica en las instituciones de salud. Esto, permitió reconocer a este tipo de organizaciones como entes complejos, y dicha naturaleza puede resultar el origen de problemas de eficiencia en el uso de recursos para la garantía de la salud en la población. Para la comprensión de este desafío que enfrenta las instituciones médicas, en este acápite, se describió la teoría de dependencia de recursos y la teoría de enfoque de recursos internos.

Capítulo II

Marco Referencial

El presente capítulo realiza una revisión de estudios actuales que han tomado la satisfacción del paciente o usuario como una medida de calidad de los servicios médicos para la toma de medidas gerenciales y administrativas. Así, los autores que han realizado aportes en esta línea de investigación toman la satisfacción del paciente como el aspecto central en su estudio y como el objetivo primordial de toda institución de salud.

Posteriormente, se describe el contexto del lugar de estudio. Se realiza una breve revisión de la estructura de los sistemas de salud en Ecuador. Y, para una mejor orientación del tema de investigación se describe el cantón Eloy Alfaro en aspectos demográficos y además su oferta en servicios de salud.

Estudios de satisfacción usuaria en el contexto de servicios de salud

Varios estudios han dedicado a desarrollar instrumentos para la medición de la satisfacción usuaria en el contexto de atención médica. Hawthorne et al., (2014) en su investigación tuvieron como objetivo desarrollar una medida breve de satisfacción genérica del paciente para su uso en la práctica clínica habitual. Su instrumento fue sometido a pruebas psicométricos y quedó constituido por siete dimensiones de satisfacción del paciente con un índice de fiabilidad de $D=86$. Las siete dimensiones fueron: efectividad, información, habilidad técnica, participación, relación, acceso e instalaciones y satisfacción general. El estudio fue llevado a cabo en Sydney, Australia con una muestra constituida por 178 participantes.

En España, Arrazola, De Hevia y Rodríguez (2015) desarrollaron una investigación que tuvo por objetivo conocer los determinantes de la satisfacción con la atención primaria

pública. En este caso, las fuentes de datos son secundarios, pues utilizaron la base de microdatos denominado Barómetro Sanitario. Posteriormente, a través de un análisis multivariantes su principal hallazgo fue que la calidad percibida es el factor más significativo que explica la satisfacción del paciente y además que los niveles de satisfacción pueden ser maniobrados en parte por los gestores públicos mediante la mejora en el tiempo de espera, trato, entre otros (Arrazola et al., 2015).

Los estudios de satisfacción también han sido dirigidos a áreas de servicio específicas de un hospital. Por ejemplo, Echevarría et al. (2015) en España, analiza el grado de satisfacción de los pacientes con la atención prestada en la consulta pre anestésica y sus factores determinantes. El autor utiliza una encuesta como instrumento de recogida de datos donde incluye aspectos como la puntualidad, la comprensión de la información recibida, el respeto en el trato y el grado global de satisfacción (Echevarría et al., 2015). Como técnicas de análisis de datos se utilizó una regresión logística. Con un total muestra de 4 006 casos los autores encontraron que el factor más significativo de la satisfacción del paciente fue el trato del personal y la puntualidad fue el factor menos relevante. Así mismo, Gómez de Terreros, Lozano, Avilés y Martínez (2017) elaboraron un cuestionario para medir la satisfacción con la estancia hospitalaria en una muestra de niños, niñas y adolescentes. Los autores utilizan un enfoque mixto, realizan un análisis de contenido las narrativas de los menores hospitalizados y el juicio de expertos para la generación de ítems del cuestionario (Gómez de Terrenos et al., 2017). Finalmente, obtuvieron un cuestionario con altos índices de fiabilidad, los autores concluyen que una vez terminada la etapa de validación del instrumento, este servirá para evaluar la satisfacción de los menores con su estancia hospitalaria y además podría ser un potencial indicador de calidad asistencial.

Un estudio dirigido al área de rehabilitación en un hospital de España, también centró su atención en evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos. La investigación llevada a cabo por Nieto et al., (2018), aplica un cuestionario con dimensiones relacionadas a la satisfacción

como atención recibida, condiciones de las consultas, información y trato, identificación profesional, tiempo de espera y grado de satisfacción global. Con una muestra de 163 pacientes los autores detectaron las mayores deficiencias en las variables de tiempo de espera, comodidad de la sala y servicio de transporte.

En países del continente asiático también se encontró estudios relacionados a la satisfacción con los servicios de salud. Lankarani et al. (2016) tuvieron como objetivo evaluar la satisfacción de los clientes con respecto a los servicios de atención de la salud y sus factores determinantes en el sudoeste de Irán. Los autores utilizaron como instrumento de recogida de datos la lista de verificación. Para la evaluación de los niveles de satisfacción de los participantes se consideraron aspectos como el tiempo de espera para la aprobación de la cita, el tiempo de espera en la clínica, la calidad de servicio percibida, la limpieza de la clínica, la calidad respecto al especialista y la satisfacción global. La evaluación se llevó a cabo en servicios médicos y privados. Entre los principales hallazgos los autores obtuvieron que en los hospitales públicos la mayoría de los sujetos estaban satisfechos o muy satisfechos con la distancia, el tiempo de de espera para la cita, el tiempo que se pasaba en la clínica, la privacidad y el costo. Mientras, en cuanto a las clínicas privadas y hospitales privados, los sujetos estudiados estaban más insatisfechos con el costo, pero estaban más satisfechos con otros artículos.

Finalmente, a pesar de que es notable el uso extensivo de encuestas de satisfacción en los servicios médicos. El estudio de Dunsch, Evans, Macis y Wang (2018) distinguieron entre la satisfacción real y los sesgos de la encuesta. Los autores determinaron que los pacientes asignados aleatoriamente para recibir enunciados con encuadres negativos expresaron niveles de satisfacción significativamente más bajos que los pacientes que recibieron los enunciados estándar enmarcados positivamente. Así, la alta satisfacción informada del paciente probablemente exagere la calidad de los servicios de salud. En consecuencia, Dunsch et al.

(2018) sugieren que los proveedores y los responsables de la formulación de políticas que deseen evaluar la calidad de la atención deberán evitar el encuadre que induce el sesgo y complementar las medidas de satisfacción del paciente con medidas de calidad más objetivas.

Estructura del Sistema de Salud en Ecuador

La provisión de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud se organiza por niveles de atención en I, II, III y IV nivel y en la lógica de trabajo interinstitucional en redes y micro redes a nivel territorial (MSP, 2012). El primer nivel de atención corresponde a aquellas unidades que tienen contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad (MSP, 2013). Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. El primer nivel de atención cuenta con cinco niveles de categoría y nombres de los establecimientos de salud.

Tabla 1 *Estructura de Primer Nivel de Atención de Salud*

Nivel de Atención	Categoría del establecimiento de salud	Nombre de establecimiento de salud
Primer nivel de atención	Primer nivel / I-1	Puesto de salud
	Segundo nivel / I-2	Consultorio general
	Tercer nivel / I-3	Centro de salud – A
	Cuarto nivel / I-4	Centro de salud – B
	Quinto nivel / I-5	Centro de salud – C

Adaptado de Ministerio de Salud Pública (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Quito, Ecuador.

Por otro lado, el segundo nivel de atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización y constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención (MSP, 2013). El segundo nivel de atención cuenta con cinco niveles de categoría y nombres de los establecimientos de salud, de los cuales tres son ambulatorios y dos hospitalarios.

Tabla 2 *Estructura de Segundo Nivel de Atención de Salud*

Nivel de Atención	Categoría del establecimiento de salud	Nombre de establecimiento de salud
Segundo nivel de atención	Ambulatorio	
	Primer nivel / II-1	Consultorio de especialidad/es clínico – quirúrgico medico u odontológico
	Segundo nivel	II-2 Centro de especialidad
		II-3 Centro clínico – quirúrgico (Hospital del Día)
	Hospitalario	
	Tercer nivel / II-3	Hospital Básico
	Cuarto nivel / II-4	Hospital General

Adaptado de Ministerio de Salud Pública (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Quito, Ecuador.

El tercer nivel de atención corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley (MSP, 2013). El tercer nivel de atención cuenta con tres niveles de categoría y nombres de los establecimientos de salud, de los cuales uno es ambulatorio, y los demás hospitalarios.

Tabla 3 *Estructura de Tercer Nivel de Atención de Salud*

Nivel de Atención	Categoría del establecimiento de salud	Nombre de establecimiento de salud
Tercer nivel de atención	Ambulatorio	
	Primer nivel / III-1	Centros especializados
	Hospitalario	
	Segundo nivel / III-2	Hospital especializado
	Tercer nivel / III-3	Hospital de especialidades

Adaptado de Ministerio de Salud Pública (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Quito, Ecuador.

El cuarto nivel de atención es el que “concentra la experimentación clínica, pre registro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad” (MSP, 2013, p. 6). Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS). El cuarto nivel de atención cuenta con dos niveles de categoría y nombres de los establecimientos de salud.

Tabla 4 *Estructura de Cuarto Nivel de Atención de Salud*

Nivel de Atención	Categoría del establecimiento de salud	Nombre de establecimiento de salud
Cuarto nivel de atención	Primer nivel / IV-1	Centro de experimentación por registro clínico
	Segundo nivel / IV -2	Centro de alta Subespecialidad

Adaptado de Ministerio de Salud Pública (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Quito, Ecuador.

Primer Nivel de Atención

El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada y debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través del sistema de referencia y contra referencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema, en donde se desarrollan actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud. Según el MSP (2012) el primer nivel de atención es definido como el primer nivel de servicios, que constituye el punto de encuentro entre la población y el sistema de salud.

El primer nivel de atención debe tener un carácter multidisciplinario, abarca a toda la población y se articula en el territorio a los otros sectores con el fin de intervenir sobre los

determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral del territorio y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, este nivel es muy importante al igual que las demás entidades de salud con mayor complejidad, ya que no solo presta servicios de tratamiento y control, sino que se enfoca y prioriza la prevención de futuras patologías, por lo que capta usuarios demandantes de salud preventiva. Si este tipo de reforma llegara a realizarse se considera obtener logros en la reducción de enfermedades debido al trabajo libre de presión, otorgando una atención digna, integral de calidad para los diferentes usuarios, por lo que contribuiría con la reducción de demandantes de salud en entidades del segundo y tercer nivel de atención, aportando a la descongestión de estas entidades, reduciendo los costos, y contribuyendo con la reducción de uso de fármacos innecesarios o recurrentes, ya que se conoce que el 60% de la inversión en salud es en medicación.

El primer nivel de atención es el más cercano a las poblaciones, por lo que facilita y coordina el flujo de pacientes dentro del sistema de salud, garantizando referencias y contra referencias adecuadas la cual asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención (MSP, 2013). Promueve acciones de Salud Pública de acuerdo a las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia. Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud (MSP, 2013)

En el primer nivel de atención, la composición de los equipos de atención integral de salud debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende (Organización Panamericana de la Salud [PAHO], 2008). Por tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales. Es necesario que asuman objetivos comunes y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y un conjunto de tareas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de

acuerdo a la capacitación técnica de los profesionales de salud que lo integran, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical (MSP, 2013).

Conformación del primer nivel de atención de salud del Ecuador

La composición de los equipos varía en los diferentes países de la región. Es así que para el sistema de salud ecuatoriano se ha definido los siguientes estándares en base a lo sugerido por la PAHO (2008):

- A nivel urbano: Un médico/a, una enfermera/o y un técnico en atención primaria (TAPS) por cada 4000 habitantes

- A nivel rural: Un médico/a, una enfermera/o y un TAPS por cada 1500 a 2000 habitantes

Cada equipo tiene la responsabilidad de garantizar la atención integral de las familias, asignadas y de cada uno de sus integrantes a través de la aplicación de la ficha familiar, la identificación de riesgos y necesidades de salud, la implementación y seguimiento de planes de intervención, garantizar la continuidad de la atención a través de la referencia-contrareferencia.

El equipo de atención integral de salud ampliado está constituido por los profesionales establecidos de acuerdo a la tipología de unidades y la cartera de servicios. Los equipos de atención integral de primer nivel brindarán su atención bajo dos modalidades:

- 1) Atención extramural o comunitaria.
- 2) Atención intramural o en el establecimiento

Para las actividades de organización comunitaria involucrando a los actores sociales de la zona de cobertura para identificar, planificar y trabajar sobre los problemas y necesidades prioritarios de la población. Para la atención extramural o comunitaria y la atención intramural que tienen que desarrollar los Equipos de Atención Integral de Salud [EAIS] en el

primer nivel de atención, se ha establecido una asignación de tiempo para cada uno de los profesionales y una guía de intervención a nivel individual, familiar y comunitario.

Asignación de tiempos para los equipos de salud

La distribución del tiempo busca fundamentalmente asegurar el cumplimiento de las actividades extramurales dentro de la aplicación del modelo por cada uno de los miembros de equipo (MSP, 2012), se ha considerado para ello los siguientes criterios.

En todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención del ministerio de salud pública, contará con la agenda médica y capacidad instalada, elaborada y actualizada sobre la base de lineamientos y políticas establecidas por el nivel nacional, que deberá reportarse mensualmente a su dirección distrital de salud correspondiente, el mismo que estará bajo la responsabilidad de los líderes del establecimiento de salud y de los responsables de la unidad de talento humano (MSP, 2013).

Tabla 5 Asignación de tiempos para los equipos de salud

Profesional	Unidades Urbanas		Unidades Rurales	
	Intramural	Extramural	Intramural	Extramural
Médico	70%	30%	50%	50%
Psicólogo	50%	50%	30%	70%
Enfermera	50%	50%	40%	60%
Odontólogo	80%	20%	30%	70%
Obstetras	80%	20%	30%	70%
TAPS	10%	90%	10%	90%

Adaptado de Ministerio de Salud Pública (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Quito, Ecuador.

La agenda médica es el documento que establece la disponibilidad de recursos humanos y consultorios para brindar atención a los usuarios, en un tiempo y con una periodicidad determinada esta es determinada por el responsable del establecimiento de salud en conjunto

con talento humano y debe responder a una planificación oportuna para satisfacer las demandas de la población.

Cantón Eloy Alfaro

Caracterización Geo - Demográfica

El cantón Eloy Alfaro pertenece a la provincia de Esmeraldas y pertenece al Dirección Distrital de Salud 08D02. Esta Dirección Distrital de Salud, está ubicado al norte de la provincia de Esmeraldas-Ecuador, limita al noroeste con el océano Pacífico y el cantón San Lorenzo; al sur, con el cantón Quininde y la provincia Imbabura; y al oeste, con el cantón Río verde y el Océano Pacífico (ver Figura 1).



Figura 1. Ubicación del cantón Eloy Alfaro. Tomado de Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES (2014). Fichas de Cifras Generales.

En este cantón se encuentra la parroquia Borbón, sede del Distrito 08D02, y a su vez cuenta con alrededor de 145 pequeñas parroquias ubicadas en el sistema fluvial Santiago Cayapa. Las principales poblaciones son Borbón, Maldonado, Selva Alegre, Playa de Oro, Atahualpa, Zapallo Grande, San Francisco del Onzolé y Santo Domingo del Onzolé, Colon Eloy de María, La Tola, Luis Vargas Torres, Maldonado, Pampanal de Bolívar, San José de Cayapas, Telembí, Timbiré, Parroquia Urbana: Valdez. De estas parroquias de la Dirección Distrital, 15 pertenecen al cantón Eloy Alfaro (ver Figura 2). Estas poblaciones están distribuidas a lo largo de la cuenca del Río Santiago, donde confluyen además el Río Cayapas y el Río Onzolé y zona del Mar.

