

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

**TEMA:**

**CALIDAD DE ATENCIÓN Y LA SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS DEL  
SERVICIO DE GINECO-OBSTÉTRICA DEL CENTRO DE SALUD TIPO C-  
BASTIÓN POPULAR**

**AUTOR:**

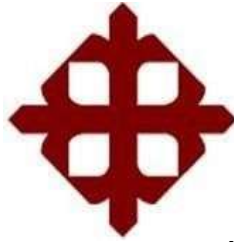
**LCDO. JIMMY EDUARDO LEON CARBO**

**Previo a la obtención del Grado Académico de:  
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TUTORA:**

**ECON. GLENDA MARIANA GUTIERREZ CANDELA, MGS.**

**Guayaquil, Ecuador  
2019**



**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 el **Lcdo. Jimmy Eduardo León Carbo**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

### **DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**Econ. Glenda Mariana Gutiérrez Candela, Mgs.**

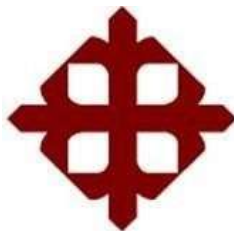
**REVISORA**

**Econ. Laura Zambrano Chumo, Mgs.**

### **DIRECTORA DEL PROGRAMA**

**Econ. Lapo Maza, María del Carmen PhD.**

**Guayaquil, 02 de septiembre del 2019**



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

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Jimmy Eduardo León Carbo**

**DECLARO QUE:**

El Proyecto de Investigación: **“Calidad de atención y la satisfacción de las usuarias del servicio de gineco-obstétrica del Centro de Salud Tipo C – Bastión Popular”**, previo 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.

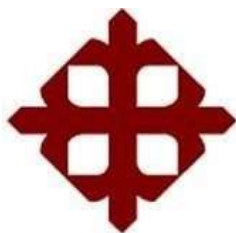
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

**Guayaquil, 02 de septiembre del 2019**

**EL AUTOR:**

---

**Jimmy Eduardo León Carbo**



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

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, Jimmy Eduardo León Carbo**

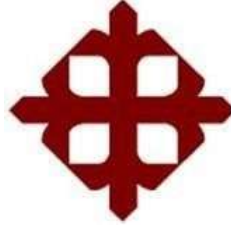
Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud titulado: “Calidad de atención y la satisfacción de las usuarias del servicio de gineco-obstétrica del Centro de Salud Tipo C –Bastión Popular”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 02 de septiembre del 2019**

**EL AUTOR:**

---

**Jimmy Eduardo Leon Carbo**



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

**Informe de Urkund**

URKUND	
<b>Documento</b>	<a href="#">Pl Leon (Urkund).docx (D54963206)</a>
<b>Presentado</b>	2019-08-22 08:06 (-05:00)
<b>Presentado por</b>	<a href="mailto:jimmyleoncarbo1984@gmail.com">jimmyleoncarbo1984@gmail.com</a>
<b>Recibido</b>	<a href="mailto:maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com">maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com</a>
<b>Mensaje</b>	Tesis Urkund - Lcdo Jimmy Leon <a href="#">Mostrar el mensaje completo</a>
	2% de estas 51 páginas, se componen de texto presente en 5 fuentes.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, agradezco a Dios por su infinito amor y bondad porque me ha permitido una vez más cumplir con mis objetivos de estudios.

A mi esposa Selene Rojas Reyes por recibir su apoyo de superación profesional y por confiar en mi, permitiéndome seguir soñando.

A mi mamá Martha Carbo y a mi papá Justo Leon que han sido un pilar fundamental en mi formación académica.

A mi hermano Gilberto Leon, por estar siempre conmigo en los buenos y malos momentos.

A mi Tutora Glenda Gutiérrez, por las enseñanzas que nos han brindado durante este tiempo.

A mis pacientes por la colaboración prestada en la participación de esta investigación.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de investigación es un logro de mucha importancia en cuanto ámbito profesional, por tal motivo se lo dedico a mis hijas Ariana Leon y Meily Leon, ya que son muy especiales en mi vida, son mis princesitas hermosas mi gran inspiración para poder superarme y ser mejor persona cada día.

## Índice

### Contenido

DEDICATORIA .....	VII
Índice.....	VIII
Índice de figuras.....	XIII
Resumen.....	XIV
Abstract.....	XV
Introducción .....	2
Antecedentes .....	4
Problema de Investigación.....	5
Formulación del Problema.....	7
Preguntas de investigación.....	9
Hipótesis.....	9
Objetivos de la investigación Objetivo general .....	10
Objetivos específicos .....	10
Capítulo I Fundamentaciòn Teòrica.....	11
Teoría de calidad.....	11
Teoría de calidad de servicio .....	13
Teoría de calidad en la atención sanitaria .....	19
Calidad de atención médica en ginecología – obstetricia .....	20
Determinantes de la satisfacción usuaria en la atención de gineco – obstetricia.....	23
Ginecología y obstetricia .....	24
Estados de gestación .....	24
Primípara .....	26
Múltipara .....	26



Gran múltipara.....	26
Nacido a término .....	26
Pre término .....	26
Post término .....	26
Gestante adolescente .....	26
Gestante añosa .....	27
Servicio .....	27
Calidad .....	27
Violencia institucional .....	28
Indicadores de calidad gineco - obstétrica .....	28
Capítulo II Marco Referencial .....	29
Estudios actuales respecto a calidad de servicio en gineco-obstetricia .....	29
Estudios en el contexto nacional .....	32
Contexto actual en la atención sanitaria de gineco-obstetricia .....	32
Zona Urbana Marginal: Bastión Popular .....	34
Características generales de su población .....	34
Estado de salud de su población .....	36
Salud de la madre .....	37
Centro de salud tipo C Bastión Popular .....	38
Misión de la Institución.....	39
Visión de la Institución .....	39
Composición y recurso humano.....	39
Marco legal .....	40
Capítulo III.....	43
Marco Metodológico y Análisis de Resultados .....	43
Enfoque de la investigación .....	43
Alcance de la investigación.....	44
Diseño de la investigación .....	45

Instrumento de recolección de datos .....	46
Tipos de variables y fuentes de datos.....	47
Población y muestra .....	47
Población .....	47
Muestra.....	47
Procedimientos .....	48
Técnicas y herramientas de análisis de datos .....	48
Análisis de resultados.....	51
Caracterización de la muestra .....	51
Edad.....	51
Número de hijos .....	52
Estado civil .....	53
Nivel de escolaridad .....	54
Estadísticos descriptivos de los ítems: calidad y satisfacción .....	55
Análisis de fiabilidad de las escalas .....	58
Niveles de calidad y satisfacción de las usuarias .....	60
Relación entre calidad y satisfacción usuaria .....	61
Modelo múltiple para satisfacción .....	64
Capítulo IV Propuesta.....	66
Taller I: Bases para el proceso de mejoramiento de calidad en Gineco - obstetricia .....	66
Participantes .....	67
Tiempos y materiales requeridos .....	67
Estructura del taller .....	68
Tema 1: Designación y comprensión de roles y responsabilidades.....	68
Tema 2: Derechos del paciente .....	69
Tema 3: Introducción a proceso de mejoramiento de calidad .....	71
Taller II: Desarrollo de proceso de mejoramiento de calidad .....	72
Participantes .....	72

Primera parte: Recolección y análisis de información.....	72
Recolección de información.....	72
Análisis de información.....	73
Priorización de acciones.....	74
Medición de Desempeño.....	76
Identificación de oportunidades de mejora.....	76
Actuar y hacer cambios para mejorar.....	77
Seguimiento continuo de los resultados.....	78
Conclusiones.....	79
Recomendaciones.....	81
Referencias.....	82
Apéndices.....	88
Segunda parte: Satisfacción usuaria.....	89
Estado civil:.....	89
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN.....	90

## Índice de tablas

Tabla 1 Los 14 principios de Deming .....	11
Tabla 2 Dimensiones del modelo TQM .....	13
Tabla 3 Dimensiones de Servqual establecidas por Parasuraman, Zeithmal y Berry .....	16
Tabla 4 Informe de incidentes para ginecología (John Radcliffe Hospital, Oxford, 1998) .....	20
Tabla 5 Indicadores de escolaridad en la Zona Bastión Popular .....	34
Tabla 6 Personal del Centro de Salud Bastión Popular .....	39
Tabla 7 Características esenciales de enfoque cuantitativo.....	43
Tabla 8 Operacionalización de variables.....	45
Tabla 9 Criterios para valores de Alfa de Cronbach .....	49
Tabla 10 Estadísticas descriptivas para la variable edad.....	50
Tabla 11 Tabla de frecuencia para número de hijos.....	51
Tabla 12 Tabla de frecuencia para variable estado civil .....	53
Tabla 13 Tabla de frecuencia para variable nivel de escolaridad.....	54
Tabla 14 Puntaje promedio para ítems de calidad de servicio.....	55
Tabla 15 Puntaje promedio para ítems de calidad de servicio.....	56
Tabla 16 Coeficiente de Alfa de Cronbach para las escalas utilizadas.....	58
Tabla 17 KMO y varianza explicada de variables: calidad de servicio y satisfacción.....	59
Tabla 18 Media y desviación estándar de las dimensiones de calidad de servicio y satisfacción.....	60
Tabla 19 Correlaciones entre dimensiones de calidad de servicio y satisfacción usuaria .....	61

Tabla 20 Predictores de satisfacción usuaria .....	63
Tabla 21 Bondad de ajuste del modelo .....	63
Tabla 22 Significancia del modelo .....	64
Tabla 23 Ejemplos de indicadores de desempeño .....	75
Tabla 24 Oportunidades de mejora .....	76

## Índice de figuras

Figura 1 Modelo de Gronroos (1984) .....	14
Figura 2 Modelo de brechas de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985).....	15
Figura 3 Modelo de calidad de la atención médica de Donabedian .....	18
Figura 4 Porporción de hombres y mujeres en la Zona Bastión Popular .....	33
Figura 5 Razones para abandono de estudios en la Zona Bastión Popular.....	35
Figura 6 Centro de Salud Bastión Popular .....	37
<i>Figura 7</i> Histograma para la variable edad .....	51
<i>Figura 8</i> Número de hijos .....	52
Figura 9 Porcentajes de mujeres de acuerdo a estado civil .....	52
<i>Figura 10</i> Porcentajes de mujeres de acuerdo a nivel de escolaridad .....	53
Figura 11 Niveles promedio en las dimensiones de calidad de servicio y satisfacción.....	59
Figura 12 Diagrama de dispersión entre calidad de servicio y satisfacción .....	62
Figura 13 Principios para la atención gineco - obstétrica.....	65
Figura 14 Pasos para el proceso de mejoramiento de calidad. ....	70
Figura 15 Pasos para fase de recolección de información.....	72
Figura 16 Múltiples por qué.....	73

## Resumen

El estudio tuvo como objetivo central determinar la relación entre la calidad de servicio y la satisfacción usuaria de las pacientes en el área de gineco – obstetricia del Centro de Salud Bastión Popular. Se revisaron teorías de calidad de servicio y calidad de atención médica. Se eligió un enfoque cuantitativo y se determinó un alcance descriptivo y correlacional. Se aplicaron encuestas a una muestra de 182 pacientes elegidas con un muestreo por conveniencia. Los principales hallazgos revelan que las pacientes se sienten satisfechas con los servicios brindados en el centro de salud. Además, todas las dimensiones estuvieron significativamente asociadas con la satisfacción. Así, se pudo concluir que la calidad de atención médica tiene un efecto directo y significativo sobre la satisfacción usuaria. El trabajo finaliza con una propuesta dada por un programa que permite identificar oportunidades de mejoras.

*Palabras clave:* calidad de servicio, satisfacción usuaria, ginecología, obstetricia, centro de salud.

## **Abstract**

The study as a central objective to determine the relationship between the quality of service and the user satisfaction of the patients in the gynecology - obstetrics area of the Bastion Popular Health Center. Theories of quality of service and quality of medical care were reviewed. A quantitative approach was chosen and a descriptive and correlational scope was determined. Surveys were applied to a sample of 182 patients chosen with a convenience sampling. The main findings reveal that patients feel satisfied with the services provided at the health center. In addition, all dimensions were significantly associated with satisfaction. The work ends with a proposal given by a program that identifies improvement opportunities.

*Key words:* quality of service, user satisfaction, gynecology, obstetrics, health center.



## **Introducción**

La calidad de los servicios de salud se inició a nivel mundial a primeras décadas del siglo XX, es una herramienta muy útil para las mediciones acerca de la satisfacción de los usuarios, estableciendo un elemento importante para la evaluación de los servicios de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su evaluación del desempeño del equipo de salud, definen la calidad según Deming como el resultado integral ligado a determinados procesos de trabajo, en el marco de la producción de servicios sociales; la calidad viene a ser entonces el resultado de las formas como se da el proceso de producción de servicios.

La calidad en los servicios de atención en salud reproductiva son objeto creciente de interés en el mundo en desarrollo, ya que si se logra aumentar el nivel de asistencia se modificarían los indicadores de salud reproductiva como tasa/razones de mortalidad materna y neonatal, que son el problema de salud más importante del planeta; por lo que el estudio de la satisfacción percibida por la usuaria de estos servicios es uno de los elementos más importantes del estudio de la calidad de atención en salud.

De hecho, cada vez más se ha ido insertado el concepto de satisfacción como un indicador necesario para la evaluación de los servicios de salud. El sentir de los pacientes es una de los elementos esenciales que permiten observar el servicio médico en todo su proceso y no solo a través de sus resultados sobre la salud. Por ello, la literatura ha identificado como uno de los predictores significativos de la calidad a la satisfacción usuaria y bajo este enfoque el presente estudio pretende medir ambas variables y verificar la relación cercana entre estas.

En el Ecuador, como a nivel mundial, la salud es parte de los reclamos de distintos tipos de pacientes, los problemas de las instituciones de salud, los tiempos de espera, entre

otros. La calidad de atención en los servicios de salud está catalogada como la base principal para alcanzar la excelencia y por ende la satisfacción de la población en general, señalando los principios de universalidad y equidad, aumentando participación, la productividad, reduciendo costo y aumentando la cobertura a beneficio de las personas, mejorando reducir costo, mejorar la productividad, aumentar la cobertura, en beneficio de la comunidad.

La investigación que se va a realizar en el área de gineco – Obstetricia del centro de salud tipo c Bastión Popular de la ciudad de Guayaquil, va permitir determinar la calidad de atención que brinda esta institución de salud a las usuarias.

El trabajo se estructura en los siguientes capítulos

El Capítulo I desarrolla la base teórica del trabajo. Se presentan teorías de calidad, calidad de servicio y autores clave dentro de la calidad de atención médica.

El Capítulo II desarrolla el marco referencial, se resumen estudios actualizados respecto al tema de investigación. Además, se caracteriza a la zona de Bastión Popular y su centro de salud. Se concluye con el marco legal.

El Capítulo III presente metodología y resultados. Se describe el enfoque y tipo de investigación. Los instrumentos y técnicas de análisis de datos.

El Capítulo IV presenta la propuesta de acción la cual se desarrolla en base un modelo específico de ginecología y obstetricia.

## **Antecedentes**

La salud es un derecho fundamental que tiene toda mujer y como tal debe promoverse continuamente, esto constituye un determinante crucial del desarrollo socio-económico, debido que es la mujer quien se encarga de preservar la continuidad de la humanidad a través del embarazo.

La mortalidad materna es un indicador negativo de salud, que muestra el nivel de desarrollo de un país, pero sobretodo de la calidad de atención que recibe una comunidad como demostración de una política coherente de salud.

La calidad de atención es considerada dentro de los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) como fundamento que direcciona a los profesionales de salud, al momento de brindar atención al paciente que acude algún establecimiento de salud, el mismo debe ser atendido oportunamente de manera integral y con respectiva calidad que consiste en la aplicación de principios bioéticos como la justicia, beneficencia, no maleficencia, autonomía así como la preparación de técnica adecuada y contar con los recursos necesarios.

Cabe mencionar que en los países de Latinoamérica las dimensiones de las relaciones interpersonales prevalecen sobre la dimensión técnica de la calidad, siendo mayor el desafío de mejorar la calidad de atención, dado que se emplean sistemas de evaluación enfocados a la mejora de los procesos técnicos por medio del monitoreo del desempeño, vigilancia extrema y la centralización del proceso de mejora de la calidad. Bajo estas circunstancias, un número cada vez más progresivo de investigadores hablan de la necesidad de conocer en mayor los detalles de diferentes aspectos que reflejan la calidad de atención de los servicios de salud, siendo entonces la satisfacción del usuario uno de sus principales indicadores.

Además, en el año 1996 el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador preocupado por las constantes manifestaciones de insatisfacción de los usuarios, creó el “Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad”, el cual consiste en el cumplimiento de estándares, que permitirían un mejor manejo clínico de los eventos gineco- obstétricos, estos de la misma manera favorece a la disminución de las muertes maternas.

Los responsables de la capacitación, monitoreo y evaluación del cumplimiento serían las Unidades de Conducción de las Áreas de Salud (UCAS). A pesar de las leyes, programas y capacitaciones al personal de salud; el usuario continúa presentando denuncias, quejas y reclamos ante las autoridades; lo cual crea la expectativa si la paciente está o no está satisfecha con los cuidados recibidos durante el parto y post-parto.

Por tal motivo, este trabajo investigativo permite evaluar la calidad de atención en relación con la satisfacción de las usuarias de gineco – obstetricia atendidas en el centro de salud tipo C Bastión Popular.

### **Problema de Investigación**

En el contexto actual, hablar de calidad de servicio ignorando el concepto de satisfacción constituye una deficiencia. En el sector de la salud, también se ha reconocido como una medida fiable la satisfacción usuaria, ya que proporciona detalles más específicos de los elementos a mejorar y a su vez hace un énfasis en la parte humana en la atención de salud. A pesar de ello, en los servicios sanitarios del país, y sobretodo en aquellos ubicados en ciudades o cantones pequeños, todavía no se reafirmado la atención de calidez y calidad como un derecho de la población.

Esta parte humana de la atención de salud, se piensa es aún más relevante cuando se trata del servicio de gineco-obstetricia. Hussain, Pervez y Izzat (2015) explicaron que los pacientes de todas las edades y géneros se ven afectados por el trato de su proveedor de atención médica, pero las mujeres en edad fértil y las embarazadas son más propensas a

desarrollar depresión, considerando su fragilidad en términos sociales y psicológicos. Esta idea resulta totalmente relevante para el presente estudio, y es por ello que se inserta el concepto de satisfacción para su análisis. Este concepto permite considerar toda la esfera de lo que conlleva la oferta de un servicio médico de calidad.

Por otro lado, la calidad del hospital está asociada con resultados obstétricos y neonatales y se está prestando cada vez más atención a la calidad y seguridad obstétricas a medida que los pacientes / las pacientes presionan al sistema de atención médica para medir y mejorar la calidad de la atención. A nivel general, los resultados de salud en este grupo poblacional se manifiestan en las tasas de mortalidad materna y mortalidad natal. En Ecuador, el indicador de razón de muerte materna ha ido disminuyendo desde el año 1990 pasando de 153,50 por cada 100 000 nacidos vivos a 44,58 en 2015 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2017a).

A pesar de este gran avance en este indicador, todavía hay problemas graves relacionados con el acceso a los servicios de salud reproductiva y la calidad de la atención ofrecida para el parto. Entre los problemas relacionados con la salud de las mujeres embarazadas, más recientemente se han expresado inquietudes con respecto a ciertas prácticas adoptadas en la asistencia médica, a las que los especialistas denominan violencia institucional en el parto o violencia obstétrica (Souza, Rattner & Gubert, 2017), la cual refiere a una pobre calidad de atención médica durante el estado de gestación de la mujer.

De manera adicional, el INEC explicó que aún con los avances reportados, Ecuador todavía se mantiene alto en comparación a otros países latinoamericanos. La institución explicó que es necesario prestar especial atención a poblaciones de bajos ingresos donde los seguimientos durante el parto no son frecuentes en la población y esto ocasiona que las principales causas de mortalidad materna no sean prevenidas, tales como Hemorragia

Postparto, Hipertensión Gestacional y Eclampsia, las cuales son las más comunes (INEC, 2011).

Así, este estudio se dirige a evaluar la atención de gineco-obstetricia en un centro de salud ubicado en el sector Bastión Popular de Guayaquil, esta unidad ha ayudado a complementar la oferta sanitaria en la urbe en el sector donde la población es bastante densa, aproximadamente 89 581 habitantes, y aún se requiere avances en la cobertura. De hecho, en la unidad objeto de estudio se ha observado deficiencias particulares. En el Centro de Salud Bastión, el servicio de Gineco Obstetricia atiende a más de 70 usuarias frecuentemente, siendo uno de los principales inconvenientes que se presenta en el área, esto también ocasiona la prolongación de los tiempos de espera; por ende, la aglomeración en las salas de espera y los pasillos, provocando un ambiente de desorden. Estas limitantes y entre factores negativos pueden representar la insatisfacción en las usuarias con la atención del servicio en el centro de salud.

