



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

**TEMA:**

**Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud de la consulta externa en el hospital de la Policía Nacional N° 2 - Guayaquil, 2017**

**AUTORA:**

**GUERRERO RÍOS, DIANA CRISTINA, MD.**

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

**TUTOR:**

**DR. FRANCISCO OBANDO FREIRE, MGS**

**Guayaquil, Ecuador  
2018**



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

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Médico Diana Cristina Guerrero Ríos**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

**DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

\_\_\_\_\_  
**DR. Francisco Obando Freire, MGS**

**REVISORA**

\_\_\_\_\_  
**ING. Elsie Zerda Barreno, MGS.**

**DIRECTORA DEL PROGRAMA**

\_\_\_\_\_  
**ECON. María del Carmen Lapo Maza, MGS.**

**Guayaquil, a los 08 del mes de enero del año 2018**



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

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Diana Cristina Guerrero Ríos**

**DECLARO QUE:**

El Proyecto de Investigación **SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD DE LA CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL DE LA POLICÍA NACIONAL N° 2 - GUAYAQUIL, 2017** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** ha sido desarrollada 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 Grado Académico en mención.

**Guayaquil, a los 08 del mes de enero del año 2018**

**LA AUTORA**

---

**Diana Cristina Guerrero Ríos**



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

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Diana Cristina Guerrero Ríos**

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** titulada: **Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud de la consulta externa en el hospital de la Policía Nacional N° 2 - Guayaquil, 2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 08 del mes de enero del año 2018**

**LA AUTORA:**

---

**Diana Cristina Guerrero Ríos**



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

**Informe de Urkund**

The screenshot displays the Urkund web interface. The browser address bar shows the URL: <https://secure.orkund.com/view/32361271-636486-239768#DcY7DslwEEEDBu7h+Qvuxd+1cBaVAESAXpEmJuDtuRvMtn6tsd0HRxdJQRyva0EAT7ejAMMEUW3GsYg0LLGODRwXXKo0g...>

**URKUND**

**Documento:** [Tesis Guerrero 21 nov.docx](#) (D32779244)

**Presentado:** 2017-11-22 17:43 (-05:00)

**Presentado por:** dianacristinice@hotmail.com

**Recibido:** maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com

**Mensaje:** DIANA CRISTINA GUERRERO RIOS [Mostrar el mensaje completo](#)

1% de estas 117 páginas, se componen de texto presente en 15 fuentes.

**Lista de fuentes:**

- [http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c3c39b3digo\\_0rg%39%41nico\\_int...](http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c3c39b3digo_0rg%39%41nico_int...)
- Fuentes alternativas:**
- [Examen Complexivo Mayra Menoscal.docx](#)
- [COMPLEXIVO DR ANTONIO DAVILA \(1\).docx](#)
- [Examen Complexivo Dr. Davila julio 2017.docx](#)
- <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/13624>
- Fuentes no usadas**

0 Advertencias. Reiniciar. Exportar. Compartir.

## **AGRADECIMIENTO**

Sin duda alguna es meritorio agradecer al Dios todopoderoso por haberme otorgado salud durante este período en el que he efectuado mi maestría, el mismo que coadyuvará en mi carrera profesional; estoy segura que he cumplido con lo propuesto y reitero mi compromiso para efectuar una correcta y adecuada gestión en el campo en que me he preparado; así como, aplicar los conocimientos en beneficio de las diferentes organizaciones departamentales de salud.

Diana Cristina Guerrero Ríos.

## DEDICATORIA

El esfuerzo que he impuesto sobre este objetivo de obtener mi Maestría, lo dedico a mi familia, sin duda alguna ellos se constituyeron en mi fuente principal de inspiración, mi esposo Christian y mi hija Kristen por haber comprendido mi ausencia los fines de semana que asistía a clases. A mis padres Anita y Marco por ser principales promotores de mis sueños, por el gran apoyo emocional y mi hermana Guadalupe por haberme otorgado parte de su tiempo y haberme colaborado en varias tareas. A mi abuelita Inés María por desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, quien con sus palabras alentadoras ayudaron a la culminación de mis estudios. A mi amiga Vanessa Hermida Lama quien ha estado a mi lado desde cuando éramos estudiantes de primer año de medicina. El tiempo sigue pasando y ahí estás cerca de mí, ofreciendo lo mejor que tienes, gracias por tu apoyo, por tus esfuerzos por mantener siempre viva la amistad.

A mis compañeros de clase, con los que he compartido grandes momentos.

Diana Cristina Guerrero Ríos.

## Índice General

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
Planteamiento del Problema .....	5
Pregunta de Investigación .....	6
Justificación .....	6
Objetivos .....	8
Objetivo general .....	8
Objetivos específicos .....	8
<b>Capítulo I.....</b>	<b>9</b>
<b>Marco Teórico Conceptual.....</b>	<b>9</b>
Marco Teórico.....	9
Calidad de los servicios de la salud .....	9
Satisfacción del usuario .....	24
Percepción del usuario .....	25
Marco Conceptual .....	29
Fundamentación Legal.....	31
Aspectos Éticos y Legales .....	33
<b>Capítulo II.....</b>	<b>34</b>
<b>Marco Referencial.....</b>	<b>34</b>
<b>Capítulo III.....</b>	<b>42</b>
<b>Marco Metodológico .....</b>	<b>42</b>
Tipo de Estudio .....	42
Área de Estudio.....	42
Población y Muestra .....	43
Población.....	43
Muestra .....	43
Criterios de inclusión .....	44
Criterios de exclusión .....	45
Técnica de Recolección de Datos .....	45
Procedimiento Durante la Recolección de la Información de la Encuesta .....	46
Hipótesis .....	47
Definición de la Variable .....	47



Definición de Términos .....	48
Operacionalización de Variables .....	48
<b>Capítulo IV .....</b>	<b>52</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>52</b>
Características de los Informantes .....	52
Elementos Tangibles.....	55
Resumen del componente de elementos tangibles.....	59
Seguridad .....	59
Resumen del componente de seguridad.....	61
Confiabilidad.....	62
Resumen del componente de confiabilidad .....	66
Capacidad de Respuesta.....	66
Resumen del componente capacidad de respuesta.....	71
Empatía .....	72
Resumen del componente de empatía.....	73
Correlaciones .....	74
Resumen de los Problemas Identificados por los Usuarios Externos en HPNG2 .....	75
<b>Capítulo V.....</b>	<b>77</b>
<b>Propuesta .....</b>	<b>77</b>
Objetivo General.....	78
Estructura Organizacional.....	78
Plan de Mejoras.....	79
Cartera de servicios.....	79
Coordinación con unidades de salud.....	85
Programación de procedimientos diagnósticos y tiempos de espera.....	89
Sistemas de información .....	91
Talento humano y materiales .....	92
Gestión de pacientes .....	93
Propuesta de creación de un Centro de Llamadas (Call Center) .....	94
Derechos de los pacientes .....	100
Servicios hosteleros e instalaciones .....	102
Costos y Cronograma.....	104
Impacto de las Estrategias.....	105
<b>Conclusiones.....</b>	<b>106</b>

<b>Recomendaciones .....</b>	<b>108</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>109</b>
<b>Apéndice A. Encuesta .....</b>	<b>116</b>
<b>Apéndice B. Calificación por indicadores.....</b>	<b>120</b>
<b>Apéndice C. Calificación relativa por indicadores .....</b>	<b>121</b>

**Lista de Tablas**

Tabla 1. <i>Muestra</i> .....	44
Tabla 2. <i>Operacionalización de las variables</i> .....	49
Tabla 3. <i>Información sociodemográfica de los usuarios</i> .....	52
Tabla 4. <i>Instrucción por sexo de la población encuestada</i> .....	54
Tabla 5. <i>Ingreso económico por sexo de la población encuestada</i> .....	54
Tabla 6. <i>Lugar de residencia por sexo de la población encuestada</i> .....	54
Tabla 7. <i>Tipo de afiliación</i> .....	55
Tabla 8. <i>Planta física</i> .....	56
Tabla 9. <i>Interés en la solución de los problemas de salud</i> .....	61
Tabla 10. <i>Examen físico</i> .....	63
Tabla 11. <i>Tiempo de la consulta médica</i> .....	65
Tabla 12. <i>Correlaciones</i> .....	75
Tabla 13. <i>Costos de contratación de personal</i> .....	83
Tabla 14. <i>Costos adicionales - cartera de servicios</i> .....	84
Tabla 15. <i>Cronograma y costos de los planes de acción</i> .....	104

## Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Niveles de atención.....	40
<i>Figura 2.</i> Sexo .....	53
<i>Figura 3.</i> Población entrevistada por sexo y grupos de edad .....	53
<i>Figura 4.</i> Equipamiento y materiales.....	56
<i>Figura 5.</i> Señalética disponible .....	57
<i>Figura 6.</i> Historia Clínica disponible .....	57
<i>Figura 7.</i> Uso del uniforme del personal .....	58
<i>Figura 8.</i> Resumen de elementos tangibles .....	59
<i>Figura 9.</i> Orientación y explicación sobre los pasos o trámites para la atención.....	60
<i>Figura 10.</i> Seguridad en el equipo de salud que le atiende .....	61
<i>Figura 11.</i> Resumen de los indicadores de seguridad .....	62
<i>Figura 12.</i> Atención personalizada.....	63
<i>Figura 13.</i> Información y explicación de problemas de salud y de resultados de la atención	64
<i>Figura 14.</i> Información y orientación sobre medicación prescrita.....	65
<i>Figura 15.</i> Resumen de los indicadores de confiabilidad.....	66
<i>Figura 16.</i> Oportunidad en la asignación de la cita médica .....	67
<i>Figura 17.</i> Cumplimiento de la programación de cita médica .....	68
<i>Figura 18.</i> Atención en caja.....	69
<i>Figura 19.</i> Atención en laboratorio clínico.....	69
<i>Figura 20.</i> Entrega de fármacos en farmacia.....	70
<i>Figura 21.</i> Disposición para contestar preguntas .....	71
<i>Figura 22.</i> Resumen de los indicadores capacidad de respuesta .....	71
<i>Figura 23.</i> Ayuda entre trabajadores de la salud para mejorar la atención al paciente .....	72
<i>Figura 24.</i> Se piensa primero en el paciente.....	73
<i>Figura 25.</i> Resumen de los indicadores de empatía .....	73
<i>Figura 26.</i> Problemas identificados por los usuarios externos .....	76
<i>Figura 27.</i> Estructura Organizacional.....	78
<i>Figura 28.</i> Flujograma de derivación del paciente .....	79
<i>Figura 29.</i> Flujograma ingreso de información.....	81
<i>Figura 30.</i> Reclutamiento de personal.....	82
<i>Figura 31.</i> Afiche nuevos especialistas .....	84

<i>Figura 32.</i> Alianza estratégica .....	85
<i>Figura 33.</i> Organigrama de desarrollo de programa .....	87
<i>Figura 34.</i> Flujograma de programa de atención.....	88
<i>Figura 35.</i> Flujograma de programación .....	91
<i>Figura 36.</i> Asignación de cita.....	99
<i>Figura 37.</i> Confirmación y reasignación de cita .....	99
<i>Figura 38.</i> Información de horarios de atención de médicos .....	100
<i>Figura 39.</i> Cancelación de cita .....	100
<i>Figura 40.</i> Plano 2D de sala de espera especial Medicina General.....	103
<i>Figura 41.</i> Panorámica de sala de espera especial Medicina General.....	104

## Resumen

La calidad de los servicios de salud es un tema de importancia mundial y nacional, diversos autores la han definido como la aspiración de reducir la brecha entre expectativas y percepción del cliente. Objetivo: de esta investigación fue determinar el grado de satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud de la consulta externa a través de encuestas post consultas en el hospital de la Policía Nacional N° 2. Metodología: La metodología utilizada fue mediante un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, la investigación tuvo un corte transversal. La población fue de 16,855 pacientes que fueron atendidos entre julio y septiembre de 2017, resultando una muestra de 376 usuarios de consulta externa. Resultados: La investigación determinó que existieron problemas en las dimensiones de elementos tangibles, seguridad, capacidad de respuesta y empatía; los mayores problemas estuvieron en la planta física, uso del uniforme del personal, la información – orientación brindada, asignación de cita médica, cumplimiento de la programación y atención a las necesidades del paciente. Propuesta: La propuesta fue dirigida principalmente a la contratación de especialistas, creación de un call center y adecuación de una sala de espera. El costo total de la implementación de las estrategias fue de \$302,505.72, la cual tuvo un cronograma desde diciembre de 2017 a diciembre de 2018. Conclusión: Se concluyó que los pacientes sienten insatisfacción por el servicio actual.

**Palabras clave:** calidad, salud, gestión, satisfacción.

## Abstract

The quality of health services is a topic of global and national importance; several authors have defined it as the aspiration to reduce the gap between expectations and perception of the client. Objective: The general objective of this research was to determine the degree of satisfaction of the external user about the quality of health care of the external consultation through post-consultation surveys in the hospital of the National Police No. 2. Methodology: The methodology used was through a study quantitative, descriptive and retrospective, the research was cross-sectional. The population was 16,855 patients who were attended between July and September 2017, resulting in a sample of 376 outpatient users. Results: The investigation determined that there were problems in the dimensions of tangible elements, security, responsiveness and empathy; the biggest problems were in the physical plant, use of the staff uniform, the information - orientation provided, assignment of medical appointment, fulfillment of programming and attention to the needs of the patient. Proposal: The proposal was mainly aimed at the hiring of specialists, creation of a call center and adaptation of a waiting room. The total cost of implementation of the strategies was \$ 302,505.72, which had a schedule from December 2017 to December 2018. Conclusion: It was concluded that patients feel dissatisfied with the current service.

**Keywords:** quality, health, management, satisfaction.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que un Sistema de Salud es la suma de las organizaciones, instituciones y recursos cuyo fin principal es mejorar la salud de la población. Para conseguirlo, requiere del talento humano, financiamiento, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como de orientación y dirección. Un buen Sistema de Salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible, es por ello merece ser evaluado desde la perspectiva de los usuarios y sus familiares (Hamui, Fuentes & Aguirre, 2013). La rectoría en salud en el país es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública (MSP) que está implementando cambios estructurales y funcionales en el sector con el objetivo de organizar y descongestionar el Sistema Nacional de Salud (SNS) y generar la integralidad de los niveles de atención de la red de Salud (MSP, 2012); logrando procesos gerenciales eficientes y garantizar la calidad en la atención.

Las principales deficiencias en el campo del sistema de salud público, son “el trato inadecuado e incorrecto que se brinda a los pacientes, la deficiente información por parte de las áreas administrativas y médicas del hospital, la falta de equipo y espacios físicos inadecuados” (Bernal, Pedraza & Sánchez, 2015, p. 9). Jélvez, Riquelme y Gómez (2015) definieron a la calidad del servicio como la aspiración de igualar o superar las expectativas del cliente, controlando las mismas para reducir la brecha entre el valor percibido y el esperado. Por tanto, esta investigación busca determinar la calidad y percepción de los servicios de consulta externa.

El análisis de la satisfacción de los usuarios, debe ser visto como un indicador de la dimensión resultado y se puede obtener la opinión acerca de los siguientes aspectos:

- (a) Estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización).



(b) Proceso (procedimientos y acciones realizadas en la atención de salud y en los trámites administrativos) y

(c) Resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida) (Massip, Ortiz, Llantá, Peña, & Infante, 2008).

La Policía Nacional desde 1995 tiene la Ley de Seguridad Social, como servicio público obligatorio y como un derecho irrenunciable del profesional policial, que opera bajo los principios de equidad, universalidad, protección integral y la calidad constituye un objetivo clave. En este sentido, la evaluación, mejoramiento continuo de la calidad en la atención y su impacto sobre las condiciones de salud, bienestar de la población en mención, se convierte en un imperativo. Existe escasa información de cómo se percibe la calidad de la atención de salud o el grado de satisfacción de los usuarios en los servicios asistenciales dependientes de la Policía Nacional, por lo que este trabajo se realizó como una investigación participativa y en función de sus principales resultados se propusieron planes de mejora para el servicio de Consulta externa del HPNG-2; con todos estos antecedentes se decidió realizar esta investigación, por su relevancia y aporte a la sociedad y al conocimiento.

En el desarrollo del Marco Teórico Conceptual se revisaron los aspectos teóricos sobre la calidad de los servicios de la salud, se analizaron las dimensiones de calidad en la evaluación del servicio, la calidad de los servicios en consulta externa, la solución de problemas del paciente, la satisfacción del usuario y su percepción sobre el servicio recibido. Asimismo, se analizaron las principales definiciones técnicas en el marco conceptual, también se revisó la fundamentación legal y los aspectos éticos y legales.

En el capítulo II se realizó un marco referencial con investigaciones relacionadas al tema de investigación. La primera investigación citada fue una investigación sobre la percepción de la calidad de servicio de salud, desde el punto de vista de los actores sociales

en Colombia y Brasil; se citó otro estudio en donde se analizaron las opiniones de pacientes de ocho países de la Unión Europea sobre el servicio de salud. Se investigó un trabajo sobre la calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente en un hospital de Goiânia, Brasil. De igual forma, se analizó un estudio sobre la satisfacción laboral y la calidad de atención en una unidad médica de alta especialidad en México D.F. También se revisaron investigaciones nacionales como la evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario del Departamento Médico del Instituto Nacional Mejía de la ciudad de Quito; también se analizó un estudio sobre la satisfacción de la calidad de atención de consulta externa en el Centro de Salud N° 2, en Cuenca, Ecuador; se citó un trabajo de evaluación de la calidad del servicio en el Hospital José Garcés Rodríguez del cantón Salinas de la provincia de Santa Elena; del sub centro de salud El Bosque, Guayas; del Sub-centro de Salud de Amaguaña, provincia de Pichincha; del Hospital Clínica Kennedy, de la ciudad de Guayaquil.

En el capítulo III se desarrolló el marco metodológico, en donde se definió el tipo y área de estudio; se estableció el universo, la muestra, los criterios de inclusión y exclusión; se determinó la técnica e instrumento de recolección, el procedimiento de recopilación, la hipótesis, definición de variables términos y la operacionalización de las variables, con los cual se brindó el marco para la obtención de los datos.

En el capítulo IV se analizaron los resultados de la investigación cuantitativa, se estudiaron las características de los informantes; luego se procedió a analizar las dimensiones de elementos tangibles, seguridad, confiabilidad, capacidad de respuesta y empatía. Se realizó un análisis de correlaciones entre dimensiones y finalmente se desarrolló un resumen de los problemas identificados.

En el capítulo V se desarrolló la propuesta de investigación, en la cual se determinó su objetivo general; además se definieron nueve estrategias, las cuales se desarrollaron en base a los resultados de la investigación realizada; se definieron los costos de implementar las estrategias, así como el cronograma; finalmente se identificó el impacto a la sociedad y a la organización.

De esta manera con esta investigación se trata de contestar la pregunta ¿cuál es la satisfacción el usuario externo en relación a la calidad de la atención en la consulta externa del Hospital de la Policía N° 2 Guayaquil en el tercer trimestre 2017?

## **Planteamiento del Problema**

La Policía Nacional estructurada como institución en 1938, hasta los años 80 ofrecía atención primaria de salud en dispensarios médicos ubicados en los repartos. A partir de esa fecha se amplió la atención con dos hospitales, uno en Quito y otro en Guayaquil, para sus beneficiarios; pero dado el crecimiento de la población policial en estas últimas décadas, así en el año 1960 fueron 10,000 efectivos, para el 2005 eran 32,654 funcionarios, en el 2015 fueron 45,015 servidores policiales; esto representó un aumento del 37.8%, se aspira llegar a 57,000 efectivos para el 2017 (Hanashiro & Pontón, 2006). No obstante, las instalaciones y el equipamiento de los servicios de salud no son suficientes para cubrir las necesidades de este grupo específico.

Otro problema que afecta a la eficiencia y equidad en la provisión de los servicios de salud policiales, es la centralización administrativa de los recursos técnicos y económicos en Quito a través de la Dirección Nacional de Salud y la conducción administrativa de los establecimientos asistenciales ofrecida por un oficial superior de la Policía que no tiene formación en gestión de salud, con remociones frecuentes debido a los cambios de mando de la institución.

Estas remociones de altos cargos genera una deficiencia en la planificación estratégica de la institución, ya que el modelo administrativo y visión del líder de la organización no pueden asentarse de manera adecuada; es claro notar que esto se refleja en los empleados, ya que no tienen un camino estratégico definido e incluso se pierde el compromiso por la excelencia al no tener un líder que guíe al hospital. La formación del personal es también afectada por estos cambios, ya que no existe estabilidad en los cargos directivos; por tanto, no se planifica la capacitación de los trabajadores, lo que se refleja en la calidad del servicio.

En este hospital existe la preocupación por mejorar la calidad de atención de salud, pero no existe un Programa de Gestión de la Calidad que le permita mejorar los procesos críticos, entre los cuales, está la consulta externa que es la más solicitada por la población conformada por el personal policial y sus beneficiarios que presta servicios en el Hospital de la Policía Nacional N°2 –Guayaquil. La demanda diaria atendida promedio es de 300 a 350 usuarios (efectivos policiales y sus beneficiarios), se han incrementado las quejas de los usuarios externos sobre los servicios de salud mostrándose los pacientes ambivalentes y escépticos ante los avances de la medicina moderna.

### **Pregunta de Investigación**

Existe escasa información sobre cómo los usuarios perciben la calidad de la atención de salud o cuán satisfechos se encuentran, lo que no permite tener un conocimiento determinado en esta área, lo que lleva a la pregunta:

¿Cuál es la satisfacción del usuario externo en relación a la calidad de la atención en la consulta externa del Hospital de la Policía N° 2-Guayaquil en el tercer trimestre del 2017?

### **Justificación**

Evaluar la calidad de la atención desde la óptica del usuario es cada vez más utilizado, ya que es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes relacionados con la atención recibida, adquiriéndose información que beneficiará a la organización que concede los servicios de salud, tanto a los prestadores directos como a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método es una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo bajo.

Es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, contribuyendo a la mejoría en la calidad de la atención mediante la instauración

de estándares de desempeño, a pesar de existir dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.

De acuerdo a las políticas y principios de la calidad se debe ofrecer al usuario externo una atención integral en salud con calidez, calidad, oportunidad y accesibilidad; a la vez unificar criterios técnicos y administrativos simplificados para proporcionar seguridad en los servicios brindados, sin embargo esto no se cumple a cabalidad debido a la gran demanda existente en el servicio de consulta externa por parte de la población policial, situación que se ve agravada por ser el HPNG-2 el servicio de referencia de la atención primaria de las unidades de los destacamentos policiales de la zona centro sur de la costa y sierra.

A nivel local existen pocos estudios externos para posicionar la satisfacción de los usuarios de la consulta externa de esta Institución de Seguridad Social Policial, por lo que se consideró pertinente determinar el grado de satisfacción de los usuarios de la Consulta Externa, a fin de retroalimentar a la institución e impactar positivamente en la atención de sus derechohabientes. La presente investigación cumple con la línea de investigación de Calidad de servicio y Satisfacción usuaria de la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El presente proyecto cumple con el objetivo uno del Plan Nacional del Buen Vivir que busca garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas, en donde como política se estableció garantizar el derecho a la salud. Además cumple con el objetivo cinco que es el de impulsar la productividad y competitividad para el crecimiento económico sostenible de manera redistributiva y solidaria; en donde, como política se estableció el generar trabajo y empleos dignos, así como también el garantizar servicios de calidad (Senplades, 2017).

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar la satisfacción del usuario externo en relación a la calidad de la atención en la consulta externa del Hospital de la Policía N° 2-Guayaquil en el tercer trimestre del 2017.

### **Objetivos específicos**

1. Construir la fundamentación teórica de la calidad del servicio y percepción del usuario con la revisión de bibliografía internacional y nacional.
2. Caracterizar la población objeto de estudio, mediante la revisión de los expedientes clínicos de la Institución.
3. Identificar la relación de la percepción del usuario externo de la atención de salud en la Consulta Externa, a través de los indicadores: elementos tangibles, seguridad, confiabilidad, capacidad de respuesta y empatía en un cuestionario validado.
4. Elaborar un plan de mejoras en el marco de trabajo actual para mejorar la calidad y la seguridad de la atención de salud de la consulta externa en el hospital de la Policía Nacional N° 2 - Guayaquil.

## **Capítulo I**

### **Marco Teórico Conceptual**

En este capítulo se podrán identificar los principales enfoques teóricos relacionados a la calidad en los servicios de salud; se realizará un análisis de algunos constructos desarrollados en base a este tema; sin embargo, se revisarán más a profundidad las dimensiones de elementos tangibles, seguridad, confiabilidad, capacidad de respuesta y empatía que son los que utilizaron en esta investigación.

#### **Marco Teórico**

##### **Calidad de los servicios de la salud**

Actualmente la expresión calidad es utilizada en los distintos ámbitos de la sociedad y la implementación de esta tiene una serie de ventajas como es la satisfacción del cliente y de los trabajadores, la optimización de resultados y reducción de costos, incremento de la agilidad en los procesos y la eliminación de defectos (Álvarez, Álvarez & Bullón, 2010).