La población del cantón alcanza los 39.7 mil habitantes según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2010) de los cuales el 13.3% corresponde a la población urbana y el restante se encuentra en la zona rural. Con una superficie de 4 302 km² representa el 27.1% del territorio de la provincia de Esmeraldas (Senplades, 2014). Además, su densidad poblacional es de 9.24 habitantes por kilómetro cuadrado. La composición étnica está formada por afro descendientes, cayapas, éperas y colonos mestizos.

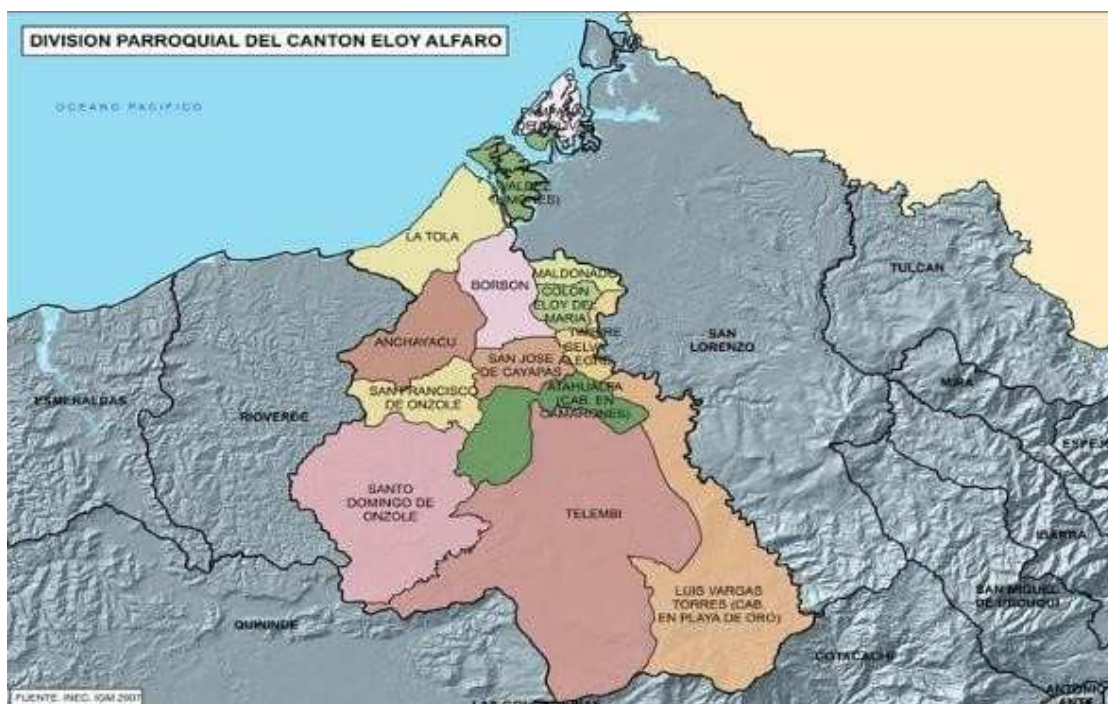


Figura 2. División Parroquial del cantón Eloy Alfaro. Tomado de Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo SENPLADES (2014). Fichas de Cifras Generales.

Oferta de Salud en el Cantón Eloy Alfaro

El Distrito de Salud Eloy Alfaro 08D02 tiene la misión de ejercer como Autoridad Sanitaria Nacional, la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza, vigilancia de la salud pública, provisión de servicios de atención integral, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología y la articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud en el Distrito 08D02 - Eloy Alfaro – Salud. Su visión ser la Institución que ejerce plenamente la gobernanza del Sistema Nacional

de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de las comunidades. El Distrito de salud Eloy Alfaro cuenta con una cartera de servicios de salud en el primer nivel de atención de Preparación, Curación, Medicina General, Odontología, Obstetricia, Ginecología, Psicología, Farmacia, Inmunizaciones. En diecisiete unidades operativas ubicadas en Borbón, Maldonado, Colon Eloy, Timbiré, Selva Alegre, Playa de Oro, Anchayacu, San Francisco de Onzole, Santo Domingo de Onzolé, Atahualpa, Zapallo Grande, Hoja Blanca, Limones, Tola, Tolita, Las Peñas, Pampanal de Bolívar. Cada unidad tiene una población asignada (ver Tabla 6).

Tabla 6 *Distribución de población por unidades operativas*

Provincia	% de población asignada
Limones	11%
Atahualpa	5%
Borbon	17%
Zapallo Grande	15%
Hoja Blanca	2%
Las Peñas	6%
Pampanal de Bolivar	3%
Tolita Pampa de Oro	4%
La Tola	5%
Timbire	3%
Colon Eloy	4%
Selva Alegre	3%
Santo Domingo de Onzole	7%
Playa de Oro	2%
Anchayacu	5%
San Francisco de Onzole	4%
Maldonado	5%

Adaptado de MSP (2015). Rendición de cuentas Distrito 08D02 – Eloy Alfaro – Salud.

Las unidades médicas de Borbon, Zapallo Grande y Limones son aquellas con más proporción poblacional para la atención médica. A pesar de que la población del cantón es de 39 mil habitantes según el INEC (2010), el distrito tiene asignada una población de 51 360 para la atención médica. De igual forma, esta población corresponde a solo un 10.62% de zona urbana y el resto 89.38% a zona rural. En el año 2015 se realizaron 128 403 consultas de morbilidad en este distrito de acuerdo a el MSP. En los últimos cuatro años el número de consultas se ha incrementado notablemente.

Tabla 7 *Número de atenciones médicas, odontológicas, psicológicas y obstétricas anuales.*

Año	2011	2012	2013	2014	2015
Número de atenciones	29017	33255	86610	156159	128403

Adaptado de MSP (2015). Rendición de cuentas Distrito 08D02 – Eloy Alfaro – Salud.

Sobre todo, en el año 2013, en el cual los incrementos de atenciones médicas variaron en un 130% respecto al año anterior.

Tabla 8 *Número de atenciones médicas, odontológicas, psicológicas y obstétricas anuales de acuerdo a tipo de consulta*

Años	Consultas preventivas	Consultas de morbilidad	Total
2013	30913	57697	90623
2014	74667	81492	158173
2015	62433	65970	130418
Total	168013	205159	373172

Adaptado de MSP (2015). Rendición de cuentas Distrito 08D02 – Eloy Alfaro – Salud.

El Distrito en el 2015 dispuso de 188 profesionales de la salud. Pasando de 14 en el 2008 a 161 en el 2014 se registró un incremento anual de al menos 70% aunque con variaciones más

importantes a partir del año 2012 en adelante (ver Tabla 9). En este sector no existían médicos especialistas sino hasta el año 2014, actualmente cuenta con cinco especialistas.

Tabla 9 *Número de profesionales de salud*

Año	Profesionales de salud	Médicos generales	Médicos especialistas
2008	14	10	0
2009	16	12	0
2010	14	10	0
2011	14	10	0
2012	73	22	0
2013	83	25	0
2014	161	45	2
2015	188	47	5

Adaptado de MSP (2015). Rendición de cuentas Distrito 08D02 – Eloy Alfaro – Salud.

Resumen

Este acápite expuso los actuales estudios que han sido desarrollados entorno al tema de investigación de satisfacción de pacientes. Estos sirven como referencia para la elección de los métodos y técnicas a emplear para el alcance de los objetivos planteados. Diversos estudios en los últimos años ha recurrido a la medición de la satisfacción del paciente mediante técnicas cuantitativas, obteniendo resultados consistentes y concretos. Además, es importante resaltar que estos estudios de satisfacción fueron llevados a cabo en diferentes contextos del sector médico, entre ellos la atención primaria, áreas de cirugía, entre otros.

Adicionalmente, este capítulo contextualizó la investigación en el sitio de estudio. Así, se describió la composición y los niveles del sistema de salud en Ecuador. Y, de manera más específica, se detalló la actual situación de la oferta de salud en el cantón Eloy Alfaro el cual está compuesto por 15 parroquias y las unidades médicas con mayor cobertura son Zapallo Grande, Limones y Borbón, las cuales atienden aproximadamente al 43% de la población.

Además, en este cantón se pudo evidenciar un importante incremento de la oferta de salud, mostrado en el aumento significativo de profesionales médicos y número de consultas.

Capítulo III

Metodología

El presente capítulo describe la metodología empleada, la cual se diseña con el objetivo de obtener resultados en los cuales se basará la propuesta del estudio. La metodología, además, es considerada como el camino a las respuestas de investigación planteadas. En este punto, es esencial señalar que la metodología, constituye la ciencia del método, y este último es el procedimiento a seguir para hallar una verdad u obtener conclusiones (Rojo et al., 2011). En particular, el presente estudio se basa en el método deductivo. El cual, generalmente se asocia al enfoque cuantitativo. Hernández, Fernández y Baptista (2014) explican que el enfoque cuantitativo se caracteriza por ser secuencial y riguroso, de tal forma que se parte de un problema de investigación, preguntas, objetivos e hipótesis. Así, al haber detectado un problema en el campo de estudio esta investigación se desarrollará mediante un enfoque cuantitativo el cual se caracteriza por su objetividad.

Diseño de investigación

El diseño es la estrategia para la obtención de la información en busca de responder a los puntos detectados en el planteamiento del problema (Creswell, 2013). Dentro de los diseños del enfoque cuantitativo se encuentran los diseños experimentales y no experimentales. La presente investigación se desarrolla bajo un diseño no experimental, pues no existe ningún tipo de manipulación de las variables de estudio (Hernández et al., 2014). Adicionalmente, dentro de los diseños no experimentales se distinguen dos categorías: los diseños longitudinales y los diseños transeccionales. Este estudio realiza una evaluación de la satisfacción usuaria en el Distrito del Cantón Eloy Alfaro en un momento dado del tiempo.

Por tanto, la investigación encaja dentro de los diseños transeccionales o también llamados de corte transversal que de acuerdo a Hernández et al. (2014) son aquellos que recolectan datos en un solo tiempo en busca de describir las variables, su incidencia o interrelación. O, según Bernal (2010) “son aquellas en las cuales se obtiene información del objeto de estudio (población o muestra) una única vez en un momento dado” (p. 118). En este caso se quiere evaluar los niveles de satisfacción usuaria en las unidades médicas del Cantón Eloy Alfaro.

Alcance de la investigación

El alcance de investigación, también denominado como tipo de investigación permite identificar los límites conceptuales y metodológicos, este dependerá tanto de la revisión de literatura y de los objetivos planteados por el investigador (Hernández et al., 2014). En este caso, se establece un alcance descriptivo y correlacional. En primer lugar, el alcance descriptivo, es esencial al caracterizar la muestra tomada para el estudio y a su vez establecer los niveles de satisfacción de los usuarios a través de medidas típicas como frecuencias o promedios. Según Salkind (1998, citado por Bernal, 2010) se considera investigación descriptiva aquella que reseña “las características o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudio” (p.113).

Por otro lado, el alcance correlacional surge de la identificación de dos variables de estudio: principios de derecho a la salud y satisfacción usuaria. En este tipo de investigación, Bernal (2010) explica que el propósito “es examinar relaciones entre variables o sus resultados, pero en ningún momento explica que una sea la causa de la otra” (p.114). Así, en torno a las variables se ha establecido una hipótesis que menciona la existencia de una relación significativa entre ambas. Por tanto, el alcance correlacional permitirá verificar dicha hipótesis planteada.

Marco muestral

Dentro del marco muestral se identifican claramente dos aspectos a tratar: la población y la muestra. En consecuencia, el marco muestral “se refiere a la lista, el mapa o la fuente de donde pueden extractarse todas las unidades de muestreo o unidades de análisis en la población, y de donde se tomarán los sujetos objeto de estudio” (Bernal, 2010, p. 161).

La correcta determinación y delimitación de estos dos puntos permiten que la investigación sea confiable y sujeta a replica (Hernández et al., 2014). En primer lugar, la definición de la población dependerá de los objetivos del investigador, bajo este hecho es importante señalar que una población correctamente delimitada incluirá únicamente los casos que concuerden con una serie de especificaciones (Lepkowski, 2008 citado por Hernández et al., 2014). La población de acuerdo a Fracia (1988, citado por Bernal, 2010) es el conjunto de todos los elementos a los cuales se refiere la investigación. Se puede definir también como el conjunto de todas las unidades de muestreo” (p. 160).

Así, la población definida para el presente estudio si bien corresponde a los habitantes del Cantón Eloy Alfaro ubicado en la provincia de Esmeraldas que de acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de Ecuador (2010) alcanza una cifra de 33 403 individuos, solo considerará a aquellos habitantes cuya edad sea al menos de 15 años. En base a los datos del INEC (2010) se excluye un porcentaje de la población equivalente al 4.80% pues esta proporción corresponde a los individuos entre 5 años a 14 años. Al excluir este porcentaje la población efectiva para el muestreo alcanza 31 800 individuos.

Por otro lado, dentro de las unidades médicas solo se incluyen en la muestra a aquellos pacientes que acuden a la consulta externa, emergencia u hospitalización. No se incluirá a aquellos que acudan a los servicios de atención médica especializada.

Una vez definida la población y los criterios de inclusión y exclusión se eligió la técnica para el cálculo de la muestra. La muestra es “la parte de la población que se selecciona, de la

cual realmente se obtiene la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuarán la medición y la observación de las variables objeto de estudio” (Bernal, 2010, p. 161).

En este caso, se eligió un muestreo de tipo probabilístico aleatorio. Este tipo de muestreo permite que todos los individuos considerados dentro de la población tengan la misma posibilidad de ser escogidos (Hernández et al., 2014). Entre las ventajas de este tipo de muestreo se puede mencionar que se podrá definir un error para todos los análisis y predicciones que se realicen en la investigación y esto a su vez sugiere que dichos resultados podrían considerarse generalizables para la población estudiada.

En este caso, el muestreo se lo realizó con un margen de error $e = 4\%$, un nivel de confianza $nc = 96\%$ y con una probabilidad de acierto $p = .50$ y de fallo $1-p = q = .50$. Bajo estas condiciones se estableció una muestra mínima de 625 casos.

Tabla 10 *Datos considerados para el cálculo de la muestra*

Nivel de confianza	96%
Z	-2,05
Z ²	4,22
N	31799,66
p	0,50
q	0,50
e	0,04
e ²	0,00
n	625

Sin embargo, se logró recolectar un total de 858 casos, en tres unidades médicas localizadas en:

- Zapallo Grande
- Pampanal de Bolívar
- Colon Eloy

El aumento en la tamaño de la muestra siempre representa una ventaja en estudio de tipo cuantitativo. Sobretodo cuando se requiere la aplicación de análisis multivariado, como por ejemplo componentes principales (Lloret, Ferreres, Hernández & Tomás, 2014).

Instrumentación y variables de estudio

El instrumento aplicado a la muestra fue desarrollado por la Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información de Salud la cual forma parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador. Dicho instrumento es utilizado con el fin de calcular un Índice de Satisfacción, de tal forma que se logra medir las dimensiones de calidad tales como efectividad, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad, equidad, seguridad, continuidad y oportunidad (MSP, 2011).

Así, el cuestionario utilizado constó de tres partes:

- Bloque A: Datos del establecimiento de salud
- Bloque B: Datos de la persona encuestada
- Bloque C: Cuestionario de evaluación

El apéndice A, muestra el formulario completo. Adicionalmente, la Tabla 11 presenta la operacionalización de las variables propuestas en el instrumento aplicado. De acuerdo a Bernal (2010), operacionalizar una variable “significa traducir la variable a indicadores, es decir, traducir los conceptos hipotéticos a unidades de medición” (p. 141). En este caso, el cuestionario de medición quedó constituido por un total de 22 ítems.