### **Formulación del Problema**

¿Existe una relación significativa entre la satisfacción de las usuarias del área gineco – obstetricia y la calidad en los servicios del Centro de Salud Bastión Popular?

### **Justificación**

La presente investigación permitirá conocer las causas que influyen la insatisfacción de la usuaria con respecto al servicio de atención recibida, esto permitirá mejorar y brindar un servicio de atención de calidad apropiado para así lograr la satisfacción de la usuaria. Además, las fuentes bibliográficas amplían conocimientos de lo que acontece en otras partes del mundo.

Según la Constitución de la República del Ecuador en su artículo tres, la salud es un deber primordial del Estado. En el artículo 32 se señala que se realizarán políticas para

garantizar a los ciudadanos el derecho a la salud, cuya prestación se brindará bajo diversos principios, siendo uno de estos la calidad (Asamblea del Ecuador, 2008). Debido a los artículos citados anteriormente, nace la importancia de realizar este proyecto; ya que, aportará a mejorar la calidad de atención a las usuarias del centro de salud tipo C Bastión Popular.

De manera más cercana al tema de investigación elegido, cabe destacar que “la mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en 2000” (INEC, 2017b, p. 1). Mejorar la salud materna fue el quinto objetivo del milenio y entre los indicadores propuestos para medir la calidad de salud de las mujeres embarazadas se encuentran: el aumento de los partos asistidos por profesionales de la salud calificados y una disminución del 75% de la tasa de mortalidad materna, tomando como base el valor de este indicador para 1990 (Souza et al., 2017). Estas dos metas recaen en gran medida en la oferta de salud de ginecología y obstetricia.

Así mismo, esta investigación servirá de mucha ayuda para la realización de otros proyectos; puesto que, se podrá obtener información primaria relacionada a la satisfacción de la usuaria del servicio de gineco – obstetricia, este tema se debe de analizar desde el punto de vista de quien recibe la atención; debido a que la insatisfacción de las usuarias lo que permitirá corregir falencias, con la finalidad de que se brinde un mejor servicio de calidad.

## **Preguntas de investigación**

1. ¿Qué teorías respaldan los conceptos calidad, calidad de servicio y satisfacción usuaria en el contexto de la salud?
2. ¿Qué modelos e indicadores existen para la evaluación de la calidad de servicio médico en el área de gineco-obstetricia?
3. ¿Cuál es la situación actual del sector y del centro salud tipo c en Bastión Popular?
4. ¿Cuáles son los métodos apropiados para la evaluación de la calidad de servicio médico en el área de gineco-obstetricia del centro de salud tipo c?
5. ¿Cuál es el nivel de satisfacción actual de las usuarias del servicio de gineco-obstetricia en el Centro de Salud tipo c Bastión Popular?
6. ¿Qué estrategias se pueden implementar para la mejora de la calidad de atención médica de las usuarias en el Centro de Salud tipo c Bastión Popular?

## **Hipótesis**

H1: La calidad de atención incide positiva y significativamente en el nivel de satisfacción de las usuarias del área de gineco-obstetricia del Centro de Salud tipo c Bastión Popular.



## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

Analizar la relación que existe entre satisfacción usuaria y la calidad percibida en el área de gineco – obstetricia en el Centro de Salud tipo c Bastión Popular para la propuesta de estrategias de mejora de atención médica.

### **Objetivos específicos**

1. Analizar las teorías que respaldan los conceptos calidad, calidad de servicio y satisfacción usuaria en el contexto de la salud
1. Caracterizar la situación actual del centro de salud tipo c en Bastión Popular
2. Determinar los métodos apropiados para la evaluación de la calidad de servicio médico en el área de gineco-obstetricia del centro de salud
3. Establecer estrategias para la mejora de la calidad de atención médica de las usuarias en el Centro de Salud tipo c Bastión Popular

## **Capítulo I**

### **Fundamentación Teórica**

El presente capítulo desarrolla la base teórica para el sustento de las variables y demás elementos necesarios para la investigación en torno a la calidad de atención y satisfacción de usuarias en gineco – obstetricia. De tal forma, el capítulo inicia con la fundamentación teórica donde se aborda la teoría general de calidad, calidad de servicio, calidad en atención sanitaria y las formas de evaluación de calidad en el área de gineco – obstetricia. Posterior a este contenido, se presenta el marco conceptual donde se define algunos términos importantes para la investigación.

#### **Teoría de calidad**

La calidad, se deriva del latín “qualitis” y fue utilizada por primera vez por Ciceron, tiene referencias filosóficas de tiempos antiguos, esta palabra significa tributo o propiedad que distingue a las personas a los bienes y a los servicios; esta distinción significa nivel de excelencia, pero algo excelente no es algo plano, caro y lujoso sino adecuado para su uso (Miyahira, 2001). La teoría de calidad tiene inicios en el sector industrial, y luego los autores también comenzaron a elaborar argumentos ajustables a los servicios.

Uno de los defensores más sólidos de la gestión de la calidad fue W. Edwards Deming, miembro de los pocos elegidos que contribuyeron a la rápida revitalización de la economía japonesa después de la Segunda Guerra Mundial (Anderson, Rungtusanatham & Schroeder, 1994). Deming en su marco sobre la calidad, elaboró 14 principios (ver Tabla 1).

Zhang (1997) explicó que Deming hizo hincapié en las responsabilidades de la alta dirección para tomar la iniciativa en los procesos y sistemas cambiantes y por tanto la alta dirección es responsable de la mayoría de los problemas de calidad. La gerencia debe dar a

los empleados estándares claros para lo que se considera trabajo aceptable y proporcionar los métodos para lograrlo.

Tabla 1 *Los 14 principios de Deming*

- 
1. Crear constancia de propósito hacia la mejora del producto y el servicio con el objetivo de ser competitivo, mantenerse en el negocio y proporcionar empleos.
  2. Adoptar la nueva filosofía. La gerencia occidental debe despertar al desafío, debe aprender sus responsabilidades y asumir el liderazgo del cambio.
  3. Dejar de depender de la inspección masiva para mejorar la calidad
  4. Minimizar el costo total mediante la consolidación de una relación a largo plazo de lealtad y confianza con su proveedor
  5. Mejorar constantemente y para siempre el sistema de producción y servicio, para mejorar la calidad y la productividad, y así disminuir constantemente los costos.
  6. Instituir planes de formación en el trabajo.
  7. Instituir liderazgo. El objetivo de la supervisión debe ser ayudar a las personas a hacer un mejor trabajo.
  8. Expulsar el miedo, para que todos puedan trabajar eficazmente para la empresa.
  9. Romper barreras entre departamentos. Las personas deben trabajar en equipo, para prever los problemas de producción y uso que se pueden encontrar con el producto o servicio.
  10. Eliminar las presiones sobre la fuerza laboral que solicitan cero defectos y nuevos niveles de productividad. Estas solo crean relaciones adversas, ya que la mayor parte de las causas de baja calidad y baja productividad pertenecen al sistema y, por lo tanto, están más allá del poder de la fuerza laboral.
  11. Eliminar los estándares de trabajo. Eliminar la gestión por números, u objetivos numéricos.
  12. Elimine las barreras que privan al trabajador de su derecho a sentirse orgulloso
  13. Instituir un vigoroso programa de educación y superación personal.
  14. Poner a todos en la empresa a trabajar para lograr la transformación. La transformación es trabajo de todos.
- 

Adaptado de A theory of quality management underlying the Deming management method por Anderson, Anderson, J. C., Rungtusanatham, M., & Schroeder, R., 1984, *Academy of management Review*, 19, p. 475

Posteriormente, diversos enfoques de autores se han ido complementando para fortalecer cada vez más el marco teórico sobre calidad y sus formas de gestión. Uno de los modelos más revisados en diferentes sectores, entre estos el sector de la salud, es el conocido de Sistema de Calidad Total (TQM por sus siglas en inglés *Total Quality*

*Management*). Dale, Wu, Zairi, Williams, y Van Der Wiele (2001) señalan que reconocidos investigadores como Crosby, Deming, Juran y Feigenbaum, junto con expertos japoneses como Ishikawa, Shingo y Taguchi, han publicado su sabiduría y pensamiento en una variedad de formas y su material ha contribuido significativamente a la teoría TQM. La unidad de análisis es un conjunto de dimensiones y variables de TQM.

En el modelo TQM se han establecido los elementos esenciales para la gestión de la calidad. El análisis de Dale et al. (2001) identificó 22 factores críticos para el éxito de TQM. De estos los autores establecieron nueve dimensiones concretas que conforman el modelo (Tabla 2).

### **Teoría de calidad de servicio**

De acuerdo a la literatura revisada, la gestión de calidad en el sector de los servicios no era un tema de atención entre académicos durante la década de 1970. Sin embargo, en la década de 1990 se transformó en una disciplina de rápido crecimiento. Se puede decir que la investigación en este campo marcó un inicio con los autores Parasuraman, Berry y Zeithmal (1985). El rápido crecimiento del sector de servicios en la mayoría de las economías desarrolladas, la desregulación de las principales industrias de servicios y la consiguiente mayor competencia, así como el reconocimiento entre los líderes de la industria de que la gestión de servicios requería marcos diferentes a los productos de gestión, contribuyó, entre otros factores, a la consolidación de esta disciplina (Ranaweera & Sigala, 2015).

Pena, Silva, Tronchin y Melleiro (2013) explicaron que evaluar un servicio es más complejo que evaluar un producto, porque el producto es tangible y sus defectos se pueden detectar, evaluar su funcionamiento y comparar su durabilidad. A la inversa, el servicio se compra primero y luego se produce y consume simultáneamente, y luego se producen y experimentan las posibles no conformidades, que caracterizan su inseparabilidad (Pena et

al., 2013). Bajo esta perspectiva se desarrollaron algunos modelos para evaluar la calidad de servicio.

Tabla 2 *Dimensiones del modelo TQM*

<b>Dimensión</b>	<b>Descripción</b>
Apoyo gerencial	El compromiso de la alta gerencia es uno de los principales determinantes de la implementación exitosa de TQM. La alta dirección debe ser la primera en aplicar y estimular el enfoque de TQM, y tiene que aceptar la máxima responsabilidad por las ofertas de productos y servicios. La alta dirección también debe proporcionar el liderazgo necesario para motivar a todos los empleados
Relación con el cliente	Las necesidades de los clientes y consumidores y su satisfacción siempre deben estar en la mente de todos los empleados. Es necesario identificar estas necesidades y su nivel de satisfacción
Relación con el proveedor	La calidad es un factor más importante que el precio en la selección de proveedores. Se debe establecer una relación a largo plazo con los proveedores y la empresa tiene que colaborar con los proveedores para ayudar a mejorar la calidad de los productos / servicios.
Gestión del talento humano	La gestión de la fuerza laboral debe guiarse por los principios de capacitación, empoderamiento de los trabajadores y trabajo en equipo. Se deben implementar planes adecuados de reclutamiento y capacitación del personal, y los trabajadores necesitan las habilidades necesarias para participar en el proceso de mejora
Actitudes y comportamientos del personal	Las empresas tienen que estimular actitudes de trabajo positivas, incluida la lealtad a la organización, el orgullo en el trabajo, un enfoque en los objetivos comunes de la organización y la capacidad de trabajar de manera multifuncional
Proceso del diseño del producto / servicio	Todos los departamentos deben participar en el proceso de diseño y trabajar juntos para lograr un diseño que satisfaga los requisitos del cliente, de acuerdo con las limitaciones técnicas, tecnológicas y de costos de la empresa.
Gestión de procesos	Los instrumentos de mejora estadísticos y no estadísticos deben aplicarse según corresponda. Los procesos deben ser a prueba de errores. Auto inspección realizada usando instrucciones de trabajo claras. El proceso debe mantenerse bajo control estadístico.
Datos de calidad y reportes	La información de calidad debe estar disponible y la información debe ser parte del sistema de gestión visible. Se deben mantener registros sobre los indicadores de calidad, incluidos los desperdicios, la revisión y el costo de la calidad.
Rol del departamento de calidad	El departamento de calidad necesita acceso a la alta dirección y autonomía, y también tiene que combinar el trabajo de otros departamentos.
Benchmarking	Debería existir una política de evaluación comparativa de los procesos clave.

Adaptado de "Total quality management and theory: An exploratory study of contribution" por Dale, B., Wu, P., Zairi, M., Williams, A., & Van Der Wiele, T, 2001, *Total Quality Management*, 12, p.444

Uno de los primeros enfoques fue desarrollado por Gronroos (1984) quien estableció que la gestión de la calidad del servicio significa hacer coincidir la calidad percibida con la calidad esperada y mantener esta distancia lo más pequeña posible para alcanzar la satisfacción de los clientes. El autor sugirió tres dimensiones de calidad de servicio: técnica, funcional e imagen corporativa (ver Figura 1). La primera dimensión,

técnica significa lo que los clientes recibieron como resultado de la interacción con una empresa de servicios y el otro componente es funcional que significa cómo un servicio técnico es recibido por el cliente (Ghotbabadi, Feiz, & Baharun, 2015). Sin embargo, el resultado del servicio recibido por los clientes depende de su deseo y el proceso de recepción del servicio influye en la evaluación de los clientes y la visión del servicio. La tercera dimensión de la calidad del servicio en este modelo es la imagen corporativa, que es la visión que los clientes tienen de la empresa o marca, la visión de la empresa influye en las expectativas de los clientes y es el resultado de cómo perciben los clientes los servicios de la empresa (Ghotbabadi et al., 2015).

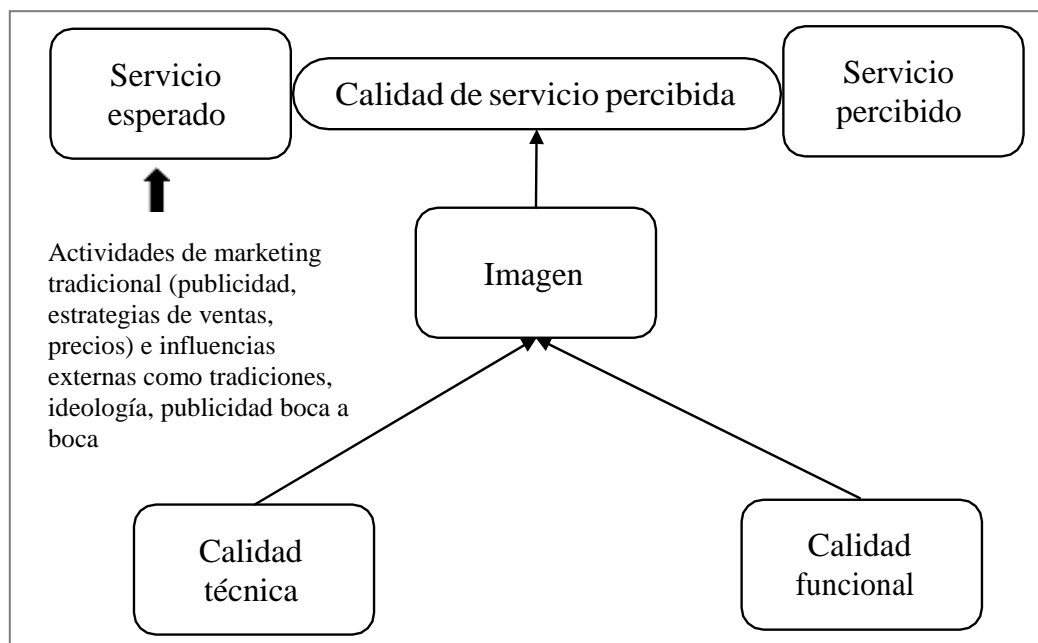


Figura 1 Modelo de Gronroos (1984).

Adaptado de "Service quality measurements: a review" por Ghotbabadi, A. Feiz, S., & Baharun, R., 2015, *International Journal of Academic Research in business and social sciences*, 5, p. 272.

Más tarde, otros autores entre los más referidos en la literatura de calidad percibida desarrollaron otro modelo para la evaluación de la calidad de servicio. Hay que recordar que el modelo de Gronroos se basó en un modelo de confirmación que pone el servicio percibido contra el servicio esperado. Basándose en el modelo de confirmación, Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985) sugirieron un nuevo modelo para la medición de la

calidad del servicio al medir la brecha entre el servicio percibido y el servicio esperado. La construcción de su teoría para utilizar el análisis de brechas en la calidad del servicio se muestra en la Figura 2. En su primer estudio seminal, los autores encontraron cinco brechas entre la expectativa y la percepción en la calidad del servicio a medir.

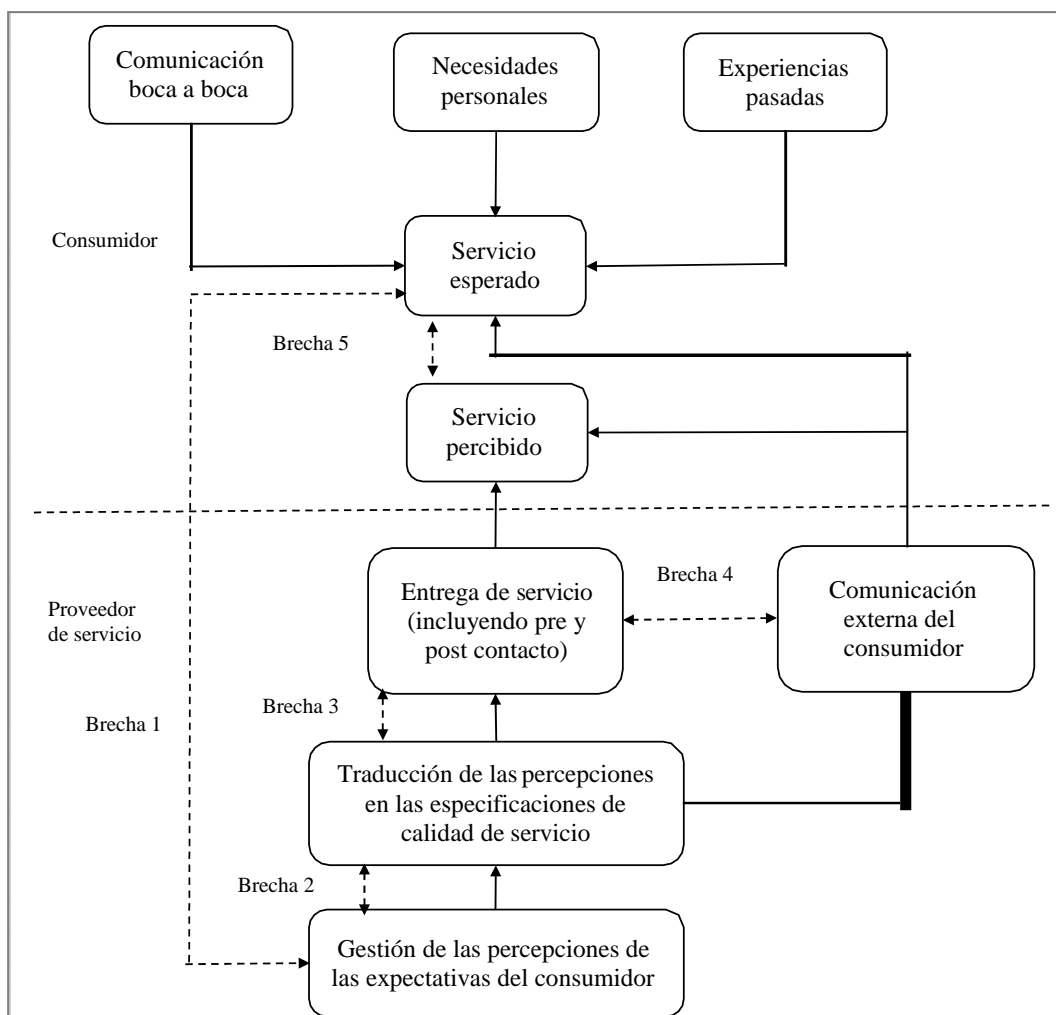


Figura 2 Modelo de brechas de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985).

Adaptado de "Service quality measurements: a review" por Ghotbabadi, A. Feiz, S., & Baharun, R., 2015, *International Journal of Academic Research in business and social sciences*, 5, p. 272.

En este modelo encontraron cinco brechas a medir: (a) primera brecha: entre las expectativas de los consumidores y las percepciones de la gerencia sobre las expectativas de los clientes; (b) segunda brecha: entre las percepciones de la gerencia sobre las expectativas de los consumidores y las especificaciones del servicio; (c) tercera brecha: entre las especificaciones de calidad del servicio y el servicio proporcionado; (d) cuarta

brecha: entre el servicio prestado y las comunicaciones externas a los clientes (e) quinta brecha: entre las expectativas de los clientes y la percepción que los consumidores tienen del servicio (Parasuraman et al., 1985).

Bajo este modelo se desarrolló el conocido instrumento Servqual presentado en el estudio de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) el cual constó inicialmente con diez dimensiones, las cuales fueron reducidas posteriormente a cinco dimensiones (Tabla 2).