El concepto calidad tiene definiciones dependiendo del enfoque que se quiera destacar. El enfoque desde la perspectiva del cliente, se refiere al producto o servicio para satisfacer debidamente las expectativas del usuario. Con esta definición queda de forma expresa que la calidad es un concepto relativo y depende del valor que tiene una persona con relación a las prestaciones de un servicio, lo que explica que puede ser percibido en forma distinta por dos personas; más aún, una misma persona dependiendo de la oportunidad, estado de ánimo, etc.; por tanto, puede estar menos o más conforme con el mismo servicio que está consumiendo, este es un concepto subjetivo donde cada individuo tiene su propia calificación o un juicio de valor relacionado al producto o servicio (Climent, 2012).

Esta conceptualización expresa tres conceptos importantes: el primero Calidad es la



totalidad de funciones características o comportamientos de un bien o servicio, por lo que la calidad no puede ser medida por apreciaciones o análisis de las partes constitutivas del servicio o producto recibido, por lo que la calificación debe ser integral. El segundo elemento señala que es un bien o servicio cuando se logra el fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores, por lo que si no se alcanza el propósito, no se logra la calidad y el tercer elemento: la calidad es un elemento subjetivo, debido a que el grado de exigencia depende de varias circunstancias, de acuerdo a las características culturales, sociales y económicas (Climent, 2012).

A su vez Deming (1988) la define como los beneficios alcanzados después de hacer las cosas de una mejor manera y buscar el agrado de los clientes, con reducción de costos, presencia, permanencia en el mercado y generación de empleos. Colunga (1995) determinó que la calidad es trasponer las necesidades futuras de los usuarios a características medibles, así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar complacencia al cliente que pagará un precio por el mismo.

La calidad no solo se refiere al producto o servicios terminados, está relacionada con los procesos para alcanzar éstos y pasa por las técnicas de desarrollo, diseño, producción, venta, mantenimiento de los productos o servicios (Garza, Abreu & Badii, 2008). Según Crosby (1994) la calidad es la aceptación de los requerimientos establecidos en forma clara, breve y las mediciones deben de ser continuas para establecer la aprobación de acuerdo a los requerimientos; ya que la no conformidad es la ausencia de esta.

A su vez, Paganini (1993) en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), la definió como un conjunto de elementos relacionados a metas comunes en los sistemas, los mismos que pueden ser abiertos o cerrados. Los cerrados no guardan relación con el medio y los sistemas biológicos y sociales, comparten información y recursos con el medio externo, lo

que permite su modificación. Los elementos de este demandan de una estructura de comunicación y distribución de procesos y métodos, personal, instalaciones apropiadas, equipos y otros materiales. Los servicios de salud están ubicados dentro de los sistemas abiertos, por estar formado por un conjunto de elementos interrelacionados como son los recursos humanos, tecnológicos, información, orientados a fines comunes como mejorar la salud de la población, la satisfacción de los pacientes y de la comunidad.

La calidad de atención en salud no se puede ver desde el punto de vista de un solo actor del sistema de salud, sino de cada uno de ellos ya que tienen una distinta percepción y hacen énfasis en el o los determinantes que tienen mayor valor. Por ejemplo para el usuario externo los aspectos como la amabilidad, disponibilidad de tiempo del prestador, las características del ambiente de donde recibe la atención, el tiempo entre el momento en que solicita el servicio y lo recibe, los resultados, las complicaciones del proceso, son particularidades que se pueden evaluar fácilmente y así determinar su valoración sobre la calidad (Paganini, 1993).

La calidad de la prestación en los servicios de salud ha sido definida como la provisión de la atención a los usuarios, de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos; con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios; por tanto, no depende de una sola variable a calificar, sino de múltiples aspectos, cada uno valorado de manera diferente según el actor del sistema (Kerguelén, 2008). El Instituto de Medicina de los Estados Unidos, entiende y la define como la sumatoria de los resultados de todas las dimensiones que la soportan, las que intervienen son:

- Efectividad en la atención sanitaria, que informa el grado en el que una intervención o servicio, proceso, procedimiento, prueba diagnóstica o tratamiento- produce el

resultado deseado. El concepto de efectividad incluye el nivel de la provisión asistencial, que se presta a las personas que pueden beneficiarse de ella.

- Oportunidad: es la posibilidad que tiene el usuario de recibir los servicios que requiere, sin que se presenten demoras que pongan en riesgo la vida o la salud.
- Seguridad del paciente: es un principio fundamental de la atención sanitaria. Los eventos adversos pueden relacionarse con los problemas de la práctica clínica, los procedimientos o del sistema mismo.
- Eficiencia: es alcanzar el máximo resultado con una cantidad mínima o determinada de insumos y recursos, para conseguir los resoluciones predeterminadas o previstas.
- Equidad: es el derecho a la salud, donde la justicia es el principio ético, se basa en tener acceso a los servicios y a los recursos en salud, se distribuyen entre los grupos poblacionales de tal manera que se minimicen las diferencias (Torres & Constantino, 2003).

El desarrollo de la atención, centrada en la persona, está inscrito dentro del movimiento internacional, dirigido a colocar a la persona y su contexto en el centro de la salud y como meta de los servicios asistenciales, donde se obligan con la comunidad a prestar atención con el fin de gestionar las dimensiones de la calidad descritas y demostrar utilizando indicadores confiables, válidos, precisos de la atención brindada. Los principios de la Calidad, según la norma internacional NC ISO 9001/2015 (ISO, 2017), los presenta con claridad:

- Enfoque en el cliente, que es el consumidor. En los servicios de salud es el efecto del trabajo que está dirigido hacia la observancia de las necesidades y expectativas de los pacientes, familiares y comunidad, el cumplimiento y protección de sus derechos, como de las relaciones fundamentadas en el acatamiento de la ética médica.

- Liderazgo: la gerencia y los directivos de los servicios deben establecer los planes, dirección y ambiente interno de la institución, con su compromiso para el cambio, la asignación de recursos, mejoramiento de la comunicación interna, el seguimiento de los procesos que permitan establecer un ambiente que genere la participación eficaz y eficiente de todo el personal.
- Participación del personal que trabaja en la institución de salud, permitiéndoles utilizar su experiencia y capacidad en beneficio de la institución, convirtiendo al personal en actores de los procesos y no en meros espectadores de la atención que se ofrece y de las acciones que se practican.
- Establecer relaciones beneficiosas entre la unidad de salud y sus proveedores aumentando la capacidad de cada uno, para agregar valor a la prestación de los servicios.
- Orientación en el sistema para la gestión, considerando al servicio de salud como un sistema abierto y activo, donde el cumplimiento de la misión institucional depende del resultado de los subsistemas, procesos, unidades organizativas y del acuerdo del funcionamiento e interrelaciones con los subsistemas del entorno.
- Enfoque orientado en los procesos de trabajo, generando como productos de salida el cumplimiento de los requisitos dados por las demandas de los usuarios de los servicios.
- Enfoque en la toma de las decisiones basada en los hechos, con el análisis lógico de los datos y de la información a través de la aplicación de métodos y herramientas, para llegar a conclusiones basadas en hechos objetivos.
- Mejora continua, como objetivo para alcanzar la excelencia de los servicios, que se logra con el mejoramiento de los procesos.

El objetivo general de las instituciones de salud es implantar sistema de gestión de

calidad y los objetivos específicos orientados a dar respuesta a los principios, lo que facilita que se determinen los objetivos de calidad específicos para cada nivel de dirección, unidad organizativa y para cada trabajador; buscando que la misma surja en forma personalizada.

### ***Dimensiones de calidad en la evaluación del servicio***

Según Donabedian (1990) la calidad de los servicios de salud tiene tres dimensiones fundamentales:

*Componente técnico.* Hace referencia a los elementos que forma el proceso de prestación de los servicios de salud, como el enunciado de la asistencia que se brinda con íntima relación con los avances científicos y la capacidad de los profesionales; acompañado de la estructura física y servicios adecuados que permiten la ejecución de todos los procedimientos a través de los aspectos de eficiencia, competencia profesional, continuidad, accesibilidad y seguridad.

*Componente interpersonal o humano.* Hace reseña a las relaciones existentes entre el personal de salud y los pacientes, a la circulación de la información logística y sanitaria. Es el grado de interacción y comunicación entre el paciente y los trabajadores de salud, dando como resultado la relación interpersonal con la generación de confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en la comunicación y autenticidad en la información que se brinde.

*Entorno (confort).* Relativo con las condiciones de comodidad que se ofrece en un servicio de salud, entendido como el conjunto de cosas y circunstancias que le permiten al usuario sentirse a gusto, con áreas en orden, ventilación e iluminación suficiente, mantenimiento de la privacidad y con los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes) (Donabedian, 1990).

### *Calidad de los servicios de la salud en la consulta externa*

La calidad de la atención de salud es un tema de relevancia en la actualidad debido a que existe libertad de opinión de los usuarios acerca de los servicios recibidos, de los proveedores y de las propias instituciones encargadas de estos servicios. Esta situación está condicionada por los retos organizacionales y la creciente presión social, determinada por la toma de conciencia de una sociedad más informada de sus derechos (Ortiz, Muñoz, Martín & Torres, 2003). Donabedian (1990) propone abordar la evaluación de la calidad del servicio teniendo en cuenta las dimensiones humana, técnico-científica y del entorno, estableciendo atributos o requisitos de calidad que caracterizan al servicio de salud.

Los atributos de calidad expresan las cualidades de la atención en salud y debe ser apreciada por los usuarios externos e internos. Los caracteres de la calidad establecidos para la consulta externa para este trabajo se expresan en los siguientes indicadores:

*Trato cordial y amable*, como un aspecto clave de la atención en los establecimientos de salud, siendo parte importante para la satisfacción de los usuarios, contribuyendo a una atención personalizada. El equipo de salud debe aplicar las normas de cortesía, amabilidad, respeto a sus creencias ideológicas, religiosas y políticas, sin discriminación de raza, género, procedencia, clases sociales, discapacidades físicas o mentales (Instituto Salvadoreño del Seguro Social, 2003). Este es un estándar de resultado que se logra por la interacción entre proveedores y usuarios que generan una percepción sobre el trato, respeto y empatía. Las percepciones y juicios de valor de los usuarios externos deben ser medidos a través de encuestas y sus resultados deben ser utilizados para mejorar y sensibilizar al personal de salud.

*Personal de salud uniformado*. El uniforme es un vestido característico y distintivo que usan los individuos pertenecientes a un mismo grupo colegiado y es un elemento que

favorece una adecuada imagen social (León, 2006). El uniforme de los trabajadores del Hospital de la Policía es de acuerdo al grupo ocupacional y su uso es intramural. El personal policial en funciones administrativas usa el uniforme propio de este grupo.

*Historia Clínica.* La complejidad en la gestión de servicios de salud y los avances en la informática, hacen que los registros médicos permitan el monitoreo y evaluación de las actividades de salud utilizando los datos obtenidos de la práctica clínica, teniendo en cuenta los principios de la bioética, los estándares de calidad en la atención médica, precisión diagnóstica, el uso de exámenes complementarios, para favorecer la investigación y la docencia (MSP - CONASA, 2007).

*Proceso de obtención de la cita médica.* La población beneficiaria del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) para acceder a un turno lo consigue mediante el siguiente proceso: (a) Consulta de primera vez: el paciente debe madrugar, hacer columna de acuerdo a la especialidad, un funcionario de estadística le entrega un ticket y con éste, hace una nueva fila para acercarse a la ventanilla de estadística, donde valida los datos de identidad y realiza la apertura de la historia clínica (HCl) en caso de ser nuevo, o buscan en archivo si ya la tenía con anterioridad. Para los pacientes de consultas subsiguientes llegan por cita previa y son ubicados en la lista de espera de acuerdo a su llegada. Los usuarios acuden de lunes a viernes de 07:00 a 22:00 horas.

*Respeto a la privacidad.* La declaración de los Derechos Humanos 1948 trata a la intimidad como un derecho fundamental del individuo, por lo que todo usuario tiene derecho a la privacidad y confidencialidad de toda la información relacionada con su salud (Naciones Unidas, 2017). Los servicios de salud independientemente de su nivel de complejidad que maneja información de los usuarios deben respetar siempre este derecho, a menos que una resolución judicial disponga lo contrario.

Según la Ley de Derechos y Amparo del Paciente 2006 en el Capítulo II Derechos del Paciente, todos los ecuatorianos tienen derecho a una atención digna, lo que significa tener derecho a ser atendido oportunamente en una unidad de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano. Derecho a no ser discriminado por razones de género, raza, edad, religión o condición socioeconómica y derecho a la confidencialidad. Toda persona tiene derecho a la consulta, examen, diagnóstico, tratamiento e información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele y debe tener el carácter de confidencialidad (Asamblea Nacional del Ecuador, 2006).

*Recomendaciones sobre el uso de los medicamentos.* Según la OMS el uso de medicamentos requiere que el paciente reciba la medicación apropiada a su necesidad clínica, en las dosis correspondientes de acuerdo a sus requerimientos individuales, por un periodo adecuado, al menor costo para él y su comunidad. El médico en la consulta y la enfermera en la post consulta deben explicarle al paciente, lo siguiente sobre los medicamentos:

- Los efectos de las medicinas.
- Cumplir con la prescripción establecida.
- Las consecuencias y complicaciones que tendría al no cumplir con las indicaciones correspondientes.
- Controlar la fecha de vencimiento de los medicamentos.
- Importancia de dejar las medicinas fuera del alcance de los niños.
- Que los medicamentos son de uso exclusivo para el consultante y por ninguna razón deberá auto medicarse o medicar a terceros.
- Consecuencias de una sobredosis.
- Mal uso de los medicamentos.
- Si presenta algún síntoma contrario debe consultar de inmediato al médico



Dentro del área de evaluación de satisfacción al usuario, es importante determinar la comprensión y aceptación de los contenidos que le son entregados por el personal de salud, que pueden ser medidos a través de encuestas, como recurso tendiente a verificar el cumplimiento del estándar e indicador fijado. Los resultados deben ser difundidos al personal, para proponer en conjunto, un cambio de superior calidad o bondad que haga digna de aprecio y estima, la prestación de su servicio.

*Descanso médico.* Es el período de descanso físico prescrito por el médico tratante, necesario para que el usuario alcance una recuperación física y mental que le permita retornar a su actividad habitual; éstos pueden ser: (a) descanso médico con reposo absoluto, es para el usuario que por su estado de salud requiere reposo en cama con la finalidad de alcanzar su recuperación; (b) descanso médico relativo, es aquel que el paciente no requiere reposo en cama y que puede hacer movimientos que no le perjudiquen su recuperación.

En el servicio de consulta externa del HPNG-2, los consultorios de mayor demanda son: Medicina Interna, que en primera instancia evalúa a los pacientes y los derivan a las especialidades, Traumatología, Neumología, Neurología son altamente demandados por los usuarios debido a los exigentes entrenamientos físico-militares que se realizan en los diferentes repartos y, por el tipo de trabajo operativo que realizan los miembros de la Policía Nacional.

En la emisión de los certificados médicos de incapacidad se pone especial cuidado al emitir exoneración de ejercicios físicos, guardias y formaciones, entre otros, (certificado válido para el personal policial), cuando el usuario requiere un descanso médico relativo, haciendo constar la duración del período de incapacidad temporal para el trabajo.

*Confidencialidad y secreto médico.* Este tema ha estado presente en la práctica de la medicina desde la antigüedad, así el juramento hipocrático lo refiere con claridad y se recoge

en los primeros códigos de ética médica. En el transcurso del tiempo se han realizado adecuaciones a estos códigos, como de las otras profesiones de la salud. En las últimas décadas el secreto como deber del personal de salud se ha afinado como respuesta al derecho de las personas a ser respetada en su intimidad en lo que concierne a su salud (Asamblea Nacional del Ecuador, 2006).

Según Beca (2011) las excepciones del secreto médico, ocurren cuando el bien del enfermo entra en conflicto con el deber de evitar daños a terceros o al mismo paciente. Son excepciones por las que el profesional rompe el secreto y deberá poder justificar debidamente en cada caso. Hay cinco razones por las cuales se justifica romper el secreto y en lo posible con previa información al propio usuario.

- Por el bien del enfermo, en el que el tratamiento no es posible sin la colaboración de otros, como en casos del tratamiento de enfermedades psiquiátricas, adicciones o de enfermedades agudas o crónicas en pacientes parcialmente dependientes.
- Por decisión o consentimiento del usuario que pide o acepta que otras personas, habitualmente sus familiares o cuidadores sean directamente informados por el médico u otros profesionales a su cargo; por ejemplo en personas de edad avanzada o enfermos oncológicos que optan por que sea el médico quien informe a sus familiares los detalles del diagnóstico o del pronóstico.
- Por razones de bien común o por la autoridad de la ley como ocurre en situaciones en las cuales la autoridad sanitaria necesita saber la ocurrencia de enfermedades a través de la notificación obligatoria para investigar complicaciones o riesgos de epidemias. La función judicial a través de jueces está en la atribución de solicitar información a los médicos tratantes, al personal sanitario y a las instituciones de salud, para la investigación de delitos, agresiones o crímenes.
- Por el bien de terceras personas que corren riesgo de daño provocado por un

enfermo como por ejemplo ante enfermedades contagiosas como una tuberculosis (TBC), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que no toman las precauciones para evitar el contagio, en pacientes con trastornos de personalidad que pueden ocasionar riesgos de abuso o violencia hacia terceros.

- Por incapacidad del paciente quien no puede comprender la información médica ni cumplir con el tratamiento. Esto ocurre generalmente en menores de edad, cuyo cuidado está a cargo de sus padres.

### ***Orientación y ejecución del examen clínico del área afectada***

El examen físico es la exploración que practica en persona el médico a todo usuario, con el fin de reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por enfermedad, valiéndose de los sentidos y aparatos como el termómetro clínico, el estetoscopio y el esfigmomanómetro, entre los más usuales. Las cuatro técnicas básicas de la exploración clínica son: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación (Red de Salud de Cuba, 2017). Es importante que durante el examen clínico exista una interacción apropiada entre el examinador y el examinado, para ello es necesario que el médico posea habilidades tales como:

- Instaurar un entendimiento mutuo.
- Ofrecer información adecuada con una orientación al usuario.
- Observar datos no verbales.
- Establecer una buena relación.
- Interpretar la entrevista.

Donabedian (1993) combina las contribuciones de los pacientes y de los prestadores de atención a la salud. El prestador de la atención tiene la responsabilidad de tomar las decisiones técnicas adecuadas en el proceso de selección de estrategias diagnósticas y

terapéuticas, de establecer todos los procedimientos de la manera hábil y manejar las relaciones personales con el paciente en forma ética, humana, de manera de garantizar el grado efectivo de participación del paciente y de sus familiares.

### ***Solución del problema de salud del paciente***

La solución del problema de salud del paciente está conexo a un estado o proceso inherente a la salud, presentado por una persona, una familia o una comunidad. Los problemas de la salud afectan a las estructuras corporales específicas y a los mecanismos fisiológicos o psicológicos implicados, repercuten en grado y duración variables sobre el funcionamiento integral de la persona. Este atributo está relacionado al efecto de la atención en el estado de salud del usuario. Se asevera que los pacientes pueden entender los cambios más aparentes en su salud que se presentan durante y después de recibir atención y los manejan como un indicador de calidad; pero existen cambios sutiles que no son percibidos por el paciente; además, las consecuencias más obvias pueden tardar en aparecer o posiblemente aunque se detecten tempranamente no tengan que ver con la atención recibida (Donabedian, 1993).

Con frecuencia los usuarios tienen expectativas poco realistas en relación a la efectividad de la atención y por lo general sobreestiman sus poderes; por tanto, es responsabilidad del médico el infundirles un carácter más sobrio a las esperanzas del paciente. Pero también debe cuidarse de las predicciones injustificadas, cuyo propósito, es demostrar que el desempeño fue mucho mejor de lo que se hubiera esperado.

*Provisión de medicamentos.* El acceso a los medicamentos tiene un alto impacto sobre los servicios de salud, ya que son un insumo básico del proceso terapéutico. El uso racional de medicamentos requiere una provisión suficiente, oportuna y económicamente accesible de medicamentos para toda la población y es un objetivo fundamental de los sistemas nacionales

de salud. En el país están obligadas las unidades de salud a adquirir exclusivamente medicamentos genéricos, de acuerdo al Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos que es elaborado por el Consejo Nacional de Salud para racionalizar la adquisición y distribución de medicamentos en las instituciones públicas (MSP - CONASA, 2013).

La capacidad resolutoria de la institución de salud para atender la demanda de medicamentos prescritos a los usuarios y promover que la organización cuente con un servicio de farmacia abastecido que le permita garantizar que los usuarios reciban todos los insumos farmacológicos prescritos; por tanto, es un estándar que mide la satisfacción del usuario con relación a la recepción de los medicamentos entregados.

*Duración de la consulta médica.* La construcción del sistema de turnos debe ser eficiente, flexible y debe funcionar en beneficio del paciente; así como de los profesionales de la salud y del personal no médico (De la Calle, Abejón, Cid, Insausti, & López, 2010). En las instituciones estatales se observa que el tiempo promedio es de veinte minutos en consulta de primera vez y de quince minutos la consulta subsiguiente, siendo algo mayor en algunas especialidades como pediatría y salud mental, entre otras.

La OMS define a la calidad en asistencia sanitaria, el asegurar que cada paciente reciba un conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente, del servicio médico con el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (Lemus, Aragües & Lucioni, 2004).

Las variables utilizadas son: nivel de excelencia profesional, uso eficaz de los recursos, mínimos riesgos para el paciente, resultados finales en la salud, grado de satisfacción por parte del usuario. Según Outomuro y Actis (2013), en esta definición hay tres criterios esenciales:

- Criterio técnico (uso adecuado de la ciencia y de la tecnología, con maximización de los beneficios y minimización de los riesgos);
- Criterio interpersonal (interacción social y psicológica de los actores de la relación clínica), y
- Criterio económico (distribución y utilización racional de los recursos) (Outomuro & Actis, 2013).

*Tiempo de espera de la consulta externa hospitalaria.* Ha sido definida como la cantidad de tiempo desde que el usuario ingresa hasta que recibe la atención médica, la medicación y las citas para los exámenes complementarios. En el Hospital en estudio ingresan en promedio 500 pacientes diarios, de los cuales reciben atención médica ambulatoria alrededor de 300 usuarios; de estos, el 60% corresponde a pacientes para atenciones subsecuentes y el 40% a citas de primera vez, el resto de pacientes acude a realizarse exámenes de apoyo, entre otros.

El tiempo de espera es uno de los factores que influye en la satisfacción del usuario externo y en las expectativas del prestador de servicios. El indicador tiempo promedio identifica la oportunidad del servicio.

*Limpieza y orden de los ambientes y baños.* La higiene, limpieza y desinfección son las medidas más evidentes en la prevención de infecciones dentro del entorno sanitario. A pesar que son actividades con un bajo reconocimiento en los centros asistenciales, su valor es ser un atributo de la calidad asistencial y su integración real en la práctica clínica es cada vez más evidente. Dentro de los procesos de consolidación de la cultura de seguridad del paciente, la adquisición de hábitos y conductas adecuadas; así como la formación y sensibilización de todo el personal del hospital es fundamental, para promover el papel activo de los profesionales sanitarios y no sanitarios en la prevención de seguridad del paciente. La

percepción del usuario externo es otro indicador de calidad.

*Iluminación y color de los ambientes.* Contribuye al estado de bienestar del usuario, al rendimiento del personal. Cabe recordar que la luz es una necesidad humana elemental, por tanto, es esencial para el bienestar y la salud. La iluminación en hospitales, salas de consulta, etc., debe servir para cubrir dos objetivos fundamentales: garantizar las óptimas condiciones para desarrollar las tareas correspondientes y contribuir a una atmósfera necesaria, para que el usuario se sienta confortable. Este indicador mide si los ambientes son agradables y confortables, para los usuarios de las instalaciones.

### **Satisfacción del usuario**

No existe una definición específica, por lo que puede entenderse como un estado mental del usuario que da respuestas intelectuales, materiales y emocionales ante el cumplimiento de una necesidad o deseo de información, este estado se convierte en un juicio de evaluación porque se comparan los objetivos y expectativas contra los resultados obtenidos. La percepción de la calidad está subordinada a factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales, retribuciones esperadas, información recogida de otros usuarios y de la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan a que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias (Hayes, 2002).

Hay dos criterios comúnmente manejados que pueden ser un obstáculo en la orientación de los servicios sanitarios al cliente hacia la satisfacción de sus necesidades y preferencias: (a) pensar que el servicio sanitario se debe dirigir a satisfacer las necesidades de salud, con la atención médica que los expertos consideran necesarios y dejan las demandas y particularidades del usuario en un segundo plano, (b) considerar que los consumidores no pueden evaluar correctamente la calidad técnica de la atención médica, lo que se contrapone a

la satisfacción de los clientes sobre la calidad intrínseca de la asistencia sanitaria. El objetivo de una institución sanitaria y de sus proveedores es satisfacer adecuadamente las necesidades al usuario. El conocimiento de la opinión del cliente sobre los servicios recibidos, es una vía para mejorar la calidad de las prestaciones (Hayes, 2002).