Procedimientos

Los datos fueron recolectados por tres encuestadores bajo los estándares establecidos por el MSP, estos se pueden visualizar en el Apéndice B. Así, se obtuvo los datos ya tabulados por parte de cada encuestador los cuales siguieron los pasos establecidos por el Ministerio. Posteriormente, se consolidó la base de datos con los tres archivos enviados por los tres encuestadores de tres unidades médicas diferentes. Estas fueron trasladadas al programa

SPSSv. 22 para un análisis de los datos más completo y rápido. Adicionalmente, se revisaron las variables y algunas de ellas fueron omitidas por no ser importantes para los objetivos de la investigación, tales como: nombre del encuestador, provincia (pues todos los casos pertenecen a Esmeraldas), zona y distrito (pues corresponden al mismo distrito todas las observaciones). Los datos fueron recogidos entre los meses de abril y junio del año 2018.

Tabla 11 *Operacionalización de variables*

Variable	Definición	Dimensiones	Tipo de variable	Valores
Establecimiento de salud	Unidad médica donde fue recogida la muestra		Cualitativa nominal	1: Zapotillo Grande 2: Pampanal de Bolívar 3: Colon Eloy
Tipología	Tipo de unidad médica		Cualitativa nominal	1: Puesto de salud 2: Centro de salud
Género	Género con el que se identifica el individuo encuestado	Unidimensional	Cualitativa nominal	1: Masculino 2: Femenino
Edad	Edad en número		Cuantitativa discreta	Número
Servicio	Tipo de atención a la que acudió al paciente		Cualitativa nominal	1: Consulta externa 2: Emergencia 3: Hospitalización
Satisfacción usuaria	Medición las dimensiones de la calidad: efectividad, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad, equidad, seguridad, continuidad y oportunidad que engloban la satisfacción del usuario/a, como aporte a la gestión de procesos de calidad.	Tiempo de espera cita Tiempo de espera establecimiento Facilidad de llegar a establecimiento Explicación del profesional Trato recibido Aseo y presentación del personal Limpieza del establecimiento Instalaciones Estado del mobiliario Señaléticas existentes	Cualitativa ordinal	1 al 10 (Siendo 1 el más bajo y 10 el más alto)

Servicios recibidos		
Privacidad de la atención		
Discriminación	Cualitativa nominal	1: Sí ; 0: No
Recomendación del establecimiento		

Técnicas estadísticas empleadas

Durante la realización del alcance descriptivo se emplean de forma extensiva tablas de frecuencia que permitan obtener el perfil sociodemográfico de la muestra y además identificar el número de casos por unidad médica y por su tipología: centro de salud o puesto de salud. A su vez, se generan gráficos que permiten resumir la información y volverla más palpable. Por otro lado, se utilizan las medidas de tendencia central como la media y la mediana para establecer los niveles de satisfacción por dimensión de calidad. En el caso de las variables dicótomas se utilizan tablas cruzadas o de frecuencias.

Adicionalmente, se realizan pruebas de normalidad para determinar la medida de tendencia central, sea media o mediana, para los análisis de niveles de satisfacción. En este caso, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov la cual pertenece a los estadísticos de funciones de distribución empíricos y se basa en las diferencias verticales más grandes entre la distribución hipotetizada y la empírica (Razali & Wah, 2011).

Para el alcance correlacional, se utiliza técnicas estadísticas más sofisticadas. Estas son seguidas a partir de la metodología propuestas por el Ministerio de Salud Pública. Estos pasos permiten elaborar un índice de satisfacción individual y global.

Para ello, se parte de un Análisis de Componentes Principales según lo sugiere el MSP (2011). El ACP es una técnica muy frecuente “aplicada en estudios relacionados con el desarrollo y validación de tests, porque es la técnica por excelencia que se utiliza para explorar el conjunto de variables latentes o factores comunes que explican las respuestas a los ítems de un test” (Lloret, et al., , 2014, p. 1151). De acuerdo a la metodología del MSP (2011)

este permite obtener el puntaje a partir del peso de cada dimensión, el cual se lo puede denotar como

$$puntaje = \sum_{i=1}^n (\bar{x} * peso)$$

Una vez obtenidos estos puntajes se realiza una estandarización ya que en muchos casos se observan valores negativos. Para este proceso se realiza un re escalamiento entre 0 y 2 según lo sugiere la metodología del MSP (2011). Sin embargo, en este paso no se incluyen las variables dicótomas privacidad, discriminación y recomendación. Por lo tanto, el MSP (2011) incluye estas variables y establece la fórmula del puntaje definitivo como

$$pun_{def} = 0.9 * puntaje + \frac{0.1}{3} (priv + disc + reco)$$

Donde

Priv toma los valores de 1 si la atención se realizó con privacidad y 0 si lo contrario

Disc toma el valor de 0 si en la atención hubo algún tipo de discriminación y 1 si lo contrario.

Reco toma el valor de 1 si la persona recomendaría el establecimiento y 0 si lo contrario.

Una vez obtenido este cálculo para cada paciente este podrá ser categorizado de acuerdo a la Tabla 12.

Tabla 12 *Categorías de satisfacción de acuerdo a puntaje*

Categoría	Rango
Muy satisfecho (MS)	Puntaje mayor a 1
Satisfecho (S)	Puntaje entre 0.75 a 1
Poco satisfecho (PS)	Puntaje entre 0.50 a 0.75

Insatisfecho (I) Puntaje entre 0.25 a 0.50

Muy insatisfecho (MI) Puntaje menor o igual a 0.35

Adaptado de Ministerio de Salud Pública (2011). Metodología para el cálculo del índice de satisfacción. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud.

A partir del índice de satisfacción individual se calcula el índice general, el mismo que de acuerdo al MSP (2011) se determina como

$$IS = \frac{100MS + 75S + 50PS + 25I + 0MI}{Total\ de\ encuestados}$$

Finalmente, la confiabilidad de la escala de medida aplicada es evaluada mediante el índice de alfa de Cronbach. La confiabilidad puede ser definida como el grado en que un instrumento compuesto por una serie de reactivos o ítems mide consistentemente una muestra (Gliner, Morgan & Harmon, 2001). Así, el coeficiente de Alfa de Cronbach es usado para “medir la confiabilidad del tipo consistencia interna de una escala, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados” (Oviedo & Arias, 2005, p. 575).

Tabla 13 *Interpretación coeficiente Alfa de Cronbach*

Coeficiente	Criterio
> .90	Excelente
> .80	Bueno
> .70	Aceptable
> .60	Cuestionable
> .50	Pobre
< .50	Inaceptable

Adaptado de Oviedo, H. C., & Arias, A. C. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572-580.

Análisis de Resultados

El presente capítulo expone los resultados obtenidos a partir de los 858 cuestionarios aplicados a una muestra extraída de tres unidades médicas del Cantón Eloy Alfaro del Distrito 8. En primer lugar, se presenta las características generales de los datos; es decir, distribución de los datos tomados de acuerdo a lugar y tipología del establecimiento de salud. Y, por otro lado, se presentan las características de los individuos muestreados.

Finalmente, se presentan los resultados del Índice de Satisfacción Usuaría de acuerdo a la metodología explicada en el capítulo anterior. Además, se obtienen los índices de satisfacción para unidad médica en busca de comparar los resultados.

Distribución de los datos

Los datos fueron recogidos de tres unidades médicas ubicadas en tres parroquias diferentes. De acuerdo a los datos de la Tabla 14, es observable que las muestras están distribuidas casi proporcionalmente, aproximadamente cada una acumula entre el 25% y 40% de la muestra total. En particular, los usuarios muestreados en la parroquia Zapotillo Grande fueron un poco más numerosos que el resto de parroquias. Sin embargo, las diferencias en el número de individuos de cada muestra no son excesivas, pues ninguna acumula más del 40% de la muestra total.

Tabla 14 *Tamaño de la muestra según parroquia*

Ubicación de Unidad Médica	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Zapallo Grande	338	39,4
Pampanal de Bolívar	220	25,6
Colon Eloy	300	35,0
Total	858	100,0

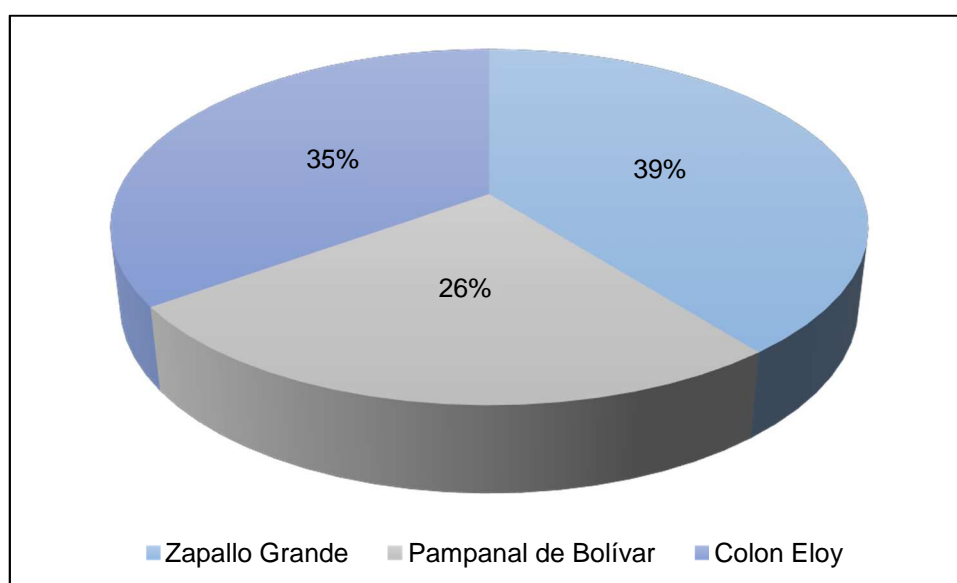


Figura 3.. Proporción de la muestra de acuerdo a parroquia

Por otro lado, la muestra en la mayoría de los casos fue tomada en unidades médicas de tipo Puesto de salud. La muestra proveniente de este tipo de establecimiento de salud acumula más de la mitad de la muestra. Esto se debe a que en las parroquias de Pampanal y Eloy Colon existen unidades solo de la tipología Puesto de salud. Mientras, el tipo de unidad médica denominado como Centro de salud solo existe en la parroquia de Zapallo Grande. De tal forma que se puede apreciar que el número de la muestra de Centro de salud es igual al número de muestreados de la parroquia Zapotillo Grande (n = 338).

Tabla 15 *Tamaño de la muestra según servicio recibido*

Tipo de servicio recibido	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Consulta externa	827	96,4
Emergencia	31	3,6
Total	858	100,0

Finalmente, un dato importante a observar respecto al origen de la muestra es los servicios ofrecidos con más frecuencia en las unidades médicas. Aunque en el cuestionario se especificaron tres tipos de servicios: consulta externa, emergencia y hospitalización. Ninguno de los individuos muestreados provino del servicio de hospitalización. Además, se observó una mayoría importante de la muestra recogida de los servicios de consulta externa (96%) y un mínimo porcentaje del servicio de emergencia (4%) (ver Tabla 15).

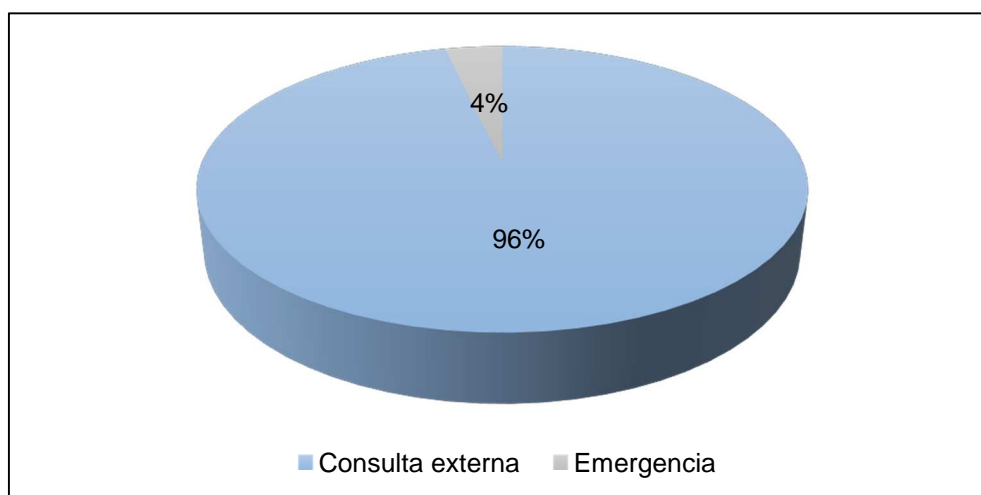


Figura 4.. Proporción de la muestra de acuerdo a servicio recibido

En particular, los casos que reportaron acceder a los servicios de emergencias provinieron específicamente de las parroquias Zapallo Grande y Colon Eloy. Mientras, en Pampanal de Bolívar el 100% de su muestra correspondió a los servicios de consulta externa.

Tabla 16 Número de observaciones de acuerdo a parroquia y servicio recibido

Servicio médico recibido	Zapallo Grande (n)	Pampanal de Bolívar (n)	Colon Eloy (n)	Total (n)
Consulta externa	327	220	280	827
Emergencia	11	0	20	31

Asimismo, otro parámetro a evaluar en las unidades médicas de análisis fue la frecuencia con la que acuden los usuarios a los establecimientos de salud. Se observó que la mayoría de

la muestra ha acudido a los centros médicos entre 1 a 3 veces (37%) y de 4 a 6 veces (32%). De manera general, se puede concluir que casi el 90% de la muestra ha acudido más de una vez a las unidades médicas muestreadas. En consecuencia, solo el 10% de los participantes reportaron asistir al centro médico por primera vez.

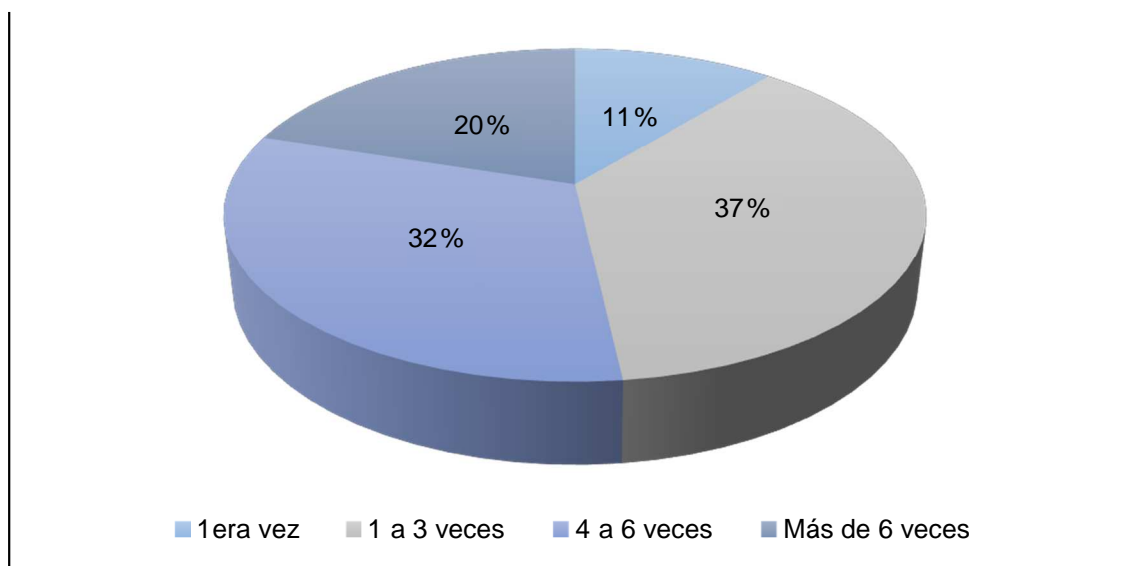


Figura 5.. Proporción de la muestra de acuerdo a veces que acude al establecimiento de salud

Finalmente, otro punto importante que se evaluó en los establecimientos de salud fue la entrega de los medicamentos (ver Tabla 17). Este aspecto resulta importante a fin de conocer si los dispensarios de los establecimientos se encuentran suficientemente abastecidos.