Tabla 3 Dimensiones de Servqual establecidas por Parasuraman, Zeithmal y Berry

Primeras diez dimensiones Parasuraman et al. (1985)	Posteriores cinco dimensiones Parasuraman et al. (1988)	
Acceso Comunicación Competencia Cortesía Credibilidad Flexibilidad Capacidad de respuesta Seguridad Elementos tangibles	Elementos tangibles	Las instalaciones físicas, la apariencia del personal y las herramientas y equipos usados para proveer el servicio
Entendimiento / Conocimiento del cliente	Fiabilidad	Consistencia en el rendimiento y confianza en el servicio, significa que la empresa desempeña su servicio de manera correcta desde la primera vez
	Seguridad	La inexistencia de peligro, riesgo o duda en el servicio, incluye: seguridad física, financiera y confidencialidad
	Capacidad de respuesta	Disposición de los empleados para proveer el servicio, puede incluir también su disponibilidad de tiempo, o aspectos como la entrega del servicio inmediata
	Empatía	Disposición de los empleados para proveer el servicio, puede incluir también su disponibilidad de tiempo, o aspectos como la entrega del servicio inmediata

Aunque el modelo SERVQUAL es una buena medida para muchas industrias, en años posteriores algunos investigadores informaron que este modelo no es adecuado para todos los contextos. Por años de estudio sobre este modelo y más debates entre científicos, algunos afirmaron que este modelo no es completo para diferentes aplicaciones (Brady & Cronin, 2001). En consecuencia, en 1992, Cronin y Taylor sugirieron el modelo refinado considerando el desempeño como el único factor que debe medirse para la calidad del servicio. Argumentaron que la calidad del servicio es una actitud de los consumidores y



que el rendimiento (servicio percibido) del servicio es la única medida para la calidad del servicio (Ghotbabadi et al., 2015).

Cronin y Taylor (1992) sugirieron un nuevo modelo para la calidad del servicio basado en Servqual con respecto a la conceptualización y medición de la calidad del servicio que usó el desempeño como la única medida para el modelo de calidad del servicio y lo denominaron Servperf. En este nuevo modelo, los autores procedieron a medir el desempeño (servicio percibido) con las mismas dimensiones que la confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, tangibles y empatía por la medición de la calidad del servicio en lugar de la diferencia de expectativa-percepción. En una próxima investigación, Cronin y Taylor (1994) concluyeron que los factores de Servqual son inconsistentes, y que el Servperf es una medida más precisa para la calidad del servicio en comparación con Servqual.

De acuerdo a Torres y Vásquez (2015) el modelo Servperf parte de la postura que “considera que incluir las expectativas en la evaluación no es necesario, debido a que ésta se fundamenta sólo en la percepción del resultado del servicio” (p. 60). La perspectiva de medición de calidad de servicio propuesta por el modelo Servperf puede ser definida de acuerdo a la siguiente ecuación

$$CS_i = \sum P_i, i: 1, \dots, n$$

Donde CS representa la calidad de servicio y P la percepción. Es importante notar que en dicha ecuación se elimina la parte brecha entre percepción y expectativas expresada de acuerdo a Parasuraman et al. (1985) como (P-E).

Este estudio toma como referencia el instrumento desarrollado por Cronin y Taylor, el Servperf, por ser más objetivo y fácil de aplicar. Además, contiene las mismas dimensiones establecidas por los autores iniciales lo que permite conservar los criterios considerados inicialmente.

## Teoría de calidad en la atención sanitaria

La calidad de la atención en salud es necesario especificar desde un principio los objetivos por seguir y los medios legítimos o más deseables para alcanzar dichos objetivos. En la atención a la salud, el objetivo es mantener, restaurar y promover esta, por tanto, la calidad de la atención a la salud debe definirse como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.

Uno de los exponentes más reconocidos en la defición teórica de la calidad en el contexto de la salud es Donabedian, quien propuso tres enfoques para evaluar la calidad de la atención sanitaria (Figura 3), los cuales son estructura, proceso y resultado (Torres & Vásquez, 2015). Esta formulación la realizó por primera vez en 1966, no como atributos de calidad, sino como enfoques a la adquisición de información con respecto a la presencia o ausencia de los atributos que contribuyen a definir la calidad.



Figura 3 Modelo de calidad de la atención médica de Donabedian.

Adaptado de “Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis” por Torres, M., & Vásquez, C., 2015, *Compendium*, 18, p. 62.

La perspectiva de la calidad surge de sus principios determinantes a la respuesta social organizada en salud, esto es el derecho a la protección de la salud, son el sustento principal para el impulso global de la cobertura universal en salud. De forma práctica, esta cobertura universal implica la conexión entre la demanda y la oferta de servicios

(promoción, prevención y atención). La posibilidad que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios cuando lo requiere es la expresión de la cobertura universal; es entonces cuando se habla de desempeño técnico, relaciones interpersonales, acceso efectivo a los servicios de salud (Dolci & Gutierrez, 2015)

Donabedian (2001) señaló dos dimensiones fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas, la técnica y la interpersonal; en la primera considera la aplicación de conocimientos y técnicas para la atención a la salud y en la segunda, la relación que se establece entre los proveedores de servicios y los usuarios de los mismos sin dejar de considerar para ambas dimensiones el contexto sociocultural donde se otorgue el servicio.

Con frecuencia, el equipo médico le da más importancia al aspecto técnico, mientras que el interpersonal lo resaltan más los usuarios de los servicios. Sin embargo, es necesario reconocer que ambos aspectos tienen igual importancia en el otorgamiento de servicios de salud; los aspectos técnicos son indispensables para lograr atención eficaz, eficiente y efectiva; y, no hay duda que una buena relación proveedor-usuario, cimentada en el respeto mutuo, determina en gran medida resultados exitosos para la salud, al propiciar mejor adhesión terapéutica y a la institución de salud, además de mayor satisfacción de usuarios y de proveedores.

### **Calidad de atención médica en ginecología – obstetricia**

La medición y evaluación es una parte integral del sistema de atención médica. Así también, la creación y evaluación de las métricas de desempeño de la atención son importantes y relevantes para la comunidad obstétrica y ginecología, incluidos los clínicos y los pacientes. Se requiere una cuidadosa deliberación para crear un sistema de medición que resulte en una atención óptima para las mujeres y las familias (Bailit et al., 2016).

La literatura sugiere diversas medidas de la calidad en la atención médica en el área de gineco – obstetricia. Drife (2001) sugiere que la tasa de mortalidad materna fue la

primera medida de calidad en los servicios obstétricos y a pesar de ser un indicador crudo todavía se usa para comparaciones internacionales. El autor explicó que, durante muchos años, los obstetras midieron la calidad de su servicio según las estadísticas de mortalidad: mortalidad materna a mediados del siglo XX y, posteriormente, mortalidad perinatal. Estos indicadores siguen siendo relevantes, pero hoy en día las muertes relacionadas con el embarazo son, afortunadamente, pocas en número y otras medidas de calidad son necesarias y han sido introducidas nuevas formas de medición de calidad en esta área.

Además, la tradición obstétrica de la auditoría rigurosa no se ha extendido a la ginecología, y las medidas de calidad para los servicios de ginecología de emergencia son muy necesarias también (Drife, 2001). A continuación (Tabla 4) se exponen algunos de los parámetros propuestos por Drife (2001) en su estudio para la evaluación de la calidad en el área de gineco – obstetricia.

Tabla 4 *Informe de incidentes para ginecología (John Radcliffe Hospital, Oxford, 1998)*

1	Diagnóstico faltante que incluye: embarazo ectópico, aborto perdido, embarazo, tumor
2	Diagnóstico tardío que incluye: cita tardía, personal inexperto, informe de laboratorio perdido o perdido
3	La falta de recursos incluye: personal, cama, tiempo de cirugía de emergencia, equipo quirúrgico, operación cancelada
4	Operaciones fallidas que incluyen: terminación, laparoscopia, esterilización laparoscópica
5	Omisión de procedimientos operativos planificados que incluyen: extirpación de IUCD, pólipos, ovarios, esterilización
6	Realización de cirugía no planificada o sin consentimiento que incluye: ovarios, útero
7	Daño inesperado a estructuras que incluyen: útero perforado, vejiga, intestino, uréter, vaso sanguíneo mayor
8	Cuerpo extraño retenido que incluye: hisopo, aguja
9	Problemas anestésicos que incluyen: analgesia inadecuada, conciencia, hipoxia, hipotensión, intubación difícil
10	Terapia farmacológica correcta que incluye: omisión, incorrecta dosis / régimen
11	Complicaciones postoperatorias serias que incluyen: infección mayor, colapso, muerte, regreso al teatro
12	Problemas de transfusión que incluyen: sin consentimiento, sangre incorrecta
13	Reingreso inesperado que incluye: hemorragia grave, dehiscencia de la herida, formación de fístulas

Adaptado de “Quality measures for the emergency obstetrics and gynaecology services”, Drife, J., 2001, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94, p. 18.

Por otro lado, Bailit et al. (2016) sugirió que actualmente emplearon múltiples métricas diferentes en un esfuerzo por medir la calidad de la atención obstétrica. Métricas actuales para obstetricia respaldadas por organizaciones nacionales, como la Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ por sus siglas en inglés) tales como: número de partos por cesáreas, traumatismo de nacimiento al neonato, traumatismo obstétrico vaginal con/sin instrumento, morbilidad materna severa, tasa de mortalidad de neonatos, entre otros. Sin embargo, este tipo de medidas tiene sus limitaciones, por ejemplo, la falta de una base de datos nacional obstétrica ha dado lugar a dificultades de medición.

En particular, Howell y Zeitlin (2017) sugirieron que la medición de la calidad de la atención en obstetricia es compleja pues ésta implica evaluar la atención de dos personas separadas, por tanto, la atención sanitaria requiere reducir las intervenciones obstétricas que pueden dañar a los bebés y las madres y evitar la atención subóptima, como la subutilización de los esteroides prenatales, que puede conducir a complicaciones neonatales. En consecuencia, la identificación de medidas de calidad imperfectas junto con una amplia variación en el rendimiento en la atención médica en obstetricia son desafíos actuales en el campo.

Por ello, en esta sección se insertó medidas de calidad que incluyen la satisfacción de las usuarias. De acuerdo a McCue (2017) está surgiendo evidencia de que los programas que incluyen obstetras / ginecólogos hospitalarios, amables y con correctas técnicas de trato en las pacientes, disminuyen la tasa de partos por cesárea y el parto prematuro, y así mantienen puntajes altos en la satisfacción del paciente. En base a esto, Saima et al. (2015) en su estudio la dimensión de interacción médico – paciente es uno de los indicadores más importantes para determinar la satisfacción usuaria. Así, la satisfacción usuaria también ha

sido una medida muy utilizada en la evaluación de la calidad de atención médica en el área de ginecología y obstetricia.

### **Determinantes de la satisfacción usuaria en la atención de gineco – obstetricia**

En su estudio Saima et al. (2015) evaluó aspectos principales de la atención al paciente, como el comportamiento de los médicos, la participación del paciente en su plan médico, su satisfacción con el tratamiento y la limpieza en el hospital; estas variables los estableció como determinantes de la satisfacción usuaria en pacientes en el área de ginecología. Por otro lado, Yeh y Nagel (2010) en su revisión mencionó otros factores determinantes de la satisfacción usuaria en gineco-obstetricia, entre estos mencionó: el estilo de comunicación médico – paciente, entre los cuales incluye comunicación biomédica y comunicación centrada en el paciente.

Así mismo, Murray, Wilcock y Kobayashi (1996) describieron una serie de factores que afectan la satisfacción de una mujer con su experiencia de parto, que incluyen: que la mujer esté consciente y tenga el control de su cuerpo durante el proceso de parto, la participación en el proceso de toma de decisiones, la presencia de una persona de apoyo durante el parto, el suministro de información sobre el parto y la lactancia de un niño, la asistencia de enfermería, la duración de la estancia en el hospital y el entorno físico en el que tienen lugar el parto y el parto.

Entre otros factores, Patel et al. (2011) mencionaron que se ha demostrado que el género del obstetra influye en la paciente satisfacción también y reportaron que un estudio se halló que los obstetras masculinos realizaron visitas más prolongadas, comparten información de una manera que se calificó como mejor entendida, se percibió que mostraban mayor preocupación y se percibía que brindaban más orientación en comparación con las obstetras. Por otro lado, se descubrió que las obstetras mujeres se involucraban en comunicaciones más afectivas, incluidos acuerdos, desacuerdos y risas, y

se percibía que demostraban una mayor capacidad de respuesta emocional y una mejor asociación informativa en relación con sus homólogos masculinos (Hojat et al., 2002).

## **Marco Conceptual**

A continuación, se presenta la definición de una serie de términos relevantes para la presente investigación. Esta sección ayuda a mejorar la comprensión de la base teórica presentada y de los estudios referenciales en el siguiente capítulo del presente trabajo.

### **Ginecología y obstetricia**

El Hospital Clínico Universidad de Chile (2019) definieron a la *ginecología y obstetricia* como

la especialidad de la Medicina que tiene el propósito de atender las necesidades de salud integral de la mujer a lo largo de su vida. La Obstetricia (del latín *obstare* estar a la espera) se ocupa de la mujer en todo su periodo fértil (embarazo, parto y puerperio) y la Ginecología (del griego *gynaika* "ciencia de la mujer") es la subespecialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios) (parr. 1).

Por otro lado, Carvajal y Ralph (2018) definieron la obstetricia como aquella parte de la medicina que trata la gestación, el parto y el puerperio, por su parte, la semiología es la ciencia que estudia síntomas y signos de las enfermedades, incorporando como elementos esenciales la anamnesis y el examen físico, en sus aspectos fundamentales, la semiología en ginecología y obstetricia es similar a lo aprendido en semiología general (p. 7).

### **Estados de gestación**

Para denominar el estado de gestación de una mujer existen diferentes términos. Entre ellos, embarazo, preñez, entre otros, cuyos orígenes revelan mucho sobre cómo puede ser visto este estado biológico que la mujer atraviesa. Es necesario definir y explicar

estos diferentes términos ya que, de acuerdo lo señala Bolaños (2010) el verdadero significado del término embarazo “difiere según la persona, pudiendo ser una alegría o quizás ser un problema; el contexto social, económico y de salud contribuye de forma evidente a la construcción individual del significado de esta etapa vital” (p. 1197).

Lugones y Ramírez (2015) explicaron que “en latín para nombrar a una mujer embarazada se solían usar palabras en función del momento de la gestación: (a) grávida, (b) *praegnans*, (c) *inciens*” (p. 92). Además, los autores añaden que “grávida es la mujer ya pesada por la preñez, *praegnans* es la que está embarazada, *inciens* la que está próxima al parto” (Lugones & Ramírez, 2015, p. 92).

De acuerdo a la Real Academia de la Lengua Española (citado por Bolaños, 2010) gestación

del latín *gestatĭo, ō nis* significa: (a) Acción y efecto de gestar o gestarse. Del latín *gestā re*, llevar; (b) dicho de una hembra: llevar y sustentar en su seno el embrión o feto hasta el momento del parto; (c) preparar o desarrollar algo, especialmente un sentimiento, una idea o tendencia individual o colectiva (p. 1197).

Por otro lado, Lugones y Ramírez (2015) presentan la definición de embarazo simplemente como “periodo comprendido entre la fecundación del óvulo y el parto, durante el cual tiene lugar el desarrollo embrionario” (p. 91). Así mismo, Bolaños (2010) lo definió, “desde un punto de vista biológico, el embarazo o gestación es el estado fisiológico de la mujer por el que, a lo largo de 281 días como media, se desarrolla en su seno un nuevo ser humano” (p. 1197).

Dentro del contexto de la obstetricia se tiene algunos términos asociados al estado de gestación de la mujer, a continuación se expone la definición de alguno de ellos.



### ***Primípara***

Una mujer *primípara* es aquella “mujer que ha tenido un embarazo que resultó en producto viable, sin tomar en cuenta si el niño vivió al nacer, o se trató de nacimiento único o múltiple” (Herrera, Calderón & Carbajal, 1997, p. 2).

### ***Múltipara***

Una mujer múltipara es “la mujer que ha tenido dos a cuatro hijos” (Herrera et al., 1997, p. 2)

### ***Gran múltipara***

Una mujer gran múltipara refiere a “la mujer que ha tenido muchos embarazos viables; suele considerarse de cinco a mas hijos” (Herrera et al., 1997, p. 2).

### ***Nacido a término***

Se define como la “expulsión completa del producto de la gestación, que tenga cualquier signo de vida, independiente de su unión al cordón umbilical o del desprendimiento placentario y de la duración de la gestación” (Carvajal & Ralph, 2018, p. 19). Un nacido a término “es aquel nacido entre las 37 semanas completas hasta menos de 42 semanas completas” (Herrera et al., 1997, p. 2).

### ***Pre término***

Un nacido a pre término es aquel nacido desde las 20 semanas hasta antes de las 37 semanas de gestación (Herrera et al., 1997, p. 2).

### ***Post término***

Un nacido post término es aquel nacido a las 42 semanas completas o más (Herrera et al., 1997, p. 2).

### ***Gestante adolescente***

Una gestante adolescente es aquella mujer embarazada con edad materna menor de 19 años (Herrera et al., 1997, p. 2).

### ***Gestante añosa***

Una gestante añosa es aquella mujer embarazada con edad materna de 35 años o más (Herrera et al., 1997, p. 2).

### **Servicio**

La gineco – obstétrica es un servicio médico. Así, un servicio se define “como cualquier acto o desempeño que una parte puede ofrecer a otra y que es en esencia intangible, no dando origen a propiedad de algo” (Peralta, 2006, p. 14).

### **Calidad**

Deming define la *calidad* como satisfacer al cliente, no solo para satisfacer sus expectativas, sino para superarlas (Anderson et al., 1994).

El Instituto de Medicina define la *calidad de la atención médica* como el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y la atención compatible con el conocimiento profesional actual (Howell & Zeitlin, 2017).

Según Villagarcía y Delgadillo (2017) consideraron *la calidad de los servicios* de salud como aquellos actos y recursos conjuntos y articulados para satisfacer, de conformidad con los requerimientos de cada cliente o usuario, con respecto a las distintas necesidades que presentan.

Según la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ), las *medidas de calidad* son mecanismos que permiten al usuario cuantificar un aspecto seleccionado de la atención al compararlo con un criterio basado en la evidencia (Bailit et al., 2016).

La calidad de atención durante el embarazo de una mujer corresponde al “seguimiento eficiente del proceso, la realización de las visitas domiciliarias, pruebas y procedimientos

basados en la evidencia científica, la implicación de las usuarias y la adecuada coordinación entre todos los niveles de atención” (MSP, 2015, p. 7).

### **Violencia institucional**

La *violencia institucional*, trata dentro de la atención de gineco – obstetricia, se define como el hecho de no actuar o cualquier tipo de omisión en los servicios de salud. Esto abarca desde el amplio nivel de falta de acceso a estos servicios hasta su mala calidad (Souza et al., 2017).

### **Indicadores de calidad gineco - obstétrica**

Entre los indicadores revisados en la teoría sobre calidad de atención en gineco – obstetricia están la *razón de muerte materna* la cual se refiere a la “frecuencia de muertes maternas de 10 a 49 años de edad que ocurren hasta 42 días después del término del embarazo, atribuidas a causas ligadas al embarazo, parto y puerperio, con relación al total de nacidos vivos estimados” (INEC, 2017, p. 3).

## **Capítulo II**

### **Marco Referencial**

Este segundo acápite pretende contextualizar al lector en las principales tendencias del tema de investigación propuesto. De esta forma, la primera sección de este capítulo resume algunos estudios actualizados sobre la calidad de atención y satisfacción usuaria en gineco – obstetricia. Luego, se revisa algunos indicadores de salud en la ciudad de Guayaquil. Finalmente, se caracteriza al Centro de Salud Bastión Popular.

#### **Estudios actuales respecto a calidad de servicio en gineco-obstetricia**

Un primer estudio revisado fue el de Souza et al. (2016) cuyo objetivo fue investigar la asociación entre la violencia institucional en obstetricia y la depresión posparto y el efecto potencial de la raza, la edad y el nivel educativo en este resultado. Los autores realizaron un estudio transversal sobre las condiciones de atención médica para la población materna e infantil del Distrito Federal, en Brasil. El estudio utilizó una muestra probabilística de 432 mujeres, cuyos hijos tenían hasta tres años. Como técnica de análisis de datos se planteó el uso de los indicadores de violencia institucional y las características demográficas en un modelo de regresión logística para estimar la probabilidad de aparición de depresión posparto.

Los principales resultados del estudio de Souza et al. (2016) revelaron una alta prevalencia de depresión posparto, esta es mayor entre las mujeres no blancas y las adolescentes, además de tener una fuerte asociación positiva entre los diversos indicadores de violencia obstétrica y depresión posparto. También se observó interacciones positivas entre: violencia por negligencia por parte de profesionales de la salud, raza y edad; violencia física de profesionales de la salud y edad; y, violencia verbal de profesionales de la salud y raza. Los investigadores concluyeron que los indicadores adoptados para reflejar la violencia institucional en la atención obstétrica se asocian positivamente con la

depresión posparto, lo que requiere una reflexión sobre la necesidad de adecuar los protocolos de atención de salud a los preceptos de la humanización brasileña de las políticas de atención del parto.