### **Percepción del usuario**

La calidad es vista desde la óptica objetiva y la percibida; la primera centrada en la oferta y las características medibles y verificables de la atención de salud y la calidad percibida que hace referencia a la percepción que tienen los usuarios de la atención recibida; la misma que es de naturaleza intangible, heterogénea e imposible de separar la producción y el acto de consumo, con dificultad para la estandarización y la calidad del servicio prestado. La calidad objetiva es una visión interna de la calidad, cuyo fin central es la eficiencia y por eso se usa en actividades que permitan ser estandarizadas; en cambio, al hablar de calidad subjetiva es una visión externa, debido a que esta se logra a través de la determinación y el cumplimiento de las necesidades, deseos y expectativas de los clientes, debido a que las actividades del servicio están directamente relacionadas con el contacto con los usuarios (Vázquez, Rodríguez & Díaz, 1996).

En la literatura sobre la calidad del servicio, se refiere a la percepción, es decir, al juicio del consumidor sobre la excelencia y superioridad de un producto (Peterson & Kerin, 2010) o como un juicio global, o actitud, relacionada con la superioridad del mismo (Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1988).

La calidad percibida es subjetiva, requiere un nivel más de abstracción que los otros atributos específicos del producto y tiene características multidimensionales. Esta se valora como alta o baja, en el marco de una comparación, respecto de la excelencia o superioridad relativa de los bienes y/o servicios que el consumidor los ve como sustitutos. Estos son los



argumentos que los expertos dan sobre el concepto de calidad percibida del servicio, para indicar que en un contexto de mercado, merece un tratamiento y una conceptualización diferente a la asignada a la calidad de los bienes tangibles. A diferencia de la calidad en los productos, que puede ser medida objetivamente a través de indicadores como duración o número de defectos, la calidad en los servicios es algo fugaz que puede ser difícil de medir (Zeithaml et al., 1988), La intangibilidad de los servicios causa que no sean percibidos en gran parte de forma subjetiva. Grönroos (1994) y Lewis y Booms (1983) fueron unos de los primeros en plantear el concepto de calidad del servicio, como el mejoramiento de la atención dada a los consumidores con sus expectativas.

Grönroos (1994) y Zeithaml et al. (1988) tomaron este planteamiento fundamentados en el paradigma de la desconfirmación. El segundo autor, en su libro anota que el problema es la no existencia de medidas objetivas, por lo que la percepción es la medida que más se ajusta al análisis. Las percepciones son las creencias que tienen los consumidores sobre el servicio recibido.

Otro planteamiento es que la calidad de servicio percibida depende de la comparación del servicio esperado con el servicio percibido (Grönroos, 1994). Los juicios de satisfacción son el corolario de las diferencias percibidas por el consumidor en relación a sus expectativas y la percepción del resultado (Rust & Oliver, 1994). El proceso de medir la calidad del servicio involucra que, dadas sus características, se deben establecer diferentes dimensiones de evaluación que permitan alcanzar un juicio global de ella. El establecer las dimensiones o características diferenciadas ayuda a esquematizar y dividir el contenido del concepto o constructo de estudio. Algunas veces, dada la subjetividad introducida en el concepto en estudio, estas dimensiones no son fácilmente observables por los sujetos y son abstracciones realizadas a partir de atributos o características que éstos perciben.

Con el fin de incorporar diferentes perspectivas, se han establecido ocho dimensiones de la calidad dentro de un marco de referencia para el análisis de la planificación estratégica:

- Desempeño.
- Características.
- Confiabilidad: probabilidad de un mal funcionamiento.
- Apego: habilidad de cumplir con las especificaciones.
- Durabilidad.
- Aspectos del servicio: rapidez, cortesía, competencia y facilidad de corregir problemas.
- Estética.
- Calidad percibida (Garvin, 1988).

Se han establecido cinco niveles de evaluación del desempeño de una organización de acuerdo con la satisfacción obtenida en relación a la comparación con las expectativas

***Fiabilidad.*** Es la capacidad de la empresa o servicio para ofrecerlo de manera confiable, segura y cuidadosa. En este concepto se encuentran incluidos los elementos que permiten al cliente detectar la capacidad y conocimientos profesionales; o sea, es brindar el servicio de forma correcta desde el primer momento (Druker, 1990).

***Seguridad.*** Involucra credibilidad, que a su vez incluye integridad, confiabilidad y honestidad. Esto significa que no sólo es importante el cuidado de los intereses del cliente, sino que la organización o servicio demuestre su preocupación en dar al usuario una mayor satisfacción (Druker, 1990).

***Capacidad de respuesta.*** Es la actitud que la empresa o servicio muestra para ayudar a los clientes para suministrar el servicio rápido; es parte de este el cumplimiento a tiempo, la

accesibilidad para el usuario y la factibilidad de alcanzarlos (Druker, 1990).

***Empatía.*** Es la disposición para ofrecer a los clientes cuidado y atención personalizada. No sólo es ser cortés con el usuario, a pesar que la cortesía es parte importante de la empatía y parte de la seguridad. Se necesita compromiso con el cliente, por lo que es preciso conocer sus características y requerimientos específicos (Druker, 1990).

***Intangibilidad.*** Es aquello que puede ser entendido o percibido sin problemas, por lo que es trascendental considerar algunos aspectos que se derivan en la atención a los clientes / usuarios (Druker, 1990).

A pesar de esta complejidad; Vuori (1987) propone una serie de consideraciones éticas, desde el punto de vista del usuario, que justificarían que la satisfacción se incluya en la evaluación de la calidad:

- El principio hipocrático según el cual el bienestar del paciente debe ser el interés máximo de la atención médica.
- El principio democrático.
- Los derechos del consumidor, a tener autonomía para decidir sobre lo que él quiere.
- El concepto de enfermedad, que debería desplazar al concepto biológico estricto por el concepto experimental de la misma. Se entiende que las personas se definen enfermas o sanas teniendo en cuenta sus sentimientos y no los resultados de la valoración objetiva externa.

En el marco teórico se pudo analizar la calidad de los servicios de la salud, estudiando sus dimensiones, las cuales varían entre los distintos modelos. Sin embargo, se escogió la investigación de Zeithaml et al. (1988) como base teórica para la recopilación de datos de este trabajo, por ser una de las más robustas y utilizadas hasta la actualidad. Se identificó que la satisfacción es la brecha entre las expectativas y las percepciones, por lo que esto puede variar

desde el punto de vista de cada paciente. A continuación se revisarán las definiciones de los principales términos de este proyecto.

## **Marco Conceptual**

### **Sistema Nacional de Salud del Ecuador**

Es el conjunto de entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes. El Consejo Nacional de Salud, es el organismo nacional de representación de los integrantes del Sistema, es la instancia nacional de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial, en apoyo al funcionamiento del mismo. Según Artaza, Méndez, Morrison y Suárez (2011) en el Ecuador no ha establecido un SNS que modifique el fraccionamiento del sector y asegure la universalidad de la atención de salud, la atención se encuentra organizada en tres subsectores paralelos; el público, regido por el MSP, organizado de acuerdo a la división territorial actual; la Seguridad Social, con una distribución zonal diferentes, con capacidad instalada propia y contratada; y los servicios privados, con servicios que van desde consultorios ambulatorios hasta servicios de alta especialización.

El Ecuador cuenta con tres sistemas de Seguridad Social, (IESS - ISSFA – ISSPOL), financiados por cotizaciones de los trabajadores del sector formal y aportaciones del Estado y sistemas privados de salud para la población con mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para la población con menores recursos económicos.

### **Modelo de Atención Integral en Salud**

Se ubica dentro de características determinadas donde interactúa la población y el prestador de servicios, dentro del cumplimiento del derecho a la salud, con base en un territorio y la población, vinculando las redes de atenciones integradas e integrales

institucionales o comunitarias. Hace hincapié en la participación de la población en el proceso de promoción de la salud, dentro de una respuesta intercultural y donde se puedan gestionar los recursos con el fin de garantizar la satisfacción de las necesidades en salud de forma equitativa, eficiente y de calidad (MSP - OPS, 2013).

### **Niveles de atención en el Ecuador**

Los establecimientos del SNS se clasifican por Niveles de Atención y según su capacidad resolutoria son:

- Primer Nivel de Atención;
- Segundo Nivel de Atención;
- Tercer Nivel de Atención;
- Cuarto Nivel de Atención; y,
- Servicios de Apoyo, transversales a los Niveles de Atención.

### **Primer nivel de atención o atención primaria**

Son los servicios de salud más cercanos a la población, facilitan y coordinan el flujo del usuario dentro del Sistema, prestan servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, brindan atención de urgencia y emergencia de acuerdo a su capacidad resolutoria, garantizan una referencia, derivación, contrarreferencia y referencia inversa adecuada, aseguran la continuidad y longitudinalidad de la atención (MSP, 2015).

### **Segundo nivel de atención**

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del primer nivel de atención. Se brindan otras modalidades de atención, no basadas exclusivamente en la

cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria y el centro clínico quirúrgico ambulatorio (hospital del día) (MSP, 2015); en este nivel se encuentra está ubicado el HPNG-2.

### **Tercer Nivel de Atención**

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, son de referencia nacional, resuelven los problemas de salud de alta complejidad y pueden realizar, trasplantes. Tienen recursos de tecnología de punta y cuentan con especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas (MSP, 2015).

En el marco conceptual se analizó al Sistema Nacional de Salud del Ecuador la forma de cómo funciona y su estructura principal. Se hizo referencia al Modelo de Atención Integral en Salud que busca garantizar la satisfacción de los usuarios; se revisaron los distintos niveles de atención que existen en el país, siendo el Hospital objeto de estudio parte del nivel 2.

### **Fundamentación Legal**

La Constitución del Ecuador 2008, es la norma jurídica suprema que rige la organización del Estado y hace referencia a la salud en los artículos 32 - 358 al 366 y sobre la seguridad social en los artículos 367 al 374. Se establece el derecho a la protección de la salud, los derechos y deberes fundamentales de todos los ciudadanos, vinculándose al ejercicio de otros derechos, como al agua, alimentación, nutrición, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. Exige a los poderes públicos y privados que presten un mejor servicio, respetando la dignidad de las personas, que es la principal característica del Estado constitucional de derecho y justicia. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución, bioética, con enfoque

de género y brecha generacional. Ecuador en materia de salud desarrolla una política basada en el plan de desarrollo y del buen vivir (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008).

En el artículo 11 se señala que es deber del Estado respetar y hacer respetar los derechos y a su vez en el artículo 54 los ciudadanos serán responsables por la mala práctica en el ejercicio profesional, arte u oficio, en particular cuando está en riesgo la integridad o la vida de las persona, estableciéndose la responsabilidad penal y civil del personal de salud por mala praxis. El Estado garantiza el bien jurídico protegido que es la vida y la integridad física del paciente, para que todos las personas que accedan a los servicios de salud, reciban una atención eficiente, de calidad con calidez y en el caso de incumplimiento a la norma, protocolos, reglamentos, serán sancionados y juzgados los profesionales de la salud de acuerdo al nuevo Código Orgánico Integral Penal, en su artículo 146 que castiga el homicidio culposo por mala práctica profesional (Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, 2014).

El Buen Vivir, es un principio constitucional fundamentado en creencias ancestrales, se fortalece con la unión social, los valores comunitarios, la participación activa de individuos y colectividades en decisiones relevantes, para la construcción de su propio destino. Se fundamenta en la equidad, con respecto a la diversidad, cuya realización plena no puede exceder los límites de los ecosistemas que la han originado. El Plan Nacional del Buen Vivir 2017-2021, establece una lista de objetivos promovidos por el Gobierno Nacional para mejorar la calidad de vida, la economía y política del país (Senplades, 2017).

La normativa que regula a la Red Pública Integral de Salud (RPIS) señala que esta tiene por objeto:

Lograr el acceso efectivo, universal y gratuito a la atención integral e integrada de salud ... Mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal de salud en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de complejidad, mediante la

optimización y fortalecimiento de capacidades del talento humano, que impacte en la calidad y equidad del acceso a servicios de salud (MSP, 2012, p. 23).

Por tanto, se puede notar que el Estado busca garantizar los servicios de salud a través de estas normativas; además hace un especial énfasis en las competencias del personal, capacitación del mismo para ofrecer una mejor calidad de servicio a sus usuarios.

En el marco legal se analizó la Constitución del Ecuador del 2008, en donde se señala que el Estado garantizará los servicios de salud y la calidad de los mismos. En este aspecto, se hizo especial énfasis en la mala práctica médica de los profesionales. Se citó la importancia que le da el Plan Nacional del Buen Vivir a los servicios de salud y el enfoque de calidad que indica la normativa del RPIS; esto justifica la realización de este proyecto con el fin de mejorar la percepción de calidad de los usuarios externos del Hospital.

### **Aspectos Éticos y Legales**

Es una investigación que está dentro de los límites éticos, porque es un estudio prospectivo, en el que se realizaron encuestas a los usuarios de la Consulta Externa del Hospital de la Policía Nacional N°2 Guayaquil, obteniendo los datos necesarios para la investigación. Se solicitó la autorización por escrito a la institución para la realización de las encuestas. Como estudiante regular de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Sistema de Post Grado, el trabajo de investigación fue dirigido por un tutor Docente de la Facultad, por lo que el autor fue considerado investigador principal.

Luego de haber revisado diferentes enfoques y conceptos sobre la calidad en los servicios de salud; además de haber identificado de qué forma se gestiona esto en el SNS, resulta necesario conocer investigaciones sobre este tema en otros países y a nivel nacional, ya que de esta forma se podrá tener un marco referencial, de donde se tenga un punto de partida para desarrollar esta investigación.



## Capítulo II

### Marco Referencial

En el capítulo anterior se revisaron los conceptos teóricos sobre la calidad en los servicios de salud; sin embargo, esto no resulta suficiente para abordar esta investigación de manera más objetiva; por tanto, se necesita conocer los resultados de trabajos investigativos de otros países y también nacionales, para poder partir de estas investigaciones y proceder a recopilar los datos. A continuación se presentan algunos trabajos internacionales y nacionales con respecto a la calidad del servicio en la salud.

En una investigación que se realizó en Colombia y Brasil sobre la calidad en los servicios de salud desde la perspectiva de los actores sociales, los resultados mostraron convergencias en torno a tres grandes ejes: adecuación de la estructura, nivel técnico y humanización de la atención; sin embargo, en la percepción por grupos, los resultados fueron disímiles ya que apuntan a diferentes debilidades que tienen los sistemas de salud y de forma particular, muestran que los usuarios profundizan más en los aspectos técnicos del servicio de lo considerado generalmente por las autoridades de salud (Delgado, Vázquez & Moraes, 2010).

Massip et al. (2008) concluyen que con los avances de la medicina, es necesario hacer un llamado para humanizar la asistencia en salud y ofrecer servicios de mayor calidad. En lo relativo a la atención médica esta debe estar basada en actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales acreditados, teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida.

Se han encontrado otros resultados sobre estudios de calidad de diferentes autores, entre ellos, en ocho países de la Unión Europea se estudió sobre opiniones de los pacientes europeos sobre los sistemas de salud y los seguros de atención médica, confirman la

importancia de lo que opinan los pacientes, sus expectativas y las decisiones de salud en la búsqueda, de formas de ser más sensibles a las necesidades de los pacientes y de su público. Los resultados sugieren que muchos de los pacientes europeos desean un papel más autónomo en la toma de decisiones de atención médica. Los responsables de la formulación de políticas y los médicos deberían considerar cómo reducir la brecha entre las expectativas de los gerentes y la experiencia de los pacientes (Coulter, 2005).

A su vez en el trabajo de Freitas, Bauer, Minamisava, Bezerra y Sousa (2014) sobre la calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza, en Goiânia, Brasil, las autoras concluyen que a pesar del déficit de calidad, fue encontrado un alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería recibidos. Estos resultados indican la necesidad de que la institución centre sus objetivos en un sistema de evaluación permanente de la calidad del cuidado, tratando de atender las expectativas de los pacientes.

En la investigación calidad de la atención de la salud desde la perspectiva del usuario en el análisis de una encuesta realizada en centros de atención primaria en Buenos Aires; los resultados se compararon entre los servicios públicos con los privados, siendo el indicador turnos el de mayor inaceptabilidad en los dos sectores, mientras que en el sector público se observó como una falencia el trato del personal administrativo (Laurenza, 2013).

En el trabajo sobre satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad, realizada en México D.F.; el 50% de los encuestados consideran mediocre la calidad de atención recibida. Los indicadores de mayor satisfacción se encontraron en los pacientes de 46 a 60 años, con escolaridad primaria y terciaria. Los autores concluyeron que la satisfacción laboral está desarrollada con la capacitación,

actualización para el desempeño y la satisfacción del personal está ligado al trato que reciben (Ponce, Reyes & Ponce, 2006).

En el trabajo de investigación sobre la evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el Departamento Médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012, de Quito; se determinó que los usuarios se encuentran satisfechos de la atención médica entre el 88.97 y el 94.36%. Más del 50% fueron atendidos sin historia clínica. Previa a la atención médica no se toman los signos vitales en el 32%. No existe información en post-consulta por parte del personal de enfermería. El tiempo de espera en la pre-consulta es adecuado para el 81% y el 45% de los usuarios consideran que no siempre tienen permiso para acceder a la atención (Del Salto, 2014).

En la investigación sobre la satisfacción de la calidad de atención brindada a los usuarios de la consulta externa del Centro de Salud N° 2, en Cuenca, Ecuador; se identificó que los clientes son usuarios adultos jóvenes ( $35.1 \pm 14.1$  años), 76.3% de mujeres, de estado civil casado (46.7%), de residencia urbana (94.1%), de instrucción media (46.7%), ocupación más frecuente quehaceres domésticos (35.9%) y sin seguro médico el 77.7%. El servicio más consultado fue medicina (55.1%). Se registraron niveles altos de satisfacción en todos los departamentos y en forma global (77.4%), con significancia estadística ( $p < 0.05$ ); existió un 76.3% de visitas subsecuentes. El grado de satisfacción elevado tuvo significancia estadística en las categorías subjetivas. Se concluyó que fueron encontrados altos niveles de satisfacción con el servicio global e individual, lo que se traduce en un servicio de calidad. La satisfacción del usuario se asocia con el trato que recibe del personal de salud (Hermida, 2014).

En la propuesta de un sistema de evaluación de la calidad del servicio en el área de salud mediante el modelo SERVQUAL, Hospital José Garcés Rodríguez del cantón Salinas de la provincia de Santa Elena; el autor concluyó que la calidad que se le brinda al usuario

depende de las dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles; dando como resultado una óptima calidad, a su vez el modelo SERVQUAL, se consideró como la mejor manera para encontrar las falencias que se dan al momento de atender al usuario (Figuroa, 2013).

En la investigación sobre la evaluación de la calidad y calidez de atención a los usuarios del Sub-centro de salud El Bosque, Guayas, en el periodo 2011; se infirió que la atención fue excelente para el 21%, muy buena para el 37%, buena para el 35%, regular para el 6% y mala para el 1%. Esto demuestra que el promedio de la satisfacción del usuario está entre buena y muy buena. Basado en los resultados se procedió a la elaboración de una propuesta de mejoramiento en la calidad y calidez de la atención (García , 2012b).

A su vez en el estudio sobre la percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa del Sub-centro de Salud de Amaguaña, provincia de Pichincha, se pudo deducir que para el 76.7% de los encuestados el tiempo de espera fue hasta 180 minutos. Otros factores como si el profesional le examinó, si hubo privacidad, si el médico dio importancia a sus dolencias, si entendió las recomendaciones, el 96.7% de los usuarios manifiestan su bienestar. El 76.7 % considera que los funcionarios del Sub-centro de Salud muestran interés por brindarle un servicio de calidad (Bravo, 2011).

En el estudio sobre la implementación de modelos de atención en los servicios de enfermería del Hospital Clínica Kennedy (HCK), de la ciudad de Guayaquil en el 2008; se realizaron dos investigaciones sobre la calidad de la atención de enfermería desde la perspectiva de los usuarios externos del HCK. Se concluyó que la oportunidad de la atención fue del 58.88% en la primera evaluación, la relación enfermera – paciente es buena, el paciente recibe una atención personalizada con respeto y amabilidad. El personal de enfermería ofrece orientación del servicio al usuario en el 46.67%, lo que trae como

consecuencia queja de los pacientes por desconocimiento de las normas institucionales. En la segunda investigación sobre la calidad de la atención de Enfermería desde la perspectiva de las enfermeras del HCK, las conclusiones fueron que existe una alta estabilidad laboral, la distribución del personal de enfermería es equitativa, se toma en cuenta la gravedad del paciente. En la variable aplicación de normas y procedimientos, las enfermeras cumplen con el principio científico, pero no siempre se siguen estos. La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería es baja, porque no está implementado un modelo de atención. Los registros de enfermería son inadecuados, la comunicación no es vista como parte del trabajo, sino como personal. Es necesario fomentar en la enfermera una cultura de calidad (Quiroz & Noblecilla , 2008).

En estos estudios se destaca que la calidad de servicios de salud se inicia con la entrada del paciente a la institución e influye directamente en los diversos factores del proceso. No siempre estos aspectos son considerados por los gerentes para hacer las rectificaciones en lo general y en lo particular. Luego de revisar estas investigaciones, queda claro que la percepción de calidad de los administradores es distinta que la de los pacientes, por tanto es necesario desarrollar un marco metodológico que se dirija a medir las percepciones de los usuarios de consulta externa; por esta razón se desarrolló el siguiente capítulo denominado marco metodológico.

Jélvez et al. (2015) desarrollaron una investigación sobre la evaluación de la calidad de servicio en el Centro de Salud Familiar CESFAM en Chile. La metodología que se utilizó en esta investigación fue mediante la encuesta de calidad de atención, validada estadísticamente, conocida como SERVQUAL; se utilizó un muestro aleatorio simple, con un tamaño muestral de 145 personas, con un nivel de confianza del 95% y un error muestral del 8.2%.

Esta escala consistió de respuestas múltiples, la cual permitía evaluar expectativas y percepciones de los usuarios. Las dimensiones analizadas fueron fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles. Las expectativas de manera general, sobre una puntuación de cinco, obtuvo una puntuación de 4.28 por lo que consideraron altas, siendo la expectativa de confiabilidad la más puntuada. Las percepciones obtuvieron una calificación de 3.86; por tanto se concluyó que el usuario se encuentra insatisfecho, generando propuestas con respecto a cada dimensión (Jélvez et al., 2015).

Ruiz (2015) realizó una investigación sobre la evaluación de la calidad de los servicios médicos en el área de consulta externa, en base a la metodología de SERVQUAL, en el Club de Leones Quito Central, en el período 2012- 2014. La metodología utilizada fue mediante un cuestionario de dos ítems con 22 preguntas que se distribuyeron en cinco dimensiones; la muestra fue de 238 pacientes que fueron estratificados en nueve servicios que ofrece el centro.

La idea central era medir la diferencia entre las expectativas de los usuarios, con respecto a sus percepciones. Las mayores brechas identificadas entre expectativas y percepciones, estuvieron en las dimensiones de elementos tangibles y capacidad de respuesta; en las dimensiones de fiabilidad, seguridad y empatía estas brechas fueron menores. Se concluyó que los usuarios están satisfechos, ya que obtuvieron una puntuación de 3.70 sobre cinco en su calidad percibida (Ruiz, 2015).

## **Dimensiones de la calidad**

### ***Eficacia***

Es el impacto o efecto de una acción sobre el nivel de salud o bienestar de la población, llevada a cabo en condiciones óptimas. Es la relación de los objetivos/resultados bajo condiciones reales.

## Efectividad

Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales y los recursos puestos en función para ese fin fueron efectivos.