Tabla 17 *Tamaño de la muestra de acuerdo a la recepción de medicamentos*

Recepción de medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
No recetó	15	1,7
Sí	827	96,4
No	1	0,1
Parcialmente	15	1,7
Total	858	100

Los resultados mostraron que los establecimientos de salud cumplen casi en su totalidad la demanda de medicamentos de los pacientes. De los 858 individuos muestreados solo un caso reportó no haber podido acceder al medicamento recetado. Por otro lado, aunque fue un porcentaje mínimo de la muestra, se encontraron 15 casos que mostraron receptar parcialmente los medicamentos solicitados; es decir, parte de la receta no fue entregada. Además, de los resultados obtenidos es importante señalar que aproximadamente de 800 individuos atendidos, solo 15 no serán recetados medicamentos; es decir un 2%. Las proporciones de la muestra respecto a las respuestas de este reactivo se presentan en la Figura 6.

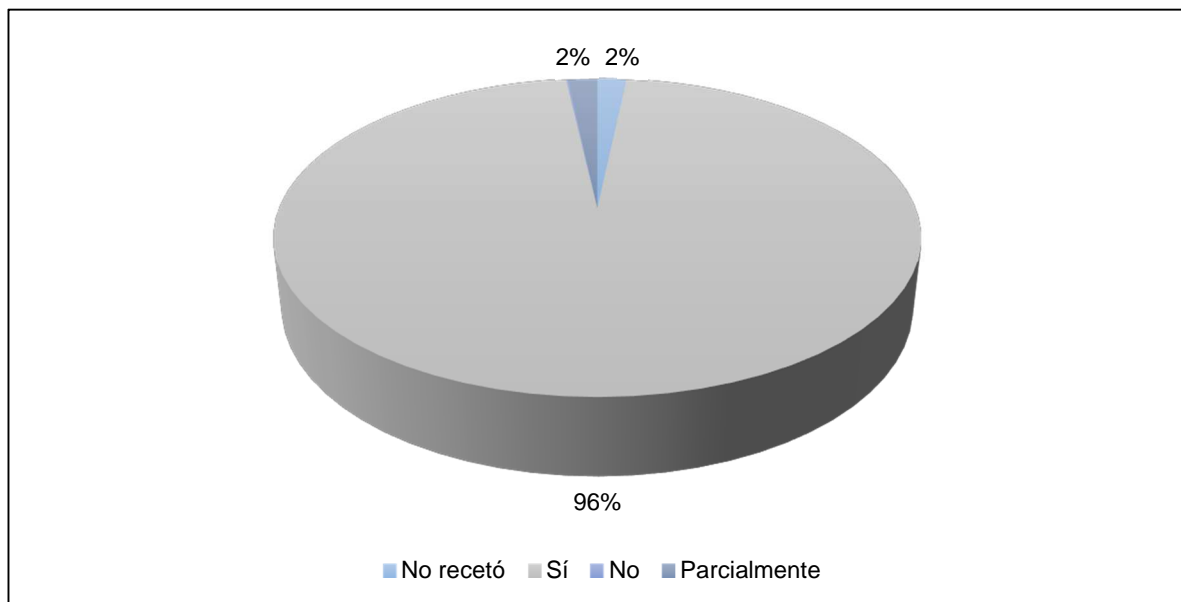


Figura 6. Proporción de la muestra de acuerdo a recepción de medicamentos recetados

Características sociodemográficas de la muestra

En la muestra predominaron personas del género femenino, en este grupo se acumula más de la mitad de la muestra. A pesar de ello, las proporciones entre las dos muestras no fueron significativamente diferentes. Es importante señalar, que a nivel poblacional según las estadísticas revisadas esta proporción debería ser al contrario, ya que de acuerdo al INEC (2010) en este cantón existe un mayor número de hombres.

Tabla 18 *Tamaño de la muestra de acuerdo al género*

Género	Frecuencia n	Porcentaje %
Masculino	341	39,7
Femenino	517	60,3
Total	858	100,0

La Tabla 18 muestra la frecuencia de los individuos por género. Mientras, la figura 7 presenta las proporciones de la muestra de acuerdo al género, aquí se refleja que la muestra del género femenino supera en un 20% a la muestra de género masculino.

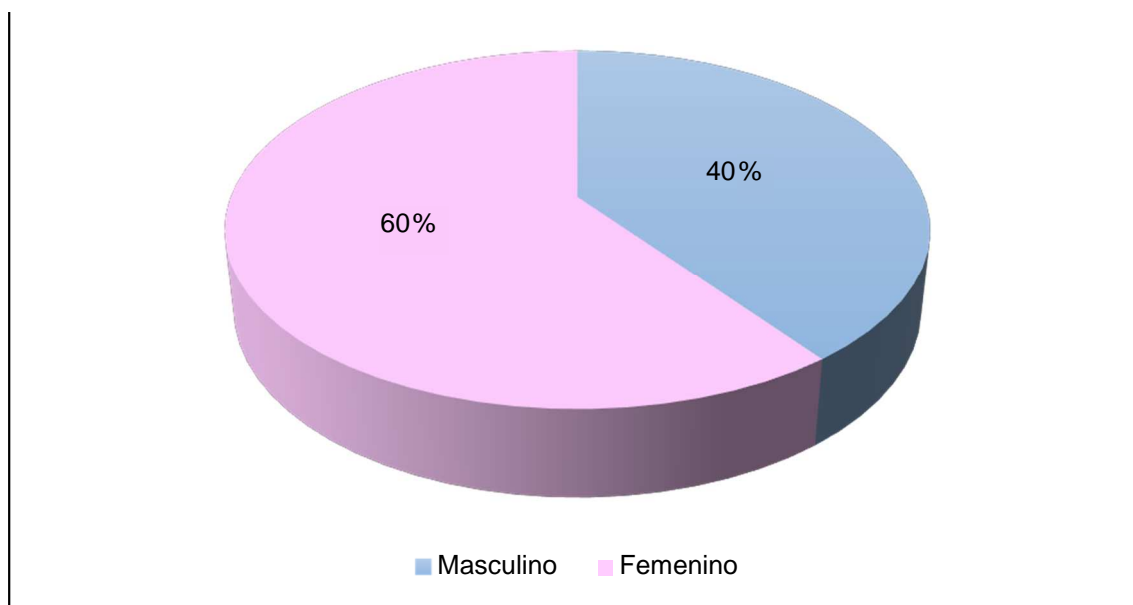


Figura 7. Proporción de la muestra de acuerdo a género

Por otro lado, estos mismos patrones en la proporción muestral de acuerdo al género fueron seguidos en cada parroquia (ver Tabla 19). En todos los casos la muestra de género

femenino supera a la muestra de género masculino. En particular, este rasgo es aún mayor en la parroquia de Pampanal Bolívar donde el porcentaje de de mujeres alcanzó más del 70% de su muestra total.

Tabla 19 *Número de observaciones de acuerdo a parroquia y género*

Género	Zapallo Grande		Pampanal de Bolívar		Colon Eloy	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	153	45%	59	27%	129	43%
Femenino	185	55%	161	73%	171	57%

Respecto a la edad, en la muestra total se obtuvo una media de 35.29 años, con un máximo de 89 años y un mínimo de 15 años de edad. Además, este dato mostró una alta dispersión al mostrar un valor en su desviación estándar de 15.88. La figura 8 permite observar que un gran parte de la muestra se acumula en los rangos de edad de 20 a 30 años. Y, proporciones mínimas se acumulan en los rangos mayores de 60 años. También es importante señalar que la edad promedio de las mujeres (med = 34.24) fue menor a la media de edad de los hombres (med = 36.88).

Adicionalmente, se calculó los promedios de edad por parroquia. Estos datos permiten observar que el promedio de la edad es mayor en la parroquia de Pampanal de Bolívar, seguido de Colon Eloy y Zapallo Grande. En particular la edad más alta reportada correspondió a los 89 años de edad en la parroquia Colon Eloy.

Tabla 20 *Edad promedio, mínimo y máxima de acuerdo a parroquia*

Parroquia	Media	Mínimo	Máximo
Zapallo Grande	32,60	15	78
Pampanal de Bolívar	37,51	18	81
Colon Eloy	36,71	15	89

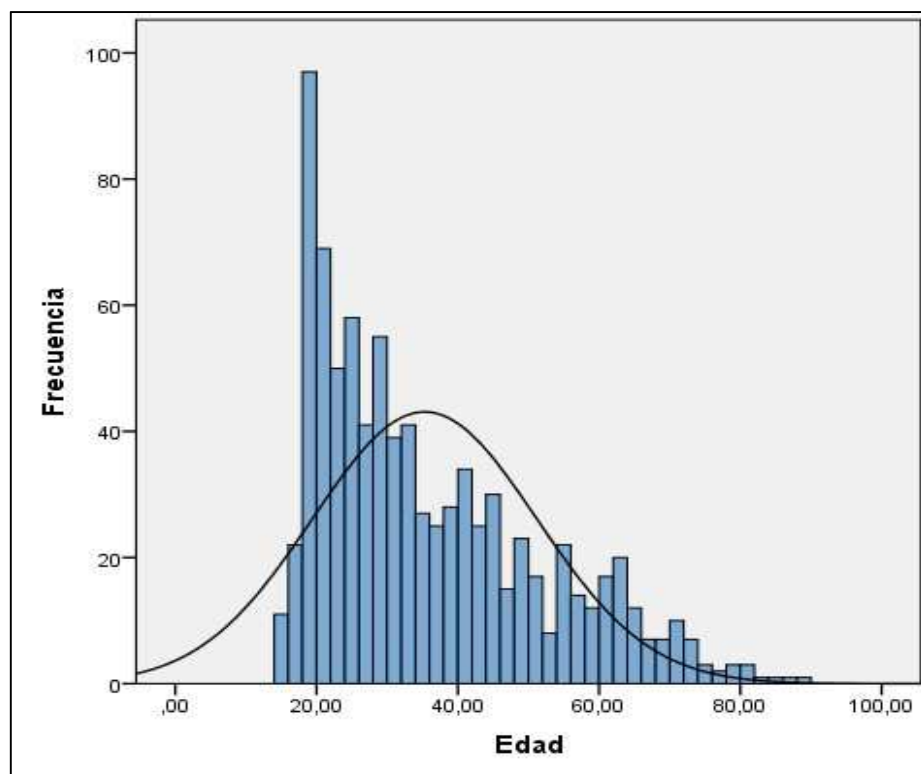


Figura 8. Histograma de la edad de la muestra de estudio

Niveles de satisfacción por dimensión de calidad

Como paso previo a construir el índice de satisfacción, el cual engloba todos los indicadores, se procede a evaluar los niveles de satisfacción por cada dimensión de calidad, que en total representan un total de 14 reactivos. En primer lugar, se evalúan aquellos parámetros cuyos valores de medida se ubican en un rango de 1 a 10. Posteriormente, se presentan los resultados de las dimensiones cuyo tipo de respuesta era de naturaleza dicótoma (Sí y No).

Para los resultados de las 11 dimensiones valuadas del 1 al 10, es importante notar que la Tabla 21 presentan tanto la media y como la mediana de sus puntuaciones. Sin embargo, a fin de obtener conclusiones respecto a cada dimensión se analizan en lo particular la mediana. Esto debido a que las puntuaciones de los ítems no presentaron una distribución normal, lo que sugiere que existieron niveles muy extremos en las respuestas y esto podría afectar la

media. Bajo estas condiciones su uso para el análisis no es recomendado. Los resultados de las pruebas de normalidad se presentan en el Apéndice C.

Continuando con los resultados, de manera general, se observó niveles bajos de satisfacción en las dimensiones de: presentación de las instalaciones y estado del mobiliario al mostrar la mediana más baja (med = 8). Mientras, los aspectos mejor puntuados correspondieron a la facilidad de acceso a la unidad médica, la explicación del profesional, el trato y la presentación del personal y el servicio recibido; todos estos reactivos alcanzaron una mediana de 10 puntos. Finalmente, entre los aspectos que, si bien no fueron los peor puntuados, pero pudieron detectarse algunas deficiencias corresponden a los tiempos de espera y la limpieza del establecimiento de salud con una mediana de 9.

Tabla 21 *Niveles de satisfacción por dimensión de calidad*

Dimensión	Media	Mediana
Tiempo de espera para cita	8,84	9,00
Tiempo de espera en el establecimiento	8,76	9,00
Facilidad de llegar al establecimiento	8,68	10,00
Entendió la explicación del profesional	9,09	10,00
Trato recibido por parte del personal	9,30	10,00
Aseo y presentación del personal	9,28	10,00
Limpieza del establecimiento	8,95	9,00
Presentación de las instalaciones	7,92	8,00
Estado del mobiliario	7,65	8,00
Señaléticas existentes	8,82	9,00
Servicios recibidos	9,18	10,00

Por otro lado, se obtuvo las medianas para las dimensiones de calidad para cada establecimiento de salud de las tres parroquias. Esto permite observar que las mayores deficiencias provienen de la unidad médica de Zapallo Grande, donde se registraron medianas de 7 puntos en las dimensiones de la presentación de las instalaciones y el mobiliario. Cabe destacar que ninguna dimensión de calidad obtuvo una puntuación de 10 puntos en esta parroquia, a diferencia de los resultados encontrados en la evaluación general del cantón. En particular, los aspectos relacionados a tiempo de espera se presentan aún menos satisfactorios en esta parroquia.

Por el contrario, la parroquia de Pampanal de Bolívar presentó los mejores puntajes. Las medianas obtenidas permiten concluir que este establecimiento ha logrado una satisfacción alta en sus usuarios en los 11 aspectos evaluados; es decir, que los casos reportados con puntajes menores 10 puntos son relativamente escasos en este establecimiento de salud. La parroquia Colon Eloy presentó resultados muy similares a la evaluación global. A excepción del aspecto limpieza del establecimiento, en el cual se logró un puntaje más alto que el de la muestra total.

Respecto a las dimensiones de calidad cuya respuesta fue dicótoma (Sí – No) tales como la privacidad, discriminación y recomendación, se pudo observar que casi el 100% de la muestra estaría dispuesto a recomendar los servicios del establecimiento a otro amigo o persona. De igual forma, se reportó un alto porcentaje de participantes que consideran que su atención médica se realizó con privacidad. Y, finalmente de la muestra de 858 usuarios se reportaron tres casos de pacientes que mencionaron haberse encontrado en una situación de discriminación.

Tabla 22 *Puntaje de satisfacción de las dimensiones de calidad de acuerdo a parroquia*

Dimensión	Zapallo Grande	Pampanal de Bolívar	Colon Eloy
Tiempo de espera para cita	8	10	9
Tiempo de espera en el establecimiento	8	10	9
Facilidad de llegar al establecimiento	8	10	10
Entendió la explicación del profesional	9	10	10
Trato recibido por parte del personal	9	10	10
Aseo y presentación del personal	9	10	10
Limpieza del establecimiento	8	10	10
Presentación de las instalaciones	7	10	8
Estado del mobiliario	7	10	8
Señaléticas existentes	8	10	10
Servicios recibidos	9	10	10

Tabla 23 *Puntaje de las dimensiones de respuesta dicótoma*

Dimensión	Sí		No	
	n	%	n	%
Privacidad	810	94,4	48	5,4
Discriminación	3	,2	856	99,65
Recomendación	853	99,4	5	,7

Determinación de Índice de Satisfacción

Para la obtención del índice de satisfacción se procede a obtener las puntuaciones a través del Análisis de Componentes Principales (ACP) de acuerdo a la metodología planteada por el MSP (2011). Para ello, se procede en primera instancia a obtener medidas de confiabilidad como el coeficiente de Alfa de Cronbach y el índice de susceptibilidad de análisis factorial KMO. Dichos resultados se reportan en la Tabla 24.