Otro estudio realizado por Hussain et al. (2015) tuvo como objetivo evaluar la satisfacción del paciente en ginecología y obstetricia en el hospital de atención terciaria y resaltar las áreas de mejora. El estudio fue de corte transversal se realizó en la unidad B de Ginecología y Obstetricia del hospital Lady Peshawar en Pakistán en donde se aplicó un cuestionario a un total de 1 847 usuarias con respecto al nivel de comunicación, la satisfacción del tratamiento, así como la higiene del hospital se observó. Entre los principales resultados se obtuvo que el 90.9% de los pacientes estaban satisfechos con su tratamiento, 89% de los pacientes tenían confianza en la competencia de su médico, 60% pensaban que el tratamiento era fácilmente accesible. Sin embargo, solo un 20% estuvo satisfecho con la limpieza, solo un 17% estuvo satisfecho con la forma en que los médicos saludaban a sus pacientes y solo al 5% de las pacientes se les llamaba por sus nombres.

Los autores concluyeron que las habilidades de comunicación de los médicos y la limpieza del hospital son las áreas que requieren mejoras y el estudio sugiere que existe una necesidad imperativa de comunicarse eficazmente con los pacientes sobre su enfermedad y el tratamiento, esto ayudará a eliminar la ansiedad y los conceptos erróneos, y cumplirán el tratamiento y desarrollarán confianza en el sistema de salud para alcanzar los estándares de calidad en salud.

En Turquía, Kaya, Maimaiti y Gorkemli (2017) realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la satisfacción con los servicios que se obtuvieron de pacientes atendidas en clínicas de obstetricia y ginecología, en un hospital universitario en Konya. Se realizó una encuesta transversal mediante cuestionarios entre pacientes, los datos se recopilaron de forma prospectiva entre el 2 de mayo y el 8 de julio de 2016. Se pidió a los participantes

que aceptaron participar que completaran una serie de cuestionarios de forma inmediata o se realizaron entrevistas personales si el paciente era analfabeto. El instrumento de estudio fue un cuestionario que constaba de dos partes: la primera parte se relaciona con los antecedentes sociodemográficos de los encuestados y la segunda parte con preguntas sobre la satisfacción del paciente. Los resultados revelaron que la mitad de las encuestadas (53,3%) visitó la unidad de obstetricia y el 46,7% de ellos visitó la unidad de clínicas de ginecología; 165 (52.1%) citas fueron primera asistencia y otros (47.9) visitas de seguimiento. La satisfacción promedio de los pacientes fue de 74.5%. Los autores concluyeron que, en general, los pacientes estaban satisfechos con los servicios de ginecología y clínicas de obstetricia, la mayoría de los pacientes estaban satisfechos con las instalaciones clínicas, la profesionalidad del personal, la actitud del proveedor de atención médica y la calidad de la atención médica.

Otro estudio reciente, realizado por Marama, Bayu, Merga y Binu (2018) cuyo objetivo principal fue evaluar la satisfacción de la paciente y los factores asociados entre los pacientes ingresados en las salas de obstetricia y ginecología de los hospitales públicos de la ciudad de Mekelle. Los autores realizaron un diseño de estudio de corte transversal institucional en 413 participantes utilizando métodos de muestreo sistemático. Los datos se recopilaron del 9 de marzo al 8 de mayo de 2016, mediante cuestionarios estructurados. Como técnica de análisis de datos se utilizó un modelo de regresión logística binaria.

Los principales resultados del estudio fueron que la tasa de satisfacción observada fue de 79.7% a 95% ; las pacientes no estaban satisfechas con la descripción de los efectos secundarios de la medicación; con la información dada respecto a para qué se usa la medicación antes de recetar y administrar; con la limpieza del inodoro y el baño, y el acceso al agua potable, la letrina y las instalaciones para el lavado de manos. Los autores concluyen que la tasa de satisfacción observada es alta. Por lo tanto, los responsables de la

formulación de políticas, la Oficina Regional de Salud, los gerentes de hospitales, los cuidadores y los investigadores deben planificar y trabajar juntos para hacer un seguimiento de la satisfacción de la paciente y así mejorar las áreas en las que las pacientes están insatisfechos.

Finalmente, en España Vázquez et al. (2018) se plantearon como objetivo “determinar el nivel de satisfacción de las pacientes egresadas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional en 2018” (p. 39). El estudio de los autores fue de corte transversal, utilizaron como instrumento el cuestionario Sevqual el cual fue aplicado a 203 pacientes de ginecología y obstetricia. Los resultados revelaron que el 40% de las pacientes se encuentran satisfechos con la atención médica recibida. Las dimensiones mejor puntuadas fueron capacidad de respuesta y seguridad; mientras, el puntaje más bajo se registró en la dimensión elementos tangibles.

### **Estudios en el contexto nacional**

El trabajo de investigación realizado por Carrera (2014) en un centro de salud de Bastión Popular determinó que en ginecología con tres consultorios funcionando ocho horas diarias las atenciones por día serían de 48 atenciones y en obstetricia con dos consultorios funcionando ocho horas diarias se atienden un total de 32 mujeres. Esto da como total de consultas mensuales en ginecología de 1056 y de obstetricia 704, con un total de 1760 en las dos especialidades. Se determinó que la producción hospitalaria sobrepasa la capacidad instalada por lo que se propuso un programa de capacitación para la mejora de aspectos de accesibilidad y calidad.

### **Contexto actual en la atención sanitaria de gineco-obstetricia**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) presentó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, que tiene como meta erradicar las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, además de crear un

entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que también se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar. Como parte de esta estrategia mundial, la OMS colabora con los países miembros para: resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos; lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal; abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas; reforzar los sistemas de salud para que puedan responder a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad.

Según la organización Panamericana de la Salud (OPS,2018) en Cuba, se sustenta que la atención a la salud materno infantil es prioridad que otorga el estado, la ejecución del programa Nacional de Atención Materno Infantil y la garantía de acceso equitativo a los servicios de salud. Este artículo describe la experiencia cubana en este campo, así como sus principales logros, desafíos y lecciones aprendidas.

En el Ecuador, los esfuerzos que se realizan se encaminan a mejorar, desde toda perspectiva, las estrategias nacionales de salud en respuesta al marco constitucional 2008, se integran las acciones realizadas y contempladas en la Política Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, y de conformidad a los acuerdos internacionales, de manera que sean una realidad en la vida cotidiana de las mujeres y hombres del Ecuador, el Ministerio de Salud Pública en el año 2008, elaboró el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal cuyos objetivos 3, 4 y 5 pretenden mejorar el acceso informado a servicios de salud con enfoque en derechos sexuales y derechos reproductivos de los usuarios y usuarias para la toma de decisiones conscientes e informadas sobre su condición de salud; reducir la violencia basada en



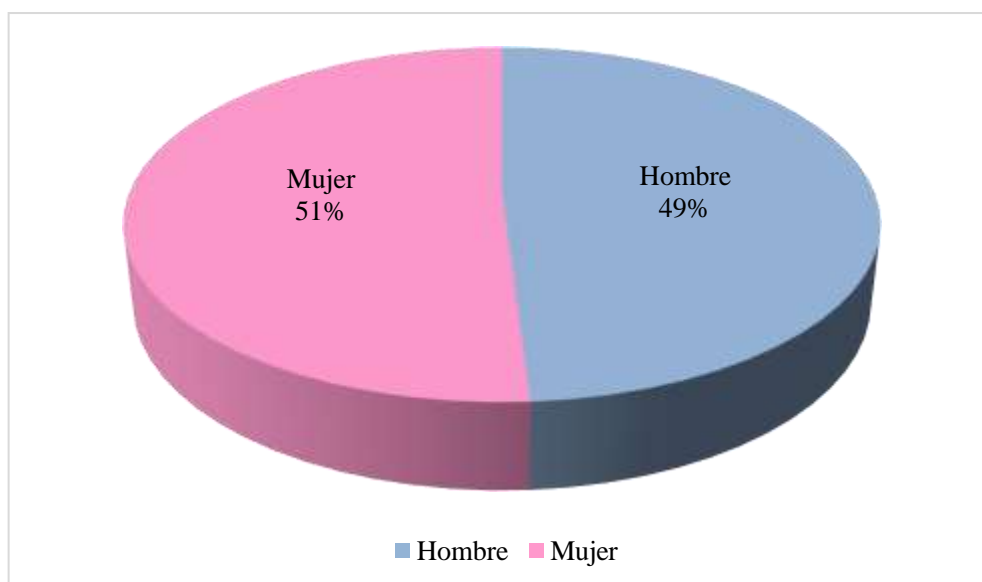
género e intrafamiliar; mejorar el trato de los usuarios/as internos y externos; y la atención amigable y diferenciada para los y las adolescentes, que se refuerza con el instrumento.

### **Zona Urbana Marginal: Bastión Popular**

El Barrio de Bastión Popular está localizado en el sector norte de la urbe de Guayaquil, entre los kilómetros diez y 14 de la vía a Daule. Tiene una superficie aproximado de 341,35 hectáreas. Bastión Popular, al igual que otros asentamientos a la periferia de la ciudad, es producto de invasiones, guiadas por traficantes que negociaban con las necesidades de los sectores menos favorecidos (Dirección de Acción Social y Educación, 2014).

#### **Características generales de su población**

La estructura por edad y sexo de la población está dada por el comportamiento de las variables demográficas fundamentales: fecundidad, mortalidad y migración, por esto la dinámica demográfica está ligada con la dinámica social y económica, hechos que se reflejan en la distribución de la población de edad y sexto (Dirección de Acción Social y Educación, 2014).



*Figura 4* Porporción de hombres y mujeres en la Zona Bastión Popular.

Respecto a la proporción de la población por género, se nota una mayoría, aunque leve, de mujeres, lo que sugiere la presencia importante de mujeres jefas de hogar. La oferta tentativa de fuerza laboral, corresponde a la población de 15 a 64 años, esto sugiere que, en condiciones normales de empleo, por cada persona existiría cerca de un dependiente inactivo (menores de 15 o mayores de 64 años) (Dirección de Acción Social y Educación, 2014).

El incremento poblacional, el acelerado crecimiento urbano y la existencia de una población joven en alto porcentaje, ocasiona a su vez un crecimiento de la demanda de servicios sociales básicos. Así mismo, el rol relevante de la educación en el sistema social surge en su objetivo destinado a mejorar la calidad del capital humano, que conforma uno de los recursos esenciales para afrontar los desafíos que existen en la actualidad y la urgencia de mejorar la ejecución de los derechos ciudadanos.

La tasa de analfabetismo de la población de diez años y más tuvo niveles relativamente bajos, que levemente sobrepasan el 5% a nivel cantonal. Sin embargo, en las mujeres se reportó porcentajes superiores en contraste con los hombres. A excepción de este indicador, las mujeres tienen mejores condiciones educativas que los hombres (Dirección de Acción Social y Educación, 2014).

Tabla 5 *Indicadores de escolaridad en la Zona Bastión Popular*

Indicadores	Hombres	Mujeres	Total
Tasa de matrícula bruta primaria	88.5	89.6	89.0
Tasa de matrícula media	48.0	49.0	48.5
Tasa de escolarización básica	86.9	88.4	87.7
Tasa de deserción primaria	2.0	1.5	1.7
Tasa de repetición primaria	9.5	7.3	8.4
Tasa de analfabetismo"	3.9	6.1	5.0

Respecto a la educación primaria, se observó que más de 10% de los niños entre cinco y once años no se matricularon, este porcentaje es inferior en las niñas, patrón contradictorio para la supuesta prioridad que tienen los varones respecto a la educación.

Los motivos principales por los cuales no se matricularon los niños se derivan de problemas de índole económico, en la necesidad de trabajar y por enfermedad. Mientras, la pérdida de año o la emigración de sus padres no se manifestaron como relevantes dentro de las frecuencias de respuestas (Dirección de Acción Social y Educación, 2014).

Entre la deserción y la repetición, se reportó porcentajes mayores, alrededor del 8%, y la necesidad de trabajar fue la respuesta más común para justificar que los niños no acudan a la escuela, le siguen las labores domésticas, en tanto que la emigración al exterior tiene una baja incidencia (Dirección de Acción Social y Educación, 2014).

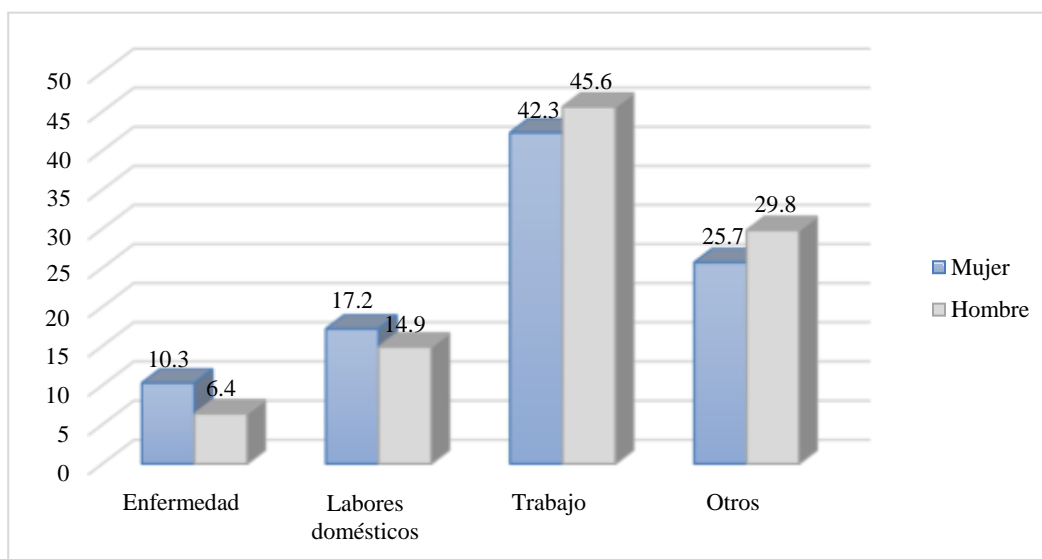


Figura 5 Razones para abandono de estudios en la Zona Bastión Popular

### Estado de salud de su población

La mortalidad, la fecundidad y la migración son los factores que determinan directamente el tamaño de la población. La mortalidad ha evidenciado su relación con aspectos socioeconómicos, esta asociación se revela de manera inversa, donde a mejores condiciones de vida (alimentación, salud, vivienda, servicios, etc.) menores niveles de mortalidad (Dirección de Acción Social y Educación, 2014). La tasa de mortalidad infantil

para el sector es de ocho por mil, dato que se considera sesgado, dado que a nivel nacional es de 40 por cada mil nacimientos, este indicador necesita ser validado (Dirección de Acción Social y Educación, 2014)

Las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas, son las causas más comunes de morbilidad y mortalidad infantil. En consecuencia, son aquellas que necesitan la mayor atención oportuna. La información que proporciona en la encuesta señaló que uno de cada cinco niños menores de cinco años tuvo un episodio de diarrea en las últimas dos semanas y una cuarta parte padeció de problemas respiratorios, en estos dos tipos de morbilidad no existen diferencias por sexo de los niños (Dirección de Acción Social y Educación, 2014). Menos del 5% de los niños menores de seis años, asiste a centros de cuidado diario, de este total, el 72,6% de menores de seis años concurre a los centros de cuidado infantil.

### ***Salud de la madre***

La Dirección de Acción Social y Educación (2014) de la Municipalidad de Guayaquil señaló que

Las acciones preventivas durante el embarazo, disminuyen los riesgos de la mortalidad materna e infantil; entrevistadas las mujeres que tuvieron un hijo nacido vivo durante el último año, se obtuvo que el 76.3% de las mujeres embarazadas se hizo atender en los servicios de salud públicos y de la seguridad social, particularmente en los hospitales y con menor proporción en los sub centros de salud, lo que indica su poca incidencia de éstos para descongestionar la consulta hospitalaria; 16 de cada 100 madres embarazadas concurren a la consulta privada y, definitivamente, la atención de comadronas o parteras es marginal (p. 5).

## Centro de salud tipo C Bastión Popular

El centro de salud tipo C Bastión Popular pertenece al Ministerio de Salud Pública al distrito de salud 09D07 Pascuales-1 parroquia Tarqui: Guayaquil se localiza al noroeste de la ciudad de Guayaquil en Bastión popular bloque 1b Mz. 494 solar 1, fue inaugurado el 23 de marzo del 2018, corresponde al primer nivel de atención de salud tipo C y atiende las 24 horas del día los siete días de la semana, tiene importantes servicios como son Medicina general, medicina familiar, obstetricia, odontología, ginecología emergencias, pediatría, enfermería, farmacia, vacunación, salud psicológica, laboratorio, ecografía, entre otras; sumando una cartera de más de diez especialidades.

De acuerdo al MSP (2107) esta obra tuvo como presupuesto 2'219 900 dólares para la obra y para el equipamiento 1'015 739 (ver Figura 6).



Figura 6 Centro de Salud Bastión Popular

Tomado de Rendición de Cuentas 2017 Coordinación Zonal 8 – Salud por MSP, p.9. Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/Rendicion\\_de\\_cuentas\\_2017/Rendicion\\_de\\_cuentas\\_Z8.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/Rendicion_de_cuentas_2017/Rendicion_de_cuentas_Z8.pdf).

Una aproximación sobre la actitud de la población frente a ciertas enfermedades, constituye la proporción de personas que han sido diagnosticadas, el último año, de ciertas

enfermedades. Los datos de la encuesta señalan que 6 de cada 100 personas y 7 de cada 100 han sido diagnosticadas con malaria y dengue, respectivamente, en tanto que existen porcentajes ínfimos al VIH/SIDA. No se puede afirmar que estos porcentajes reflejen la prevalencia de estas enfermedades por cuanto los datos están sujetos a sesgos por parte del informante, especialmente por desconocimiento de situaciones específicas de terceras personas.

### **Misión de la Institución**

Ofrecer servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia de primer nivel, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

### **Visión de la Institución**

Darnos a conocer a la ciudadanía como una unidad tipo c, accesible que presentan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

### **Composición y recurso humano**

El Centro de Salud Bastión Popular cuenta con un área de gineco obstetricia con infraestructura y equipos médicos moderno. Además, tiene servicios de apoyo como laboratorio clínico y de imágenes. En el área de gineco – obstetricia se cuenta con siete camas en sala de hospitalización con apego neonatal, tres salas de parto y dos termocunas.

A continuación, en la Tabla 6 se detalla su personal médico y administrativo, los cuales se desempeñan en diferentes turnos rotativos de acuerdo al cronograma de la institución.

Tabla 6 *Personal del Centro de Salud Bastión Popular*

Número de personal	Tipo de Profesional
<b>Centro de Salud Bastión Popular</b>	
2	Médicos medicina familiar y comunitaria
20	Médicos medicina general
1	Ginecólogo en el área de imágenes
1	Tecnólogo en imágenes
20	Licenciadas en enfermería
5	Auxiliares en enfermería
2	Licenciados en laboratorio clínico
3	Auxiliares de laboratorio
4	Odontólogos
8	Técnicos de APS Taps
1	Químico farmacéutico
5	Auxiliares de farmacia
<b>Área de gineco – obstetricia</b>	
4	Ginecólogos
7	Obstetricas
5	Licenciadas en enfermería
3	Auxiliar en enfermería
3	Pediatras

### **Marco legal**

La normativa y leyes en el país permiten conocer bajo qué régimen se organiza la oferta de salud pública en el contexto de este estudio. En primer lugar, resulta necesario citar el artículo 3 de la Constitución del Ecuador manifiesta que es un deber primordial del Estado

Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes (Constitución Nacional, 2008, p. 16).

Esto se reafirma en el artículo 32 del mismo cuerpo legal, el cual manifiesta que

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 Nacional, 2008, p. 29).

Y por ende,

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Constitución Nacional, 2008, p. 29).

Dentro de la Ley Orgánica de Salud del país resulta pertinente señalar la definición de salud manifestada en su artículo 3

La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (Ley Orgánica de Salud, 2012, p. 2).

Además, en el capítulo III artículo 21 de esta misma ley, respecto a la mujer y la maternidad, se manifiesta que

El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza



el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (Ley orgánica de Salud, 2012, p. 9) .

Finalmente, este mismo cuerpo legal en su artículo 22 resalta que

Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo (Ley orgánica de Salud, 2012, p. 10).

## **Capítulo III**

### **Marco Metodológico y Análisis de Resultados**

El presente capítulo está dedicado a describir con detalle la estrategia metodológica elegida. Se inicia con la definición clara del enfoque, diseño y tipo de investigación. En esta sección también se describe las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Finalmente, el capítulo presenta los resultados obtenidos a partir de los datos recolectados, de donde se derivan los principales hallazgos y conclusiones para el planteamiento de la propuesta en el capítulo final de la investigación.