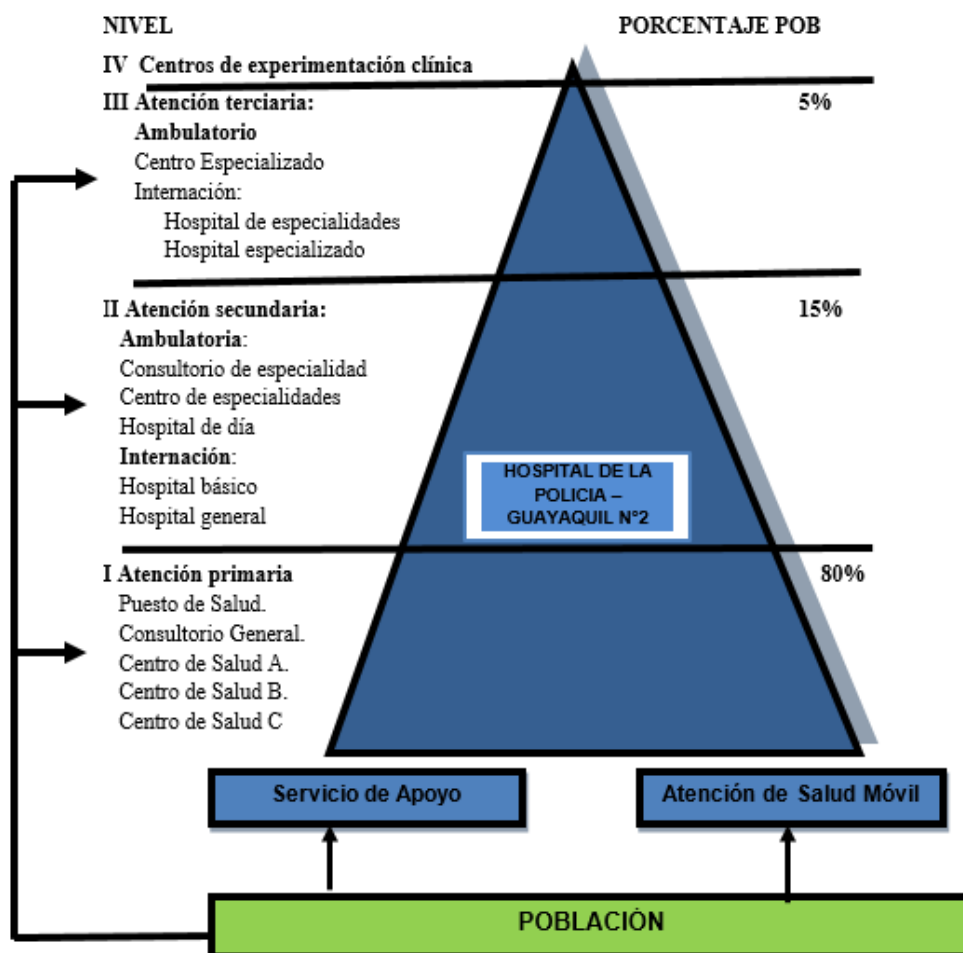


Figura 1. Niveles de atención

## Eficiencia

Es el grado de máxima contribución a las metas sociales definidas de acuerdo a los recursos propios disponibles y de los que no pertenecen al sistema de salud. Es la relación favorable entre los resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y lo referente a la productividad de los servicios y puede medirse en términos físicos (eficiencia técnica) o en términos de costo (eficiencia económica).

**Accesibilidad**

Es la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Las barreras que se presentan son: geográficas, que es la imposibilidad de acercar los servicios a la población; las barreras económicas debido a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, como por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras administrativas, expresan la dificultad que impone la organización de los servicios, como los horarios de atención o los turnos y la cuarta barrera, la cultural, centrada en las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población y la barrera de acceso.

**Continuidad asistencial**

Comprende diversas dimensiones que se deben considerar; no obstante, tiene importancia en el ámbito asistencial donde aspectos como la coordinación asistencial, el conocimiento de los datos básicos y problemas de salud del paciente son determinantes para la atención.

**Comodidad**

Es un conjunto de circunstancias que rodean a usuario para hacer que su estadía en las unidades de salud le resulte confortable, aunque no necesariamente lujosa.



## **Capítulo III**

### **Marco Metodológico**

En este capítulo se definirán todos los aspectos relacionados a la investigación que se realizará. Se revisará el tipo y área de estudio, además se establecerá el universo y la muestra, definiendo claramente los criterios de inclusión y exclusión. Se determinará el instrumento a utilizar, el procedimiento para la recolección de datos, la definición de la variable, términos y finalmente la operacionalización de las variables.

#### **Tipo de Estudio**

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) los estudios cuantitativos son aquellos que utilizan la estadística como forma de presentar y analizar las variables de investigación; los estudios descriptivos son los que caracterizan las variables de investigación, en este caso son las dimensiones evaluadas; de igual forma los autores definen al estudio correlacional como aquel que analiza la incidencia de una variable sobre otra, en este caso se realizó este análisis para identificar las relaciones entre las dimensiones de la calidad.

Este es un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional. De corte transversal ya que se analizará e interpretará la satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Policía Nacional 2 – Guayaquil en el tercer trimestre del 2017 y no experimental porque no hay manipulación de las variables.

#### **Área de Estudio**

El estudio se desarrollará en el HPN2G que es un establecimiento de II nivel de atención, con una experiencia de 25 años en brindar atención médico - quirúrgica al personal de la Policía Nacional de la dotación de la Comandancia de la Policía Guayas y se encuentra ubicada en la Provincia del Guayas. Este hospital cuenta con una estructura física vertical de

cinco plantas, la atención en el servicio de consulta externa está ubicada en la planta baja y en el primer piso alto ofrece atención en consultorio de preparación de pacientes, Medicina, Neumología, Gastroenterología, Cardiología, Cirugía general, Cirugía torácica, Ginecología, Pediatría, Traumatología, Otorrinolaringología y Oftalmología, Odontología, Cirugía Reconstructiva y plástica, Urología, Nefrología. Además cuenta con una sala de espera de 80 metros cuadrados aproximadamente, área de admisión, farmacia, batería de servicios higiénicos, acceso a ascensores y un laboratorio clínico.

El personal responsable de la atención ambulatoria está conformado por médicos especialistas, una enfermera líder, auxiliares de enfermería, personal de estadística y archivo y personal técnico de apoyo.

## **Población y Muestra**

### **Población**

Los usuarios de la unidad en estudio son los pacientes con cita subsecuente. Estas son personas que asisten por segunda o más ocasiones al hospital a atender sus afectaciones. Entre julio y septiembre de 2017 se tuvieron 16,855 pacientes de citas subsecuentes, por tanto esta se considera la población o universo de la investigación.

### **Muestra**

La muestra es de tipo aleatoria y probabilística, debido a que se pretende conocer los factores que inciden en la percepción de calidad de los usuarios externos, esto se lo realizará por medio de las cinco dimensiones de la calidad, que son descritas más adelante en el documento. Se utilizó un intervalo de confianza del 95%, el error máximo muestral se definió en el 5%; las probabilidades de éxito o fracaso en las respuestas fueron las mismas; por tanto se utilizó la siguiente ecuación para una población finita (Lind, Marchal & Wathen, 2012):

$$\frac{N * (\alpha_c * 0,5)^2}{1 + (e^2 * (N - 1))}$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población (Finita).

$\sigma$  = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0.5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1.96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale a 2.58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0.01) y 9% (0.09), valor que queda a criterio del encuestador.

Tabla 1  
*Muestra*

<b>Muestra</b>	
Total de la población (N)* (consulta subsecuente)	16,855
Nivel de confianza o seguridad (1- $\alpha$ )	95%
Precisión (d)	5%
Proporción (valor aproximado del parámetro que se quiere medir)	5%
Tamaño muestral (n)	376

Nota. Población atendida entre julio y septiembre 2017. Fuente de datos: Departamento de Estadística del HPNG2.

### **Criterios de inclusión**

Carrillo (2015) determinó que los criterios de inclusión son las características que deben tener los elementos en estudio. En este caso los criterios de inclusión a tomar en cuenta

son:

- Usuarios de ambos sexos mayores de 18 años
- Usuarios que solicitaban atención de salud en la consulta externa
- Usuarios que habían recibido dos o más atenciones en la consulta externa.
- Usuarios que desearon participar voluntariamente en el estudio.
- Usuarios que no presentaban trastornos de salud mental.

### **Criterios de exclusión**

Carrillo (2015) estableció que los criterios de exclusión definen las características, cuya existencia obligue a no incluir un elemento de estudio. A continuación se presentan los criterios de exclusión:

- La muestra seleccionada tuvo en cuenta los siguientes criterios de exclusión:
- Usuarios de ambos sexos cuyas edades fueron menores de 17 años.
- Usuarios con una atención en la consulta externa.
- Usuarios que no desearon participar en el estudio.
- Usuarios que presentaron trastornos de salud mental.

### **Técnica de Recolección de Datos**

Para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta mediante un cuestionario. Según Hernández et al. (2010) la encuesta se compone de preguntas que se realizan a una muestra para poder determinar el comportamiento que tienen con respecto a un tema de investigación, el cuestionario es la estructura de esta encuesta. Este cuestionario consta de tres partes:

- Datos demográficos del encuestado.

- Datos relacionados con indicadores que abordaron elementos intangibles, seguridad, confiabilidad, capacidad de respuesta y empatía con preguntas cerradas.
- Opinión de los usuarios y sugerencias acerca de la calidad de la atención recibida en este servicio.

El instrumento de medición (IM) tiene ítems con una amplitud de escala de cinco categorías, utilizándose para la calificación la escala de Likert, que permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con la escala de afirmación propuesta.

Esta escala resulta especialmente útil emplearla en situaciones en las que se desea que la persona encuestada matice su opinión. En este sentido, las categorías de respuesta sirven para capturar la intensidad de los sentimientos del encuestado hacia sus respuestas:

- 1 Totalmente o muy insatisfecho
- 2 Insatisfecho
3. Neutro o ni satisfecho o ni insatisfecho
- 4.Satisfecho
5. Totalmente o muy satisfecho

La aplicación de la encuesta será de forma aleatoria simple, se dividirá el número de usuarios externos de consulta subsecuente que se espera recibir en una semana entre la muestra que se estableció a encuestar y se establecerá la cuota diaria de entrevista por día. La aplicación de las encuestas se llevará a cabo en la consulta externa inmediatamente después que el usuario ha recogido sus medicamentos en Farmacia.

### **Procedimiento Durante la Recolección de la Información de la Encuesta**

El encuestador:

- Identifica y expone el objetivo de la encuesta al posible encuestado y le hace saber que es anónima.

- Solicita su consentimiento haciéndole la pregunta ¿podría brindar su opinión acerca de la atención recibida en la consulta externa?
- Si es aceptada inicia con las preguntas.
- No trata de influenciar las respuestas de los usuarios.
- Verifica antes de concluir la encuesta que todas las casillas estén llenas.
- Se agradeció la información brindada y se revisan las anotaciones relativas a cada pregunta.

Una vez concluido el periodo de levantamiento de las encuestas, la información recolectada en los cuestionarios se realiza una base de datos en el Programa EXCEL, la elaboración de las tablas y gráficos se hacen utilizando el programa estadístico EPI INFO 2008 (OPS-OMS) y las dimensiones se les somete a los intervalos de confianza con el fin de probar la igualdad de proporción de las categorías, el análisis que se realiza en cada una de las dimensiones establecidas.

### **Hipótesis**

La percepción del usuario respecto a la atención recibida en la consulta externa del HPNG 2 permite la realización de una propuesta de intervención.

### **Definición de la Variable**

Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud

**Definición conceptual.** Juicio de valor expresado por el usuario de acuerdo con la percepción subjetiva sobre las dimensiones de la calidad de atención de salud.

**Definición operacional.** Es la opinión del usuario externo sobre elementos tangibles, seguridad, confiabilidad, capacidad de respuesta y empatía, técnico-científica y del entorno

de la calidad de atención de salud de la consulta externa en el Hospital de la Policía Nacional 2 Guayaquil.

**Valor final que ocupa la variable.**

1. Totalmente o muy insatisfecho.
2. Insatisfecho.
3. Neutro.
4. Satisfecho.
5. Totalmente o muy satisfecho.

**Definición de Términos**

**Calidad de atención de salud.** Es la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El análisis de la calidad en los servicios de salud se realiza a partir de la dimensión humana, técnico-científica y del entorno de la calidad.

**Satisfacción del usuario.** Percepción del usuario sobre la calidad de la atención de salud de la consulta externa en el Hospital de la Base de la Policía Nacional 2 Guayaquil.

**Usuario externo.** Efectivos policiales activos y pasivos, derechohabientes y dependientes del policía, acantonados en la provincia del Guayas y provincias de referencia que reciben atención de salud en la consulta externa del HPNG2.

**Operacionalización de Variables**

Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de la atención de salud.

**Definición conceptual**

Juicio de valor con relación a la percepción subjetiva del individuo sobre la calidad de la atención.

Tabla 2  
Operacionalización de las variables

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
Elementos tangibles	Apariencia de los elementos físicos y personas que intervienen o se utilizan en la prestación de la atención en salud.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La señalización de la Consulta Externa (carteles, letreros, flechas ) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y familiares.</li> <li>2. En la consulta externa el personal está correctamente uniformado.</li> <li>2 Los consultorios contaron con los equipos y materiales necesarios para su atención.</li> <li>3 La HCl estuvo disponible en el consultorio para su atención.</li> <li>4 Las instalaciones físicas de la Consulta externa son visualmente atractivas.</li> </ol>	Nominal
Seguridad	Conocimiento y atención mostrados por el personal de salud y otros funcionarios. Habilidad para inspirar credibilidad y confianza. Competencia profesional, credibilidad y garantía.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientación y explicación sobre los pasos o trámites para la atención.</li> <li>2. Seguridad en la atención médica.</li> <li>3. Interés en la solución de su problemas de salud.</li> <li>4. Los pacientes tienen seguridad en el personal que le atiende en la consulta externa.</li> </ol>	Nominal
Confiabilidad	Desempeño confiable y preciso. Habilidad para prestar el servicio en forma acertada, cuidadosa y como se anuncia.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención personalizada.</li> <li>2. Le hicieron el examen físico.</li> <li>3. El médico informa y orienta a los pacientes y familiares el problema de salud o resultados de la atención.</li> <li>4. El médico informa y orienta a los pacientes sobre la medicación prescrita.</li> </ol>	Nominal



		5. El tiempo de consulta es realizado en el tiempo previsto.	
Capacidad de respuesta	Prontitud y espíritu servicial. Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cumplimiento en la prestación de los servicios programados (cita médica).</li> <li>2. Oportunidad en la asignación de citas médicas (respeto al turno de llegada y programación).</li> <li>3. Atención en caja y servicios técnicos complementarios.</li> <li>4. Disposición para atender preguntas.</li> <li>5. Entrega de medicación</li> </ol>	Nominal
Empatía	Atención Individualizada que ofrecen la Consulta Externa a sus usuarios	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El personal de la Consulta Externa se ayuda entre sí para dar la mejor atención posible.</li> <li>2. En la Consulta externa se piensa primero en los pacientes.</li> <li>3. Los trabajadores dejan sus problemas personales atrás y no los vuelcan contra los pacientes.</li> <li>4. Los trabajadores están atentos a las necesidades del usuario.</li> </ol>	Nominal
Características socio – demográficas	Edad	En años cumplidos.	Nominal
	Sexo	Masculino. Femenino.	Nominal

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
del usuario externo ...	Nivel de instrucción	Sin instrucción. Primaria.	Nominal

	Secundaria Técnico. Superior.	
Ingreso económico	± un mínimo vital. Entre 2 y 3 SMV. + 4 SMV.	Nominal
Lugar de residencia	Urbana. Rural. Urbano marginal.	Nominal
Afiliación	Policía en servicio activo. Policía en servicio pasivo. Habientes / dependientes del policía. IESS. MSP.	Nominal

En este capítulo se definió el marco metodológico que siguió la investigación; se estableció el universo, la muestra, la técnica y el procedimiento que se realizó. Por tanto, se precedió a recopilar los datos, los cuales se tabularon y procesaron mediante los programas EXCEL y EPI INFO 2008. Además se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 22, mediante el cual se realizó el análisis correlacional. En el siguiente capítulo se presentan y analizan los resultados obtenidos.

## Capítulo IV

### Resultados

En el capítulo anterior se revisaron todos los aspectos metodológicos que se utilizaron en la investigación, los cuales fueron útiles para recolectar los resultados. En este capítulo se presentan y analizan los resultados; mediante las secciones de características de los informantes, elementos tangibles, seguridad, confiabilidad, capacidad de respuesta, empatía, correlaciones y resumen de los problemas identificados.

#### Características de los Informantes

Tabla 3  
*Información sociodemográfica de los usuarios*

Variable	N°	%
<b>Sexo</b>	<b>376</b>	<b>100.00</b>
Masculino	196	52.00
Femenino	180	48.00
<b>Grupo etáreo</b>	<b>376</b>	
Menor de 20 años	9	2.33
Adulto	332	88.37
Adulto mayor	35	9.30
<b>Nivel de instrucción</b>	<b>376</b>	
Primaria	35	9.30
Secundaria	240	63.95
Técnica	35	9.30
Superior	66	17.4
<b>Ingreso económico</b>	<b>376</b>	
≤ 1 sueldo mínimo vital	48	12.9
2 y 3 sueldos mínimo vital	311	82.6
≥ 4 sueldos mínimo vitales	17	45
<b>Lugar de residencia</b>	<b>376</b>	
Urbana	314	83.52
Rural	31	8.24
Urbano marginal	31	8.24
<b>Afiliación</b>	<b>376</b>	
<b>ISSPOL</b>	<b>350</b>	<b>93.02</b>
Policía servicio activo	153	40.70
Policía servicio pasivo	61	16.28
Dependiente / derecho habiente	136	36.05
<b>IESS</b>	<b>22</b>	<b>5.81</b>
<b>MSP</b>	<b>4</b>	<b>1.16</b>

En la Tabla 3 se puede observar que de los 376 usuarios externos encuestados la mayoría fueron hombres (52%), adultos el 88.37%, con relación a la instrucción la mayoría ha cursado instrucción secundaria 63.95%, el ingreso económico fluctúa entre los 2 y 3 SMV para el 77.91%. La mayoría de la población encuestada vive en zona urbana 83.52% y son asegurados al ISSPOL en el 93.02%.

En la figura 2 se presenta las características de sexo de los usuarios, el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino (52.33 %) frente al 47.67 % del femenino. En la figura 2 se observa que el grupo de edad predominante que solicita atención es el de 21 a 30 y de 31 a 40 años (65.12%), con participación similar en los grupos femenino y masculino.

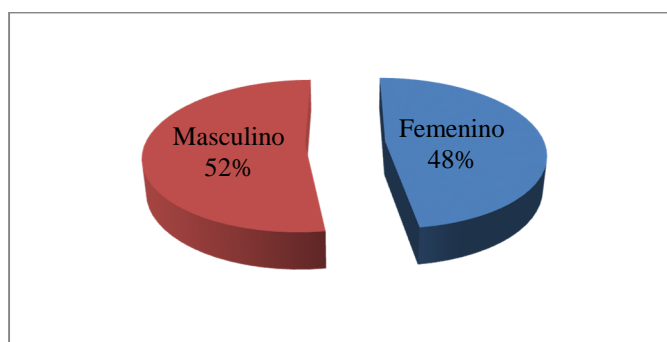


Figura 2. Sexo

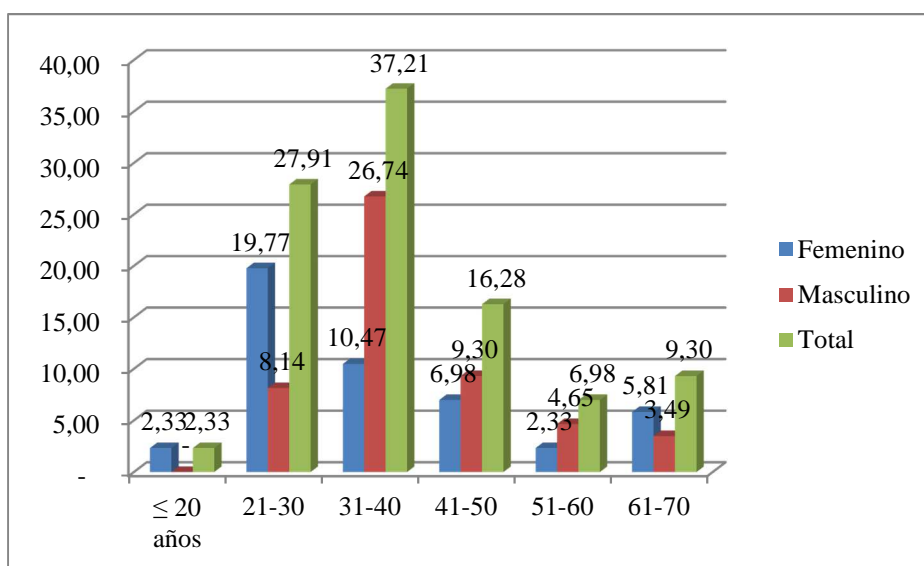


Figura 3. Población entrevistada por sexo y grupos de edad

Tabla 4  
*Instrucción por sexo de la población encuestada*

<b>Instrucción</b>	<b>Mujeres</b>	<b>%</b>	<b>Hombres</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Primaria	22	5.81	13	3.49	35	9.30
Secundaria	114	30.23	128	33.72	242	63.95
Técnica	17	4.65	17	4.65	34	9.30
Universidad	26	6.98	39	10.47	65	17.44
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>47.67</b>	<b>197</b>	<b>52.33</b>	<b>376</b>	<b>100.00</b>

La población en un porcentaje alto del 63.95% tiene instrucción secundaria, seguido del grupo de instrucción superior con el 17.44% y con el 9.30% los grupos de instrucción primaria y técnica respectivamente.

Tabla 5  
*Ingreso económico por sexo de la población encuestada*

<b>Ing. Econ</b>	<b>Mujeres</b>	<b>%</b>	<b>Hombres</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
≤ 1 SMV	44	11.63	4	1.16	48	12.79
2 - 3 SMV	123	32.56	160	45.35	283	77.91
≥ 4 SMV	13	3.49	22	5.81	35	9.30
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>47.67</b>	<b>185</b>	<b>52.33</b>	<b>376</b>	<b>100.00</b>

La población que asiste a la consulta externa del HPNGN<sup>o</sup>2 tiene un ingreso entre 2 -3 SMV el 77.91%. ≤ 1 SMV el 12.79% siendo la mayoría de mujeres ubicadas en este estrato y ≥4 SMV el 9.30%.

Tabla 6  
*Lugar de residencia por sexo de la población encuestada*

<b>Residencia</b>	<b>Mujeres</b>	<b>%</b>	<b>Hombres</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Urbana	144	38.37	171	45.35	315	83.72
Rural	26	6.98	4	1.16	30	8.14
Urbano marginal	9	2.33	22	5.81	31	8.14
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>47.67</b>	<b>197</b>	<b>52.33</b>	<b>376</b>	<b>100.00</b>

La tabla 6 presenta el lugar de residencia de los entrevistados, el mayor porcentaje indicó

vivir en la zona urbana 83.72% y con el 8.14% los que provienen de la zona rural y urbano - marginal respectivamente.

Tabla 7  
*Tipo de afiliación*

<b>Afiliación</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Masculin o</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Policía serv. activo	61	16.28	92	24.42	153	40.70
Policía serv. pasivo	22	5.81	40	10.47	62	16.28
Dependiente/derecho habiente ISSPOL	88	23.26	48	12.79	136	36.05
IESS	4	1.16	17	4.65	21	5.81
MSP	4	1.16	-	-	4	1.16
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>47.67</b>	<b>197</b>	<b>52.33</b>	<b>376</b>	<b>100.00</b>

De acuerdo al Convenio Marco Interinstitucional N° 0000017 la Seguridad Social Policial integra la Red Pública Integral de Salud y el HPNG2 oferta sus servicios externos a la población asegurada a la Seguridad Social Policial en forma mayoritaria 93.02%, en porcentajes bajos a beneficiarios del IESS 5.81% y del MSP 1.16%.

### **Elementos Tangibles**

Los elementos tangibles pueden impactar en la calidad de los servicios no solo desde un punto de vista estético o funcional a la empresa, sino también busca que esos elementos sean funcionales al cliente, elevando de ese modo la percepción de calidad que se lleven de la institución evaluada.

Las instalaciones físicas de la Consulta externa corresponde al lugar en donde se desarrolla la práctica médica y en general el proceso de atención al paciente; por tanto, las apreciaciones son de interés para la evaluación de la satisfacción y la calidad desde la perspectiva del usuario.

Tabla 8  
Planta física

Planta física	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Insatisfactorio	52	13.95	44	11.63	96	25.58
Neutro	88	23.26	105	27.91	193	51.16
Satisfactorio	39	10.47	48	12.79	87	23.26
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>47.67</b>	<b>197</b>	<b>52.33</b>	<b>376</b>	<b>100.00</b>

Para los usuarios la planta física es insatisfactoria para el 25.58%, ni insatisfactorio ni satisfactorio para el 51.16% y satisfactorio para el 23.26%. Los pacientes indican que el área física es muy pequeña para la demanda existente, no hay posibilidad de aumentar el número de consultorios y de hacer readecuaciones por ser una estructura vertical de los años 80, la sala de espera es muy pequeña.