Tabla 24 *Medidas de fiabilidad y adecuación de muestreo de la escala de satisfacción usuaria*

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	0,879
Alfa de Cronbach	0,847

En ambos casos, los valores superaron el 0.80 por lo que se puede concluir que, de acuerdo al coeficiente de Alfa de Cronbach, la escala de medida aplicada es confiable; es decir, su resultado puede ser replicado. Y, el resultado del KMO, además sugiere que las observaciones recogidas son aptas para la aplicación de análisis factorial. De tal forma, que se procedió a la aplicación de ACP.

Al extraer los componentes de la escala de medida aplicada se obtuvo como resultado dos factores. Sin embargo, para la construcción del índice se conservó solo el primero ya que este conservó todos los ítems con un peso factorial superior a 0.60 y además explicó el 45% de la varianza. Por el contrario, el segundo componente no obtuvo ninguna carga factorial alta en ningún ítem y además explicó solo un 5% de la varianza (ver Tabla 25).

Una vez determinado el factor de Satisfacción Usuaría se procedió a obtener los puntajes individuales para cada observación. Estas puntuaciones mostraron valores tanto positivos como negativos. De tal forma que se procedió a estandarizarlos de acuerdo a lo propuesto por la metodología del MSP (2011) con valores entre 0 y 2. Posteriormente se agregan al puntaje las variables dicótomas de privacidad, discriminación y recomendación, a través de la ecuación $pun_{def} = 0.9 * puntaje + \frac{0.1}{3} (priv + disc + reco)$. Un extracto de los puntajes obtenidos mediante el ACP, los valores estandarizados y el puntaje definitivo se presentan en el Apéndice D.

Tabla 25 *Matriz de Componentes de Escala de Satisfacción Usuaría*

Ítem	C1	C2
Tiempo de espera para cita	0,71	-,16
Tiempo de espera en el establecimiento	,71	-,15
Facilidad de llegar al establecimiento	,64	,25
Entendió la explicación del profesional	,66	,04
Trato recibido por parte del personal	,63	-,30
Aseo y presentación del personal	,65	-,39
Limpieza del establecimiento	,70	-,11
Presentación de las instalaciones	,64	,59
Estado del mobiliario	,70	,57
Señaléticas existentes	,67	-,09
Servicio recibido	,68	-,23
% Varianza explicada	45	10
% Varianza acumulada	45	55

Estos puntajes permiten clasificar a los individuos muestreados de acuerdo a sus niveles de satisfacción. Estos resultados se presentan en la Tabla 26, los cuales revelan que la mayor parte de la muestra se encuentra en los niveles de satisfacción. De acuerdo a los puntajes del índice obtenido, ningún participante se encuentra en el nivel “Muy insatisfecho”. Así mismo, se encontraron seis casos clasificados como “Poco satisfecho”. La gran mayoría de la muestra (94%) se clasificó dentro del rango de “Muy satisfecho”.

Tabla 26 *Niveles de satisfacción global de acuerdo al puntaje obtenido en el índice*

Nivel de satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho (Puntaje menor o igual a 0.25)	0	0
Insatisfecho (Puntaje entre 0.25 a 0.50)	0	0
Poco satisfecho (Puntaje entre 0.50 a 0.75)	6	,7
Satisfecho (Puntaje entre 0.75 a 1)	41	4,8
Muy satisfecho (Puntaje mayor a 1)	810	94,4
Total	857	99,9

Este mismo procedimiento se lo realiza individualmente para cada establecimiento de salud en las distintas parroquias. Esto permitirá calcular un índice de satisfacción general para cada unidad médica. La Tabla 27 presenta el número de individuos por nivel de satisfacción. El mayor número de individuos que reportaron encontrarse Poco satisfecho fueron del establecimiento de Zapallo Grande. Por el contrario, la parroquia Pampanal de Bolívar obtuvo un 100% de individuos muy satisfechos.

Tabla 27 *Niveles de satisfacción global de acuerdo a parroquia*

Nivel de satisfacción	Zapallo Grande	Pampanal de Bolívar	Colon Eloy
Muy insatisfecho	0	0	0
Insatisfecho	0	0	0
Poco satisfecho	4	0	2
Satisfecho	35	0	6
Muy satisfecho	298	220	292

Cálculo del Índice de Satisfacción General

En base a los resultados obtenidos en la Tabla 27 se procede a calcular el Índice de Satisfacción General que determina los niveles de calidad para los servicios de salud en el cantón Eloy Alfaro. Este índice tiene un valor máximo de 100 que indicaría una puntuación perfecta; es decir, total calidad. A continuación, se presenta el cálculo para toda la muestra mediante la ecuación presentada en la metodología del MSP (2011). De tal forma que sobre un puntaje sobre 100 los establecimientos de salud en el Cantón Eloy Alfaro obtuvieron un puntaje de 98,34.

$$IS = \frac{100MS + 75S + 50PS + 25I + 0MI}{Total\ de\ encuestados}$$
$$IS = \frac{100(810) + 75(41) + 50(6) + 25(0) + 0(0)}{858} = 98,34$$

De la misma forma, se determinan el puntaje general para cada parroquia, en busca de determinar cuál establecimiento es aquel que presenta mayores deficiencias. La Figura 9 refleja el puntaje para cada parroquia. En particular los resultados revelan que la parroquia de Pampanal de Bolívar cuenta con el establecimiento de salud con mejores índices de satisfacción, con un puntaje perfecto de 100. Esto concuerda con los resultados obtenidos en las medianas para cada dimensión las cuales también registraron puntajes perfectos de 10 puntos.

Por el contrario, el establecimiento con el menor índice de satisfacción estuvo ubicado en la parroquia de Zapallo Grande. Este establecimiento registró un puntaje de 96 puntos.

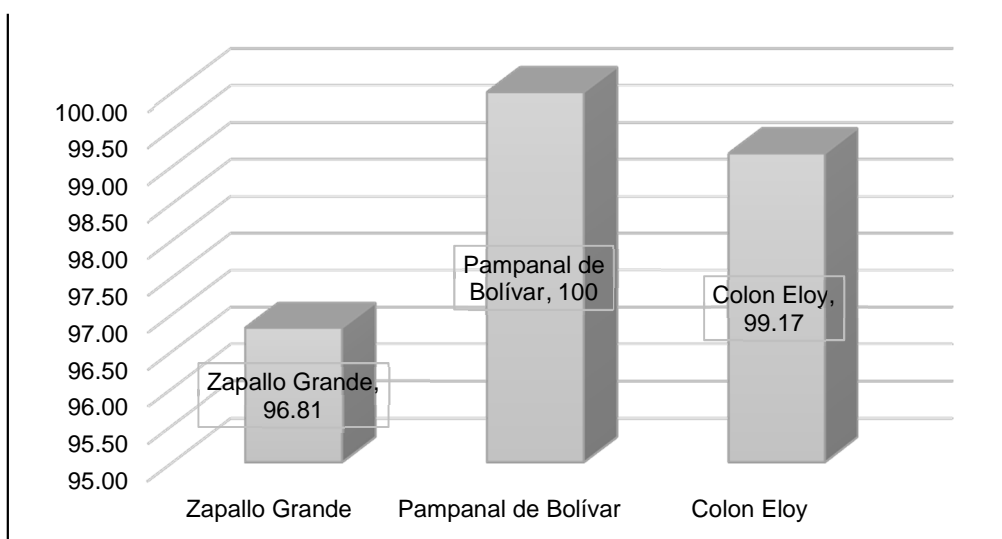


Figura 9. Índice de satisfacción general para cada establecimiento de salud.

Principales hallazgos

- La mayoría de la muestra correspondió a los pacientes atendidos en Zapallo grande (39%), en consulta externa (96%) y de género femenino (60%). Además la edad promedio de la muestra fue de 35.29 años.
- Adicionalmente, respecto a la distribución de medicamentos un 96% de la muestra reportó recibirlo en totalidad y apenas un 2% manifestó haber recibido la receta parcialmente.
- Los menores puntajes en las dimensiones de calidad como el tiempo de espera, facilidad de acceso, aseo, entre otros fueron reportados en la parroquia de Zapallo Grande. Por el contrario, en Pampanal de Bolívar se reportaron los niveles más altos de satisfacción en todos los aspectos.
- Las dimensiones que más deficiencias fueron la presentación de las instalaciones y el estado del mobiliario.
- Se reportaron tres casos de discriminación, 48 casos de atención médica sin privacidad.

- El índice calculado de satisfacción revela que a nivel global se obtuvo un 94% de pacientes muy satisfechos, 4% de pacientes satisfechos y a penas un 0.7% de pacientes poco satisfechos. No existió personas insatisfechas o muy insatisfechas.
- El índice valuado sobre 100 puntos, fue más alto en Pampanal de Bolívar (100), seguido de Colon Eloy (99) y en último

Capítulo IV

Propuesta

El presente capítulo desarrolla la propuesta de acciones en base a los resultados obtenidos anteriormente. Aunque el índice de satisfacción general obtenido en los establecimientos de salud evaluados mostró altos niveles calidad, se identificaron puntos que deberían ser atendidos en busca de lograr que cada uno de los pacientes atendidos en la consulta externa de las unidades médicas del cantón Eloy Alfaro logren acceder a una atención médica oportuna, cálida y de calidad. Además, el instrumento de evaluación aplicado se desarrolló en base a los principios establecidos en la Constitución que son un servicio médico con efectividad, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad, equidad, seguridad, continuidad y oportunidad (MSP, 2011).

De tal forma, se identificaron las deficiencias encontradas a través de la evaluación y se asoció cada una a un principio de calidad. Este método permitirá establecer acciones específicas para el alcance de la calidad total de acuerdo dicten los principios de calidad. La Tabla 28 presenta las deficiencias y fortalezas detectadas en los establecimientos de salud del cantón Eloy Alfaro y su relación con los principios de calidad mencionados. En general, se identificaron mayor número de deficiencias respecto al principio de aceptabilidad, eficiencia y efectividad. Por el contrario, es importante destacar las fortalezas de la atención de salud en el cantón. Es valioso destacar que estos establecimientos de salud resultan de fácil acceso para la población del cantón y que, a ellos acuden personas de diversas auto identificaciones étnicas revelando que estos servicios cumplen con los principios de accesibilidad, equidad y oportunidad de salud.

Sin embargo, queda mucho por complementar. Así, en este capítulo se presentan una serie de acciones valiosas en busca de cubrir las deficiencias mostradas en la Tabla 30.

Tabla 28 *Identificación de deficiencias y fortalezas de acuerdo a principios de calidad*

Principio de calidad	Deficiencias	Fortalezas
Efectividad	-Se identificaron 30 usuarios que no pudieron obtener su medicamento recetado en totalidad	
Eficiencia	-Se identificó ligeras deficiencias respecto a los tiempos de espera para agendar citas y en el establecimiento.	
Accesibilidad	-Se identificó ligeras inconformidades respecto a las señaléticas existentes en el establecimiento	-Se obtuvo un alto puntaje respecto a la facilidad de acceso al establecimiento de salud
Aceptabilidad	-Se identificó menores niveles de satisfacción respecto a las instalaciones y mobiliario de los establecimientos	-Se obtuvo un alto puntaje respecto al trato recibido por parte del personal
	-Se identificó una ligera deficiencia respecto a la limpieza del establecimiento	-El 99% de los pacientes recomendarían la visita al establecimiento médico
	-Un 5% de los usuarios reportó no ser atendido con la suficiente privacidad	
Equidad	-Dos usuarios respondieron sentirse discriminados en los establecimientos	-Los usuarios presentan características socio demográficas diversas. Proporciones similares de personas de género femenino y masculino. Usuarios de distintas auto identificaciones étnicas.
Oportunidad		
Seguridad	-Se identificó ligeras inconformidades respecto a las señaléticas existentes en el establecimiento	-Se obtuvo un alto puntaje respecto a la explicación del profesional médico durante la atención médica
Continuidad	-	-Un 50% de los usuarios han accedido más de 4 veces al establecimiento de salud

Plan Estratégico

Bajo este resumen del análisis situacional se plantea el desarrollo de un plan estratégico el cual inicia con el planteamiento de una misión, visión y valores para el sistema de los servicios de salud del Distrito 08d02 Eloy Alfaro.

Visión

Constituir un sistema de servicios de atención médica capaz de cubrir la demanda de su población asignada con los mejores estándares de calidad que no solo garanticen el acceso de salud, sino que sea el factor esencial para el bienestar y el goce pleno de los derechos humanos de los habitantes del cantón Eloy Alfaro.

Misión

Brindar atención médica de forma accesible, aceptable, oportuna, eficiente y de calidad a la población del cantón Eloy Alfaro.

Valores

Los servicios de atención médica del Distrito 08D02 se debe regir bajo los valores de

- Equidad y justicia en el trato de todos los usuarios.
- Compromiso con la población para la garantía de una oferta de salud oportuna, aceptable y accesible.
- Calidad en los servicios médicos brindados.

Eficiencia en la gestión y uso de recursos.

Ejes Estratégicos

Una vez definida la visión y misión se plantean cuatro ejes estratégicos que se consideraron como los aspectos centrales a trabajar. Estos, involucran algunos de los principios basados en el enfoque de derechos humanos; es decir, no solo a están destinados a mejorar la calidad de atención médica, sino también a mejorar la perspectiva del actual sistema de salud del Distrito, planteando acciones que lo vuelvan un sistema de atención

médica cada vez más humanista. Además, para cada eje se plantea acciones específicas y metas a alcanzar.

Eje 1 Mejora en los elementos relacionados a la eficiencia en los procesos de atención médica

En particular, las unidades de atención médica pueden ser ineficientes en el uso del tiempo y por ende no se logrará con eficacia el resultado esperado en el paciente atendido. De la misma forma, el uso eficiente de los medicamentos disponibles y la eficacia en la entrega de los mismos en los usuarios puede llegar a obstaculizar el resultado planeado. Es importante también destacar que la eficiencia puede mejorar la aceptabilidad, accesibilidad y continuidad de los servicios de salud. Así, las primeras dos acciones pretenden mejorar estos dos principios considerados como la base fundamental de un servicio de salud de calidad.

Tabla 29 Acciones específicas Eje estratégico 1

ACC. 1	Realizar una revisión exhaustiva de los tiempos en todos los procesos antes y durante las consultas.
ACC. 2	Establecer un proceso de verificación de materiales y abastecimiento general de los consultorios
ACC. 3	Verificar y advertir al profesional médico que no es conveniente atender llamadas a celular durante la consulta con el paciente.
ACC. 4	Establecer un proceso estandarizado para la dispensación de medicamentos
ACC. 5	Incorporar tecnologías de información en los procesos de gestión y administrativos necesarios.

Para la mejora en tiempos de espera es esencial detectar las fuentes de demora. En particular las demoras pueden tener su origen antes y durante la consulta. Muchos de los factores que derivan en la extensión del tiempo de espera surgen de parte administrativa o de gestión. En todo caso, este parámetro debe ser medido y controlado desde los procedimientos previos justo antes de la entrada del paciente a la consulta médica. Una forma efectiva de

detectar los factores de demora es a través de un diagrama causa efecto. La Figura 10 presenta una serie de causas que podría dar como resultado el retraso en la consulta médica.