#### **Enfoque de la investigación**

Dada la revisión de literatura, se encontró el suficiente respaldo para el desarrollo del tema de investigación bajo un enfoque cuantitativo. Diversos estudios (Hussain et al., 2015; Souza et al., 2016; Kaya et al., 2017; Vásquez et al., 2018) evaluaron la satisfacción y calidad de atención en gineco – obstetricia a través de indicadores cuantitativos. Por ello, este estudio persigue este enfoque.

Algunos autores definen este enfoque como aquel que se basa en el uso de datos puramente cuantitativos. Sin embargo, una definición más descriptiva la dan Hernández, Fernández y Sampieri (2014) quienes sugirieron que este enfoque se caracteriza por ser riguroso, concreto y objetivo; en este enfoque no se pueden eludir pasos, es decir que es necesario seguir un orden dado. Para este caso, se siguió una estructura formal partiendo de la identificación de un problema – deficiencias en la atención en gineco – obstetricia en el Centro de Salud Bastión Popular – planteando hipótesis, preguntas de investigación y objetivos, para luego proceder a la búsqueda teórica y de literatura. Una vez concretada esta parte, se procede a establecer la estrategia metodológica adecuada. Por tanto, se puede observar que el presente estudio cumple con las características fundamentales de un enfoque cuantitativo (ver Tabla 5).

Por otro lado, es importante mencionar que generalmente el enfoque cuantitativo se lo asocia con el método deductivo. En este método “es necesario empezar con premisas verdaderas para llegar a conclusiones válidas” (Dávila, 2006, p. 184). En este caso, las premisas verdaderas son analizadas mediante el desarrollo del marco teórico, el cual representa la base fundamental para la obtención de conclusiones confiables. La revisión teórica permitió identificar que la satisfacción usuaria es un indicador indispensable en la calidad de atención médica, y que una de las formas más extendidas para su medición es la aplicación de cuestionarios, es decir, datos cuantitativos.

Tabla 7 *Características esenciales de enfoque cuantitativo*

---

Refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación

Plantea un problema de estudio delimitado y concreto sobre el fenómeno

El investigador considera lo que se ha investigado anteriormente (la revisión de la literatura) y construye un marco teórico (la teoría que habrá de guiar su estudio),

Las hipótesis (por ahora denominémoslas “creencias”) se generan antes de recolectar y analizar los datos.

La recolección de los datos se fundamenta en la medición (se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis).

Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números (cantidades) y se deben analizar con métodos estadísticos.

---

Adaptado de “Metodología de la Investigación” por Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L., 2014, p. 5.

### **Alcance de la investigación**

En base a los objetivos planteados y la formulación de problema descrita, el presente estudio requiere de un alcance descriptivo y correlacional. En primer lugar, el alcance descriptivo es esencial en todo tipo de estudio cuantitativo pues permite conocer las características de una muestra. En el alcance descriptivo “se busca especificar las

propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández et al., 2014, p. 92). En esta investigación, se medirá la satisfacción y calidad de las usuarias, por ende, con este alcance será posible determinar los niveles actuales de estas dos variables en muestra tomada.

Por otro lado, el alcance correlacional es el que permitirá responder a la hipótesis y formulación de problema. De acuerdo a Hernández et al. (2014) “este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular” (p. 93). En este estudio, se pretende conocer en qué medida, y si es significativo o no, la relación entre las variables de calidad de atención de gineco – obstetricia y la satisfacción usuaria de las paicentes en el Centro de Salud Bastión Popular. Sin embargo, es necesario aclarar que en este alcance solo provee una respuesta respecto a si existe o no asociación entre dos variables, mas no revela cuál incide sobre la otra.

### **Diseño de la investigación**

Dentro del enfoque cuantitativo se pueden distinguir diferentes diseños de investigación. El presente estudio se desarrollará bajo un diseño denominado no experimental de corte transversal. Cuando se refiere a no experimental se habla de un estudio que no manipula ninguna de sus variables a analizar. Hernández et al. (2014) explicaron que “la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos” (p. 152).

Por otro lado, se planteó el uso de un diseño de corte transversal porque se requiere conocer el estado actual respecto a la atención médica en gineco – obstreticia. Es decir, no se requiere un análisis histórico o de datos precedentes, el estudio se analiza en el presente, y en un momento dado. Para aclarar más el concepto de diseño de corte transversal, vale

mencionar la explicación de Hernández et al. (2014): “los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (p. 93).

### **Instrumento de recolección de datos**

Dado el diseño elegido, de corte transversal, un instrumento adecuado para ello es el cuestionario. El instrumento permite recolectar información en un momento dado del tiempo y su característica principal es que recoge información numérica, susceptible de cuantificación y medición. El cuestionario fue elaborado con tres secciones: (a) primera parte: calidad de servicio; (b) segunda parte: satisfacción usuaria; (c) tercera parte: información sociodemográfica. A continuación, se presenta la operacionalización de variables.

Tabla 8 *Operacionalización de variables*

<b>Variable</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Cuestionario</b>	<b>Escala</b>	<b>Ítems</b>
Calidad de servicio	Elementos tangibles	Servperf adaptación de Babakus y Mangold (1993)	Grado de acuerdo desde 1 : Total desacuerdo hasta 5: Total acuerdo	1, 2, 3
	Fiabilidad			4, 5, 6
	Capacidad de respuesta			7, 8, 9
	Seguridad			10, 11, 12, 13
	Empatía			14, 15
Satisfacción	Comportamiento del médico	Saima et al. (2014)		1, 2, 4, 5, 9, 11
	Participación de la paciente			3, 6, 7, 8, 12
	Satisfacción con el tratamiento			15, 16, 17, 18
	Limpieza del centro de salud			13

## **Tipos de variables y fuentes de datos**

La fuente de datos fueron las usuarias que asistente al área de gineco-obstetricia en el Centro de Salud Bastión Popular. En consecuencia, al fue de datos es primaria.

Las variables utilizadas son cuantiativas. Sin embargo, dentro de estas variables se utilizaron el tipo cualitativas, donde se incluyen las ordinales y nominales.

Las variables ordinales son aquellas donde sus “etiquetas o los símbolos de las categorías sí indican jerarquía” (Hernández et al., 2014, p. 215). Las escalas cuyos posibles tipos de respuesta fueron el grado de acuerdo con la aseveración, son las ordinales.

Mientras, las variables nominales son aquellas donde “hay dos o más categorías del ítem o la variable, pero las categorías no tienen orden ni jerarquía” (Hernández et al., 2014, p. 214). Así, dentro de las nominales se encuentran aquellas como nivele de escolaridad y estado civil.

El cuestionario dispuso además solo de variables cuantitativas discretas para los casos de la edad y número de hijos. No se colocó preguntas cuya respuesta involucre variables cuantitativas continuas; es decir, con decimales.

## **Población y muestra**

### ***Población***

La población para este estudio quedó definida por las mujeres de Bastión Popular. Para determinar una cifra aproximada se extrapoló el valor de la población total con el porcentaje de mujeres sugerido por la Municipalidad de Guayaquil. Así, la población total fue de 80 778 y el porcentaje de mujeres fue 51% dando un total aproximada de 40 389 habitantes para la población objetivo.

### ***Muestra***

La muestra se considera un subgrupo o subconjunto de la población (Hernández et al., 2014). Para determinar la cantidad de participantes a encuestar se requiere elegir en

primera instancia un tipo de muestreo. Para el caso de este estudio se eligió un tipo de muestreo no probabilístico, en este tipo de muestreo “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador” (Johnson, 2014 citado por Hernández et al., 2014, p. 176).

En este estudio se requirió elegir a mujeres que hayan sido atendidas en las instalaciones del centro de salud tipo c Bastión Popular en el área de gineco – obstetricia, por ello se eligió un muestreo intencional, el cual es un tipo de muestreo no probabilístico. Este muestreo “permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos” (Otzen & Manterola, 2017, p. 230). Bajo este esquema se encuestaron a un total de 182 usuarias en el área de gineco – obstetricia de la unidad médica objeto de estudio.

### **Procedimientos**

Se construyó el cuestionario en base a las variables requeridas y las escalas propuestas por la literatura. Posterior a ello, se procedió a encuestar a las usuarias en el centro de salud objeto de estudio. A las participantes se les preguntó si ya habían sido atendidas en el área de gineco – obstétrica. Aquellas que respondieron que sí fueron encuestadas. A las pacientes se les informó que la información es totalmente anónima y que sería analizada de manera grupal para obtener resultados generales.

En una semana se recolectaron alrededor de 190 cuestionarios, de los cuales 182 fueron validados. Los cuestionarios válidos fueron tabulados en Excel y luego trasladados al programa SPSS v. 22 para su análisis estadístico.

### **Técnicas y herramientas de análisis de datos**

Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS v. 22. El software se utilizó para obtener tablas de frecuencias y para realizar otras técnicas estadísticas como la

correlación, regresión y obtener índices como Alfa de Cronbach, KMO y varianza explicada.

Por otro lado, los gráficos de barras y pastel fueron realizados en el mismo programa de Excel en base a los resultados obtenidos en SPSS v. 22.

La correlación ayuda a determinar el grado y la significancia de la asociación entre dos variables. Se manifiesta como un solo número denominado coeficiente de correlación que puede tomar valores entre -1 a 1. De acuerdo a Restrepo y González (2007) “un coeficiente de correlación, mide el grado de relación o asociación existente generalmente entre dos variables aleatorias” (p. 185). El coeficiente de correlación utilizado fue rho de Spearman.

El coeficiente rho de Spearman es un sustituto del coeficiente de Pearson cuando los datos analizados no cumple supuestos de normalidad o linealidad, además es conocido como un coeficiente no paramétrico (Restrepo & González, 2007), lo cual es útil cuando se tienen variables categórica ordinales, como es el caso de los datos en esta investigación.

Por otro lado, se realizó una regresión lineal múltiple, la cual permite establecer una variable dependiente y observar los efectos del resto de variables independientes sobre ella. En este caso, se puede observar los efectos de las dimensiones de la calidad de servicio (variables independientes) sobre la satisfacción (variable dependiente).

Otros conceptos aplicados fue la varianza explicada, este análisis se realizó a través de la tabla ANOVA, para verificar que el modelo estimado es significativo. De acuerdo a Jiménez, Herrera y Rojas (2002) este análisis indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias aritméticas (promedios) de las muestras; es decir, una diferencia mucho mayor de la que se hubiera encontrado por casualidad.

Para la evaluación de la fiabilidad de las escalas utilizadas se utilizó el índice de Alfa de Cronbach. La fiabilidad se define como “la consistencia o estabilidad de una



medida” (Quero, 2010, p. 248). El indicador más utilizado para evaluar este aspecto es el alfa de Cronbach, cuyo cálculo se da a través de “la correlación de cada reactivo o ítem con cada uno de los otros, resultando una gran cantidad de coeficientes de correlación, el valor de alfa es el promedio de todos los coeficientes de correlación” (Quero, 2007, p. 250). La Tabla 9 presenta los criterios para la evaluación de los valores de alfa de Cronbach.

Tabla 9 *Criterios para valores de Alfa de Cronbach*

Valores	Criterio
> 0,90	Excelente
Entre 0,90 a 0,80	Bueno
Entre 0,80 a 0,70	Aceptable
Entre 0,70 a 0,60	Débil
Entre 0,60 a 0,50	Pobre
< 0,50	No es aceptable

Por otro lado, se obtuvo el índice denominado KMO. Este índice generalmente es obtenido como medida previa a un análisis factorial. De acuerdo a Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010) “la medida más habitual es el KMO de Kaiser, (1970) que evalúa hasta que punto las puntuaciones en cada una de las variables son predecibles desde las demás” (p. 26). El valor sugerido para este índice es de 0,80. Sin embargo, los valores más cercanos a uno son mejores.

## **Análisis de resultados**

La presente sección desarrolla los resultados obtenidos a partir de la información recolectada de 82 usuarias del área de ginecología y obstetricia. En primer lugar, se realiza una caracterización de la muestra en base a las variables socio demográficas. Luego, se revisa el promedio de las respuestas dadas en cada uno de los ítems de las escalas de calidad de servicio y satisfacción. Esta sección también reporta los indicadores de fiabilidad de las escalas utilizadas. Se analiza los niveles en cada una de las dimensiones de calidad y satisfacción. Finalmente, se realiza la comprobación de la hipótesis relacionando las variables y comprobando la significancia en su grado de correlación.

### **Caracterización de la muestra**

Las variables analizadas en esta sección se presenta las estadísticas descriptivas para variables sociodemográficas: edad, estado civil, nivel de escolaridad y número de hijos.

#### ***Edad***

La media de edad reportada en la muestra fue de 25,39 años con más o menos de 5,41 años. Además, la edad máxima reportada por las mujeres encuestadas fue de 38 años, mientras la edad mínima fue de 17 años (Tabla 9).

Tabla 10 *Estadísticas descriptivas para la variable edad*

Media	26,40
Desviación estándar	5,41
Asimetría	0,15
Error estándar de asimetría	0,27
Curtosis	- 1,05
Mínimo	17,00
Máximo	41,00

El histograma presente en la Figura 6, revela que la mayoría de individuos se acumularon en las edades menores a 20 años, sugiriendo además que no existe normalidad en esta variable.

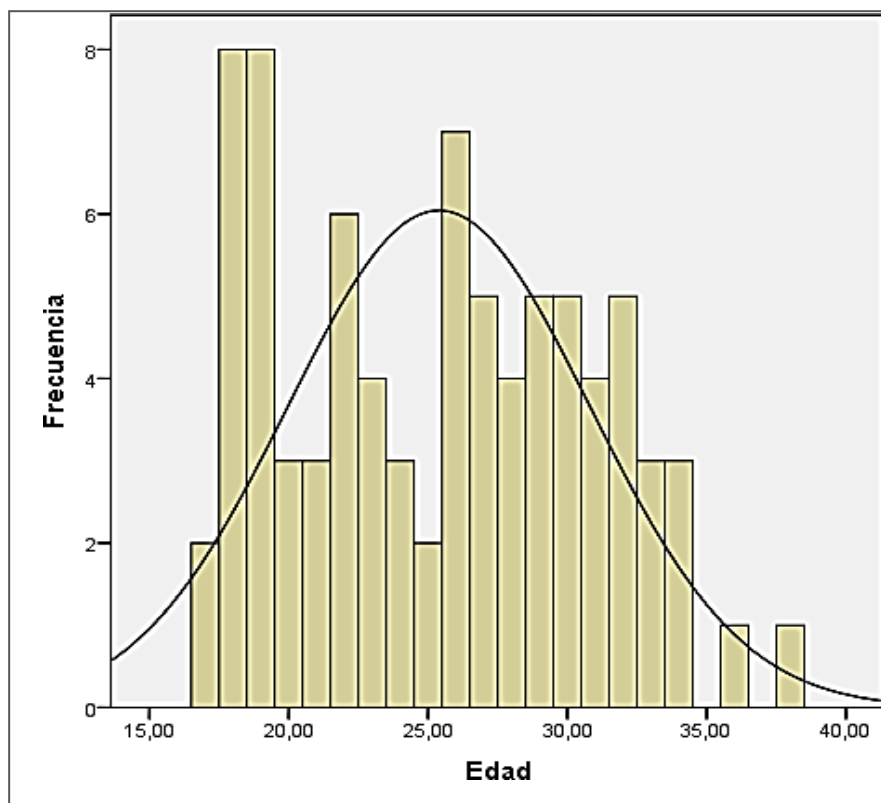


Figura 7 Histograma para la variable edad

### ***Número de hijos***

Respecto al número de hijos, el 50% de la muestra reportó tener dos hijos, seguido de un 25% que reportó tener un hijo. Un mínimo porcentaje correspondió a aquellas mujeres con cuatro y cinco hijos.

Tabla 11 *Tabla de frecuencia para número de hijos*

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Uno	41	22,53	22,52
Dos	61	33,52	56,04
Tres	34	18,68	74,72
Cuatro	24	13,18	87,91
Cinco	22	12,08	100,0

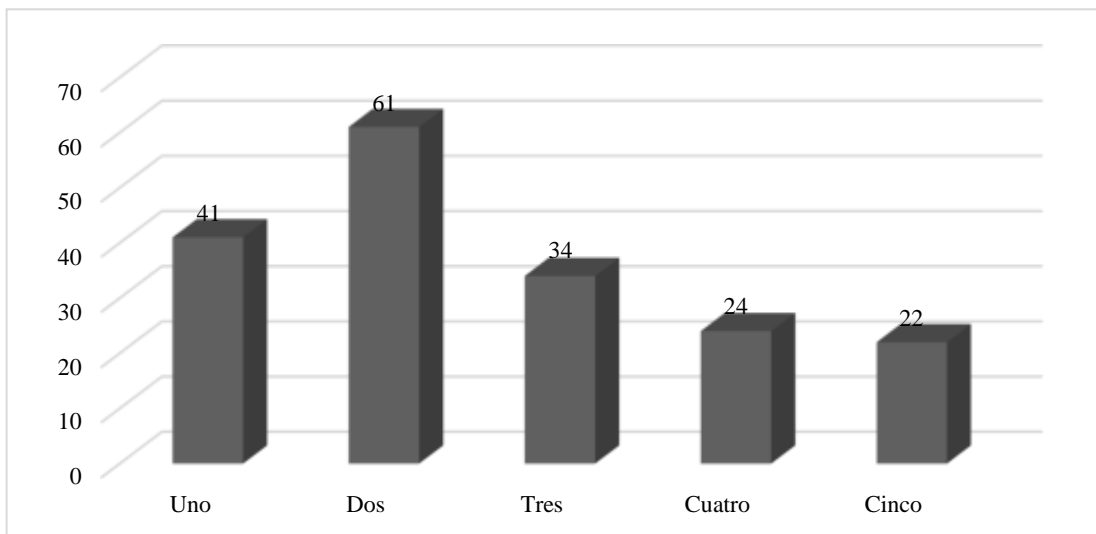


Figura 8 Número de hijos

### ***Estado civil***

Por otro lado, la mayor parte de la muestra (50%) reportó un estado civil correspondiente a unión libre. Se encontró proporciones similares de mujeres solteras (22%) y casadas (21%). Mientras, fue mínimo el porcentaje de mujeres divorciadas y viudas.

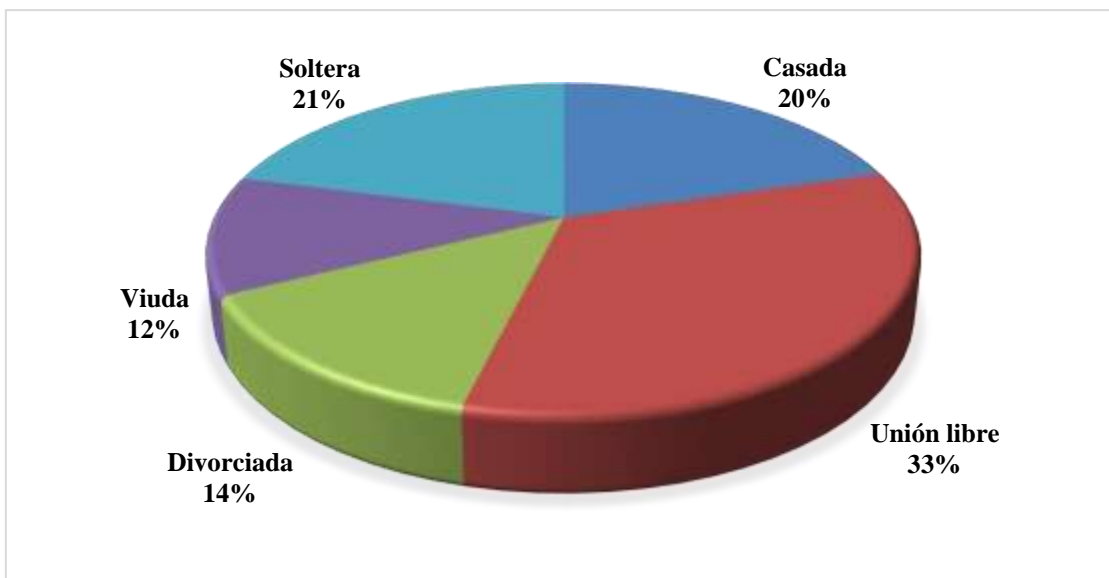


Figura 9 Porcentajes de mujeres de acuerdo a estado civil.

Tabla 12 *Tabla de frecuencia para variable estado civil*

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Casada	37	20,32	20,32
Unión libre	61	33,51	53,85
Divorciada	25	13,73	67,58
Viuda	21	11,53	79,12
Soltera	38	20,88	100,00

### *Nivel de escolaridad*

Respecto al nivel de escolaridad, la mayoría de la muestra se encontró en el nivel educativo de secundaria completa (51%). También se observó una gran proporción de mujeres que solo ha finalizado la primaria (36%). Por el contrario, aquellas con nivel universitario completo alcanzaron solo un 12% y en posgrado se reportó un mínimo de 1%.