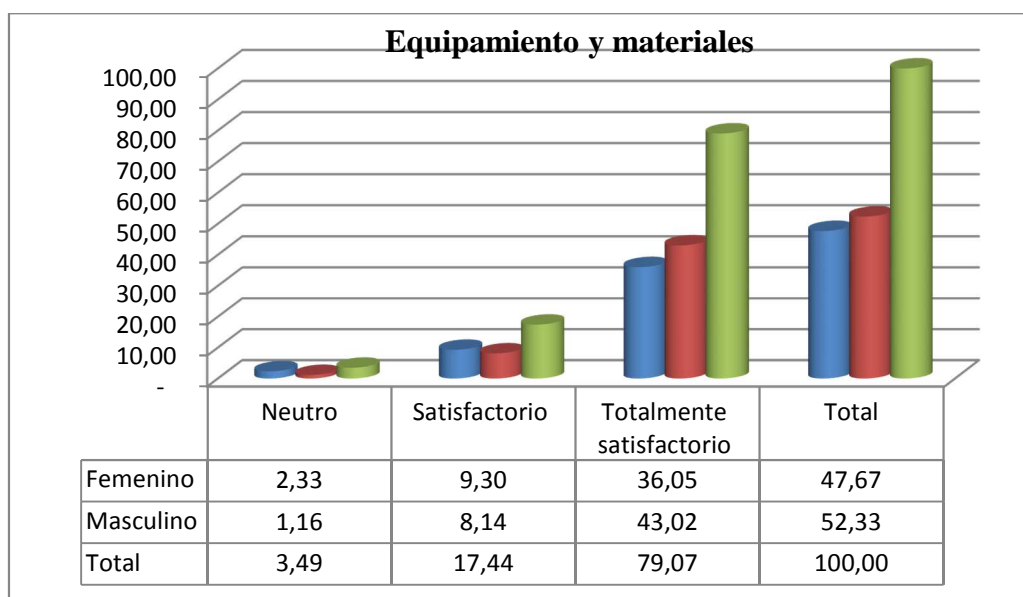


Figura 4. Equipamiento y materiales

Los consultorios generales y de especialidades de la Consulta Externa del HPNG2, cuentan equipos y materiales para la atención de salud, los usuarios consideran que el equipamiento es completo para el 79.09%, parcialmente incompleto en el 17.44% e incompleto en el 3.49%.

La señalética es el conjunto de señales utilizadas en un espacio público, como es la

consulta externa. El 90.70% de los usuarios consideran que son suficientes porque son claras y simples, son las convencionales y están en correcta posición y ubicación, para el 5.81% son regulares y deficiente para el 3.49%.

La historia clínica es un documento privado, de tipo técnico - clínico, legal, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención del paciente. Estos expedientes en el HPNG2 están automatizados por lo que cuando llega el paciente al consultorio está disponible, según los pacientes en el 95.39% está completamente satisfecho y para el 4.65% satisfecho debido generalmente por falta de algún código no se abre la HCL, lo que es solucionado inmediatamente por el personal de estadística.

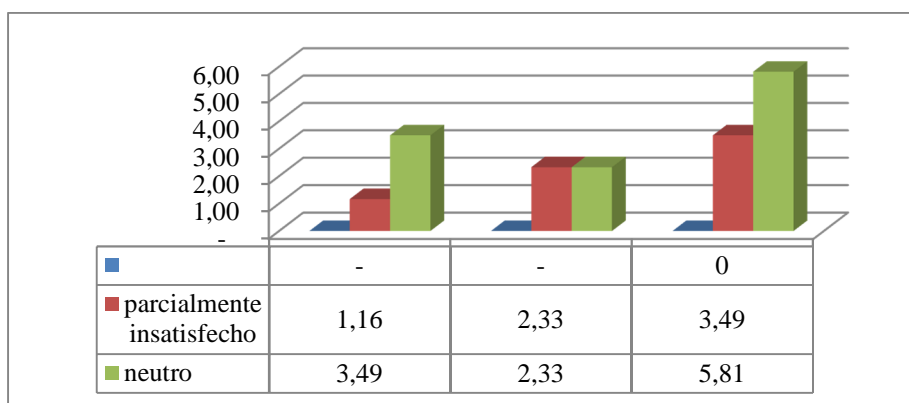


Figura 5. Señalética disponible

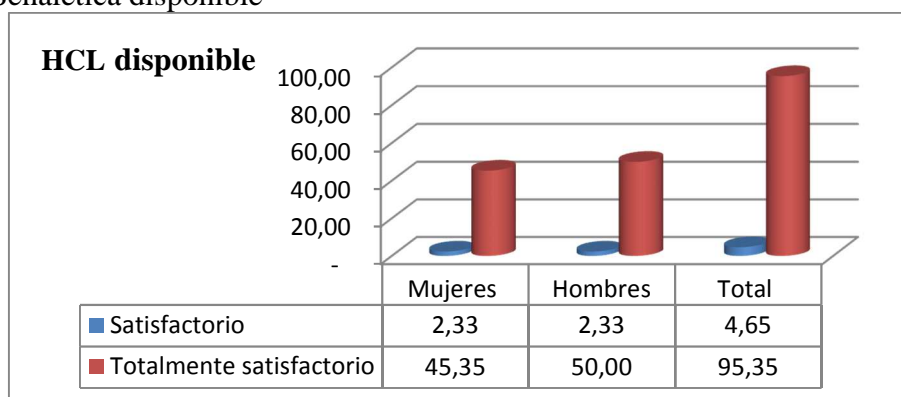


Figura 6. Historia Clínica disponible



El uso del uniforme es parte del equipo de protección personal (EPP) y la utilización de una vestimenta adecuada, responde a las normas y exigencias de una profesión, así como el respeto que se tiene a la sociedad; elementos que favorecen a una adecuada imagen social. De acuerdo a la percepción de los entrevistados el 56.98% considera que lo llevan satisfactoriamente el 56.98%, neutro el 34.88% y parcialmente satisfactorio el 8.14%.

Las opiniones vertidas por los usuarios sobre este tema, consideran que el personal que labora en la institución no lleva el uniforme como identificación de un grupo profesional al que pertenecen, produciendo confusión en el usuario; por ejemplo, señores camilleros con mandil médico. Los usuarios observan que el uso de calzado no es el profesional (uso de sandalias o calzado abierto y con tacones), la mayoría del personal femenino lleva el cabello suelto, o mal recogido, les llama la atención que las uñas de las manos son largas o postizas, pintadas con esmalte de colores muy fuertes, otros tienen las uñas mal cuidadas (sucias), exceso de pulseras. Parte del personal anda por los corredores con mascarillas en el cuello, guantes colocados y con mandiles azules (de cirugía) entre otros.

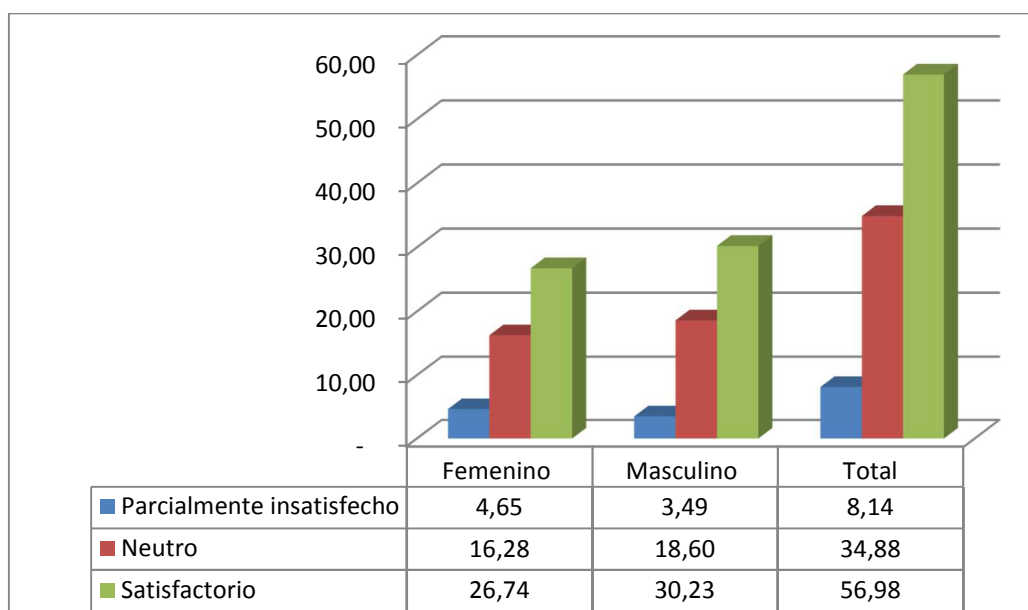


Figura 7. Uso del uniforme del personal

## Resumen del componente de elementos tangibles

Los resultados de los elementos tangibles presentan niveles de totalmente satisfecho en los indicadores HCL y equipamiento, satisfacción en lo relacionado a señalética y uso del uniforme y ni insatisfecho ni satisfecho el indicador planta física.

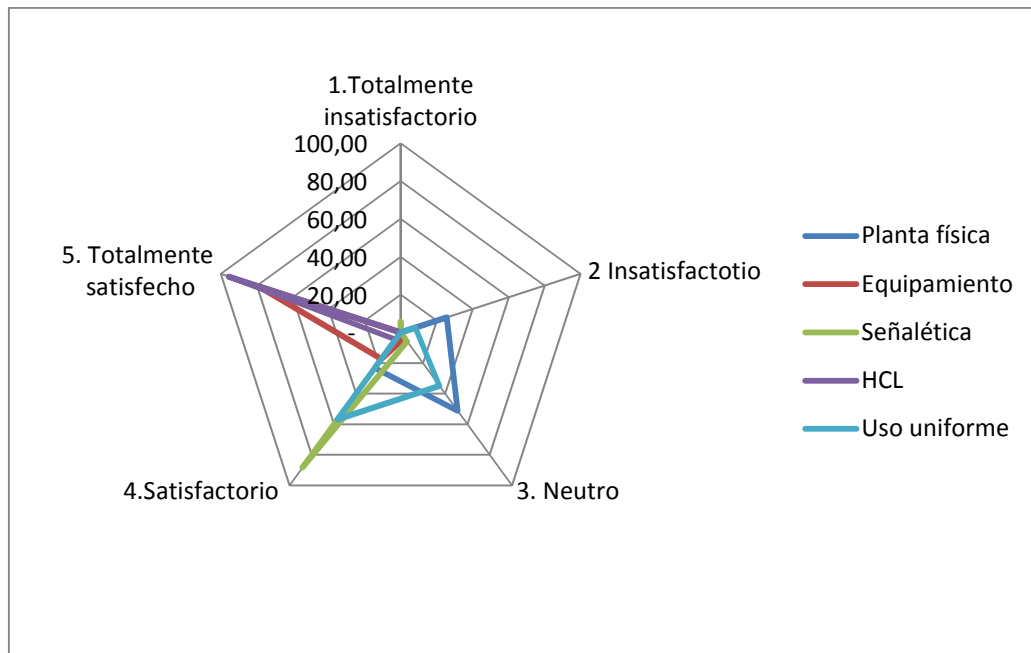


Figura 8. Resumen de elementos tangibles

## Seguridad

En la actualidad, las organizaciones deben disponer de Seguridad como de la Calidad, como sistemas integrados en sus procesos de trabajo. Esta perspectiva permite una gestión más segura, rentable, eficiente y de mayor satisfacción para el cliente, aportando con ello beneficios a la sociedad.

En este trabajo los usuarios consideran que el personal administrativo orientó y explicó de manera clara sobre los pasos y trámites para la atención en consulta externa y lo califican como totalmente satisfactorio en el 31.40%, satisfactorio 32.56%, neutro el 20.95% e insatisfactorio en el 15.12%.

Los usuarios piensan que se debe mejorar lo relativo al trato, el mismo que debe ser cordial y amable, que es un aspecto imprescindible de la atención en los servicios de salud, el mismo que se constituye en parte de la seguridad de las personas atendidas y es parte de la atención personalizada.

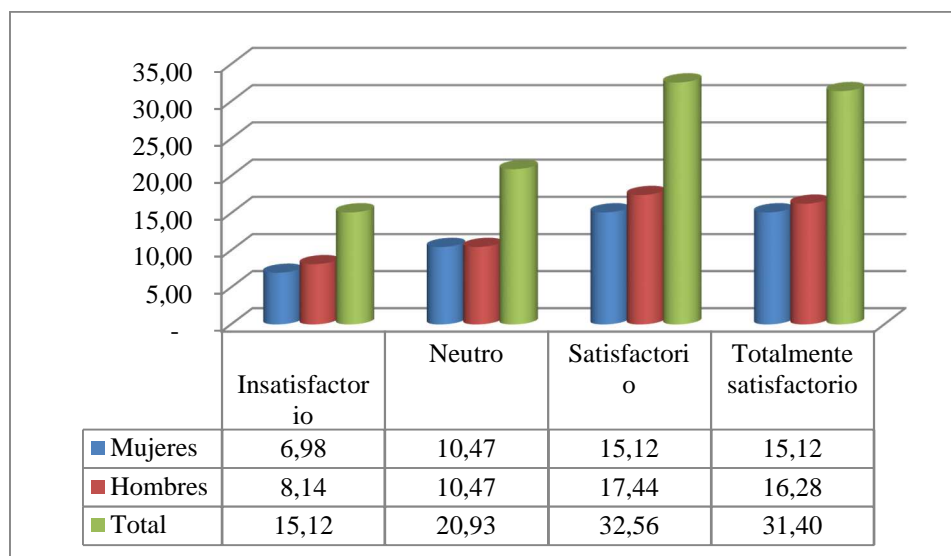


Figura 9. Orientación y explicación sobre los pasos o trámites para la atención

La seguridad en el equipo de salud es un principio fundamental de la atención sanitaria, ya que siempre existe un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de la atención de salud. La participación del equipo de salud en los procesos de atención, demanda que su formación garantice su competencia para desarrollar un rol activo a favor de la calidad y la seguridad en la atención. Cuando la relación entre actores existe y es fluida, el procedimiento es positivo.

Los usuarios en promedio consideran que la seguridad es totalmente satisfactoria para el 31.98%, satisfactorio en el 16.86% y neutro en el 2.33%. Se debe tener en cuenta que generalmente los usuarios son poco realistas en relación a la efectividad de la atención y sobrestiman los poderes del profesional, por lo que es responsabilidad del médico y del equipo de salud dar expectativas reales al paciente, teniendo en cuenta el nivel de comprensión de este.

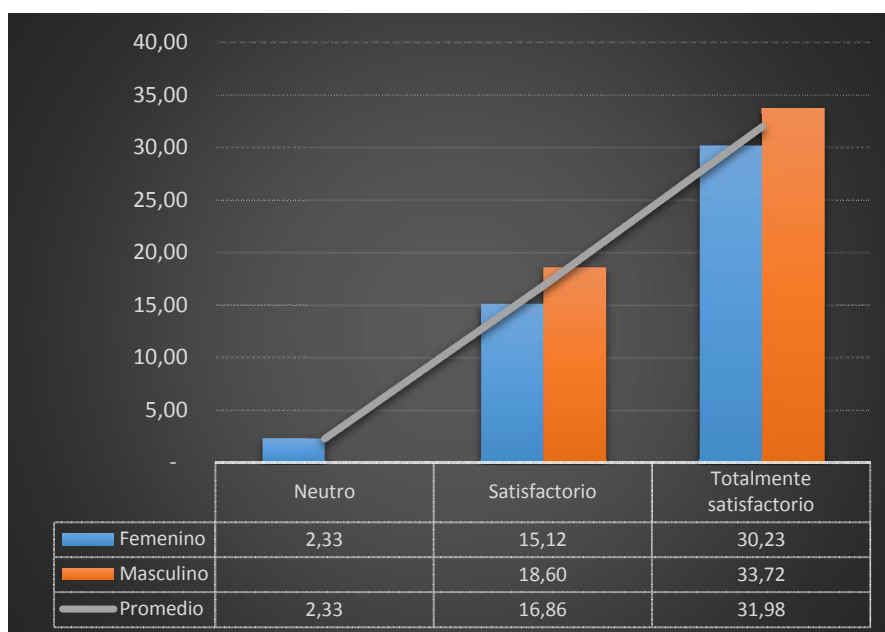


Figura 10. Seguridad en el equipo de salud que le atiende

Tabla 9

*Interés en la solución de los problemas de salud*

Sol prob	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Neutro	13	3.49	-	-	3	3.49
Satisfactorio	105	27.91	140	37.21	245	65.12
Totalmente satisfactorio	61	16.28	57	15.12	118	31.40
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100.00</b>	<b>197</b>	<b>100.00</b>	<b>376</b>	<b>100.00</b>

El equipo de salud y en particular los médicos tienen como finalidad solucionar los problemas de salud de los pacientes y es percibido por estos como no insatisfactorio ni satisfactorio el 3.49%, satisfactorio el 65.12% y totalmente satisfactorio el 31.40%.

### Resumen del componente de seguridad

En los indicadores de seguridad – orientación las percepciones son similares en porcentajes de valoración neutro, factible y totalmente factible, para los indicadores confianza en el equipo de salud es totalmente satisfactorio, el interés del equipo de salud – médico es satisfactorio.

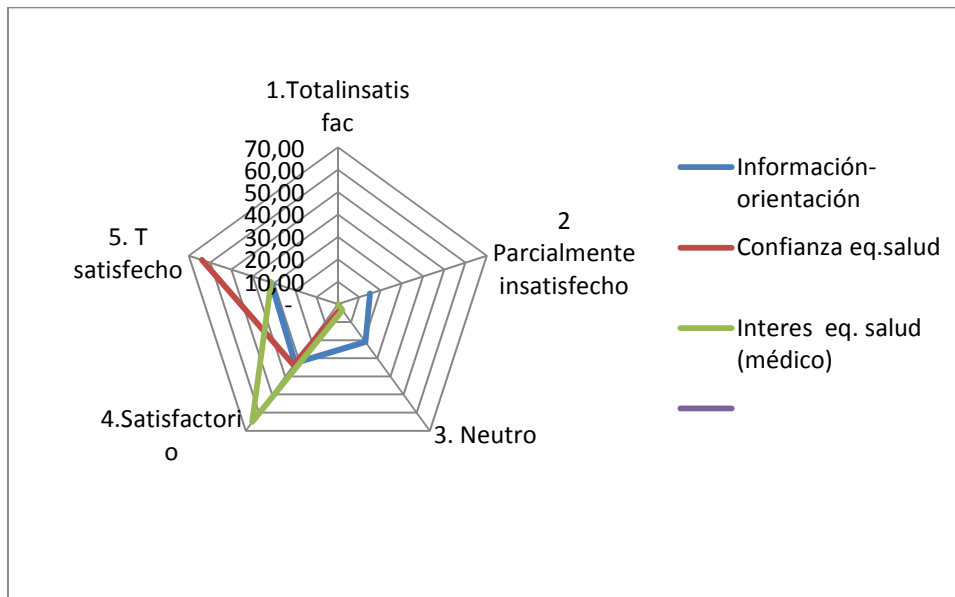


Figura 11. Resumen de los indicadores de seguridad

## Confiabilidad

La evaluación y análisis de la calidad es una práctica cada vez más empleada por las organizaciones, particularmente aquellas cuya razón de ser es la prestación de servicios. El concepto medido en dicha práctica la define como atender los anhelos, necesidades y aspiraciones de los clientes (Andriani, Biasca & Rodríguez, 2003). La confiabilidad de un servicio puede verse como una estrategia competitiva que contribuye con mayor efectividad a la consecución sostenida de la excelencia organizacional, entendiéndose confiabilidad como calidad a través del tiempo (Escobar, Villa & Yanez, 2003).

La atención personalizada involucra un trato cordial entre el personal de salud y el cliente y se toma en cuenta las necesidades de este. En esta serie la atención es personalizada, es factible para el 52.33%, ni insatisfecho ni satisfecho para el 26.74% e insatisfecho para el 10.47%. Una de las quejas de los usuarios es que los médicos en su mayoría están pendientes de la computadora y muchas veces ni siquiera miran al paciente, no confirman los datos importantes y sólo anotan lo que refiere el paciente.

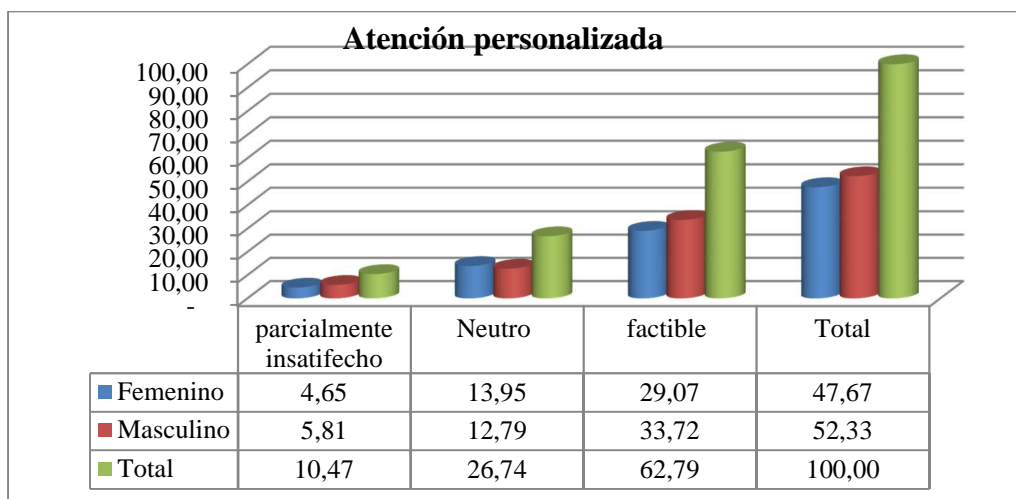


Figura 12. Atención personalizada

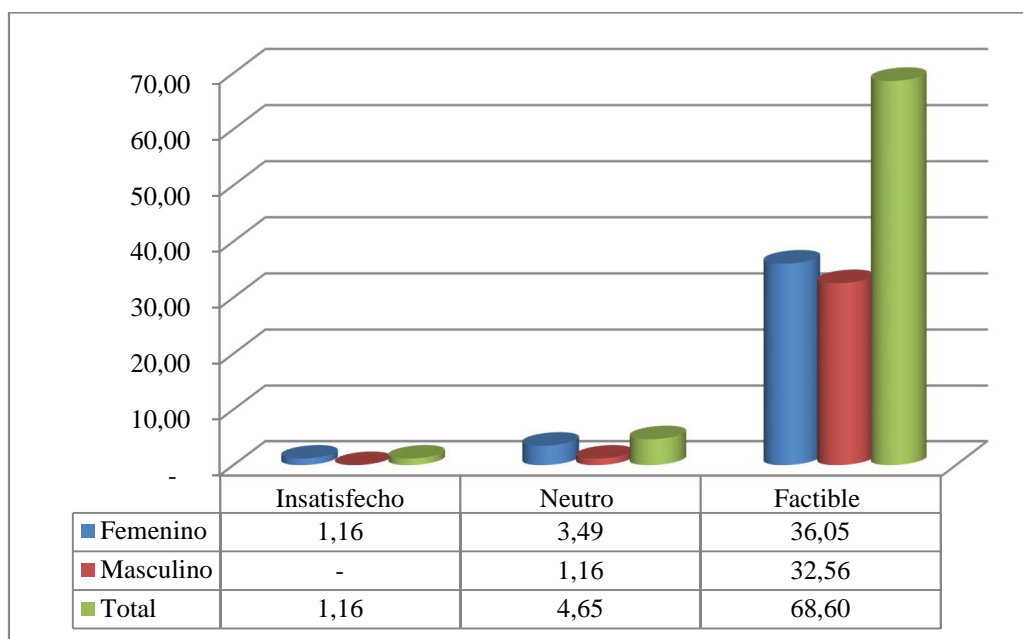
El fin del examen físico es la exploración física para la obtención de datos objetivos del cliente donde se crea una relación entre operador – paciente. En este tiempo el médico y el usuario comparten información y la toma decisiones, es probable que se llegue a una buena relación médico – paciente y sus necesidades serán satisfactorias.

Tabla 10  
Examen físico

Ex Físico	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Insuficiente	3	3,49	5	5,81	8	9,3
Neutro	5	5,81	10	11,63	15	17,44
Satisfactorio	20	23,26	18	20,93	38	44,19
Totalmente satisfactorio	13	15,12	12	13,95	25	29,07
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>47,67</b>	<b>45</b>	<b>52,33</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

El proporcionar información y asistencia, permite mantener un equilibrio entre una relación profesional del médico con sus pacientes, observando su dignidad y respetando su privacidad. No se debe olvidar que esta relación se complica por el sufrimiento del paciente (*paciente* posee sus raíces en la palabra en Latín *patior*, "sufriente") y su limitada capacidad para proporcionarse alivio por sí mismo, por lo que recibir explicación sobre sus problemas de salud y resultados de su atención disminuyen la tensión del usuario y de la familia. De

acuerdo a los entrevistados es totalmente factible para el 68.60%, factible 25.58%, ni insatisfactorio ni factible para el 4.65% e insatisfactorio el 1.16%.



*Figura 13.* Información y explicación de problemas de salud y de resultados de la atención

Los pacientes consideran que siempre reciben las indicaciones sobre uso y forma de administración de medicamentos, la información dada es totalmente satisfactoria para el 83.72%, satisfactorio para el 15.12%, neutro en el 1.16%.

Los pacientes expresan que a ellos, como a sus acompañantes el médico les da explicación verbal y por escrito de cómo se debe cumplir con la toma o aplicación de los medicamentos, los intervalos de tiempo en que se deben administrar, los efectos adversos, la forma adecuada y segura de conservar los medicamentos. Se explica que los medicamentos prescritos son de uso exclusivo para el paciente y por ninguna razón deberá medicar con estos a terceros, o auto – medicarse, además les explican las consecuencias de la sobredosis y el mal uso de los medicamentos, así como las reacciones adversas. Un problema que muchas veces es identificado por el paciente es que no entiende la letra del médico.