Figura 10. Diagrama causa – efectos: causas de demora en consulta. Tomado de Pérez, González, Martínez, Rodríguez, Pérez y Manzanera (2003). La demora en la consulta de atención primaria: ¿se puede mejorar? Atención primaria, 31(6), 377-381.

En base al diagrama de expuesto se puede determinar cómo acciones

- Clasificar los tiempos de consulta acorde a su tiempo requerido. Establecer un tiempo estándar de acuerdo a dicha clasificación.
- Verificar que los consultorios estén lo suficientemente abastecidos de los materiales necesarios para evitar que existan retrasos al solicitarlos.
- Mejorar la forma de estimación de cupos disponibles diarios para evitar aglomeraciones.
- Mencionar al paciente que si él no acude de manera puntual a la cita acordada esta será aplazada y agendada para otro día.
- Verificar y advertir al profesional médico que no es conveniente atender llamadas a celular durante la consulta con el paciente.

Para cumplir con un 100% de disponibilidad de medicamentos es necesario contar con hojas de información de pacientes actualizadas. Esto va de la mano del seguimiento de un proceso estandarizado para la dispensación de los medicamentos. Un proceso mínimo a seguir seguido y controlado se presenta en la Figura 11.

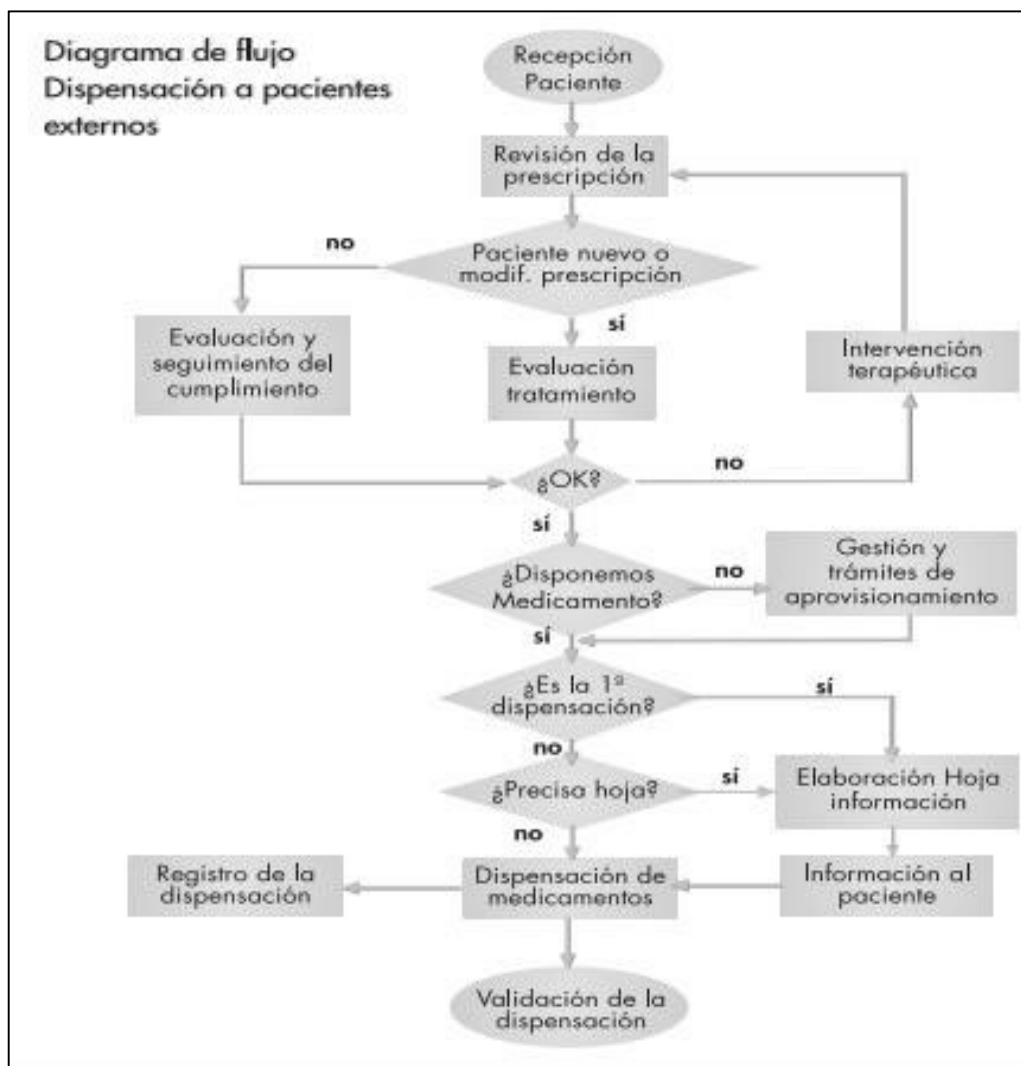


Figura 11. Diagrama de flujo de dispensación a pacientes. Tomado de Fábregas, Force, Agustí y Gurrera (2005). Aplicación de un sistema de calidad a la dispensación de medicamentos a pacientes con infección VIH. Imprime: Gráficas Enar, SA, 47.

Una vez identificado este proceso la forma de volver eficaz y eficiente es reduciendo la información sesgada que subestima las necesidades de los pacientes, esto se puede dar por la excesiva cantidad de procesos manuales. Así, una acción a tomar es que los establecimientos de salud desarrollen sistemas de información que permita el registro de las hojas de los

pacientes de manera rápida. En este sistema es necesario que se registre la demanda satisfecha encontrada en busca de establecer tiempos de solución lo más cortos posibles.

Tabla 30 *Metas para el Eje estratégico 1*

Indicador	Actual	Deseado
Nivel de satisfacción (del 1 al 10) respecto a		
Tiempo de espera en cita	8,84	9,5
Tiempo de espera en establecimiento	8,76	9,25
Número de personas que no recibió el medicamento	30 de 800 (4%)	15 de 800 (2%)

Eje 2 Reforzar el grado de aceptabilidad reportada por la población respecto los servicios médicos ofrecidos actualmente.

A pesar de que la mayoría de los encuestados manifestaron su predisposición a recomendar a otras personas la visita al establecimiento de salud que ellos acuden, existen algunas deficiencias que podría cambiar esta perspectiva de los usuarios. En particular, estas se encuentran relacionadas con las instalaciones y el mobiliario disponible en las unidades médicas. Y, entre otros aspectos la apariencia y actitud del personal sanitario con el paciente. Estas deberían estar en condiciones aceptables para los pacientes.

Tabla 31 *Acciones específicas Eje estratégico 2*

ACC. 1	Revisión y mejora de las instalaciones y equipos desgastados.
ACC. 2	Adecuar los lugares para que la consulta se realiza con plena privacidad en todas las unidades médicas
ACC. 3	Realizar distintas capacitaciones al personal sanitario que permita la mejora en el trato al pacientes y garantice comportamientos de empatía y amabilidad
ACC. 4	Verificar constantemente el aseo del lugar y del personal en todas las unidades médicas

En este punto es importante señalar que para que este aspecto sea mejorado se requiere un entendimiento entre las entidades pública competentes y el personal del establecimiento de salud. Es responsabilidad de las dos partes detectar las deficiencias en infraestructura y elaborar un plan de financiamiento que mejore las unidades médicas en cuestión y así mismo proveer los equipos necesarios de acuerdo a la tipología del establecimiento.

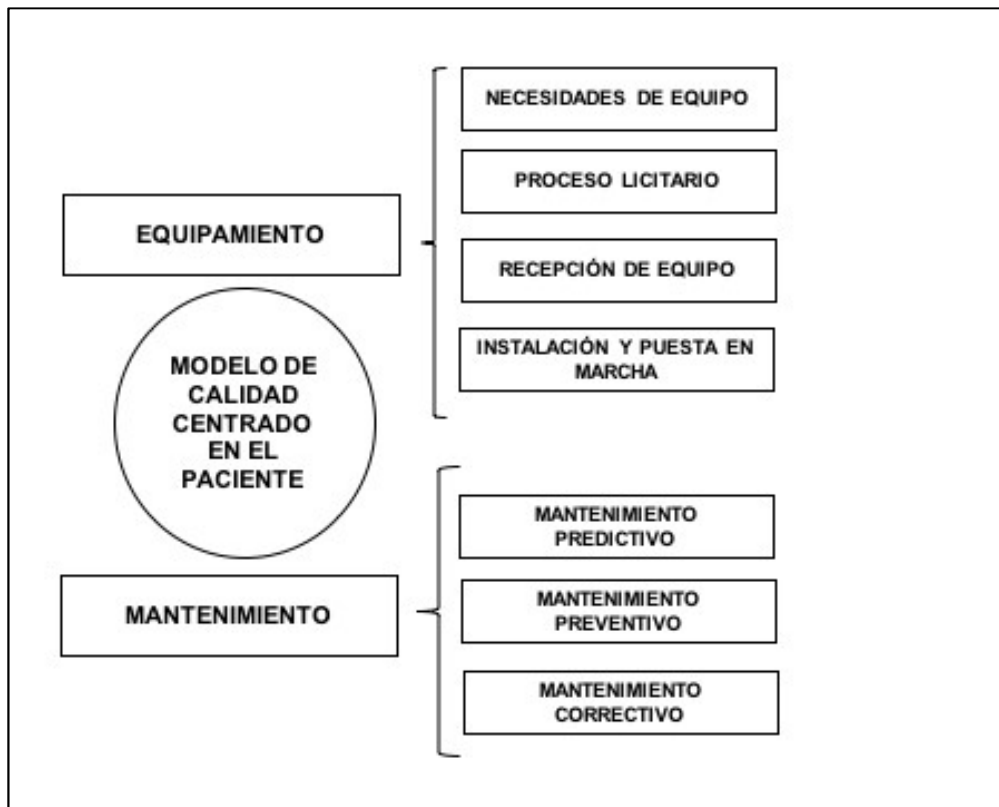


Figura 12. Mapa de procesos de equipamiento y mantenimiento. Adaptado de Martínez (2009). Proyecto de equipamiento Hospital María, Especialidad Pediátricas. Seventh LACCEI Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology.

La figura 12 presenta un mapa de procesos para el equipamiento de una unidad médica de tipo público. En este proceso como paso inicial está la detección de necesidades de equipo, sea por ausencia o desgaste del equipo actual. Cuando se trata de una entidad pública resulta de especial importancia el proceso licitatorio, en busca de lograr eficiencia y mejor uso de recursos. También, resulta esencial la fase de mantenimiento de los equipos, esto permitirá garantizar la satisfacción de los usuarios respecto a las instalaciones del establecimiento de salud.

Tanto las instalaciones, mobiliario y limpieza de los establecimientos son los puntos más urgentes a mejorar. Esto se reflejó en los indicadores de satisfacción los cuales permiten establecer metas medibles (ver Tabla 32).

Tabla 32 *Metas para el Eje estratégico 2*

Indicador	Actual	Deseado
Nivel de satisfacción (del 1 al 10) respecto a		
Trato recibido por parte del profesional	9,3	10
Aseo y presentación del personal	9,28	10
Limpieza del establecimiento	8,95	9,5
Presentación de las instalaciones	7,92	9
Estado del mobiliario	7,65	9

Eje 3 Lograr atención médica totalmente justa y equitativa con toda la población.

En este punto se pretende fortalecer los aspectos de igualdad en la prestación de servicios de salud. A pesar de que se reportó niveles mínimos de discriminación, aún resulta inaceptable que exista siquiera un 1% de estos casos. En particular, este eje responde a una lógica profunda declarada por las Naciones Unidas y resulta inaceptable, aunque sea en los niveles más mínimos, la existencia de casos de discriminación en la atención médica pues este hecho representa una violación a los derechos humanos más básicos.

Tabla 33 *Acciones específicas Eje estratégico 3*

ACC. 1	Evaluar las relaciones médico paciente, sobre todo aquellos culturalmente diversos.
ACC. 2	Realizar charlas y conferencias sobre los principios de salud y los derechos humanos en las comunidades y para los niños en colegios y escuelas
ACC. 3	Establecer una política sólida dentro de cada establecimiento del distrito que guarde relación con las normas universales de derechos humanos y compartirla intensamente con el personal sanitario y administrativo de la institución.

La Organización Mundial de la Salud (2017) explica que la discriminación no se da en un contexto vacío y que son los trabajadores sanitarios quienes ejercen discriminación y por tanto es necesario apoyar el desempeño de sus funciones y responsabilidades y su reivindicación de sus derechos. Es así que es esencial abordar este problema desde el personal sanitario. En consecuencia, las acciones a tomar para la mejora de este principio van dirigidas hacia los profesionales sanitarios de los establecimientos de salud.

A su vez, es necesario que toda la comunidad del cantón esté consciente de sus derechos y a su vez también respeten los derechos de los demás. Esto pone a luz la necesidad de difundir estos conceptos entre la población y en especial a niños y niñas de la comunidad.

Tabla 34 *Metas para el Eje estratégico 3*

Indicador	Actual	Deseado
Número de personas que reportaron algún tipo de discriminación	3 de 800	0

Eje 4 Mejorar las condiciones de accesibilidad, seguridad y disponibilidad en las instalaciones de atención médica.

Un aspecto que reveló deficiencias en los resultados del capítulo anterior fue respecto a las señaléticas de los establecimientos médicos. Este aspecto se relaciona con los principios de seguridad y accesibilidad. En general, una buena señalética permite a los usuarios desplazarse ágilmente en la unidad médica y a su vez ofrece directrices sobre qué hacer en caso de alguna situación de emergencia. Además, es necesario que la población conozca la ubicación de la mayoría de las unidades médicas y qué servicios ofrecen. Y, es necesario verificar que las vías de llegada a cada unidad médica sean las más rápidas y adecuado sobre todo para los casos de emergencia.

Tabla 35 *Acciones específicas Eje estratégico 4*

ACC. 1	Campaña de información de ubicación y disponibilidad de servicios médicos de unidades médicas en todas las comunidades
ACC. 2	Implementar señaléticas de ruta para la fácil llegada a las unidades médicas y verificar que la ruta tenga el acceso más rápido y vías adecuadas.
ACC. 3	Revisar y mejorar las señaléticas internas en las unidades médicas dependiendo su tamaño y tipos de servicios ofrecidos

Por otro lado, respecto a las señaléticas internas de las unidades médicas, existen normas técnicas dirigidas especialmente a los establecimientos de salud. En consecuencia, las unidades médicas deberían abordar este tema y alinearse a dichas normas. En particular una buena señalética debería

- Contar con una finalidad específica.
- Evitar obstrucciones, retrasos, o interferencias en cualquier en procesos.
- Señalar rutas de evacuación y lugares peligrosos o restringidos.
- Ayudar al usuario a llegar a su destino con facilidad

Tabla 36 *Metas para el Eje estratégico 4*

Indicador	Actual	Deseado
Nivel de satisfacción (del 1 al 10) respecto a		
Facilidad de llegar al establecimiento	8,76	9,5
Señaléticas existentes	8,82	9,75

Conclusiones

Los servicios de salud constituyen un derecho esencial del ser humano. Estos, deberán ser garantizados por el Estado. En concreto estos servicios deben estar alineados a los principios de eficiencia, eficacia, accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, equidad, seguridad y continuidad (MSP, 2011). En consecuencia, las unidades médicas del cantón Eloy Alfaro han realizado varios esfuerzos para que dicho servicio sea ofrecido con la mayor calidad de tal forma que se logre la satisfacción del usuario.

En la actualidad la satisfacción del paciente es uno de los aspectos y la meta deseada por las instituciones sanitarias. Este elemento suma a la calidad técnica o de diagnóstico la forma de entrega del servicio médico. Es decir, cómo el profesional sanitario se desempeña durante todo el proceso de atención médica. Es así que dentro de los aspectos de la calidad de salud se incluyen temas como el trato del personal, la accesibilidad del servicio, su aceptabilidad, entre otros. Todos estos se pueden manifestar como los derechos que todo ser humano tiene respecto a la salud. A estos también se suma la no discriminación.