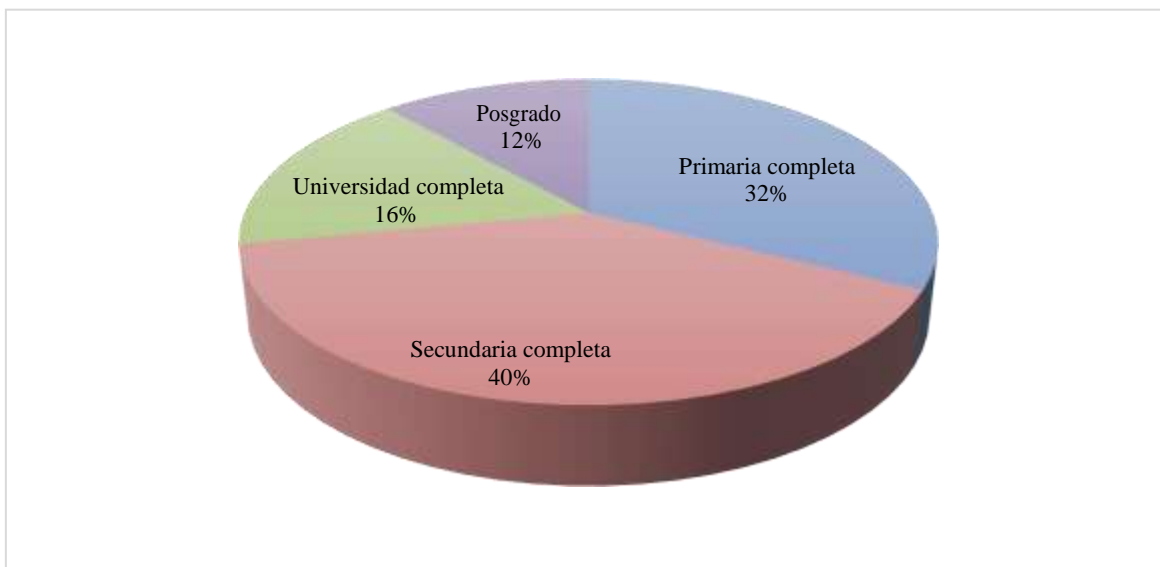


Figura 10 Porcentajes de mujeres de acuerdo a nivel de escolaridad

Tabla 13 *Tabla de frecuencia para variable nivel de escolaridad*

Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria completa	59	32,41	32,41
Secundaria completa	72	39,56	71,97
Universidad completa	30	16,48	88,46
Posgrado	21	11,53	100,00

### **Estadísticos descriptivos de los ítems: calidad y satisfacción**

Se procedió a obtener la media y mediana en cada uno de los ítems de las medidas de calidad de servicio y satisfacción. En ambos casos, las puntuaciones fueron relativamente altas, pues fueron muy cercanas a cinco, el valor máximo para el grado de acuerdo.

En calidad de servicio, los más bajos puntajes se obtuvieron en los ítems 4, 6, 7, 13 y 14. Así, se reflejó una leve deficiencia respecto al apoyo adecuado de las autoridades para que los profesionales médicos realicen correctamente su trabajo (ítem 13; med = 4,07). También, respecto a la precisión en la entrega del servicio y el momento en que este es entregado (ítems 6 y 7 con un promedio de 4,07 puntos).

Por otro lado, también se podría requerir una mejora respecto a la personalización del servicio pues en este ítem se obtuvo un promedio de 4,09.

Los puntajes más altos se obtuvieron en la dimensión de elementos tangibles. Donde se alcanzaron promedios por encima de 4,50. Es decir, las usuarias se encuentran en gran medida satisfechas con los equipos, limpieza e infraestructura del centro de salud.

Finalmente, también se obtuvo un alto grado de acuerdo igual a 4,50 en el ítem que hace referencia a la disposición del personal para ayudar a la usuaria y también respecto a la amabilidad del personal.

Tabla 14 *Puntaje promedio para ítems de calidad de servicio*

Ítem	Media	Mediana	Desviación std.
1. El centro de salud tiene equipos actualizados y modernos	4,50	5,00	0,50
2. Las instalaciones físicas del centro de salud son visualmente atractivas	4,55	5,00	0,50
3. El personal del centro de salud luce impecable (arreglado, limpio).	4,57	5,00	0,54
4. El centro de salud provee sus servicios al momento que acordaron	<b>4,12</b>	4,00	0,40
5. Cuando usted tiene algún problema, el personal del centro de salud es considerado y tranquilizador	4,45	4,00	0,58
6. El personal del centro de salud es preciso o certero en la entrega de su servicio	<b>4,00</b>	4,00	0,38
7. El personal del centro de salud le dice a sus pacientes exactamente cuándo será atendido	<b>4,00</b>	4,00	0,38
8. Usted es atendido con prontitud por el personal del centro de salud	4,19	4,00	0,45
9. El personal del centro de salud siempre está dispuesto a ayudarlo	4,49	5,00	0,56
10. Usted se siente seguro durante la atención en el centro de salud	4,41	4,00	0,58
11. El personal del centro de salud está totalmente capacitado y es profesional	4,45	4,00	0,57
12. El personal del centro de salud es amable	4,53	5,00	0,58
13. El personal del centro de salud tiene el apoyo adecuado de las autoridades para realizar correctamente su trabajo	<b>4,05</b>	4,00	0,32
14. El personal del centro de salud le brinda atención personalizada a cada paciente	<b>4,07</b>	4,00	0,35
15. El personal del centro de salud ponen todo su interés cuando lo atienden	4,28	4,00	0,50

Por otro lado, también se obtuvieron los puntajes para la variable satisfacción. La Tabla 14 muestra dichos resultados. En estos también se obtuvieron promedios bastante altos, sobre los cuatro puntos, sugiriendo que a nivel global las usuarias en el área de gineco – obstetricia reportaron un nivel de satisfacción relativamente alto.

Tabla 15 *Puntaje promedio para ítems de calidad de servicio*

<b>Ítem</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desviación std.</b>
1. El doctor me saludó calurosamente.	<b>4,00</b>	4,00	0,50
2. El doctor me llamó por mi nombre	4,30	4,00	0,56
3. Se me permitió explicar mi problema en detalle sin intervención innecesaria	4,15	4,00	0,42
4. El doctor mostró interés en mi problema y tratamiento.	4,20	4,00	0,49
5. Siento que mi médico es competente y tiene buen conocimiento.	4,45	4,00	0,55
6. El doctor me explicó mi enfermedad, discutí el tratamiento. opciones	4,10	4,00	0,41
7. Estuve completamente involucrado en la toma de decisiones de mi tratamiento.	4,15	4,00	0,45
8. La razón para el examen médico se me explica completamente.	4,16	4,00	0,44
9. El médico me dio el tiempo adecuado.	4,28	4,00	0,50
10. El doctor que me trataba parecía tener prisa.	4,25	4,00	0,70
11. El doctor me trató con respeto.	4,42	4,00	0,51
12. Puedo ser admitido en el hospital fácilmente cuando tengo un problema.	<b>4,05</b>	4,00	0,35
13. Estoy satisfecho con la limpieza en el hospital.	4,30	4,00	0,50
14. Puedo hacer preguntas sobre mi enfermedad libremente.	4,18	4,00	0,45
15. Estoy satisfecho con mi tratamiento.	4,45	4,00	0,55
16. El tratamiento fue asequible fácilmente.	4,40	4,00	0,56
17. Me gustaría visitar este lugar de nuevo.	4,36	4,00	0,56
18. Recomendaré este hospital a mis amigos.	4,44	4,00	0,56



En la satisfacción se observaron puntajes más bajos en dos aspectos. El aspecto más deficiente fue respecto a si el médico saluda a la paciente calurosamente (media = 4,02) y el segundo aspecto deficiente fue respecto a si es posible acceder al servicio fácilmente cuando se presente algún problema (media = 4,07). Estos dos aspectos fueron los más bajos revelando que existe una leve deficiencia con la calidez y con la accesibilidad del servicio.

Por el contrario, los mejores puntajes se obtuvieron en el aspecto respecto al conocimiento y competencia del profesional médico (media = 4,46), seguido de si la paciente recomendaría el servicio (media = 4,45) y respecto a la satisfacción en general con el servicio (media = 4,43).

#### **Análisis de fiabilidad de las escalas**

Una vez analizados los ítems de manera individual se quiere evaluar las dimensiones asociadas a cada una de las variables de estudio: calidad de servicio y satisfacción. Sin embargo, antes de aquello se requiere evaluar si las escalas de medida utilizadas son fiables. La Tabla 15 presenta estos resultados, se presenta el grado de fiabilidad de acuerdo al coeficiente de Alfa de Cronbach.

De acuerdo a los resultados reportados, todas las escalas alcanzaron niveles buenos o aceptables en el índice alfa. En particular, la escala de satisfacción obtuvo un coeficiente bastante alto, revelando que esta escala permite replicar resultados en la muestra de estudio.

Por otro lado, la calidad de servicio también reportó un índice bastante alto. Sin embargo, sus dimensiones presentaron coeficientes más bajos, en especial fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, tuvieron los índices más bajos entre 0,70 a 0,80. Aunque estos valores todavía son considerados como aceptables. De todas las

dimensiones de calidad de servicio, elementos tangibles reportó el nivel de fiabilidad más alto con un valor cercano a 0,80.

Tabla 16 *Coefficiente de Alfa de Cronbach para las escalas utilizadas*

Dimensiones	Alfa de Cronbach	Número de ítems
Calidad de servicio	,911	15
Elementos tangibles	,877	3
Fiabilidad	,751	3
Capacidad de respuesta	,740	3
Seguridad	,791	4
Empatía	,720	2
Satisfacción	,948	18

También se extrajeron otras medidas. La varianza total explicada, la cual revela también otra medida de fiabilidad. Se registraron valores bastante altos, las dos variables explican más del 50% de la varianza, lo cual es considerado como un valor suficiente para considerarlas un buen instrumento de medición para las variables: calidad de servicio y satisfacción.

Por otro lado, se extrajo el KMO. Este indicador indica la susceptibilidad de los datos para ser agrupado en factores o la aplicabilidad de análisis factorial. En este indicador también se obtuvo buenos valores, superiores a 0,70, lo que revela que los datos de las variables calidad de servicio y satisfacción puede ser agrupadas en nuevas dimensiones más concretas.

En este estudio, no se extrajeron los factores de las variables debido a que se quiso conservar las dimensiones establecidas por los autores originales de las escalas.

Tabla 17 *KMO* y *varianza explicada de variables: calidad de servicio y satisfacción*

Dimensiones	Varianza promedio explicada	KMO
Calidad de servicio	70,25	0,87
Satisfacción	71,320	0,86

### Niveles de calidad y satisfacción de las usuarias

Una vez analizados los niveles de fiabilidad se procedieron a obtener los promedios para cada dimensión. En este punto se pudo observar que la dimensión con más nivel de satisfacción fue elementos tangibles (media = 4,93) seguida de seguridad (media = 4,36) y capacidad de respuesta (media = 4,22). Por el contrario, las dimensiones de calidad con niveles más bajos fueron fiabilidad (media = 4,22) y empatía (media = 4,19).

Sin embargo, es importante notar que todas las dimensiones obtuvieron puntajes sobre el valor de cuatro. Lo que revela que existe un alto grado de satisfacción, muy cercano a cinco, el cual es el valor más alto.

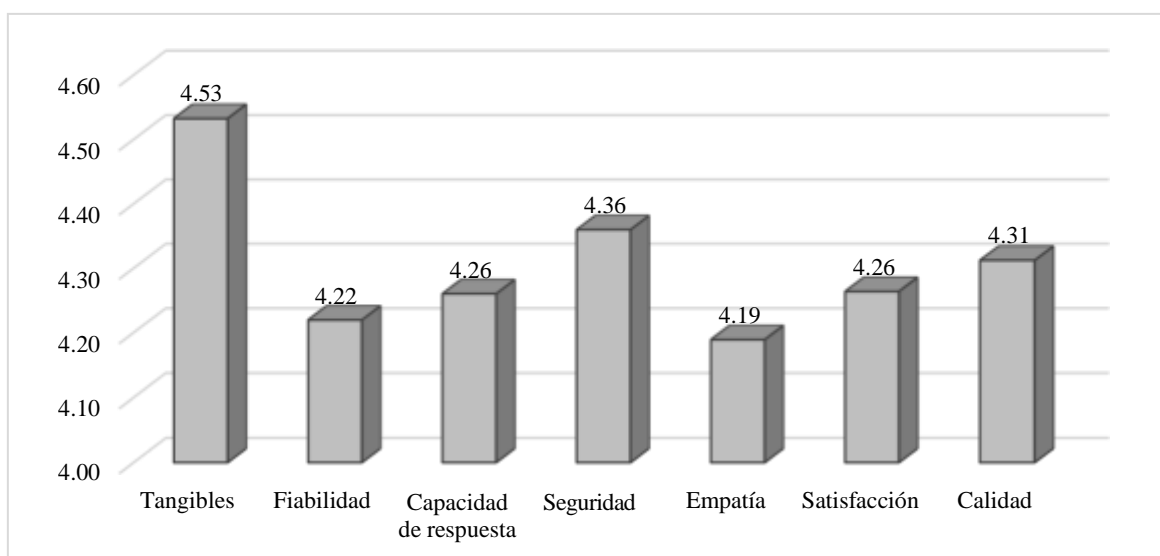


Figura 11 Niveles promedio en las dimensiones de calidad de servicio y satisfacción

La percepción promedio de calidad fue de 4,31 y la satisfacción promedio fue de 4,26. En este caso, la satisfacción fue menor respecto a la percepción de la calidad de servicio.

Adicionalmente, se calculó la desviación estándar para todas las dimensiones. Se pudo notar que, a pesar que el nivel promedio más alto es el de elementos tangibles, su índice de desviación también fue el más alto. Esto revela que las percepciones respecto a infraestructura e instalaciones físicas fueron percibidas de manera menos uniforme entre la muestra. Por el contrario, la dimensión fiabilidad fue aquella con menos desviación estándar.

Finalmente, la satisfacción varió más entre las usuarias que las percepciones de la calidad de servicio.

Tabla 18 *Media y desviación estándar de las dimensiones de calidad de servicio y satisfacción*

Variable	Media	Desviación estándar
Tangibles	4,53	0,47
Fiabilidad	4,22	0,38
Capacidad de respuesta	4,26	0,39
Seguridad	4,36	0,41
Empatía	4,19	0,41
Satisfacción	4,26	0,38
Calidad	4,31	0,33

### **Relación entre calidad y satisfacción usuaria**

Para la comprobación de la hipótesis de estudio planteada se utilizó una matriz de correlaciones y además se graficó la relación entre las dos variables: calidad y satisfacción.

La matriz de correlaciones ayudó a observar el grado y significancia entre las variables de estudio, pero también entre las dimensiones.

La Tabla 18 ayudó a observar que la dimensión que presentó mayor fuerza en la asociación con la satisfacción usuaria fue la seguridad ( $r = 0,67$ ,  $p < 0,01$ ). Mientras, la dimensión menor relacionada a la satisfacción fue los elementos tangibles, aunque esta asociación resultó significativa ( $r = 0,44$ ,  $p < 0,01$ ).

La empatía fue el factor con la segunda fuerza de asociación más débil ( $r = 0,47$ ,  $p < 0,01$ ). Así también, ambas dimensiones: fiabilidad y capacidad de respuesta reportaron grados de asociación ligeramente mayores a 0,50.

Al obtener la medida de percepción de calidad de servicio global se observó que esta tiene la asociación más alta con la satisfacción ( $r = 0,69$ ,  $p < 0,01$ ). Es decir que, la evaluación conjunta de todas las dimensiones reflejadas en la variable calidad, son la variable más asociada a la satisfacción usuaria.

Tabla 19 *Correlaciones entre dimensiones de calidad de servicio y satisfacción usuaria*

Variable	Tangibles	Fiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía	Satisfacción	Calidad
Tangibles	1						
Fiabilidad	,434**	1					
Capacidad de respuesta	,392**	,592**	1				
Seguridad	,387**	,522**	,540**	1			
Empatía	,225*	,456**	,470**	,505**	1		
Satisfacción	<b>,437**</b>	<b>,534**</b>	<b>,554**</b>	<b>,665**</b>	<b>,469**</b>	1	
Calidad	,737**	,726**	,753**	,752**	,641**	<b>,688**</b>	1

\*\*  $p < 1\%$

Por otro lado, es importante notar que en la matriz todas las variables reportaron correlaciones significativas al 1%. Esto revela que todos los elementos se vinculan entre sí para conformar la variable calidad de servicio. En particular, se puede notar la fuerte asociación entre los conceptos de capacidad de respuesta y fiabilidad, lo que sugiere que estos dos conceptos son muy cercanos y que la mejora en uno de ellos también resulta en la mejora del otro aspecto.

La Figura 11 permite observar la estrecha relación entre la variable: satisfacción y calidad. El gráfico permite además ver que la relación existente es aparentemente lineal, pues las puntuaciones forman un patrón de ajuste a una función lineal. Así, se obtuvo además el coeficiente  $R^2$  el cual revela un buen ajuste de la función lineal entre la variable dependiente (y) satisfacción y la variable independiente (x) calidad.

En base a estos resultados se decidió estimar un modelo múltiple lineal, donde se pueda ver los efectos de las dimensiones de calidad sobre la satisfacción.

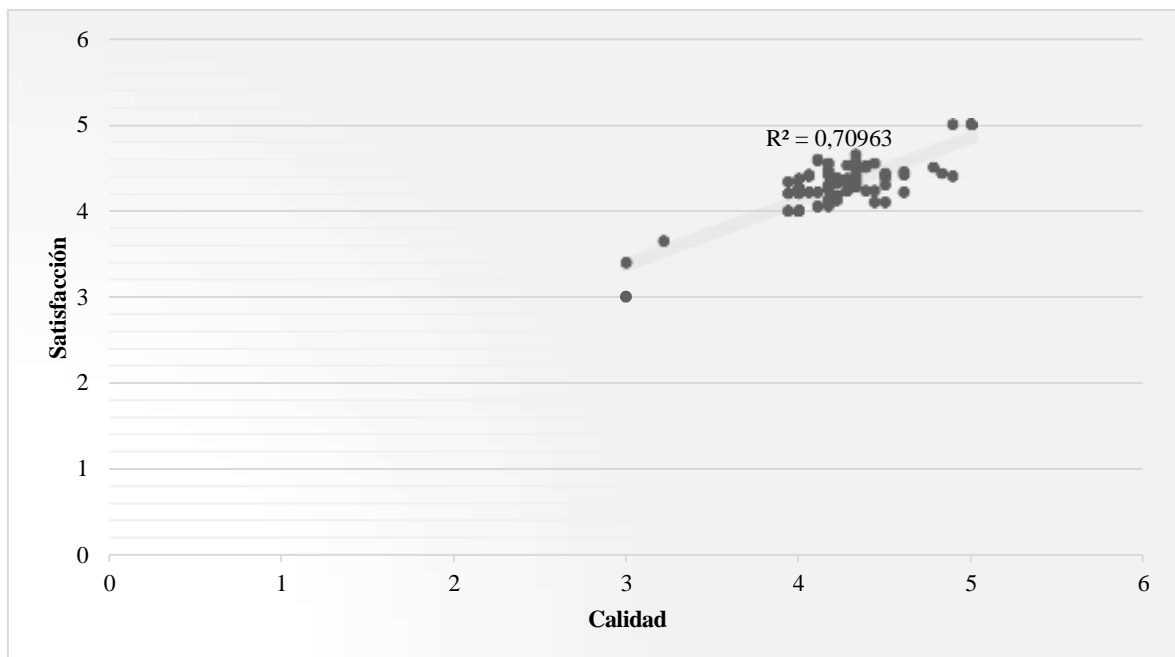


Figura 12 Diagrama de dispersión entre calidad de servicio y satisfacción

### Modelo múltiple para satisfacción

Al estimar el modelo para la satisfacción usuaria, se obtuvo como predictores significativos a tres de las cinco dimensiones de calidad percibida. Como se reveló en las correlaciones, la dimensión de seguridad coincide como el predictor con más peso dentro del modelo y con una significancia al 1%. Luego, el segundo predictor con más peso fue capacidad de respuesta, esta variable resultó significativa al 5%. Finalmente, el último predictor significativo fue la empatía, el cual también resultó significativo al 5%.

Tabla 20 *Predictores de satisfacción usuaria*

Variables	B	Error estándar	t	Sig.
(Constante)	,23	,29	,77	,45
Tangibles	,05	,05	,94	,35
Fiabilidad	,15	,10	1,50	,14
Capacidad de respuesta	,23	,09	2,52	,01
Seguridad	,32	,09	3,72	,00
Empatía	,19	,08	2,28	,03

Las variables elementos tangibles y fiabilidad no resultaron significativos a ningún nivel de confianza dentro del modelo estimado para satisfacción.