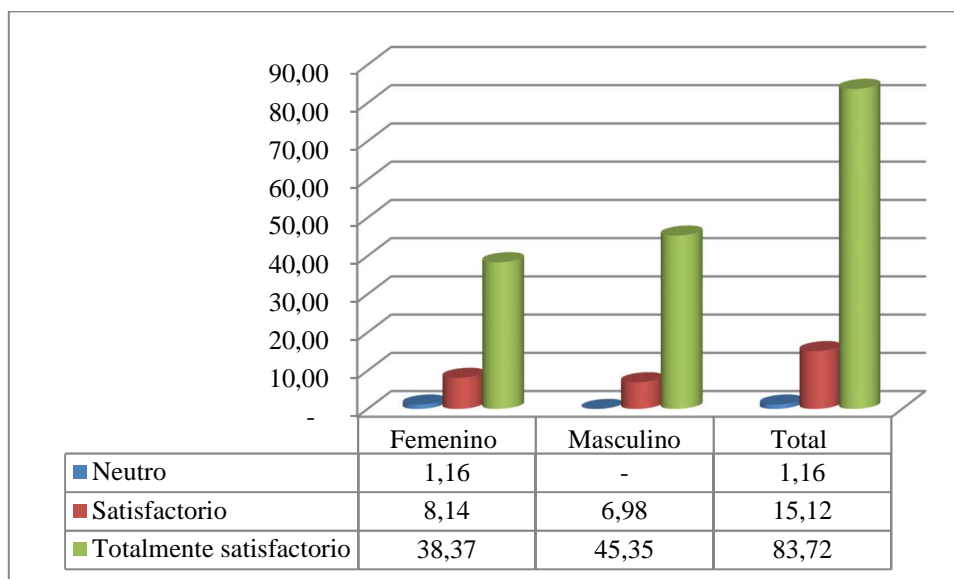


Figura 14. Información y orientación sobre medicación prescrita

De acuerdo a la bibliografía consultada, el promedio de duración de la consulta médica oscila actualmente entre 10 y 15 minutos, tiempo en apariencia insuficiente. Sin embargo, el tiempo establecido en el sistema estatal es de 4 consultas por hora. Tampoco se ha encontrado recomendación escrita por parte de organismos estatales u organizaciones internacionales, que destine más tiempo a las consultas de primera vez en las cuales, se debe realizar la anamnesis y examen físico de manera exhaustiva, necesarios para un adecuado diagnóstico. Es interesante señalar que sólo alguna bibliografía proveniente de Europa, propone destinar 60 minutos para la primera consulta de clínica médica y 20 minutos en las siguientes consultas (Errasti, 1997). Para los entrevistados el tiempo de la consulta y posibilidad de hacer preguntas sobre el estado de salud o dudas, es totalmente suficiente para el 53.49%, suficiente para el 43.02% y neutro para el 3.49%.

Tabla 11  
*Tiempo de la consulta médica*

Tiempo consulta	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Neutro	13	3.49	-	-	13	3.49
Suficiente	61	16.28	57	15.12	118	43.02
Totalmente suficiente	105	27.91	140	37.21	245	53.49
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>47.67</b>	<b>45</b>	<b>52.33</b>	<b>376</b>	<b>100.00</b>



### Resumen del componente de confiabilidad

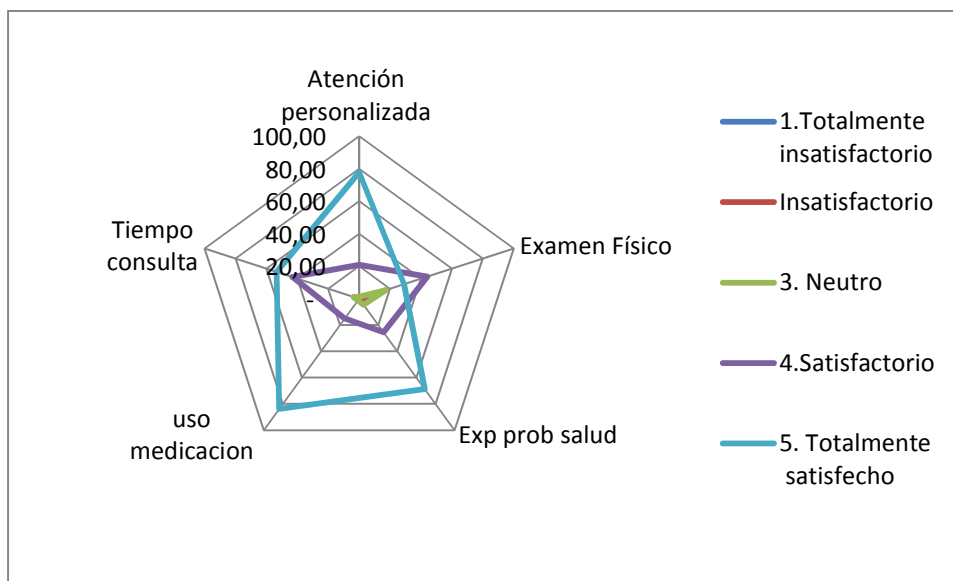


Figura 15. Resumen de los indicadores de confiabilidad

Los resultados de los indicadores confiabilidad presentan niveles de totalmente satisfactorio en los indicadores de atención personalizada, examen físico, explicación problemas de salud, uso de medicación y tiempo de consulta.

### Capacidad de Respuesta

La capacidad de respuesta manifiesta el grado de preparación que tiene el servicio para entrar en acción. La lentitud del servicio, es algo que difícilmente agregue valor para el cliente. Cualquier error es tolerable cuando todavía hay tiempo para corregirlo y el más mínimo error es intolerable cuando el paciente ha esperado más de lo necesario.

El personal que labora en servicios de atención directa al usuario, debe tener disposición de ayudar a los clientes y proveerles de un servicio rápido y oportuno, como uno de los objetivos de los servicios de salud. Los clientes no tienen por qué rogar para ser atendidos, sus dolencias o problemas tienen que ser solucionados con la urgencia deseada,

por lo que es necesario conocer las dificultades, para buscar soluciones y retroalimentarse con las observaciones de los clientes.

Con relación a la oportunidad en la asignación de la cita médica es totalmente insatisfactorio para el 40.70%, insatisfactorio 30.23%, neutro para el 18.60% y factible para el 10.47%. En el HPNG2 para acceder a los turnos para atenciones ambulatorias continúa con el procedimiento de entrega de las citas desde las 07h00 AM a través de un funcionario de estadística.

Los usuarios deben estar en fila de acuerdo al orden de llegada y a la especialidad que requieren. Para tener un puesto en la fila los usuarios deben llegar en horas de la madrugada y algunos de ellos llegan el día anterior para ganar un puesto por lo que descansan en la noche en la sala de espera. Se dan 20 citas por médico, pero se presenta un problema adicional, que los médicos tratantes ya han otorgado citas subsecuentes las mismas que son entre cuatro a ocho citas para la fecha, con lo que se disminuye el número de cupos para ese día y cuando han habido citas subsecuentes no registradas en Estadística los pacientes de primera vez se quedan sin atención y no sirve la cita conseguida por lo que debe acudir otro día para realizar el mismo proceso.

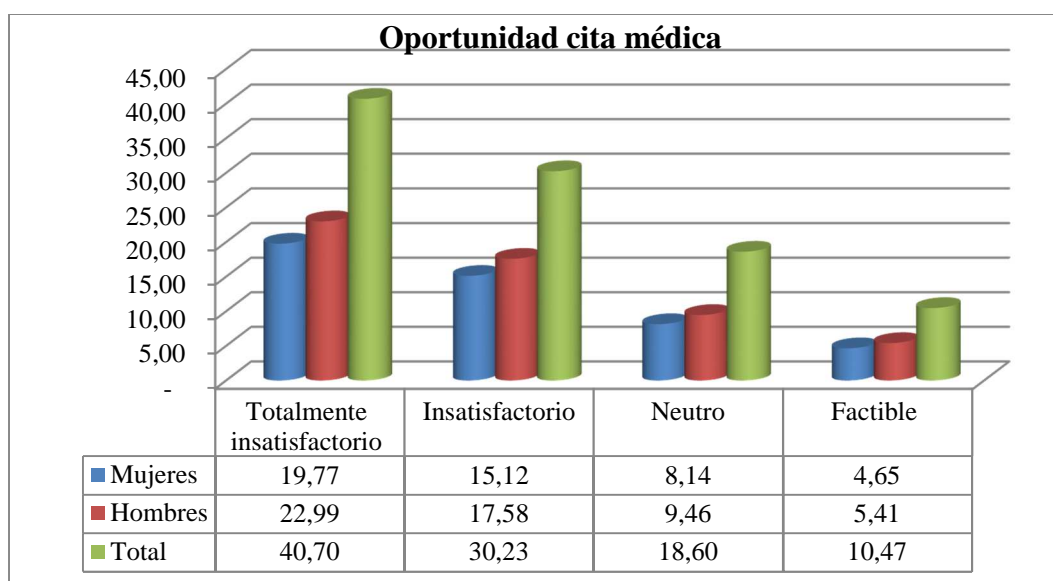


Figura 16. Oportunidad en la asignación de la cita médica

Con relación al cumplimiento de la programación de cita médica, las demoras excesivas suponen una pérdida de calidad de la asistencia; deficiencias en la gestión de la actividad lo que genera insatisfacción en pacientes y profesionales En el HPNG2 para acceder a la consulta médica el tiempo de espera es mayor a tres horas y no se cumple la programación establecida, porque primero pasan los pacientes con cita subsecuente o no se inicia la consulta a la hora programada o se interrumpe por que los médicos deben cumplir funciones administrativas como reuniones en la administración central del hospital, lo que lleva a que los usuarios estén totalmente en desacuerdo el 1.16%, parcialmente insatisfecho el 68.60%, neutro el 25.58% y suficiente el 4.65%.

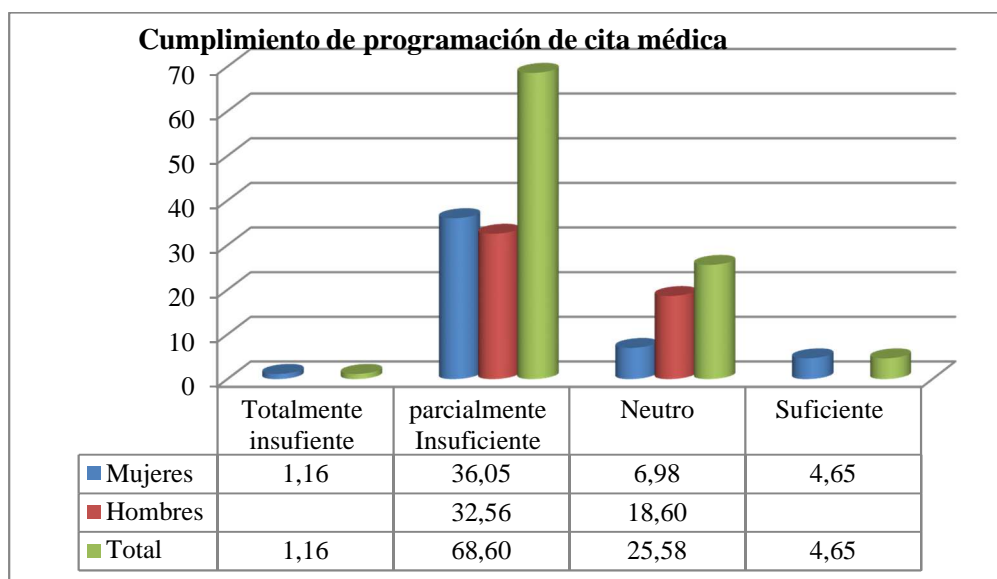
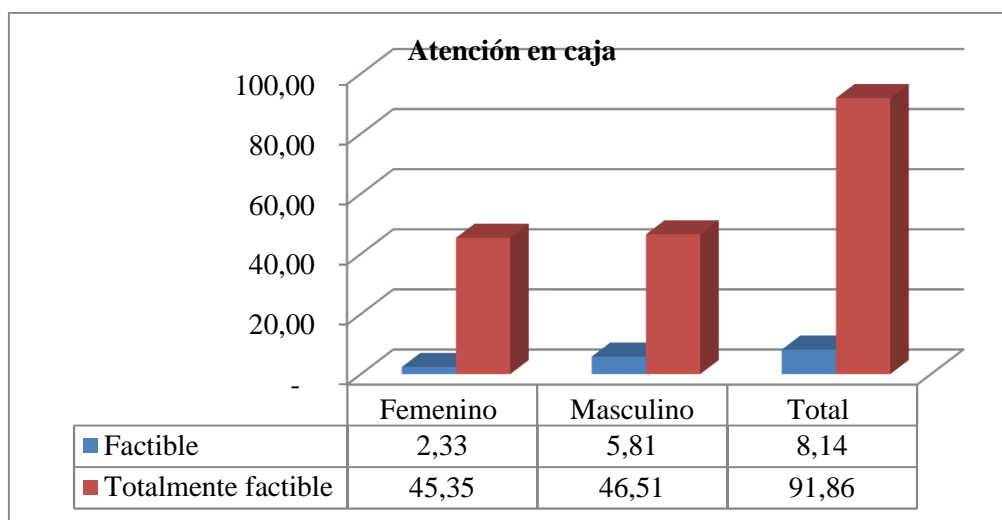


Figura 17. Cumplimiento de la programación de cita médica

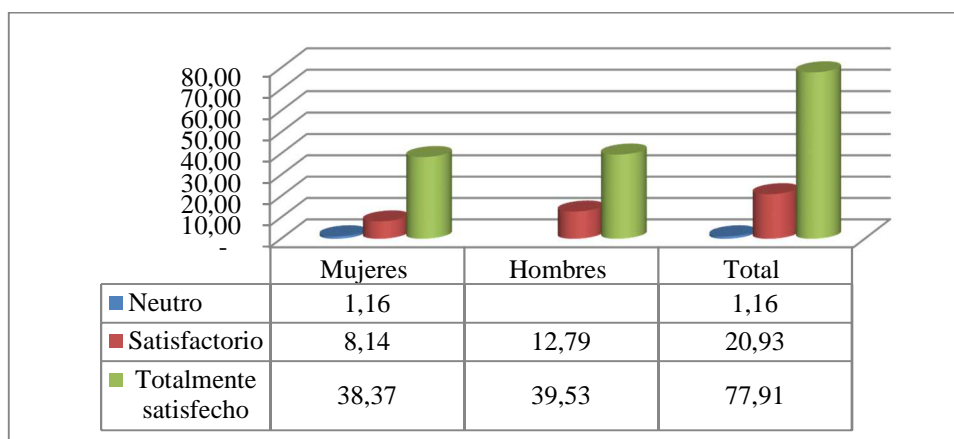
La calidad en el servicio al cliente no es un tema reciente dentro de las instituciones de salud, ya que desde siempre los clientes han exigido el mejor trato y la mejor atención al adquirir un servicio, seguido de la confiabilidad, calidad, tiempos razonables y constante innovación por parte de las mismas, por lo cual las organizaciones se han visto en la necesidad de buscar diversas alternativas para enriquecer dichas exigencias ya que puede bastar con solo un minuto para perder al cliente y que este opte por ir hacia la competencia.

Por lo que no se debe perder el objetivo de cumplir con la satisfacción al cliente y cuidar celosamente de ellos, procurando mantener un juicio razonable y mostrando siempre una buena imagen de los servicios, así en el HPNG2 la atención en caja es vista desde la óptica de los pacientes como totalmente factible el 91.86% y factible para el 8.14%.



*Figura 18.* Atención en caja

La evaluación del nivel de satisfacción del usuario de los servicios que recibe del Laboratorio Clínico constituye una vía de retroalimentación para el perfeccionamiento de la gestión de calidad y consecuentemente, la calidad de la atención que se brinda. Los pacientes consideran que la atención es totalmente satisfactoria en el 77.91%; satisfactorio el 20.93% y neutro 1.16%.



*Figura 19.* Atención en laboratorio clínico

Prácticamente todas las especialidades médicas utilizan el diagnóstico radiológico, debido a la complejidad tecnológica no todos los exámenes se pueden hacer de forma inmediata y se deben tomar precauciones, las mismas que no necesariamente son entendidas por los pacientes. La percepción de la atención es totalmente satisfactorio en el 43.02%, satisfactorio 46.51% y neutro el 10.47%.

El servicio de farmacia es el responsable de dispensar las prescripciones médicas al paciente, utilizando un sistema que garantiza la seguridad, rapidez y control del medicamento y entrega las indicaciones de cómo se debe usar el medicamento.

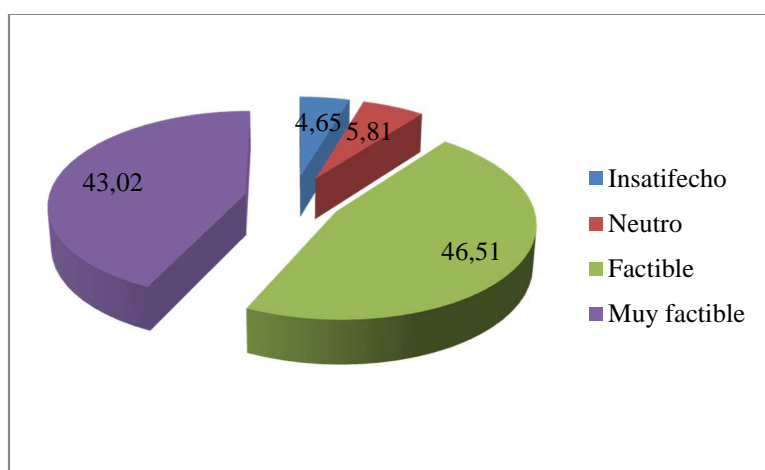


Figura 20. Entrega de fármacos en farmacia

El 43.02% de usuarios considera que recibe la receta completa, o sea que es muy factible, factible para el 46.51%, neutro el 5.81% y parcialmente insatisfactorio para el 4.65%. La queja está relacionada con la falta del medicamento prescrito, en especial en pacientes con patologías crónicas.

La literatura indica que las habilidades interpersonales de los médicos son muy importantes para establecer relaciones fuertes y confiables con sus pacientes, lo que ofrece beneficios múltiples. La mayoría de los pacientes desean una relación estrecha con el médico y tener la seguridad que le dice la verdad y le contesta las inquietudes. Es obvio que la relación cercana con el médico llega a tener más importancia aún en los períodos en los que

el paciente sufre enfermedades grave. Los usuarios consideran muy factible el 25.58%, factible 68.60%, neutro 4.65 e insatisfactorio 1.16%.

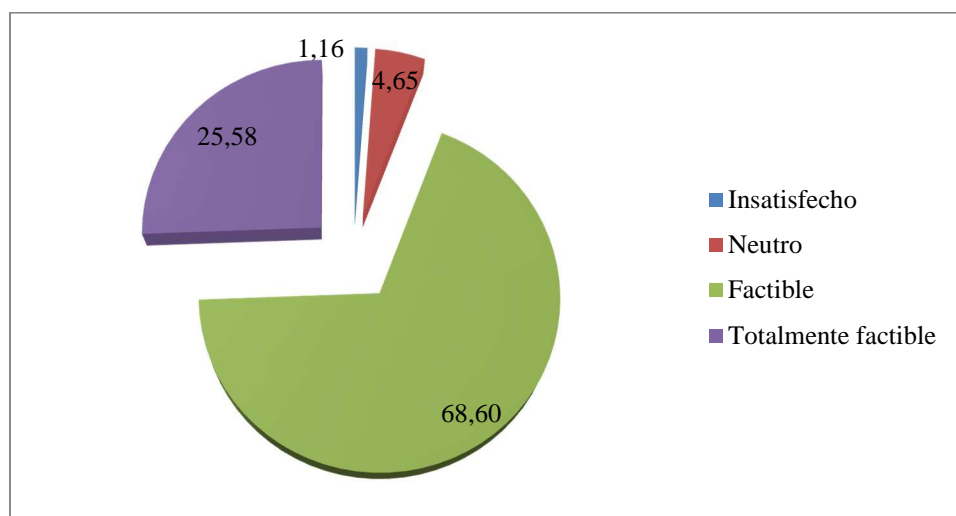


Figura 21. Disposición para contestar preguntas

### Resumen del componente capacidad de respuesta

Los resultados de los indicadores capacidad de respuesta es totalmente satisfactorio para los indicadores atención en caja, laboratorio clínico y rayos X disposición para atender preguntas, mientras que satisfactorio en la entrega de medicaciones; cumplimiento de la programación insatisfactorio y oportunidad en la obtención de la cita médica totalmente insatisfactorio.

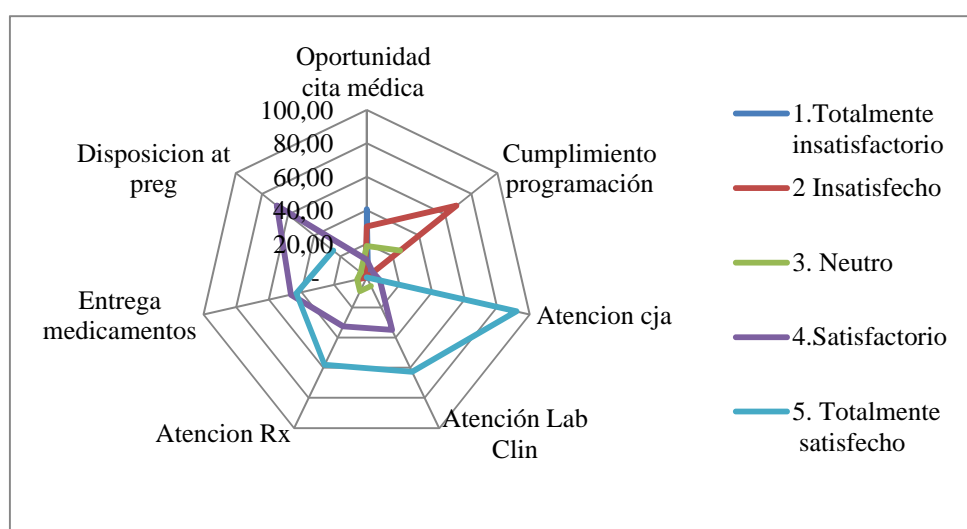


Figura 22. Resumen de los indicadores capacidad de respuesta

## Empatía

La empatía es una de las habilidades fundamentales que deben tener los trabajadores de salud encargados de la atención al cliente. Cuando sienten sincera empatía con el paciente se les transmite una sensación de atención y comprensión. Aunque el altruismo es una cualidad esencial en los trabajadores de la salud, para ser compañero se hace falta algo más, hay varias cualidades indispensables como la flexibilidad, tolerancia y paciencia. También hay que tener la mente abierta y saber llevarse bien con los compañeros de trabajo para en equipo buscar mejorar la atención del paciente. La percepción es que el grupo de trabajadores es parcialmente insatisfecho para el 19.77%, neutro el 52.33% y satisfactorio para el 27.91%.

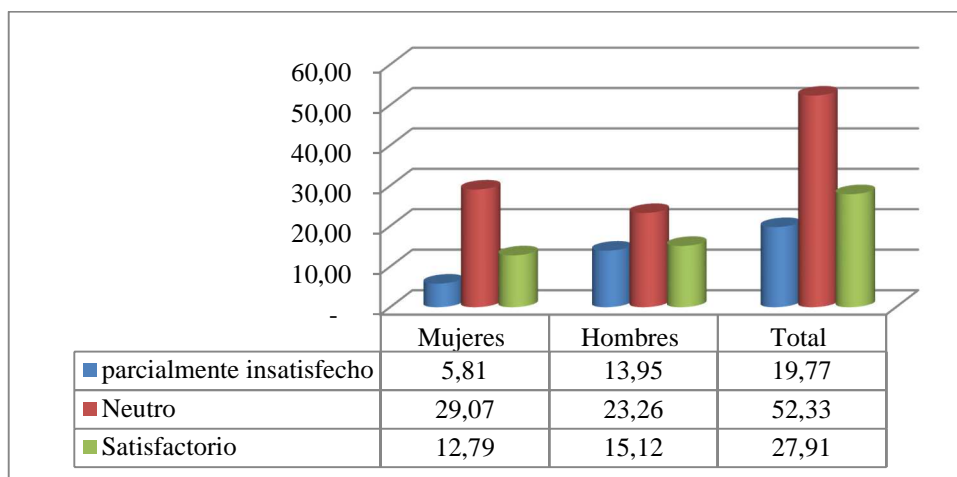


Figura 23. Ayuda entre trabajadores de la salud para mejorar la atención al paciente

Uno de los fines de la atención al paciente para el personal de salud es pensar en el primero como sujeto, en el cual giran todas las actividades directas e indirectas de los servicios de salud, pero esto presenta muchos retos.