La presente investigación se sustentó en diversas teorías. Entre ellas se describieron las teorías de la satisfacción aterrizadas al contexto de la atención médica, las cuales establecen la percepción de los pacientes como un elemento esencial. Entre algunos enfoques se expusieron la teoría de la discrepancia, la teoría del cumplimiento y la teoría de la equidad como posibles explicaciones de la relación entre las expectativas y la satisfacción del paciente.

Por otro lado, se revisó también la base teórica que toma en cuenta el acceso a la salud como un derecho humano. La OMS fue quien estableció los cimientos para considerar la salud como un derecho humano. Y, dentro de esta concepción, además de la garantía del acceso a la atención médica, también se incluyen otros principios como la equidad, la no discriminación, la aceptabilidad, disponibilidad y oportunidad.

También se realizó una revisión de teoría referente a la planeación estratégica en el contexto del sistema de salud, la cual presenta una amplia literatura. En general, los autores refieren grandes desafíos para este sector como el aumento de la población y la escasez de recursos, razones por las cuales la planeación estratégica resulta una herramienta útil y relevante para las instituciones sanitarias que se desenvuelven en un entorno competitivo y altamente regulado.

Bajo este argumento, el presente estudio tuvo como objetivo determinar un índice de satisfacción que tome en cuenta estos principios relacionados a los derechos humanos. Este se construyó a partir de la recogida de datos mediante un cuestionario de medición en el cantón Eloy Alfaro. Además, las evaluaciones de la satisfacción usuaria en las unidades médicas de este cantón se realizaron con el objetivo de tener un análisis situacional del sistema de salud en este cantón y en base a ello desarrollar un plan estratégico.

El cantón Eloy Alfaro se encuentra en la provincia de Esmeraldas y cuenta con diversos establecimientos de salud pública. Sin embargo, este estudio se centró en los servicios de consulta externa. Para evaluar la satisfacción usuaria se partió de un instrumento desarrollado por el Ministerio de Salud Pública (2011) el cual se aplicó en tres establecimientos ubicados en las parroquias de Zapallo Grande, Pampanal y Colon Eloy. Con una muestra altamente representativa de (858 usuarios) se pudo determinar que los servicios de salud primaria en el cantón reflejan un índice alto de satisfacción usuaria ya que ningún usuario obtuvo un puntaje caracterizado como insatisfecho. Sin embargo, se observaron algunas deficiencias entre las que se pueden destacar la adecuación de las instalaciones y mobiliarios de las unidades médicas y los tiempos de espera. Por otro lado, aunque con porcentaje mínimos, se detectaron tres casos de discriminación y otros usuarios reportaron recibir un servicio con poca privacidad. Además, se detectó ligeras incongruencias en la entrega de medicamentos a los pacientes recetados.

Así, en base a los resultados obtenidos se asocian dichas deficiencias con cada principio de salud basado en el enfoque de derechos humanos. La propuesta consistió en un plan estratégico estructurado en cuatro ejes. Cada eje se compuso de acciones específicas y metas medibles, las cuales pretenden dar soluciones de mejora a los principios de aceptabilidad, accesibilidad, equidad, y disponibilidad.

En particular, se determinó la necesidad de detectar las causas de demoras en el tiempo de consulta, estas podrían derivar desde el mismo paciente hasta los procesos administrativos y el profesional médico. Por lo que resulta necesario realizar un seguimiento de todos los pasos previos a la consulta y durante la consulta.

Por otro lado, se reconoce que los sistemas de información deberían ser actualizados en busca de que se tenga una información precisa y sin sesgo de los requerimientos de medicamentos de acuerdo a las hojas de información de cada paciente. Del mismo modo, este proceso necesita ser estandarizado y controlado.

Un punto importante a tratar resulta la discriminación en la atención médica. Este en cualquier cifra, por mínima que sea, resulta inaceptable ya que atenta contra los derechos humanos del paciente. En los establecimientos de salud del cantón se detectó dos casos que podrían representar el 1% de la muestra tomada. Sin embargo, es necesario tomar medidas para evitar en totalidad estas situaciones. Las acciones en este aspecto van dirigidas sobre todo hacia el mismo personal sanitario, ya que ellos resultan ser el agente principal de discriminación.

Por último, acciones respecto a la señalética de los establecimientos de salud fueron propuestas ya que estas permiten mejorar la accesibilidad y seguridad de los usuarios. En lo particular, se espera que una correcta señalización permita informar y guiar al paciente; lo que a su vez permitiría evitar ineficiencias y prevenir accidentes.

Recomendaciones

Los establecimientos de salud evaluados deberían elaborar programas o planes específicos para cada eje evaluado en esta investigación. En particular, es necesario implementar nuevo sistema de información más actualizados que permita el registro de pacientes de manera más eficaz y organizada, pues esto permitirá identificar de manera más precisa sus necesidades. Por otro lado, resulta pertinente implantar un proceso estandarizado de consultas donde se predigan los tiempos de manera más exacta. Además, resulta urgente el inicio de un programa de equipamiento y mejora de infraestructura de los establecimientos, ya que este aspecto fue uno de los que obtuvieron el más bajo puntaje.

Otro punto importante, a nivel social queda en manos del Estado y la misma comunidad de profesionales sanitarios erradicar por completo cualquier tipo de discriminación percibida en la atención médica. A pesar de que en los últimos años el acceso a la salud ha mostrado mejoras en su accesibilidad e inclusión aún queda asuntos por atender. Esto debido a que este aspecto se encauza dentro de un tema cultural y social, y puede llegar a requerir medidas más profundas a un nivel más elevado. Es necesario realizar campañas a nivel nacional de concientización de la salud como un derecho humano, gran parte de la población podría no estar al tanto de sus derechos. Todos deben conocer que no se trata solo de acceder a los servicios de salud sino también exigir que el proceso de atención médica sea aceptable, y respete la dignidad humana. Esto también requerirá que las futuras generaciones de profesionales sanitarios tengan interiorizada conductas éticas y humanistas.

Para futuras investigaciones se sugiere aplicar el instrumento propuesto por el MSP (2011) en otras provincias y en diferentes niveles de complejidad del establecimiento de salud, en busca de realizar análisis comparativos. Esto permitirá identificar en que ubicación geográfica se reportan los niveles más bajos de principios de calidad como la eficiencia, eficacia,

accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad y equidad. Además, el grado de discriminación podría variar de región a región.

En el cantón Eloy Alfaro, se podría realizar una investigación cualitativa. Los casos encontrados de discriminación podrían ser profundizados y determinar qué factores son los que ocasionan estos comportamientos en los profesionales médicos.

Finalmente, nuevas escalas de medida que integren estos conceptos de derechos humanos pueden ser desarrollados y mejorar la forma de medición utilizada en este estudio. Además, próximos instrumentos deberán ser probados en términos de confiabilidad y validez mediante métodos multivariantes más avanzados.

Referencias

- Alkilani, K., Ling, K.C., & Abzakh, A.A. (2013). The Impact of Experiential Marketing and Customer Satisfaction on Customer Commitment in The World of Social Networks. *Asian Social Science*, 9(1), 262–270.
- Alonso, M. (2016). Calidad y satisfacción: el caso de la Universidad de Jaén. *Revista de la educación superior*, 45(178), 79-95.
- Alvarado, T. E. (2001). Metodología para elaborar un plan estratégico y rediseño organizacional de una unidad de producción agropecuaria. *Revista Mexicana de Agronegocios*, 5(9), 284-292.
- Arbab, B., Spaulding, A., Gamm, L., & Johnson, C. (2014). Healthcare strategic management and the resource based view. *Journal of Strategy and Management*, 7(3), 251-264.
- Aragon, S. J., & Gesell, S. B. (2003). A patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency departments: a multigroup structural equation modeling investigation. *American Journal of Medical Quality*, 18(6), 229-241.
- Aragon, S.J. (2000). The latent structure of emergency room satisfaction: a structural equation modeling investigation. PhD dissertation, University of Chapel Hill, Greensboro, NC.
- Arrazola, M., de Hevia, J., & Rodríguez, L. (2015). ¿ Qué factores ayudan a explicar la satisfacción con la Atención Primaria en España?. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(5), 226-236.
- Ávila, R. (2012). El derecho a la salud en el contexto del buen vivir. La Constitución ecuatoriana del 2008 y el derecho de salud. *UASB-Digital*, 6.
- Berry, L., & Parasuraman, A. (1993). Building a new academic field—The case of services marketing. *Journal of retailing*, 69(1), 13-60.

- Bernal, A. (2010). Metodología de la Investigación. *Editorial Pearson Educación*.
- Castillo, C., Garrafa, V., Cunha, T., & Hellmann, F. (2017). Access to health care as a human right in international policy: critical reflections and contemporary challenges. *Ciencia & saude coletiva*, 22(7), 2151-2160.
- Cohen, J., & Ezer, T. (2013). Human rights in patient care: a theoretical and practical framework. *Health Hum Rights*, 15(2), 7-19.
- Constitución Nacional de la República de Ecuador (2008). Asamblea Nacional. Registro Oficial 449
- Creswell, J. (2013). *Research Design Qualitative, Quantitative, And Mixed Method Approaches*. SAGE Publications.
- Cronin, J. J., & Taylor, S.A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68.
- Crosby, P. (1979). *Quality is Free*. New York, McGraw-Hill.
- Deming, W. (1982). *Quality Productivity and Competitive Position*. Cambridge MA MIT Press.
- Dotchin, J. A., & Oakland, J. S. (1992). Theories and concepts in total quality management. *Total Quality Management*, 3(2), 133-146.
- Dunsch, F., Evans, D. K., Macis, M., & Wang, Q. (2018). Bias in patient satisfaction surveys: a threat to measuring healthcare quality. *BMJ global health*, 3(2), 1-5.
- Echevarria, M., Ramos, P., Caba, F., López, J., Almeida, C., & Gonzalez, C. C. (2015). Factores determinantes de la satisfacción del paciente con la consulta de anestesia. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(5), 215.
- Festinger, L. (1962). *A theory of cognitive dissonance*(Vol. 2). Stanford university press.
- Figuroa, R. (2013). El derecho a la salud. *Estudios constitucionales*, 11(2), 283-332.

- Esmailpour, M., Zadeh, M.B., & Hoseini, E.H. (2012). The Influence of Service Quality On Customer Satisfaction: Customer Of Boushehr Bank Sepah As A Case Study. *Institute of Interdisciplinary Business Research*, 3(9), 1149-1159.
- Fábregas, X., Force, Ll., Agustí C. & Gurreera, T. (2005). Aplicación de un sistema de calidad a la dispensación de medicamentos a pacientes con infección VIH. *Imprime: Gráficas Enar, SA*, 47.
- Ganesh, R., Haslinda, A., & Santhi, R. (2016). Customer Satisfaction: An Interpretation of Theories with Disconfirmation Paradigm. *The International Journal of Business & Management*, 4(12), 269-273.
- Ginter, P. M., Duncan, W. J., & Swayne, L. E. (2018). *The strategic management of health care organizations*. John Wiley & Sons.
- Gliner, J. A., Morgan, G. A., & Harmon, R. J. (2001). Measurement reliability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 486-488.
- Gómez de Terreros, M., Lozano, J. F., Avilés, I., & Martínez, R. (2017). Desarrollo y estudio piloto de un cuestionario para evaluar la satisfacción con la estancia hospitalaria en población infanto-juvenil. *Gaceta Sanitaria*, 31(6), 492-498.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of marketing*, 18(4), 36-44.
- Guarisco, J. S., & Bavin, S. A. (2008). Validating the primary provider theory in emergency medicine. *Leadership in Health Services*, 21(2), 120-130.
- Haas, M. (1999). The relationship between expectations and satisfaction: a qualitative study of patients' experiences of surgery for gynaecological cancer. *Health expectations*, 2(1), 51-60.
- Hawthorne, G., Sansoni, J., Hayes, L., Marosszeky, N., & Sansoni, E. (2014). Measuring patient satisfaction with health care treatment using the Short Assessment of

Patient Satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates. *Journal of clinical epidemiology*, 67(5), 527-537.

Hernández, P. (2011). La importancia de la satisfacción del usuario. *Documentación de las Ciencias de la Información*, 34, 349-368.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. *México: Editorial Mc Graw Hill*.

Hunt, P. (2016). Interpreting the international right to health in a human rights-based approach to health. *Health and human rights*, 18(2), 109-115.

Huesch, M. D. (2013). Are there always synergies between productive resources and resource deployment capabilities? *Strategic Management Journal*, 34(11), 1288-1313.

Juran, M. (1964). *Managerial Breakthrough*. New E'ork, McGraw-Hill.

Kalaja, R., Myshketa, R., & Scalera, F. (2016). Service quality assessment in health care sector: the case of Durres public hospital. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 235, 557-565.

King, B. G. (2015). Organizational actors, character, and Selznick's theory of organizations. In *Institutions and ideals: Philip Selznick's legacy for organizational studies* (pp. 149-174). Emerald Group Publishing Limited.

Lankarani, K. B., Maharlouei, N., Akbari, M., Yazdanpanah, D., Akbari, M., Moghadami, M., & Joulaei, H. (2016). Satisfaction rate regarding health-care services and its determinant factors in South-West of Iran: A population-based study. *International journal of preventive medicine*, 7 (122).

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002). Ministerios de Salud Pública. Lay N. 2002 80

Ley Orgánica de Salud (2012). Congreso Nacional. Ley N. 67. Registro oficial 432.

- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A., & Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(3), 1151-1169.
- Lu, C., Berchoux, C., Marek, M. W., & Chen, B. (2015). Service quality and customer satisfaction: qualitative research implications for luxury hotels. *International Journal of Culture, Tourism and Hospitality Research*, 9(2), 168-182.
- Marlin, D., Huonker, J. W., & Sun, M. (2002). An examination of the relationship between strategic group membership and hospital performance. *Health Care Management Review*, 27(4), 18-29.
- Márquez, J., & Pérez, C. (2008). Evaluación de la satisfacción y de la insatisfacción de pacientes atendidos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos.
- Martínez, J. (2009). Proyecto de equipamiento Hospital María, Especialidad Pediátricas. *Seventh LACCEI Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology*.
- Meier, B. M. (2017). Human Rights in the World Health Organization: Views of the Director-General Candidates. *Health and human rights*, 19(1), 293.
- Bernal, C. A. (2011). *Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Pearson Educación de México, SA de CV.
- Ministerio de Salud Pública (2011). Metodología para el cálculo de índice de satisfacción. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud.
- Ministerio de Salud Pública (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Quito, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública (2013). Manual Operativo Red Integrada de Servicios de Salud.

- Nieto, J., Vicente, M. V., Calvo, A. B., Lobato, L., Rubio, F. J., Mendoza, J. L., & Rodríguez, M. P. (2018). Estudio de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Rehabilitación del CAUSA. *Rehabilitación*, 52(1), 28-37.
- Nunes, R., Nunes, S. B., & Rego, G. (2017). Health care as a universal right. *Journal of Public Health*, 25(1), 1-9.
- Olander, F., (1979) *Consumer Satisfaction: A Sceptic's view*. Aarhus Denmark.
- Organización Mundial de la Salud (1999). Principios y conceptos básicos de equidad y salud. División de Salud y Desarrollo Humano.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *The Right to Health*. Geneva, Switzerland.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Poner fin a la discriminación en los centros de atención sanitaria. Obtenido de <http://www.who.int/es/newsroom/commentaries/detail/ending-discrimination-in-health-care-settings>
- Ortiz, M. S., Baeza, M. J., Salinas, N., Flynn, P., & Betancourt, H. (2016). Atribución de malos tratos en servicios de salud a discriminación y sus consecuencias en pacientes diabéticos mapuche. *Revista médica de Chile*, 144(10), 1270-1276.
- Oviedo, H. C., & Arias, A. C. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. *Journal of retailing*, 64(1), 12.
- Pascuci, L. M., Meyer Júnior, V., & Crubellate, J. M. (2017). Strategic management in hospitals: Tensions between the managerial and institutional lens. *BAR-Brazilian Administration Review*, 14(2).
- Phelps, C., Madhavan, G., Rappuoli, R., Levin, S., Shortliffe, E., & Colwell, R. (2016). Strategic planning in population health and public health practice: a call to action for higher education. *The Milbank Quarterly*, 94(1), 109-125.