La Tabla 20 presenta la bondad de ajuste del modelo estimado. Se pudo observar que la medida de ajuste R reportó suficientemente alto, cercano a uno ( $R = 0,86$ ). Lo que revela que el modelo, con los factores elegidos como predictores, explica una alta y suficiente varianza para la variable dependiente satisfacción.

Tabla 21 *Bondad de ajuste del modelo*

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
,861 <sup>a</sup>	,742	,725	,19

Finalmente, la Tabla 21 presenta la prueba ANOVA comúnmente extraída en los modelos de regresión lineal. Los resultados revelan que la estimación realizada es significativa al 1%.

Tabla 22 *Significancia del modelo*

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	8,42	5	1,68	42,56	,000
Residuo	2,93	74	,040		
Total	11,35	79			



## Capítulo IV

### Propuesta

En base a los resultados obtenidos en el capítulo precedente se pudo observar que existe un alto nivel de satisfacción en las usuarias del área de gineco – obstetricia del Centro de Salud Tipo C Bastión Popular. Sin embargo, la revisión de literatura sugiere que la calidad debe ser vista como un proceso continuo de mejoramiento.

Así, como propuesta se consideró la presentación de un programa de talleres sobre mejoramiento continuo de calidad específico en el área de gineco – obstetricia.

#### **Taller I: Bases para el proceso de mejoramiento de calidad en Gineco - obstetricia**

Este primer taller servirá para explicar al personal los principales objetivos del programa de mejoramiento de calidad y colocar las bases que motiven el compromiso de cada uno para llevar a cabo cada una de las partes del programa. El taller contará con cuatro temáticas: (a) designación y comprensión de roles y responsabilidades de cada uno de los profesionales del personal; (b) desarrollo de la visión del programa; (c) explicación del proceso de mejora de calidad. Al final de la discusión de todos estos elementos, es necesario que el personal tenga claro los principios presentados en la Figura 13, lo cual debe permitir al personal mejorar la calidad de atención a la mujer.

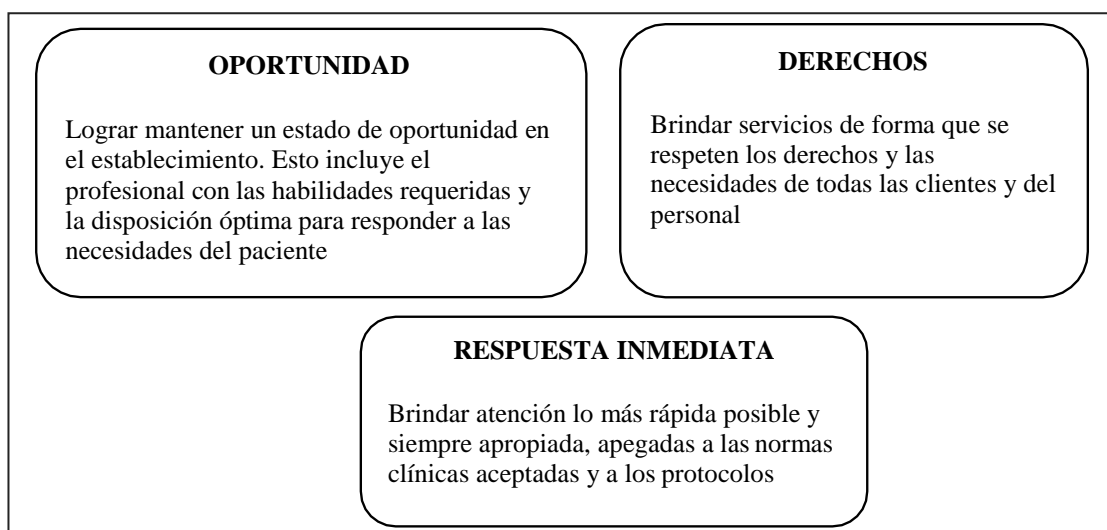


Figura 13 Principios para la atención gineco - obstétrica con calidad

En el transcurso del taller, el guía debe en todas las circunstancias proponer ejemplos de cómo estos principios son aplicados. Además, el taller deberá reafirmar los siguientes aspectos: (a) cultivar la atención centrada en el paciente; (b) resaltar la importancia del involucramiento del profesional durante todo el programa; (c) fomentar el aprendizaje continuo y actualización de conocimientos.

### **Participantes**

Este taller involucra a todo aquel personal que entre en contacto con la cliente; es decir, deberán asistir tanto personal de recepción, administración como profesionales de enfermería y médicos.

### **Tiempos y materiales requeridos**

El taller podrá durar entre tres a cuatro horas. El guía del taller necesitará de pizarra y marcadores para explicar el contenido. Los asistentes necesitarán libreta de apuntes y plumas. La Tabla 23 presenta algunos aspectos claves para organizar el taller.

Tabla 23 *Pasos de organización de taller*

- 
- 1 Organizar el tiempo y lugar para el taller, y comunique esta información al personal invitado.
  - 2 Asegurarse que la disposición de sillas sea cómoda y disponga el lugar para lograr la máxima participación (por Ej. en forma de U, semicírculo, círculo).
  - 3 Preparar fichas rotafolios para ayudar al personal a identificar sus papeles y responsabilidades.
  - 4 Preparar un cuadro sobre el “Derecho a la salud”
  - 5 Preparar un cuadro con el “Marco de derechos para atención obstétrica de emergencia”
  - 6 Preparar un cuadro con las figuras mostrando los pasos/procesos de atención médica gineco - obstétrica
  - 7 Preparar material con los seis principios de gineco obstetricia
  - 8 Preparar material con un formato de plan de acción
  - 9 Organizar el material hasta que se necesiten en la discusión.
-

## **Estructura del taller**

### **Tema 1: Designación y comprensión de roles y responsabilidades**

En esta primera parte los asistentes deben ser capaces de reconocer y reafirmar sus roles y responsabilidades a nivel general y dentro del programa de mejoramiento de calidad. El guía debe iniciar enfatizando que la organización y el reconocimiento claro de las responsabilidades son extremadamente importantes para mejorar la calidad y la atención de las pacientes. Se realizarán las siguientes actividades:

1. Se pedirá que los asistentes digan (uno o dos participantes) digan cada uno de sus responsabilidades dentro de su rol actual (repcionista, enfermera, etc) y luego que mencione cuál sería su rol dentro del programa de mejoramiento de calidad (aproximadamente 15 minutos).
2. Formar grupos y repartir una ficha (Tabla 24) donde cada uno de los miembros del equipo escriba su área de trabajo, su puesto, sus acciones estándares, personas involucradas (aproximadamente 30 minutos)
3. Discusión revisar las fichas con el resto de la clase, revisar si falta algo en cadauna de ellas.
4. Comparar las fichas entre compañeros.
5. Corregir y agregar responsabilidades dependiendo el puesto y lugar de trabajo.
6. Explicar que la definición de roles y responsabilidades es la fase inicial del programa de mejoramiento de calidad.
7. Elaborar una ficha global con todos los roles y responsabilidades puestas por el personal y corregidas en equipo (ver Apéndice B).

Tabla 24 *Ficha para identificación de roles y responsabilidades*

<b>Puesto de trabajo</b>	<b>Lugar o área específica</b>	<b>Acciones / Estándares</b>	<b>Personas involucradas</b>

## **Tema 2: Derechos del paciente**

En esta sección del taller, el guía tendrá que explicar y resaltar cada uno de los derechos de las clientes durante el proceso de atención médica. El personal debe ser capaz de observar la atención médica desde la perspectiva del paciente, esta sección es la que más se acerca a la mejora del aspecto de empatía en el personal. Se desarrollarán las siguientes actividades:

1. El guía inicia preguntando a los asistentes lo que creen que significa calidad de atención desde la perspectiva de la paciente (una pregunta alternativa puede ser ¿cómo le gustaría que atiendan a su madre, amiga, hermana, etc?)
2. El guía debe escribir las respuestas en la pizarra e incentivar a los asistentes a ser lo más específicos y detallistas posibles.
3. En la pizarra, el guía debe resumir las respuestas recolectadas.
4. Luego, el guía debe explicar que todas las personas tienen el derecho a una atención médica de calidad, conforme lo indica la Organización Mundial de la Salud, y el resto de normativas en el país.

5. Mostrar el marco de derechos para la atención gineco obstétrica del paciente desarrollado con anticipación (Tabla 25 y 26).
6. Pedir a los participantes que comparen sus respuestas (en el pizarrón) con el marco propuesto.
7. Revisar cada punto del marco original para la atención gineco – obstétrica.

Tabla 25 *Derecho de la salud*

---

Todos tienen “el derecho a los estándares más altos posibles de salud física y mental”. Esto incluye:

Derecho a controlar el propio cuerpo.

Derecho a acceder a la atención en salud.

Derecho a “servicios obstétricos de emergencia y acceso a la información, como también a los recursos necesarios para actuar en función a dicha información

---

Tabla 26 *Marco de derechos para la atención obstétrica de emergencia de calidad*

---

**Acceso a servicios gineco - obstétricos y continuidad de atención:** Las clientes tienen derecho a los servicios médicos que tengan un costo razonable, disponibles 24 horas al día y 7 días a la semana y en lugares convenientes, sin barreras físicas al establecimiento, requerimientos inapropiados de elegibilidad, barreras sociales o discriminación. Las clientes tienen derecho a la continuidad de los servicios, suministros, seguimiento y referencia.

**Atención gineco - obstétrica competente:** Las clientes tienen derecho a servicios seguros provistos por personal idóneo, con las competencias necesarias para implementar prácticas y políticas médicas apropiadas y efectivas, brindando atención a la prevención de infecciones.

**Información y elección informada:** Las clientes tienen derecho a información que sea precisa, apropiada, comprensible y sin ambigüedades en relación con la atención recibida, y de igual forma para la salud reproductiva y salud en general. *En la medida que sea posible durante una situación de emergencia*, las clientes tienen derecho a tomar decisiones voluntarias y bien consideradas sobre las bases de opciones, información y comprensión. Es la responsabilidad del (de la) proveedor(a) ayudar a la cliente o a su familia a tomar una decisión informada.

**Privacidad y confidencialidad, dignidad, comodidad y expresión de opinión:** Las clientes tienen derecho a la privacidad y confidencialidad cuando reciban servicios médicos y en el manejo de sus registros y otra información personal. Las clientes tienen derecho a ser tratadas con respeto y consideración cuando reciben servicios médicos. El personal necesita asegurar que las clientes estén tan cómodas como sea posible durante los procedimientos. Las clientes necesitan ser incentivadas a expresar sus opiniones libremente, aún cuando las mismas difieran de las opiniones de los (las) proveedores(as) de servicios.

---

Adaptado de “Mejoramiento de la calidad para atención obstétrica de emergencia. Manual de liderazgo” por EngenderHealth y Mailman School of Public Health, Columbia University, 2005, p. 21.

### Tema 3: Introducción a proceso de mejoramiento de calidad

En esta sección el guía expondrá cómo en la actual situación de la unidad hospitalaria se puede insertar mejoras de manera continua. Para esto se debe manifestar nuevamente el rol que cada miembro del personal tomará en cada fase de la mejora a ejecutar. El guía expondrá un esquema con pasos para el proceso de mejoramiento (ver Figura 13). En base a ello, se llevarán a cabo las siguientes actividades:

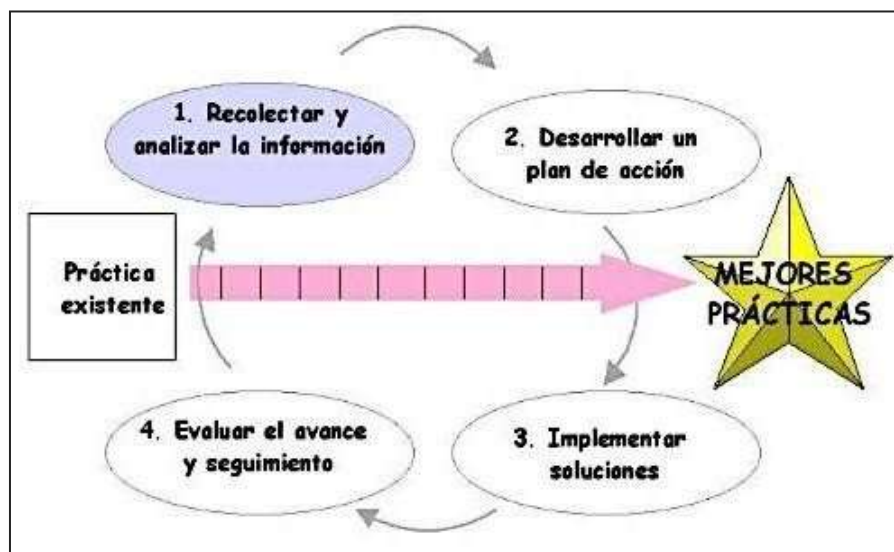


Figura 14 Pasos para el proceso de mejoramiento de calidad.

Tomado de “Mejoramiento de la calidad para atención obstétrica de emergencia. Manual de liderazgo” por EngenderHealth y Mailman School of Public Health, Columbia University, 2005, p. 26.

1. Explicar el diagrama propuesto (Figura 13). El guía debe explicar de manera detallada cada paso expuesto en el diagrama.
2. Recolección de información: el guía introducirá las diferentes herramientas que existen para la evaluación del grado de calidad existente.
3. Desarrollo del plan acción: Mostrar a los asistentes esquemas para la identificación de problemas y propuesta de soluciones.
4. Soluciones: Explicar cómo deben ser llevados a cabo las soluciones, resaltar la importancia del compromiso del personal y qué otros elementos son esenciales para el éxito de la mejora.

## **Taller II: Desarrollo de proceso de mejoramiento de calidad**

Para este punto el personal ya conoce los cuatros procesos necesarios para el mejoramiento de calidad: (a) recolectar y analizar información; (b) desarrollar plan de acción; (c) proponer soluciones; (d) evaluar y monitorear avances. En este taller, el guía desarrollará un ejemplo en base a los hallazgos e información obtenida en esta investigación. Aquí además se expondrán otros ejemplos de herramientas de recolección y análisis de datos.

Un análisis de los datos de garantía de calidad puede identificar violaciones del estándar de cuidado esperado en la comunidad o dentro de una institución. Cuando la revisión apropiada ha establecido que el estándar de atención no se ha cumplido, se requiere un plan de acción correctiva. Esto puede incluir asesoramiento, capacitación adicional o supervisión requerida en casos extremos o repetidos.

### **Participantes**

Participarán médicos, enfermeras, jefes de área y supervisores. Se excluye a personal administrativo y de recepción.

### **Primera parte: Recolección y análisis de información**

#### ***Recolección de información***

En esta parte el guía explica qué procesos de levantamiento existen, sus ventajas y desventajas. Además, se explica cuáles son los más apropiados dependiendo la situación y el lugar de aplicación. Los participantes deben tener claro el propósito de recolectar información. Para ello, el guía expondrá el siguiente esquema para el paso de recolección de información (Figura 14).

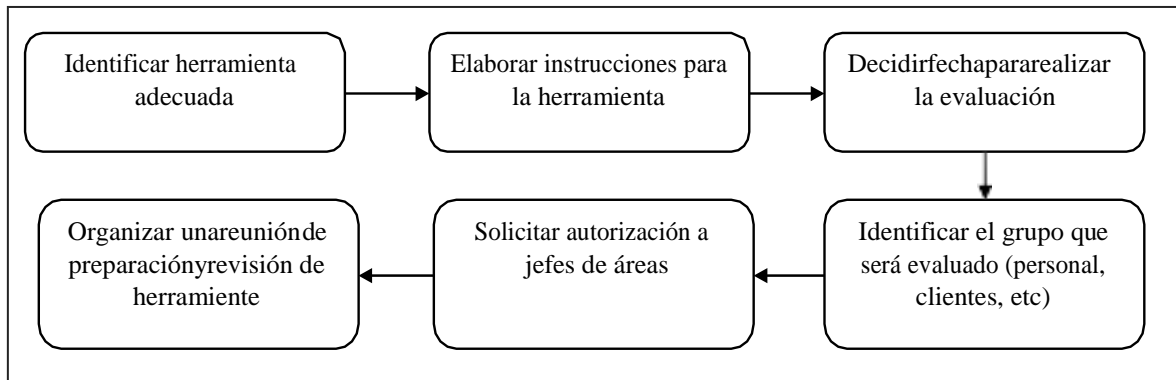


Figura 15 Pasos para fase de recolección de información

### ***Análisis de información***

En esta parte el guía explicará las formas de analizar los datos recolectados y además a identificar los problemas o deficiencias de la unidad para trabajar. Para ello, se pedirá a los participantes que formen un grupo de trabajo, se repartirá diversa información para analizar los casos. Los grupos deberán definir el problema y las posibles causas.

Durante la identificación del problema el guía deberá cuidar y explicar que:

1. El problema es la diferencia entre la situación actual y la situación deseada.
2. Los miembros del equipo deben coincidir en el problema identificado.
3. El equipo debe exponer y explicar el problema de la manera más específica y detallada posible.
4. Se debe cuidar cómo los participantes expresan el problema. Se debe mostrar el problema como una deficiencia del sistema actual, no como errores o fallas de las personas.
5. El equipo debe explicar cómo el problema identificado afecta a las clientes y al personal.

Por otro lado, también se explicará cómo identificar las principales causas de un problema. El guía deberá explicar que la causa de un problema es la razón fundamental de por qué ocurre dicha deficiencia, además estos deben ser expresados de la manera más específica posible. Para ello se expondrá el método de múltiples por qué (Figura 15).



<b>Hallazgo:</b>	Existe una demora prolongada entre el momento en que surge una complicación en la sala de maternidad y el tiempo en que el personal apropiado llega al lugar.
<b>¿Por qué?</b>	El personal de la sala no sabe quién está de guardia y cómo localizarlo.
<b>¿Por qué?</b>	No existe un cronograma de turnos con esta información, colocado en las áreas de atención al cliente.
<b>¿Por qué?</b>	Esta información está disponible solamente en la oficina del(de la) administrador(a), que la deja bajo llave cuando el(ella) no está.

Figura 16 Múltiples por qué.

Tomado de “Mejoramiento de la calidad para atención obstétrica de emergencia. Manual de liderazgo” por EngenderHealth y Mailman School of Public Health, Columbia University, 2005, p. 29.

Luego de exponer las técnicas para detectar y definir las causas del problema, el guía pedirá a los asistentes que den posibles soluciones. Además, se debe indicar que las soluciones en primer lugar deben ser aquellas que el personal pueda implementar con recursos disponibles.

En equipo, los asistentes deben establecer qué personal es el más apto para implementar la solución, dependiendo sus habilidades y su área de trabajo. Es necesario resaltar, que las personas asignadas para la solución serán solo las encargadas, y abrán personas que apoyen para la implementación de la solución. Para esquematizar estas ideas el guía repartirá el Formato presentado en la Tabla 27.

### ***Priorización de acciones***

Prioridades como establecer una infraestructura para los departamentos, es de extrema necesidad, estas deben funcionar con líneas de comunicación entre cada uno de los departamentos adecuadamente establecidas.

Una tarea temprana y crítica es la identificación de las prioridades de mejora. Los criterios importantes para identificar estas prioridades incluyen examinar los procedimientos de mayor volumen o los que se realizan con frecuencia, aquellas condiciones y procedimientos que tienen un mayor riesgo, y los procedimientos nuevos o propensos a problemas y todos los eventos centinela que puedan ocurrir.

El proceso de identificación de prioridades debe difundir una amplia red a través de la actividad clínica y no clínica y debe realizarse de manera objetiva. Siempre hay una tendencia, aunque no intencional, a seleccionar las cosas que van bien para "mostrar y contar" en su institución. El paso de identificar las prioridades es clave antes de comenzar el proceso de medición del rendimiento.

Tabla 27 *Ejemplo de plan de acción*

<b>Problema</b>	<b>Causas subyacentes</b>	<b>Solución</b>	<b>Quién</b>	<b>Para cuándo</b>	<b>Estado</b>
<b>EJEMPLO 1:</b> El personal de enfermería en no atiende de manera personalizada a la paciente. (Dimensión empatía)	No existe suficiente tiempo.	Determinar el número de pacientes al día para definir tiempo requerido de atención.	Personal administrativo	Septiembre, 2019	Sin ejecutar
	El personal se encuentra estresado.	Brindar técnicas para el control de estrés. Revisar horas de trabajo (carga laboral).	Supervisor	Octubre, 2019	Sin ejecutar
<b>EJEMPLO 2:</b> Existe un retraso entre el momento que surge una complicación en la sala de partos y la llegada del (de la) proveedor(a) apropiado(a).	El personal no sabe quién esta de turno.  No se cuenta con un cronograma de turnos en el área de atención a clientes.	Colocar el cronograma de turnos en todas las áreas de atención a clientes.  Durante la siguiente reunión, informar al personal sobre la publicación de cronogramas de turnos en todas las áreas de atención a clientes.	Supervisor	Enero, 2020	Sin ejecutar

## Medición de Desempeño

Es importante medir el desempeño de manera continua, en vista de que no es posible de evaluar el rendimiento actual de cualquier actividad, tanto así que tampoco es capaz de establecer una comparación de este de forma adecuada. La medición del desempeño en la atención de la salud con la intención de mejorar el desempeño puede facilitarse mediante tres actividades: selección de indicadores, establecimiento de estándares y recopilación de datos para el análisis.