En la opinión de los pacientes esta situación en la Consulta externa del HPNG2 es parcialmente insatisfactoria para el 33.72%, neutra para el 41.86% y satisfactoria para el 24.42%. Con relación a si los trabajadores dejan sus problemas fuera de su trabajo y estos no

se vuelcan contra los pacientes, los usuarios consideran que el 52.33% es parcialmente insatisfactorio, para el 37.21% es neutro y satisfactorio para el 10.41%.

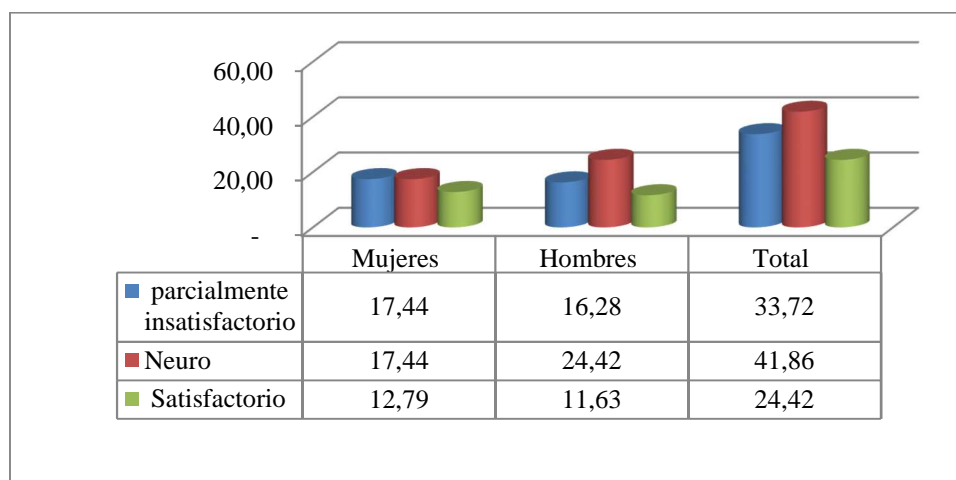


Figura 24. Se piensa primero en el paciente

### Resumen del componente de empatía

En este Hospital los trabajadores están atentos a las necesidades del usuario la percepción es parcialmente insatisfecho en el 47.67%, neutro en el 36.05% y satisfactorio para el 15.12 %. Una de las quejas más frecuentes es que el personal está preocupado de los mensajes del celular, están con audífonos o pendientes de la televisión.

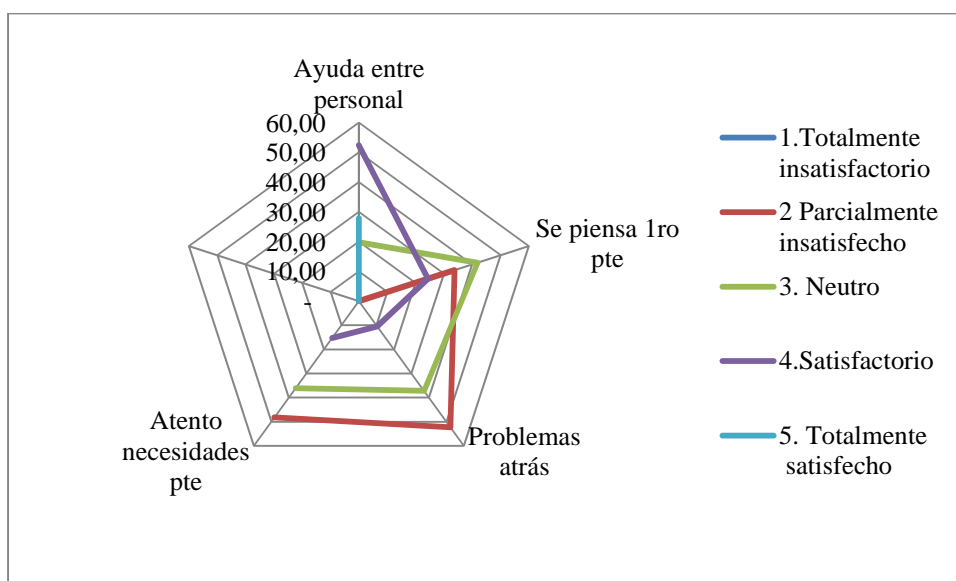


Figura 25. Resumen de los indicadores de empatía



Estos indicadores están relacionados con la atención individualizada que ofrecen los hospitales a sus usuarios y esta es percibida como parcialmente insatisfactoria en lo relacionado a que los trabajadores no dejan sus problemas atrás y neutro si se piensa primero en el paciente, en la atención a necesidades del paciente y la ayuda entre ellos es satisfactorio. Los trabajadores deben mejorar en la atención del paciente, ya que la atención de la salud es un derecho y ya hay un empoderamiento de la población sobre este tema y reclama sus derechos.

### **Correlaciones**

En el análisis correlacional mostrado en la tabla 12, se puede notar que no existen correlaciones fuertes, las cuales su valor absoluto se encuentra entre 0.5 y 1. Las correlaciones que tienen el valor de una son las intersecciones de las mismas preguntas. Sin embargo, se logró identificar cuatro correlaciones moderadas débiles; es decir, que se encuentran entre 0.250 y 0.5. Elementos tangibles tuvo cierta correlación con seguridad, debido a que factores como la planta física, el equipamiento, señalética, uniforme; brindan cierta seguridad con respecto a los equipos y al personal médico. Seguridad se correlaciona con confiabilidad, debido a que el uso de la medicación, realización de exámenes, atención, se relaciona con la información brindada y la confianza que percibe el paciente. De igual forma se correlacionaron de manera moderada débil la seguridad con la empatía; ya que el buen trato le brinda cierta seguridad al paciente. Finalmente la confiabilidad se correlacionó con la empatía debido a que la atención personalizada y el examen físico se relacionaron con el nivel de empatía del personal médico.

Tabla 12  
Correlaciones

Dimensiones	Elementos tangibles	Seguridad	Confiabilidad	Capacidad de respuesta	Empatía
Elementos tangibles	1	0.341	-	-	-
Seguridad	0.341	1	0.386	-	0.251
Confiabilidad	-	0.386	1	-	0.481
Capacidad de respuesta	-	-	-	1	-
Empatía	-	0.251	0.481	-	1

*Nota.* Datos tomados del análisis correlacional mediante el programa IBM SPSS Statistics 22.

### Resumen de los Problemas Identificados por los Usuarios Externos en HPNG2

De manera general, el Principio de Pareto es la observación (no ley) que la mayoría de las cosas en la vida no se distribuyen de manera uniforme. Por ejemplo:

- El 20% de las consecuencias se derivan del 80% de las causas.
- El 20% de los trabajadores producen el 80% de los resultados.
- El 20% de los clientes crean el 80% de los ingresos.
- El 20% de los errores de administrativos causan el 80% de los fallos observables.
- Y así sucesivamente...

El principio no estipula que todas las situaciones vayan a mostrar exactamente esta relación, se refiere a una distribución típica. De forma general el principio se puede interpretar como que una minoría de causas deriva en la mayoría de los resultados. Los usuarios de la Consulta Externa del HPNG2 consideran que la cita médica, las listas de espera y la falta de la medicación representan el 84% de los problemas que inciden en las deficiencias de la atención de ese servicio, por lo que propone la solución del problema cita médica, dado que es el principal problema que incide en forma determinante en la percepción de la calidad.

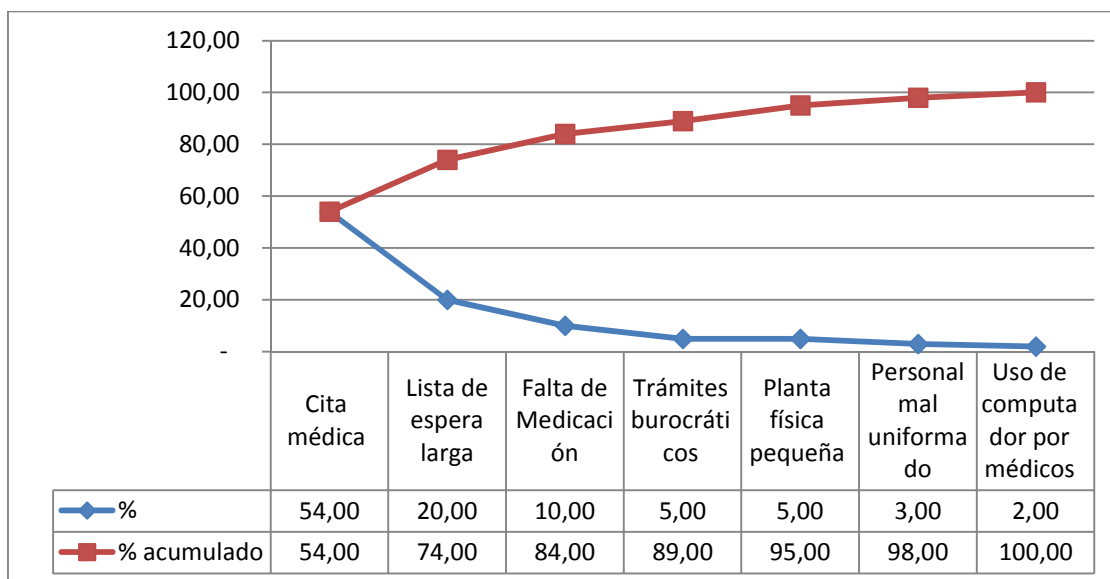


Figura 26. Problemas identificados por los usuarios externos

Luego de haber desarrollado y analizado la investigación cuantitativa, se logró detectar que existen problemas en cuatro de las cinco dimensiones de la calidad del servicio; la única dimensión en la que no se evidenciaron problemas fue la confiabilidad. Además mediante el análisis correlacional se identificó que unas dimensiones afectan a otras; por tanto, el descuido de una de ellas, incidirá en la percepción del usuario con respecto a otra dimensión. Por esta razón, se deben fijar estrategias que permitan mitigar estos problemas, lo que da lugar al siguiente capítulo.

## Capítulo V

### Propuesta

En la investigación a los usuarios externos del HPNGN°2 realizada en el capítulo anterior, se pudo determinar que en el componente de elementos tangibles existieron problemas en cuanto a la planta física, además de no mostrar una mayor satisfacción en cuanto al uso del uniforme del personal. En el componente de seguridad se identificó que existió insatisfacción en la información - orientación. En el componente de capacidad de respuesta hubo completa insatisfacción en la cita médica e insatisfacción en el cumplimiento de la programación. En el componente de confiabilidad no hubo aspectos de insatisfacción; mientras que en el componente de empatía hubo insatisfacción en la atención a las necesidades del paciente, a que el personal vuelca sus problemas externos al paciente y que no se piensa primero en el usuario. En el análisis correlacional se identificó que se relacionaron las dimensiones elementos tangibles – seguridad, seguridad – confiabilidad, seguridad – empatía, confiabilidad – empatía. Por tanto, el desarrollo de este plan de mejoras permitirá lograr una mayor satisfacción del usuario, mejorando la calidad del servicio.

El plan de mejoramiento, es un poderoso instrumento que sirve para consolidar procesos de cambios que permitan construir una visión compartida sobre un compromiso que posibilite el desarrollo de acciones, teniendo en cuenta los resultados que se convierten en un hilo conductor hacia el mejoramiento.

Se presenta a continuación un plan de mejoramiento para la Consulta Externa del HPNG2, para superar debilidades y conservar las fortalezas encontradas en este servicio. Este plan de mejoramiento pretende dejar un insumo de trabajo que ayude a superar la deficiencia en la prestación de servicios de los consultorios externos, el cual, deberá aplicarse con pertinencia por el personal técnico – administrativo y servirá de referente para mejorar

sustancialmente los servicios de atención médica de la Policía Nacional, su resultado beneficiará al usuario externo que es la razón de ser de la entidad.

### Objetivo General

Diseñar un modelo de atención de consulta externa que responda las necesidades de los usuarios externos del hospital.

### Estructura Organizacional

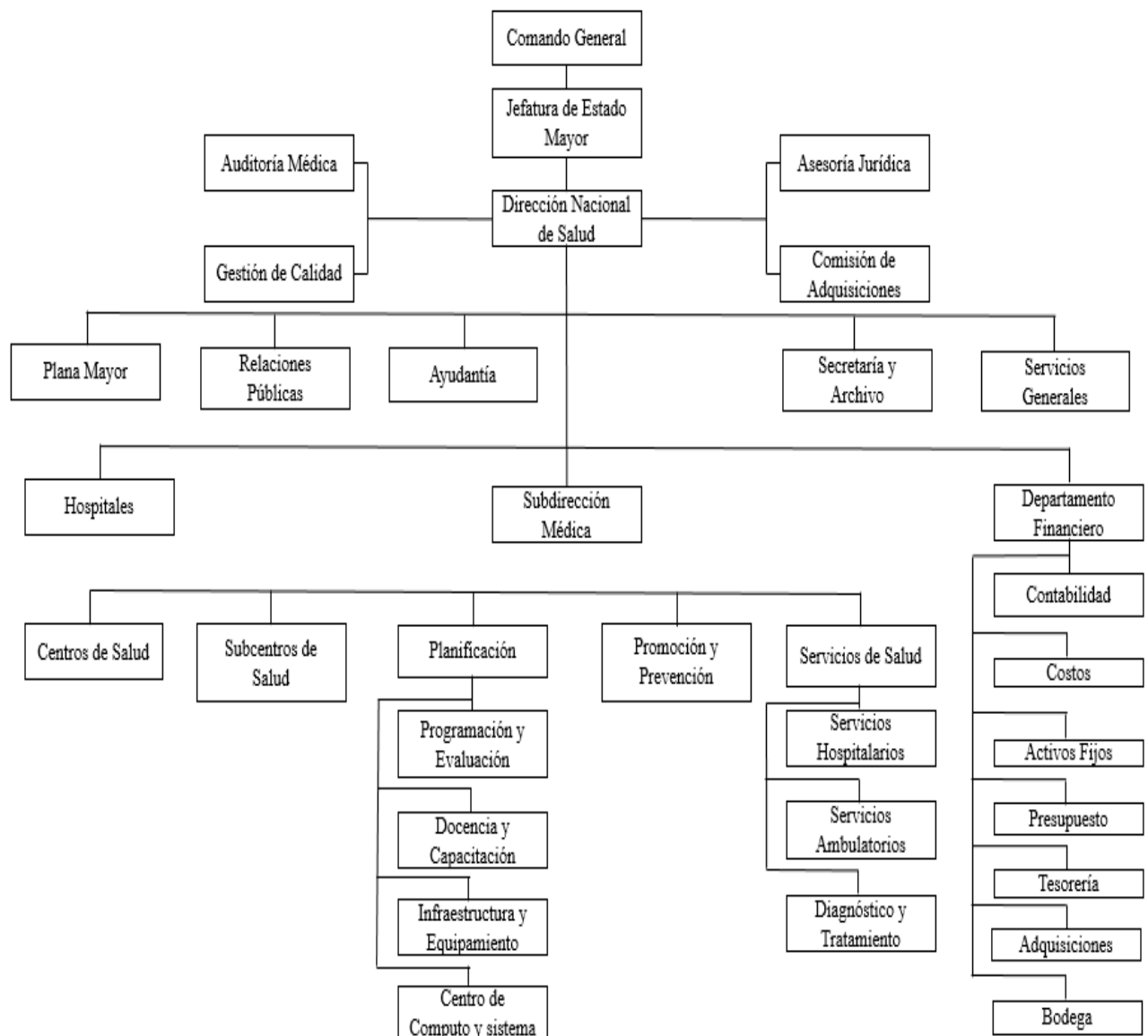


Figura 27. Estructura Organizacional

## Plan de Mejoras

### Cartera de servicios

Se propone actualizar la cartera de Servicios en función de las orientaciones estratégicas del Hospital de la Policía Nacional N° 2, área de consulta externa sobre las necesidades de la población y aquellas otras identificadas por la institución. A continuación se muestra el plan de acción que se debe seguir:

Captar de forma sistemática las necesidades de cartera de servicios o modalidades de los servicios, mediante las sugerencias y propuestas de los servicios asistenciales, los resultados de las encuestas de satisfacción de pacientes, las sugerencias de estos y las evaluaciones internas de los servicios y procesos asistenciales. Se propone establecer un sistema de información para conocer y evaluar las derivaciones que realiza el Hospital a otros centros públicos o privados. Por tanto, se deben analizar y priorizar las necesidades captadas y estudiar la viabilidad y eficiencia de su puesta en marcha.

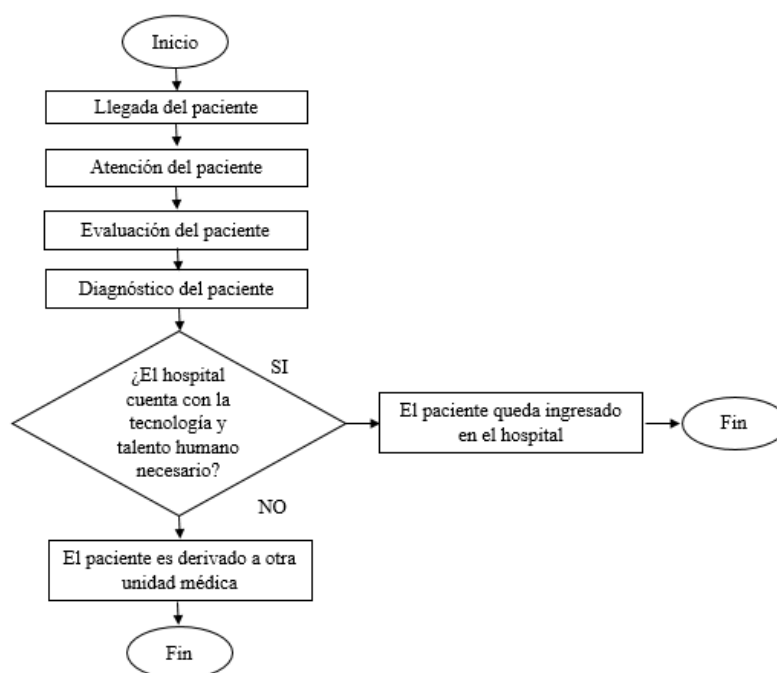


Figura 28. Flujograma de derivación del paciente

El proceso de derivación de los pacientes a otras instituciones tanto públicas como privadas se origina desde el momento en que la persona ingresa al hospital. El doctor encargado procede a la atención del usuario y posteriormente recurre a su respectiva evaluación de su estado de salud para así poder determinar su diagnóstico. Si el hospital cuenta con los recursos y tecnología necesaria para brindar una adecuada atención al paciente; entonces, la persona será ingresada, en caso contrario será derivada a otra unidad médica. El seguimiento de la acción se realizará por medio del software con el que consta el hospital, el cual será llenado por el especialista una vez realizado el diagnóstico; este indicador mostrará si el paciente fue ingresado en el hospital o fue derivado a otra institución de salud.

Se propone a la Dirección Nacional de Salud la autorización de variaciones en la cartera de servicios que necesiten aprobación, soportado en un estudio de viabilidad, utilidad y costes. El encargado de controlar las gestiones en esta acción será el gerente del departamento de servicios de salud. Se deben incorporar las modificaciones aprobadas o inducidas por el Servicio de Consulta Externa del HPNG2, valorando la utilización de un estudio piloto para su incorporación. Además se propone difundir y comunicar al Hospital y a la sociedad las nuevas incorporaciones en la cartera de servicios. Se hace referencia a que el estudio piloto funcionará como medida de control de la acción.

Un factor a controlar son las expectativas excesivas de pacientes y profesionales por viabilidad técnica o económica. Uno de los riesgos son las posibles restricciones ante la necesidad de nuevas inversiones; de igual forma otro riesgo es la incorporación de nuevos servicios sin conocimiento de la Dirección Nacional de Salud, o que existan problemas en la implantación por falta de planificación en la estructura organizativa o déficits de

comunicación o formación. En este primer plan de acción se considera como recurso crítico el Sistema de información que capte de forma actualizada las necesidades insatisfechas y las derivaciones realizadas.

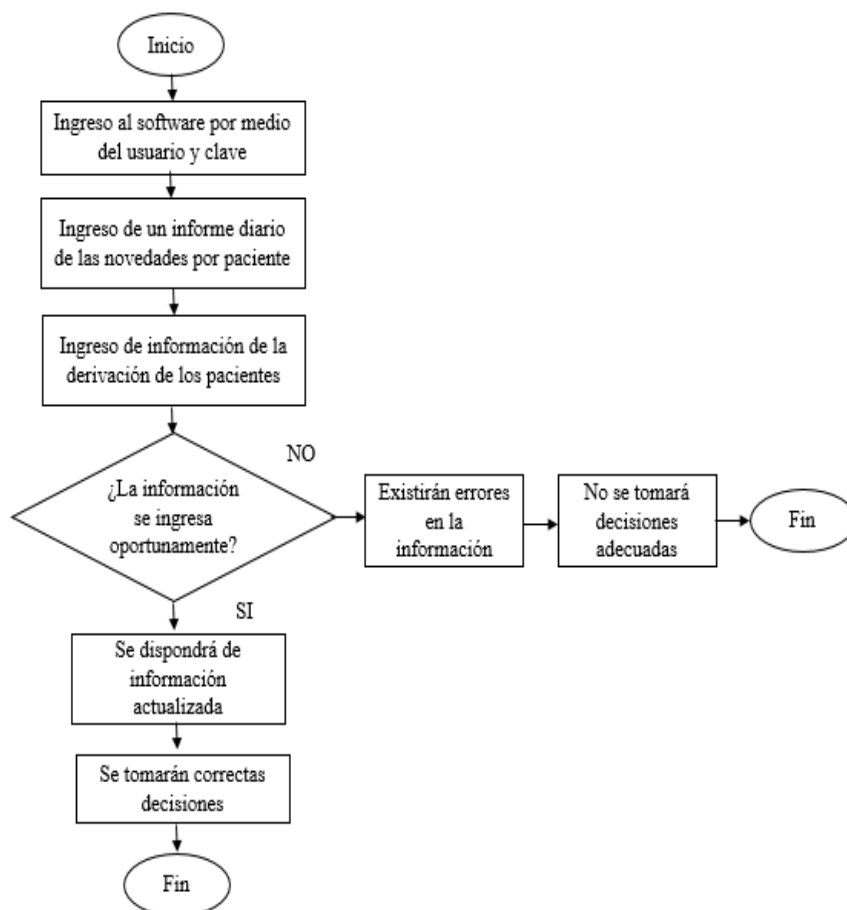


Figura 29. Flujograma ingreso de información

El ingreso al sistema informático se lo realizará por medio de un usuario y contraseña otorgado por el departamento de sistemas, en el cual se ingresará la respectiva información en sobre las novedades por paciente dentro del establecimiento y las respectivas derivaciones realizadas a las diferentes unidades médicas. Si existe un ingreso oportuno de la información se podrá tomar las decisiones correctas para establecer mejoras dentro del hospital, caso contrario seguirán existiendo errores e insatisfacción por parte de los pacientes. Se podrá



realizar un seguimiento y control a la acción por medio del ingreso adecuado de la información para así poder medir la insatisfacción y derivación de los pacientes.

Se identificó que los servicios con mayor demanda son el de Traumatología, Psicología y Medicina General; no obstante, sólo existe un especialista para cada rama. Por tanto, se considera que este es uno de los motivos principales por los que las personas deben hacer largas filas, generando insatisfacción en los mismos. El proceso de contratación lo llevará a cabo la Dirección Nacional de Salud, el mismo iniciará en diciembre de 2017, el nuevo personal empezará a trabajar desde enero de 2018.

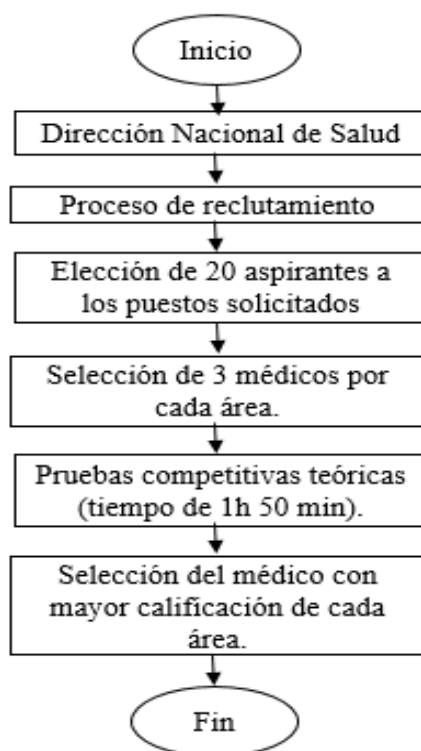


Figura 30. Reclutamiento de personal

El proceso de reclutamiento del nuevo personal de médicos especialistas será llevado a cabo por la Dirección Nacional de Salud. Los encargados de este departamento distribuirán sus funciones teniendo una participación del 100% activa para seleccionar tres especialistas

que cumplan con todos los requisitos que se necesitan dentro del hospital. El proceso de selección empezará por medio de la evaluación de 20 prospectos, en donde los encargados deberán analizar logros, capacidades y experiencia en el cargo, posteriormente se seleccionarán tres médicos especialistas por cada área, todas estas personas seleccionadas tendrán que someterse a una prueba teórica con un límite de tiempo de 1h y 50 min. Una vez terminada la evaluación se procederá a la respectiva calificación de los exámenes y las tres notas más altas darán paso para que puedan integrar el grupo de doctores especialistas del HPNG2.