- Peranovich, A. C. (2017). Capacidades y retos del monitoreo sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud en Argentina. *Salud colectiva*, 13, 73-90.
- Pérez, A. B., González, A. G., Martínez, J. F., Rodríguez, F. S., Pérez-Crespo, C., & Manzanera, F. A. (2003). La demora en la consulta de atención primaria: ¿se puede mejorar? *Atención primaria*, 31(6), 377-381.
- Ramseook-Munhurrun, P., & Naidoo, P. (2011). Customers' perspectives of service quality in internet banking. *Services Marketing Quarterly*, 32, 247-264.
- Ranaweera, C., & Sigala, M. (2015). From service quality to service theory and practice. *Journal of Service Theory and Practice*, 25(1), 2-9.
- Razali, N. M., & Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of shapiro-wilk, kolmogorov-smirnov, lilliefors and anderson-darling tests. *Journal of statistical modeling and analytics*, 2(1), 21-33.
- Rodríguez, F., & Peiró, M. (2012). La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias. *Revista española de Cardiología*, 65(8), 749-754.
- Rojo, V., Alesina, L., Bertoni, M., Mascheroni, P., Moreira, N., Picasso, F., & Ramírez, J. (2011). Metodología de la investigación en Ciencias Sociales: Apuntes para un curso inicial.
- Rosero, C., & Montalvo, H. (2015). Factores de la disonancia cognitiva para Smartphone. *Revista Retos* 10(1), 177-192.
- Ross, C. K., Frommelt, G., Hazelwood, L., & Chang, R. W. (1987). The role of expectations in patient satisfaction with medical care. *Journal of Health Care Marketing*, 7(4).
- Ruger, J. P. (2006). Toward a theory of a right to health: capability and incompletely theorized agreements. *Yale journal of law & the humanities*, 18(2), 3.

- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Senplades (2017). Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una Vida. Quito – Ecuador.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo Senplades (2014). Fichas de Cifras Generales.
- Susser, M. (1993). Health as a human right: an epidemiologist's perspective on the public health. *American Journal of Public Health*, 83(3), 418-426.
- Wallace, S. P., & Enriquez. H. (2001). Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10, 18-28.
- Wicks, A. M., & Roethlein, C. J. (2009). A satisfaction-based definition of quality. *The Journal of Business and Economic Studies*, 15(1), 82-97.
- Yüksel, A., & Yüksel, F. (2001). The expectancy-disconfirmation paradigm: a critique. *Journal of hospitality & tourism research*, 25(2), 107-131.
- Yüksel, A., & Yüksel, F. (2008). Consumer satisfaction theories: a critical review. *Tourist satisfaction and complaining behavior: Measurement and management issues in the tourism and hospitality industry*, 65-88.
- Zeithaml, V. A., Berry L.L and Parasuraman A (1990). The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service, *Journal of the Academy of Marketing Science* 21(1), 1- 12.

Apéndices

Apéndice A Cuestionario de satisfacción usuaria

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
BLOQUE A: DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
Nombre del establecimiento de salud / Servicio de atención de salud móvil*:	
Unicódigo:	Período de evaluación:
Tipología:.....	
Provincia:.....	
Zona:.....	Fecha de aplicación: .../.../.....
Distrito:	Nombre y apellido del encuestador:..... ...

BLOQUE B: DATOS DE LA PERSONA ENCUESTADA		
	Pregunta	Opciones de respuesta
1	Género	1. Masculino 2. Femenino
2	Edad	Colocar los años cumplidos del usuario/a
3	Nacionalidad	Códigos parte inferior
4	Autoidentificación étnica	Códigos parte inferior
BLOQUE C: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN		
5	¿En qué Servicio recibió la atención?	1. Consulta Externa 2. Emergencia 3. Hospitalización
6	¿Qué tan satisfecho/a se siente Usted con el tiempo que esperó para agendar su cita o recibir turno de atención en el establecimiento de salud? (<i>Aplica para consulta externa</i>)	1 al 10 (Siendo 1 el más bajo y 10 el más alto)
7	¿Qué tan satisfecho/a se siente Usted con el tiempo que esperó en este establecimiento desde que llegó hasta que fue atendido u hospitalizado?	
8	¿Qué tan fácil le resultó llegar al establecimiento de salud desde su domicilio/trabajo/estudios?	
9	¿Cuántas veces acudió a este establecimiento de salud en el último año?	1. 1era. vez 2. 1 a 3 3. 4 a 6

		4. Más de 6
10	¿Si en la atención el profesional de salud le recetó medicación; ¿Usted recibió los medicamentos?	0. No recetó 1. Si
		2. No 3. Parcialmente
11	¿Considera Usted que la atención en salud recibida se la realizó con privacidad?	1. Si 2. No
12	¿Usted entendió la explicación que el profesional le dio sobre su estado de salud?	0. No dio explicación 1 al 10 (Siendo 1 el más bajo y 10 el más alto)
13	Califique el trato que recibió por parte del personal del establecimiento de salud	1 al 10 (Siendo 1 el más bajo y 10 el más alto)
14	Durante el proceso de atención. ¿Usted sintió algún tipo de discriminación? (Si la respuesta es No, siga a la pregunta 16)	1. Si 2. No
15	¿Indique Usted la razón por la cual se sintió discriminado?	Códigos parte inferior
16	¿Qué tan satisfecho se siente Usted con el aseo y la presentación personal del funcionario que le brindó la atención?	1 al 10 (Siendo 1 el más bajo y 10 el más alto)
17	¿Qué tan satisfecho se siente Usted con la limpieza del establecimiento de salud?	
18	¿Qué tan satisfecho se siente Usted con las instalaciones del establecimiento de salud? (paredes, techo, piso, accesos para personas con discapacidad, puertas, escaleras, ascensor, baterías sanitarias, servicios básicos, etc.)	
19	¿Qué tan satisfecho se siente Usted con el estado del mobiliario del establecimiento de salud? (camillas, sillas, bancas, escritorios, carpas, basureros, dispensadores, etc.)	
20	¿Qué tan satisfecho se siente Usted con la señalética existente para orientarse o informarse en el establecimiento de salud? (letreros, carteles, rótulos, etc.)	
21	¿Qué tan satisfecho se sintió Usted con los servicios recibidos en este establecimiento de salud?	
22	¿Recomendaría este establecimiento de salud a un familiar o amigo?	

Apéndice B Indicaciones de tratamientos de datos de acuerdo al MSP



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN (Instructivo para registro de datos)

1. Contar con el formulario físico lleno con los datos levantados en el establecimiento de salud según muestra asignada.
2. Cada columna corresponde a una variable por tanto se debe registrar según corresponda.
3. La primera variable denominada unicodigo (color rojo: columna A) esta automatizada para que alimente las siguientes variables (color azul: columna B - F), solo debe colocar el unicodigo y variables, que corresponden a la informacion del establecimiento de salud, se llenen automaticamente.
4. Las variables de color tomate (columna H - I) llenar manualmente, según las siguientes consideraciones:
 - 4.1. Fecha se deberá colocar de acuerdo al formato ya establecido (02/01/2018)
 - 4.2. Nombre y apellido del encuestador deberá colocarlo en mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales(ñ,!,",:;\$,%;&./;?;'"; etc.), para no ocasionar error en la lectura de la base de datos (MARÍA OÑA)
5. Las variables de color amarillo (G, J - AE): se deben seleccionar en la lista desplegable según las respuestas del encuestado/a.
5. Deberá revisar la base antes de enviarla con el fin de que no haya errores o celdas vacias. (Colocar un 0, cuando no aplique)
6. Deberá enviar los datos consolidados al Distrito o Zona según corresponda.

Nota: esta herramienta cuenta con tres pestañas:

Instructivo

Base de datos: aquí se registrará la información levantada

Codificación: Esta pestaña es donde se automatiza la información por tanto no se la debe manipular.

Apéndice C Resultados de prueba de normalidad

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de ¿Qué tan satisfecho/a se siente Usted con el tiempo que esperó para agendar su cita o recibir turno de atención en el establecimiento de salud? (Aplica para consulta externa) es normal con la media 8,840 y la desviación estándar 1,35.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,000 ^d	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de ¿Qué tan satisfecho/a se siente Usted con el tiempo que esperó en este establecimiento desde que llegó hasta que fue atendido u hospitalizado? es normal con la media 8,763 y la desviación estándar 1,38.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,000 ^d	Rechace la hipótesis nula.
3	La distribución de ¿Qué tan fácil le resultó llegar al establecimiento de salud desde su domicilio/trabajo/estudios? es normal con la media 8,683 y la desviación estándar 1,90.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,000 ^d	Rechace la hipótesis nula.
4	La distribución de ¿Usted entendió la explicación que el profesional le dio sobre su estado de salud? es normal con la media 9,094 y la desviación estándar 1,24.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,000 ^d	Rechace la hipótesis nula.
5	La distribución de Califique el trato que recibió por parte del personal del establecimiento de salud es normal con la media 9,303 y la desviación estándar 0,96.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,000 ^d	Rechace la hipótesis nula.
6	La distribución de ¿Qué tan satisfecho se siente Usted con el aseo y la presentación personal del funcionario que le brindó la atención? es normal con la media 9,276 y la desviación estándar 1,01.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,000 ^d	Rechace la hipótesis nula.
7	La distribución de ¿Qué tan satisfecho se siente Usted con la limpieza del establecimiento de salud? es normal con la media 8,951 y la desviación estándar 1,10.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,000 ^d	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

^dLilliefors corregido

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
8	La distribución de ¿Qué tan satisfecho se siente Usted con las instalaciones del establecimiento de salud? (paredes, techo, piso, accesos para personas con discapacidad, puertas, escaleras, ascensor, baterías sanitarias, servicios básicos, etc.) es normal con la media 7,923 y la desviación estándar 1,81.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,000 ¹	Rechace la hipótesis nula.
9	La distribución de ¿Qué tan satisfecho se siente Usted con el estado del mobiliario del establecimiento de salud? (camillas, sillas, bancas, escritorios, carpas, basureros, dispensadores, etc.) es normal con la media 7,653 y la desviación estándar 1,94.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,000 ¹	Rechace la hipótesis nula.
10	La distribución de ¿Qué tan satisfecho se siente Usted con la señaléticas existentes para orientarse o informarse en el establecimiento de salud? (letreros, carteles, rótulos, etc.) es normal con la media 8,818 y la desviación estándar 1,46.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,000 ¹	Rechace la hipótesis nula.
11	La distribución de ¿Qué tan satisfecho se sintió Usted con los servicios recibidos en este establecimiento de salud? es normal con la media 9,178 y la desviación estándar 1,00.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	,000 ¹	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

¹Lilliefors corregido

Apéndice D Extracto de índices de satisfacción calculados a través de ACP, estandarizados y definitivos

	Índice de satisfacción extraído a través de ACP	Índice de satisfacción estandarizado	Índice de satisfacción definitivo (incluido variables dicótomas)
1	0,44835	1,73	1,69
2	-0,11173	1,55	1,53
3	-0,06168	1,57	1,54
4	0,18708	1,65	1,62
5	0,21793	1,66	1,62
6	-0,05013	1,57	1,55
7	0,057	1,61	1,58
8	-0,01701	1,58	1,56
9	-0,47798	1,44	1,43
10	-0,05947	1,57	1,54
11	0,27449	1,67	1,64
12	0,32759	1,69	1,66
13	0,1499	1,63	1,6
14	0,1499	1,63	1,6
15	0,28064	1,68	1,64
16	0,14731	1,63	1,6
17	-0,2327	1,51	1,5
21	0,13237	1,63	1,6
22	0,13319	1,63	1,6
23	0,10687	1,62	1,59
24	0,15723	1,64	1,61
25	0,01306	1,59	1,57
26	-0,13725	1,54	1,52
27	-0,11472	1,55	1,53
28	0,04918	1,6	1,58
29	0,17478	1,64	1,61
30	0,38427	1,71	1,67
31	-0,79481	1,33	1,33
32	-0,75388	1,35	1,35
33	-0,45148	1,44	1,43
34	-0,45318	1,44	1,43
35	-0,31464	1,49	1,47
36	-0,80294	1,33	1,33
37	-0,45609	1,44	1,36
38	-0,39642	1,46	1,38
39	-0,20913	1,52	1,44
40	-0,56498	1,41	1,33
41	-1,06664	1,25	1,19
42	-1,00533	1,27	1,21
43	-0,74856	1,35	1,28
44	-0,99652	1,27	1,21
45	-1,21562	1,2	1,15
46	-0,79481	1,33	1,27
47	-0,75388	1,35	1,28
48	-0,45148	1,44	1,37
49	-0,45318	1,44	1,37
50	-0,31464	1,49	1,41

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Vera Bayas Evelyn Lisbeth, con C.C: # 1206224055 autora del trabajo de titulación: ***Determinación de un Índice de Satisfacción de Atención Médica basado en los Principios de Derechos Humanos para el Diseño de un Plan Estratégico en la Consulta Externa del Cantón Eloy Alfaro***, previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de septiembre de 2018

f. _____
Nombre: Vera Bayas Evelyn Lisbeth
C.C: 1206224055

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Determinación de un Índice de Satisfacción de Atención Médica basado en los Principios de Derechos Humanos para el Diseño de un Plan Estratégico en la Consulta Externa del Cantón Eloy Alfaro		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Vera Bayas, Evelyn Lisbeth		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Econ. Gutiérrez Candela, Glenda Mariana Mgs.; Ing. Rodríguez Villacís, Diómedes Hernán Ph.D.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de septiembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	91
ÁREAS TEMÁTICAS:	Calidad de Atención de Salud		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Satisfacción, derechos humanos, cantón Eloy Alfaro, plan estratégico/ Satisfaction, human rights, canton Eloy Alfaro, strategic plan.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	Dentro del sector de la salud, la satisfacción de los pacientes ha tomado un papel cada vez más importante en los estudios de evaluación de calidad. Los principios basados en el enfoque de derechos humanos pueden servir de base para priorizar la satisfacción del paciente en la atención médica yendo más allá de la calidad en términos de técnica y diagnóstico. Así, el presente estudio tuvo como objetivo principal determinar un índice de satisfacción en base a los principios de derechos humanos para la propuesta de un plan estratégico para la mejora en la atención médica del Cantón Eloy Alfaro. A través de un instrumento de evaluación de satisfacción usuaria aplicado a 878 participantes y compuesto de dimensiones como el tiempo de espera, el trato del personal, la adecuación de las instalaciones, acceso, la privacidad y la discriminación, se pudo determinar que a nivel global la muestra reportó altos niveles de satisfacción respecto a los servicios médicos en el cantón. Sin embargo, se reportaron algunos casos de poca privacidad en el proceso de consulta y casos de discriminación. En base a estos resultados, se desarrolla un plan estratégico compuesto de cuatro ejes que pretenden dar respuesta a los principios como la accesibilidad, aceptabilidad, equidad, y disponibilidad de los servicios de atención médica en el distrito mencionado.		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 99 177 0990	E-mail: evelynverabayas@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen		
	Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	