Es necesario establecer estándares para evaluar y comparar medidas de calidad y establecer objetivos de mejora. Las normas pueden basarse en criterios y utilizarse para evaluar la idoneidad de la atención.

Tabla 28 *Ejemplos de indicadores de desempeño*

	Resultados	Procesos
Clínicos	Reacciones adversas a medicamentos	Examen del paciente
	Satisfacción del paciente	Administración de medicamentos
	Readmisión dentro de las 72 horas del alta por el mismo problema	Preparación y entrega de la bandeja de comida.
Organizacionales	Mortalidad maternal	Educación del paciente / familia
	Citación del organismo regulador.	Selección de producto
	Retraso del procedimiento	Mantenimiento preventivo
	Tasa de rotación de personal / vacantes	Informe de resultados
		Registro de pacientes
		Secuencia de programación de pruebas.
		Procedimientos de reclutamiento

## Identificación de oportunidades de mejora

El escenario óptimo es uno en el que la mayor parte de la información que se recopila y analiza sobre el desempeño, cumple con el estándar de atención. Cualquier análisis posterior debe centrarse en si los procesos de atención pueden mejorarse según los objetivos de los sistemas de salud y los departamentos o en comparación con las mejores

prácticas. En base a los resultados de este estudio se pudo observar que se puede mejorar las dimensiones de empatía y de manera más específica el lado humano de la atención al paciente.

### **Actuar y hacer cambios para mejorar**

En la mayoría de los casos, se habrá cumplido con el estándar de atención, pero se puede identificar una oportunidad para mejorar el rendimiento más allá de la práctica mínima o promedio. La información sobre estos cambios debe comunicarse a través del departamento o, en algunos casos, de un programa educativo de todo el sistema, como una gran presentación o una sesión de "en servicio" para que todos los involucrados en un proceso de atención puedan entenderlo y tener éxito en proveer la atención esperada.

Durante el desarrollo de la guía o el protocolo, es importante documentar el proceso y comunicar ampliamente los cambios recomendados antes de implementar cualquier plan de acción. Los resultados de los cambios deben ser monitoreados.

En esta parte se proponen las siguientes acciones destinadas a aprovechar las oportunidades de mejora mencionadas anteriormente.

Tabla 29 *Oportunidades de mejora*

- 
1. Desarrollar un compromiso para fomentar una cultura de seguridad del paciente.
  2. Mejorar la comunicación con los proveedores de salud.
  3. Mejorar la comunicación con los pacientes.
  4. Capacitaciones continuas a los profesionales sobre seguridad de pacientes en gineco – obstetricia
  5. Establecer protocolos firmes sobre los procesos de atención específicos para gineco – obstetricia
  6. La atención debe ser personalizada, asegurando la evaluación de riesgos, la continuidad de la atención y la elección
  7. El cuidado debe causar una interrupción mínima para la mujer.
  8. Los estándares de salud deben ser consistentes, basados en evidencia y aplicables a todos los proveedores.
-

## **Seguimiento continuo de los resultados**

La mejora continua requiere un proceso continuo que opera diariamente para medir, estudiar y luego realizar cambios en las actividades clínicas y no clínicas de la atención.

Una vez que se cambian, estas actividades se deben monitorear con frecuencia para asegurar que los resultados del paciente estén optimizados y que se haga cualquier refinamiento necesario de un cambio para que se documente evidencia clara de mejora.

Las organizaciones de atención médica están sometidas a una mayor presión para informar los resultados de la calidad de la atención que brindan. Los pagadores pueden solicitar información sobre resultados clínicos y financieros, y el "pago por rendimiento" se está convirtiendo en un componente común de los contratos de atención médica y los programas gubernamentales.

La calidad y la validez de estos informes pueden ser problemáticas debido a la gran variación en la validez de las medidas y los métodos utilizados para evaluarlas. La mejor estrategia puede ser recopilar información precisa sobre el rendimiento dentro de un departamento o sistema de salud que documente con mayor precisión la calidad y el valor de la atención que se brinda.

## Conclusiones

El presente estudio se centro en las variables calidad de atención médica y satisfacción usuaria en el área de gineco – obstetricia. Los indicadores de salud como tasa de mortalidad materna son indicadores muy relevantes para ubicar el nivel de desarrollo de cualquier sociedad. Por esta razón, la investigación se centro específicamente en este grupo de la población, mujeres y su forma de percepción de los servicios de salud a los que acceden.

La revisión teórica permitió ubicar antecedentes clave del concepto de calidad con autores como Deming y Juran, y en el contexto específico de la salud: Donabedian. Por otro lado, se realizó un enfoque específico en la base teórica de calidad de servicio, donde se identificó autores esenciales como Gronroos (1983), Parasuraman et al. (1985) y Cronin y Taylor (1992).

Se realizó una revisión de los principales indicadores de salud en el contexto específico de la atención de ginecología y obstetricia. Y a través de la revisión de literatura, también se consiguió medidas de la calidad percibida y satisfacción usuaria en este mismo contexto.

Además, se caracterizó el lugar de estudio. La Zona Bastión Popular se caracteriza por tener algunos indicadores negativos en salud y educación. Además, el cantón tiene proporciones iguales en su población de hombres y mujeres. Es importante señalar que el Centro de Salud Tipo C Bastión Popular, es ahora uno de los principales centros y representa un gran aporte a la oferta de salud en este sector.

De acuerdo a la revisión de literatura realizada, se escogió la estrategia metodológica más adecuada. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y correlacional con un diseño no experimental transversal. En consecuencia, se eligió un instrumento de medida cuantitativo para evaluar la calidad de servicio la satisfacción. Se

realizó un muestreo por conveniencia y se ejecutaron algunas técnicas estadísticas para obtener resultados concretos.

Los principales hallazgos revelan que en general el nivel de satisfacción de las usuarias del área de gineco – obstetricia en el Centro de Salud Tipo C Bastión Popular es alto. Existen mínimas deficiencias en aspectos como un saludo caluroso por parte del médico. Por ende, las dimensiones con menor puntaje fueron Empatía y Fiabilidad. Como respuesta a la hipótesis, se encontró que todas las dimensiones de la calidad de servicio se encuentran asociadas positiva y significativamente con la satisfacción usuaria. Además, se realizó un análisis de la fiabilidad de las escalas utilizadas, se pudo determinar que todas las medidas utilizadas fueron consistentes de acuerdo a los índices extraídos de alfa de Cronbach, que en todos los casos superaron el valor de 0,70.

Como un aporte más completo, se estimó un modelo que permitió observar que los factores que mayormente predicen la satisfacción usuaria son la seguridad y capacidad de respuesta. Mientras, elementos tangibles y fiabilidad no resultaron predictores significativos a ningún nivel de confianza.

En base a ello se realizó una propuesta: un programa de mejoramiento continuo de calidad. El cual se enfoca tanto en oportunidades para la mejora como en corrección de deficiencias. El programa señala que es necesaria la práctica de una atención más personalizada con cada paciente y una mejora de las habilidades de comunicación en los profesionales médicos y enfermeras.

## **Recomendaciones**

A nivel global, se requiere una revisión y análisis más profundos de los indicadores macro de salud como índice de mortalidad materna y otros indicadores que pueden ser analizados a través de un estudio longitudinal en el país o realizar análisis comparativos con otros países para implementar políticas en todos los niveles de salud para la mejora de estos índices tan importantes en la sociedad.

Por otro lado, se recomienda que se realice un estudio a nivel de toda la ciudad para tener una medida de la satisfacción de las usuarias de los servicios gineco – obstétricos en Guayaquil. En esta parte, también se recomienda que se construya un índice de satisfacción adecuado y sea probado en el contexto específico de los servicios de salud en la urbe.

Otro punto es que se requiere la evaluación de las diferentes competencias de los médicos y enfermeras en el área de gineco – obstetricia. Competencias profesionales, así como competencias de comunicación deben ser evaluadas. Esto permitirá garantizar un servicio más personalizado y más humano en toda el área de ginecología y obstetricia.

También se puede recomendar que los instrumentos utilizados en este estudio sean aplicados en otros centros de salud, y sean validados de manera completa ya que en este estudio solo se verificó la fiabilidad de cada escala más no su validez.



## Referencias

- Anderson, J. C., Rungtusanatham, M., & Schroeder, R. G. (1994). A theory of quality management underlying the Deming management method. *Academy of management Review*, 19(3), 472-509.
- Arnetz BB. (1999). Staff perception of the impact of health care transformation on quality of care (Vol. 4). *Int J Qual Health Care*.
- Asamblea del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de Asamblea del Ecuador. (2012). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de
- Ayala, G. Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima – Perú; 2015. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/4059>
- Bailit, J. L., Gregory, K. D., Srinivas, S., Westover, T., Grobman, W. A., & Saade, G. R. (2016). Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Special Report: Current approaches to measuring quality of care in obstetrics. *American journal of obstetrics and gynecology*, 215(3), 8-16.
- Bolaños, P. (2010). La importancia de la alimentación en el embarazo: Su significado en trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (11), 1196-1230.
- Brady, M. K., & Cronin Jr, J. J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. *Journal of marketing*, 65(3), 34-49.
- Carson, P. P., Carson, K. D., Knouse, S. B., & Roe, C. W. (1997). Balance theory applied to service quality: A focus on the organization, provider, and consumer triad. *Journal of Business and Psychology*, 12(2), 99-120.
- Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of marketing*, 56(3), 55-68.

- Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of marketing*, 58(1), 125-131.
- Dale, B., Wu, P., Zairi, M., Williams, A., & Van Der Wiele, T. (2001). Total quality management and theory: An exploratory study of contribution. *Total Quality Management*, 12(4), 439–449. doi:10.1080/09544120123930
- Dávila, G. (2006). El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales. *Laurus*, 12(2006), 180-205.
- Donabedian A, W. J. (1982). Cost and health: an integrative model. *Medical Care*.
- Donabedian, A. (1984). La calidad de la atención médica (1 ed.). (L. P. Mexicana, Ed.) México, México: Ediciones Científicas.
- Donabedian, A. (2001). Los siete pilares de la calidad. *Rev Calidad Asistencial* (16).
- Donabedian, A. La calidad de la atención médica. Cuarta edición. Mexica DF:La prensa médica; 2002
- Donabedian, A. La calidad de la atención médica. Cuarta edición. Mexica DF: La prensa médica; 2002
- Donabedian. (2001). Los siete pilares de la calidad. *Rev Calidad Asistencial*, 16.
- Drife, J. (2001). Quality measures for the emergency obstetrics and gynaecology services. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(39), 16-19.
- Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31(1).
- [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)
- [http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUDLEY\\_](http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUDLEY_)

- Gambone, J. C., & Reiter, R. C. (2008). Elements of a successful quality improvement and patient safety program in obstetrics and gynecology. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 35(1), 129-145.
- Ghotbabadi, A. R., Feiz, S., & Baharun, R. (2015). Service quality measurements: a review. *International Journal of Academic Research in business and social sciences*, 5(2), 267.
- Herrera, C., Calderón, N., & Carbajal, R. (1997). Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 43(2), 158-163.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569.
- Howell, E. A., & Zeitlin, J. (2017). Quality of care and disparities in obstetrics. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 44(1), 13-25.
- Hussain, S. S., Pervez, K. F., & Izzat, S. (2015). Assessing patient satisfaction in gynaecology and obstetrics in tertiary care hospital. *Journal of Postgraduate Medical Institute (Peshawar-Pakistan)*, 29(2).
- Jiménez, J. M., Herrera, A. S., & Rojas, W. S. (2002). Fuentes de varianza e índices de varianza explicada en las ciencias del movimiento humano. *Pensar en Movimiento: Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 2(2), 70-74.
- Kaya, S. D., Maimaiti, N., & Gorkemli, H. (2017). Assessing patient satisfaction with obstetrics and gynaecology clinics/outpatient department in university hospital Konya, Turkey. *Int J Res Med Sci*, 5(9), 3794-3797.
- Lugones Botell, M., & Ramírez Bermúdez, M. (2015). Curioso origen y significado de la palabra embarazada. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(1), 90-98.

- Marama, T., Bayu, H., Merga, M., & Binu, W. (2018). Patient Satisfaction and Associated Factors among Clients Admitted to Obstetrics and Gynecology Wards of Public Hospitals in Mekelle Town, Ethiopia: An Institution-Based Cross-Sectional Study. *Obstetrics and gynecology international*, 2018, 1-9.
- McCue, B. (2015). What is an obstetrics/gynecology hospitalist?. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 42(3), 457-461.
- Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. 1ª Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-TRABAJO-DE-PARTO-EDITOGRAM.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intersectorial. Ecuador; 2013. Disponible en: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAI\\_S-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAI_S-MSP12.12.12.pdf)
- Mira, J. y. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria (Vol. 114). (M. Clínica, Ed.)
- Miyahira Arakaki, J. M. (2001). Calidad en los servicios de salud:¿ Es posible?. *Revista Medica Herediana*, 12(3), 75-77.
- Molina, A. M. (2004). La calidad en la atención médica. (ISSN 1409-0015. ed., Vol. 1). Costa Rica.
- Murray, I., Wilcock, A., & Kobayashi, L. (1996). Obstetrical patient satisfaction. *Marketing Health Services*, 16(3), 54.
- Organización Mundial de Salud. Mortalidad materna. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing*, 49(4), 41-50.
- Patel, I., Chang, J., Srivastava, J., Feldman, S., Levender, M., & Balkrishnan, R. (2011). Patient satisfaction with obstetricians and gynecologists compared with other specialties: analysis of US self-reported survey data. *Patient related outcome measures*, 2, 21-26.
- Pena, M., Silva, E., Tronchin, D., & Melleiro, M. (2013). The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(5), 1227-1232.
- Peralta, J. P. (2006). Rol de las expectativas en el juicio de satisfacción y calidad percibida del servicio. *LÍMITE Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 1(14), 195-214.
- Quero, M. Q. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos*, 12(2), 248-252.
- Ranaweera, C., & Sigala, M. (2015). From service quality to service theory and practice. *Journal of Service Theory and Practice*, 25(1), 2-9.
- Restrepo, L. F., & González, J. (2007). From pearson to Spearman. *Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias*, 20(2), 183-192.
- Rigol, S. Nutrición y Puerperio. Gineco-obstetricia. 3ª edición. II Parte. Cap. 24. Cuba. Ciencias Médica; 2014.
- Souza, K. J. D., Rattner, D., & Gubert, M. B. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de saude publica*, 51-69.

- Tenorio, R. Satisfacción de las usuarias en la fase de labor de parto y post-parto relacionado con los cuidados que proporciona el /la profesional de enfermería. Esmeralda; 2013. Disponible en:  
<https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/183>
- Torres , M., & Vásquez, C. L. (2015). Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*, 18(35), 57-76.
- Vázquez, G., Alvarenga, N., Araujo, D., Cabañas, J., Mareco, N., & Orrego, L. (2018). Satisfacción de las usuarias del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional en 2018. *Rev. Nac.(Itauguá)*, 10(2), 39-57.
- Yeh, J., & Nagel, E. (2010). Patient satisfaction in Obstetrics and Gynecology: Individualized patient-centered communication, *Clinical Medicine Insights: Women's Health*, 3, 23–32.
- Zhang, Z. (1997). *Developing a TQM quality management method model*. Groningen: University of Groningen.

## Apéndices

### CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTÉTRICA DEL CENTRO DE SALUD TIPO C –BASTIÓN

El presente cuestionario está diseñado para evaluar la calidad de atención y satisfacción usuaria de las pacientes en el área gineco-obstétrica. Se pide responder a cada uno de los ítems propuestos. La información recolectada es totalmente anónima, y confidencial para fines puramente académicos y de investigación. No existen respuestas buenas ni malas, se pide responder con total honestidad.

**Primera parte: Calidad de servicio**

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<b>Elemento tangible</b>					
1. El centro de salud tiene equipos actualizados y modernos					
2. Las instalaciones físicas del centro de salud son visualmente atractivas					
3. El personal del centro de salud luce impecable (arreglado, limpio).					
<b>Elemento fiabilidad</b>					
4. El centro de salud provee sus servicios al momento que acordaron					
5. Cuando usted tiene algún problema, el personal del centro de salud es considerado y tranquilizador					
6. El personal del centro de salud es preciso o certero en la entrega de su servicio					
<b>Elemento capacidad de respuesta</b>					
7. El personal del centro de salud le dice a sus pacientes exactamente cuándo será atendido					
8. Usted es atendido con prontitud por el personal del centro de salud					
9. El personal del centro de salud siempre está dispuesto a ayudarlo					
<b>Elemento seguridad</b>					
10. Usted se siente seguro durante la atención en el centro de salud					
11. El personal del centro de salud está totalmente capacitado y es profesional					
12. El personal del centro de salud es amable					
13. El personal del centro de salud tiene el apoyo adecuado de las autoridades para realizar correctamente su trabajo					
<b>Elemento empatía</b>					
14. El personal del centro de salud le brinda atención personalizada a cada paciente					
15. El personal del centro de salud ponen todo su interés cuando lo atienden					

Babakus & Mangold (1992)

## Segunda parte: Satisfacción usuaria

		Totalmente en desacuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	El doctor me saludó calurosamente.					
2	El doctor me llamó por mi nombre					
3	Se me permitió explicar mi problema en detalle sin intervención innecesaria					
4	El doctor mostró interés en mi problema y tratamiento.					
5	Siento que mi médico es competente y tiene buen conocimiento.					
6	El doctor me explicó mi enfermedad, discutí el tratamiento. opciones					
7	Estuve completamente involucrado en la toma de decisiones de mi tratamiento.					
8	La razón para el examen médico se me explica completamente.					
9	El médico me dio el tiempo adecuado.					
10	El doctor que me trataba parecía tener prisa.					
11	El doctor me trató con respeto.					
12	Puedo ser admitido en el hospital fácilmente cuando tengo un problema.					
13	Estoy satisfecho con la limpieza en el hospital.					
14	Puedo hacer preguntas sobre mi enfermedad libremente.					
15	Estoy satisfecho con mi tratamiento.					
16	El tratamiento fue asequible fácilmente.					
17	Me gustaría visitar este lugar de nuevo.					
18	Recomendaré este hospital a mis amigos.					

## Tercera parte: Datos sociodemográficos

Edad: \_\_\_\_\_ años          Número de hijos: \_\_\_\_\_

### Nivel de escolaridad (Marque con x)

Primaria completa \_\_\_    Secundaria completa \_\_\_\_\_    Universidad completa \_\_\_\_\_  
 Posgrado \_\_\_\_\_

### Estado civil:

Casada \_\_\_\_\_    Unión libre \_\_\_\_\_    Divorciada \_\_\_\_\_    Viuda \_\_\_\_\_    Soltera \_\_\_\_\_



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Jimmy Eduardo León Carbo**, con C.C: # **0923600910** autor del trabajo de titulación: **Calidad de atención y la satisfacción de las usuarias del servicio de gineco-obstétrica del Centro de Salud Tipo C –Bastión Popular**, 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, 02 de septiembre del 2018

f. \_\_\_\_\_  
Nombre: **Jimmy Eduardo León Carbo**  
C.C: **0923600910**

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Calidad de atención y la satisfacción de las usuarias del servicio de gineco-obstétrica del Centro de Salud Tipo C –Bastión Popular.		
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Jimmy Eduardo León Carbo		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Econ. Laura Zambrano Chumo, Mgs. Econ. Glenda Mariana Gutiérrez Candela, Mgs.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	02 de septiembre del 2019	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	95
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Calidad de Atención de Salud		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Calidad de servicio, satisfacción usuaria, ginecología, obstetricia, centro de salud.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>El presente estudio tuvo como objetivo central determinar la relación entre la calidad de servicio y la satisfacción usuaria de las pacientes en el área de gineco – obstetricia del Centro de Salud tipo C - Bastión Popular. Se revisaron teorías de calidad de servicio y calidad de atención médica. Se eligió un enfoque cuantitativo y se determinó un alcance descriptivo y correlacional. Se aplicaron encuestas a una muestra de 182 pacientes del servicio de gineco-obstetricia elegidas con un muestreo por conveniencia. Los principales hallazgos revelan que las pacientes se sienten satisfechas con los servicios brindados en el centro de salud. Además, todas las dimensiones estuvieron significativamente asociadas con la satisfacción. Así, se pudo concluir que la calidad de atención médica tiene un efecto directo y significativo sobre la satisfacción usuaria. El trabajo finaliza con una propuesta dada por un programa de mejoramiento continuo de calidad que permita identificar oportunidades de mejoras.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593 96 060 3050	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:jimmyleoncarbo1984@gmail.com">jimmyleoncarbo1984@gmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Lapo Maza, María del Carmen		
	<b>Teléfono:</b> +593-9-42206950 / 0999617854		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:maria.lapo@qu.ucsg.edu.ec">maria.lapo@qu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			