A continuación se muestra el costo para el Hospital de esta contratación de personal médico.

Tabla 13  
*Costos de contratación de personal*

<b>Especialidad</b>	<b>Sueldo</b>	<b>Aporte patronal – 11.15%</b>	<b>Fondo de reserva – 8.33%</b>	<b>XIII sueldo</b>	<b>XIV sueldo</b>	<b>Vacaciones mensuales</b>
Traumatología	\$ 2,700	\$ 301.05	\$ 224.91	\$ 2,700	\$ 375	\$112.50
Psicología	\$ 2,034	\$ 226.79	\$ 169.43	\$ 2,034	\$ 375	\$ 84.75
Medicina general	\$ 1,676	\$ 186.87	\$ 139.61	\$ 1,676	\$ 375	\$ 69.83
<b>Total mes</b>				<b>\$ 15,460.74</b>		
<b>Total anual</b>				<b>\$ 185,528.88</b>		

Nota. Los sueldos fueron tomados del Sistema de Remuneraciones del IESS. Fuente: (IESS, 2017).

Como se señaló anteriormente se necesitan encuestas de satisfacción a los clientes; por tanto, se desarrollarán encuestas como la realizada en esta investigación a una muestra aleatoria de 376 pacientes al año. La investigación de satisfacción de los usuarios tendrá un tiempo estimado de dos meses. Las evaluaciones internas de servicios y procesos las realizará el personal de estadística por medio del sistema informático del hospital, el sistema de información para las derivaciones será asignado al Departamento de Sistemas por lo que no tendrá ningún costo adicional, mientras que la difusión de nuevos especialistas se realizará

por medio de publicidad impresa en afiches grandes recubiertos de vidrio dentro del Hospital. La difusión de la imagen de los especialistas durará aproximadamente un año, el objetivo de esta acción es generar que el nivel de confianza de las personas acerca del hospital pueda incrementar. El factor visual comunicacional será el que logre determinado cometido. A continuación se muestran los costos adicionales de la estrategia propuesta.

Tabla 14  
Costos adicionales – cartera de servicios

Descripción	Costo anual
Encuestas de satisfacción (376) - copias	\$ 33.84
Evaluaciones internas de servicios y procesos	\$ 0
Sistema de información	\$ 0
Difusión de nuevos especialistas – dos publicaciones en el hospital	\$ 80
<b>Total</b>	<b>\$113.84</b>



Figura 31. Afiche nuevos especialistas

## Coordinación con unidades de salud

Se propone mejorar la coordinación y cooperación con Dispensarios Médicos de Atención Primaria dependientes de la Policía Nacional y otras organizaciones asistenciales de la Red Pública Integral de Salud. Se deberá disponer de protocolos de actuación compartida, en especial en la atención a las enfermedades crónicas y aquellas otras de mayor incidencia (Cirugía Plástica, Cirugía Vascular, Raquis, Rehabilitación, Oftalmología, etc.), que incluya criterios clínicos y organizativos de derivación y contra derivación entre niveles. El auditor médico será el encargado de la elaboración de los protocolos.



*Figura 32.* Alianza estratégica

La propuesta será desarrollada mediante la implementación de planes estratégicos de corto y largo plazo; no obstante, estos planes se caracterizarán por la obtención de objetivos organizacionales compartidos; es decir, que la organizaciones que conformen la alianza estratégica con el HPNG2 podrán aportar con dos objetivos cada uno, de esta manera se podrán desarrollar relaciones duraderas con respecto a la coordinación de salubridad

nacional. Estas alianzas estratégicas dispondrán de un comité conformado por los encargados de cada institución, siendo el Jefe de Estado Mayor el integrante del hospital objeto de investigación que asista al comité. También, la mesa ejecutiva se formará por la integración de un especialista de cada organización, el objetivo de la aparición de un doctor por cada institución es para que todo objetivo y decisión que sea tomada pueda ser determinada con relación a la mejoría y satisfacción de los pacientes. El comité se encargará de evaluar el seguimiento de protocolos con respecto a enfermedades crónicas y de mayor demanda; es por eso, que la comitiva se reunirá cada 15 días para fijar parámetros y establecer los medios para alcanzar y cumplir objetivos.

Se propone desarrollar modelos de comunicación no presenciales entre profesionales: teléfono móvil, correo electrónico, archivos compartidos de imágenes y protocolos. Una acción a realizar es el potenciar y generalizar la figura de especialista consultor de presencia en los Centros de Salud: Cardiología, Reumatología, Ortopedia, Cirugía Vascular, Dermatología, entre otras. Se recomienda utilizar los sistemas de información actuales que pueden aportar beneficio en la relación entre niveles, como Informe de Alta de Atención Especializada, etc. El responsable de hacer cumplir esta acción será el respectivo gerente del centro de salud; este se encargará de incrementar el nivel de confianza sobre la imagen de los especialistas.

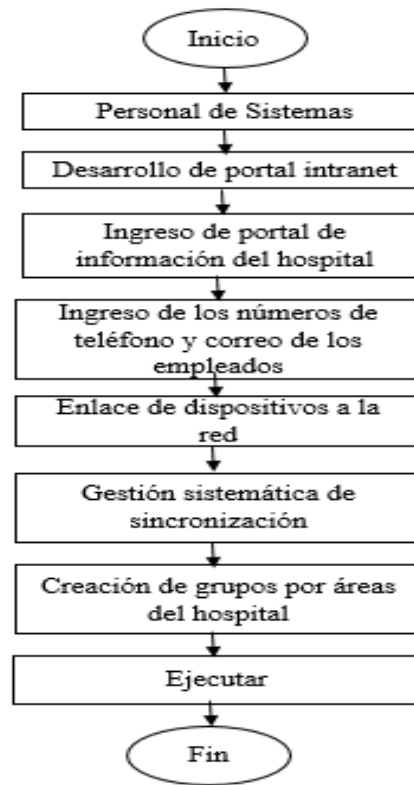


Figura 33. Organigrama de desarrollo de programa

El personal de sistemas se encargará de desarrollar un programa el cual comprenderá un portal de intranet, en donde los especialistas en materia se encargarán de ingresar al portal de información del hospital, los números y correos de los empleados por área y grupos. El objetivo de esta acción es mantener una comunicación concreta y eficaz con cada departamento de la institución. Por medio de este programa se podrá informar a todas las personas con respecto a las novedades, cambios, reuniones, etc., que se puedan suscitar dentro de la institución.

Se propone desarrollar la gestión de casos a través de la figura de la enfermera de enlace entre los niveles de atención, además hay que potenciar las consultas de Enfermería y la figura de Enfermería de casos de enlace. Se propone la creación de un Programa de atención al paciente frágil (pluripatológico, polimedicado) en colaboración con Trabajo Social. Se debe incorporar experiencias de actuación en Psiquiatría, enfermedades terminales

(cáncer) y otros sistemas de referencia que hayan tenido éxito en la coordinación con otras instituciones como Instituto de Neurociencias, SOLCA, entre otras. El departamento de programación y evaluación será el encargado de cumplir con la creación del nuevo programa de atención. Previo al comienzo del nuevo programa se brindará una capacitación a todas las partes involucradas para realizar el nuevo plan, el seguimiento y control de la acción se generará mediante un software tipo académico donde las personas encargadas de dictar la charla tendrán que marcar su asistencia y la de los demás involucrados.

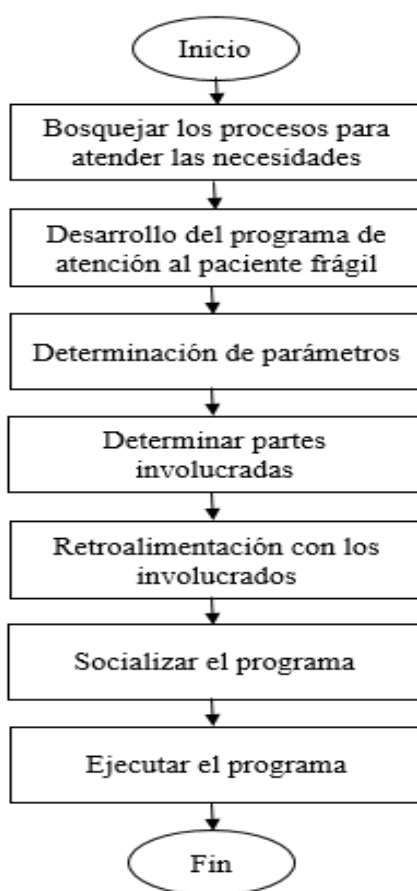


Figura 34. Flujograma de programa de atención

Las gerencias de cada departamento deben dar prioridad a la coordinación entre niveles, dedicando recursos humanos, materiales y organizativos a esta tarea. Se propone la creación de un órgano estable de coordinación ejecutiva que asegure las condiciones

necesarias para establecer una cooperación efectiva entre niveles. Las distintas gerencias serán los encargados de definir un nuevo organismo de coordinación ejecutiva, en unión con el MSP y el IESS.

La gestión y evaluación de los puntos anteriores será de responsabilidad de este órgano. En esta línea, se recomienda que se valore la creación de la figura responsable de gestión de la continuidad asistencial con la gerencia de las instituciones de la red asistencial (MSP – IESS e instituciones privadas), así como que se facilite el contacto directo entre profesionales. Se propone mejorar la coordinación de derivación con otros hospitales y centros socio-sanitarios, mediante la revisión consensuada de los protocolos de derivación.

Entre los riesgos a controlar se encuentra el déficit de información o de comunicación actualizada entre gestores y profesionales de los distintos niveles de atención; las decisiones no tomadas en base al consenso, sino con criterios de hegemonía y mediante hechos consumados; los retrasos en la implantación de la historia clínica electrónica de acceso compartido entre niveles; la ausencia de medios en Atención Primaria que faciliten el cumplimiento de los protocolos de actuación; y la falta de continuidad y evaluación sistemática de los resultados. El recurso crítico de este plan de mejora es el talento humano que facilite la mayor dedicación de los niveles a las tareas de coordinación, comunicación y presencia de profesionales en las unidades de salud. Esta estrategia no representa costo para la institución al realizarlo el personal administrativo.

### **Programación de procedimientos diagnósticos y tiempos de espera**

Se propone diseñar, implantar y evaluar un programa de uso adecuado de los procedimientos diagnósticos y control de tiempos de espera. Se deberá conocer los tiempos de espera y seleccionar los procedimientos con alto volumen de peticiones y alto tiempo de espera para su realización (por ejemplo: endoscopias de digestivo, TC, RM, ecocardio) que se



beneficiarían de un programa de uso adecuado. El nuevo programa será diseñado por el departamento de programación y evaluación. El programa se llevará a cabo por medio de las consultas de los diferentes doctores-especialistas, al momento de finalizar una consulta todos ellos tendrán que escribir el síntoma de la persona y dar click en el cuadro de tiempo que refleje el programa, automáticamente esas dos variables serán cargadas en el sistema, indicando la duración de la atención; de esta manera se podrá evaluar y conocer los tiempos de espera de cada procedimiento. El alto volumen de peticiones dentro del hospital se lo controlará mediante la ficha clínica que entreguen los doctores acerca del paciente.

Se deberá diferenciar procedimientos donde el tiempo de espera no es debido a uso inadecuado sino a falta de recursos o problemas de rendimiento del servicio que los realiza. Estos procedimientos no deben ser objeto de esta acción. Se recomienda elaborar un protocolo con indicaciones y criterios de priorización: para cada prueba identificada, elegir quienes serán los redactores del protocolo y quién sería el responsable final de su elaboración. Se deberá desarrollar un plan de difusión de los protocolos una vez elaborados, en los servicios médicos del Hospital. Esos servicios deben poder manifestar su grado de acuerdo y/o realizar enmiendas. Para el cumplimiento de este plan de mejora se propone la presentación y aprobación por la Comisión de Dirección del Hospital, previo informe de las Comisiones Clínicas que sean pertinente; además de realizar un seguimiento de resultados, aceptación del documento y de la evolución de los tiempos de espera. El gerente de planificación será el responsable de la realización de esta acción.

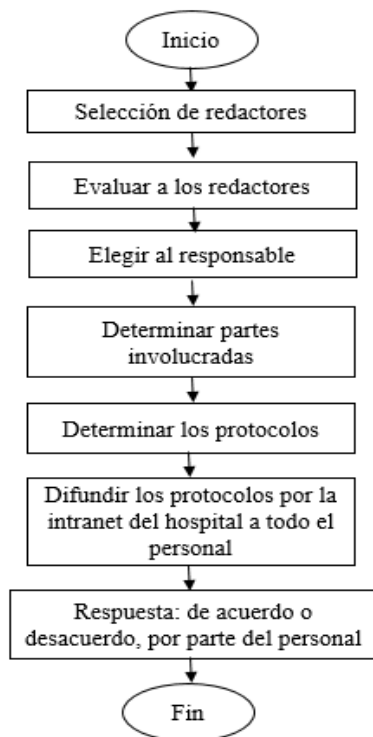


Figura 35. Flujograma de programación

Entre los riesgos a controlar están que los facultativos solicitantes no lo vean como una limitación de su capacidad de indicación de pruebas diagnósticas; que se perciba como una medida dirigida principalmente a reducir el gasto, cuando su principal valor es mejorar las condiciones de accesibilidad del paciente y evitar prácticas inadecuadas que suponen riesgo innecesario para el paciente. Esta estrategia no tiene costo, ya que se articulará con el personal interno y el departamento de sistemas.

### **Sistemas de información**

Se propone mejorar los sistemas de información de apoyo a la asistencia y la evaluación de sus resultados. Para esta acción requiere de la implantación progresiva de la Historia Clínica Electrónica, entre los niveles de atención de la Policía Nacional. Se debe implantar la solicitud de pruebas por vía informática: Gestor único de peticiones de la red de servicios policiales (Nivel primario –Nivel secundario).

El Hospital debe disponer de un consenso único acerca de las funcionalidades que debe asegurar la HCE, como requerimiento previo para poder influir en su desarrollo. A modo ilustrativo se consideran funcionalidades básicas que el sistema debe contemplar: (a) el sistema debe ser fácil, que permita al clínico encontrar toda la información, con estructura definida de episodios asistenciales con reglas fijas para ubicar la información del proceso asistencial; (b) debe permitir rutinas para no tener que repetir lo mismo en diferentes sitios, así por ejemplo, los informes de alta se puedan nutrirse de los datos que ya tiene el sistema; (c) debe tener plantillas y modelos definidos por el Hospital para su uso; (d) debe disponer de un DWH flexible que permita la explotación de la información clínica necesaria para la gestión. Esto debe suponer que la mayoría de la información debe ser registrada mediante campos estructurados, evitando todo lo posible los campos de texto libre.

Entre los riesgos a controlar están los retrasos en el desarrollo e implantación de la HCI electrónica, las resistencias de los profesionales a adaptarse a la disciplina y exigencias que supone una Historia Clínica Electrónica. Esto no tiene costo para el Hospital ya que se desarrollará por medio del jefe de cómputo y sistemas, el cual añadirá un módulo al sistema informático general del hospital en donde pueda acceder cada especialista y crear o modificar la historia clínica electrónica del paciente.

### **Talento humano y materiales**

Se propone lograr la suficiencia cuantitativa y cualitativa de talento humano y recursos materiales para su adecuación a la demanda percibida y la frecuencia esperada. Se deberá identificar puntos de mayor inadecuación. Se recomienda identificar procesos más trascendentes para el Hospital (corazón y cáncer por ejemplo) donde se perciba una mayor disparidad de necesidades y recursos. La identificación puede realizarse mediante la comparación de la dotación actual de la Institución con aquellos hospitales que se reconocen

como los mejores; entre los indicadores para esta estrategia están el cálculo de la demanda esperable, ajustada por edad y sexo; considerar alternativas al incremento de dotación, por ejemplo la mejora de las condiciones de utilización (horarios de funcionamiento) o mejorar la dotación hacia un equipamiento más eficaz. Se deberá valorar la creación de unidades de especialización interdisciplinarias en modelos de gestión clínica (autonomía y responsabilidad) para mejorar el uso de los recursos y la efectividad clínica. Entre los riesgos a controlar están la ausencia de medios económicos (presupuesto) para asumir la mayor dotación. El recurso crítico de este plan es la posible inversión en renovación, adquisiciones de equipos y personal. El costo es de \$0 para la institución ya que esto lo deberá realizar el personal de Estadística y las Gerencias de la organización.

### **Gestión de pacientes**

Se propone el rediseño y evaluación de los procesos de gestión de pacientes. Para esto se debe priorizar la consulta de especialidades introduciendo una orientación relacionada con el tránsito ágil, que evite cancelaciones y tiempos de espera innecesarios. Se deberá identificar y analizar los puntos deficientes de la gestión, se gestionarán referencias ágiles y suficientes para la gestión de problemas sociales, socio-sanitarios. Se propone desarrollar un programa de planificación y de gestión de agendas de las consultas, la estabilidad de las agendas permitirá aumentar su rendimiento y evitar desprogramaciones. Se recomienda la implementación de un call center; además de mejorar la información clínica y administrativa en Consultas Externas, rediseñando los procesos administrativos, el papel de Enfermería, la disponibilidad de tiempo, guía del paciente, soportes informativos y los soportes de recuerdo a las citas. El riesgo identificado es la resistencia de los profesionales por mayor exigencia organizativa. El jefe de programación y evaluación se encargará de la creación de un programa que permita un tránsito rápido de pacientes dentro del hospital. Una vez finalizado

el desarrollo del programa, el responsable deberá realizar una presentación ante los directivos del hospital, explicando los recursos que utilizó, los beneficios y cómo funciona el programa.

### **Propuesta de creación de un Centro de Llamadas (Call Center)**

En la actualidad el uso del *Call Center* es una necesidad para los servicios de salud que requieren establecer un contacto permanente con sus clientes, por lo que se ha creado en la población la necesidad de que los servicios que brinda sean proporcionados de manera ininterrumpida con lo que se evita las largas filas de espera para conseguir una prestación.

Los problemas suscitados por la falta de atención a los clientes en los hospitales es debido al modelo tradicional lo que crea problemas entre los servicios hospitalarios, la atención al cliente y la cantidad de reclamos y solicitudes que existen de los usuarios externos originando un alto grado de insatisfacción. Se pueden disminuir si se analiza el mejoramiento de la atención al cliente y la aplicación de nuevas tecnologías que satisfaga al usuario de una manera rápida y eficiente.

El HPNG2 mantiene un sistema tradicional de asignación de turnos, que genera una sobredemanda en la asignación de citas para la consulta médica, lo que crea congestión e insatisfacción de los usuarios y no se ha modernizado en lo referente al uso de nuevas tecnologías, como centrales telefónicas, a las que sí han accedido las otras instituciones del sistema estatal de salud, del cual es parte.

El HPNG2 desde su creación ha brindado la entrega de citas a través de sistemas tradicionales como es en forma directa, causando problemas de acceso a sus usuarios externos quienes deben madrugar para ver si pueden conseguir un turno, haciéndose más difíciles en las especialidades de mayor demanda como traumatología, neurología y medicina general.

Con la implementación de nuevas tecnologías se tratará de reducir la congestión del servicio de asignación de turnos, optimizar la capacidad instalada y evitar que un número importante de usuarios no sean atendidos, creando la idea que la atención es mala, se produzcan las quejas constantes y el sobrecargo de la atención en emergencia y aumentar la competitividad de la institución

Entre las causas identificadas están la falta de presupuesto institucional, dando prioridad a las necesidades técnicas de los servicios, falta de propuestas técnicas para corregir el problema, gestión administrativa tradicional que está centrada en la tecnología de producción incipiente, dentro de un mercado poco exigente y donde no es relevante hablar de cambios.

Se propone la implementación de esta tecnología, ya que los sistemas telefónicos permiten la transmisión de voz, aporta nuevos servicios para la transferencia de todo tipo de datos en forma digital. El propósito de cualquier sistema básico de telecomunicaciones es comunicar dos usuarios, permitiendo la transmisión de la información entre ellos. Con anterioridad a las dos últimas décadas las empresas han usado centrales telefónicas convencionales, las que necesitan redes separadas para comunicaciones de voz y datos, sistema que no está operativo en la institución en estudio. Pero con la introducción de la tecnología de la Voz sobre IP (VoIP), las empresas están cambiándose a este sistema que ofrece la gran ventaja al reunir las redes de voz y datos en una misma infraestructura. Las ventajas de utilizar esta tecnología son:

- Menor coste, la llamada mediante VoIP es más barata que su equivalente en telefonía convencional. Usualmente para una llamada entre dos teléfonos IP la llamada es gratuita, cuando se realiza una llamada de un teléfono IP a un teléfono convencional el costo corre a cargo del teléfono IP.

- Portátil, con VoIP se puede realizar una llamada desde cualquier lado que exista conectividad a Internet. Dado que los teléfonos IP transmiten su información a través de Internet estos pueden ser administrados por su proveedor desde cualquier lugar donde exista una conexión.

- Libre de características adicionales, el VoIP tiene varias cualidades algunas características con los teléfonos convencionales. Pero éste les ofrece por un precio de VoIP al mismo tiempo les ofrece de forma gratuita.

- El Call Center es una solución que se deriva del concepto de la Integración Computador-Teléfono (CTI, Computer Telephone Integration), o sea que es la interacción física y funcional entre un sistema telefónico y un sistema informático que facilita el intercambio de información.

Esta propuesta evitará las amanecidas de los pacientes y las colas largas para obtener una cita médica y por ende contar con un sistema de obtención de citas médicas rápidas y no presenciales; una gran ventaja es que la mayoría de los usuarios tienen conocimiento de cómo utilizar un call center; además es un vínculo importante entre la institución, los usuarios y los centros de atención telefónica, que brindan una variedad de servicios como: mesa de ayuda, consultas e información sobre servicios. El call center tendrá los siguientes servicios con sus respectivos módulos para su aplicación:

- Asignar citas médicas.
- Verificar y confirmar citas.
- Reasignar citas.
- Información de horario de atención del personal médico.
- Cancelación de citas agendadas.

*Asignar citas médicas.* Este proceso manejará directamente los datos de una llamada, cuando esta sea direccionada hacia un operador. Cuando una llamada sea transferida a un operador del call center, los datos de la persona que realiza la llamada deberán aparecer automáticamente en pantalla. A través de estos datos el operador deberá atender al cliente y cuando la llamada finalice se podrá ingresar la información correspondiente al historial de llamadas.

*Verificar y confirmar citas.* Permitirá realizar una consulta. Esta presentación de las consultas se las hará a través de un archivo de audio donde se encuentre la información que se quiera presentar al cliente. A lo largo de toda la llamada se debe detectar si se colgó, lo cual significaría que se interrumpió la consulta y se debe liberar el recurso.

*Reasignar citas.* Este procedimiento operará en su totalidad con el proceso telefónico a través del cual se enruta una llamada hacia un operador del Call Center.

*Información de horario de atención del personal médico.* Será exclusivo para el administrador del sistema, este estará en posibilidad de generar reportes acerca de los horarios del personal médico que se está generando en el Call Center. Estos reportes serán predefinidos para la institución.

*Cancelar citas.* Es otro proceso exclusivo del administrador del Call Center. A través de este proceso se podrá eliminar a un operador existente.

La estrategia se apoyará con el personal calificado en Ingeniería de Telecomunicaciones con que cuenta la Policía Nacional realizar el proyecto técnico operativo del Call Center para el HPNG2; se deberá establecer el costo del proyecto y presentar a las autoridades de la Dirección Nacional de Salud para un incremento al presupuesto del año 2018. Los servicios de la Policía Nacional son parte de la red de servicios estatales y dado



que el MSP y el IESS, los mismos ya cuentan con este servicio hacer un convenio interinstitucional para el uso del call center utilizando el mismo número, agregando un dígito de extensión que corresponda al HPNG2. Para realizar este proyecto se deben integrar todas las gerencias y actuar en conjunto con el departamento de sistemas. El costo de este tipo de proyectos requiere de un análisis mucho más profundo; sin embargo, se tomó como referencia el de la investigación de Bermúdez y Merizalde (2013), los que determinaron que un call center para el el Hospital General de las Fuerzas Armadas tuvo una inversión de \$ 106,863. La implementación de este sistema articulado se realizará de enero a diciembre de 2018.

A continuación se detallan los procesos por medio de la presentación de flujogramas. Existirán cuatro tipos diferentes de procesos que se deberán seguir por medio del call center del hospital. Una vez que se recepten las llamadas se podrán reducir los tiempos muertos de espera de los pacientes dentro del hospital; ya que, se podrá asignar, reasignar, verificar, confirmar y cancelar citas; incluso, se brindará información sobre los horarios de atención de los médicos. El call center funcionará a través del sistema VoIP, el cual permitirá que la información receptada vía telefónica pueda ser enlazada y transmitida automáticamente al internet hacia una dirección IP, guardándola en el programa del hospital.

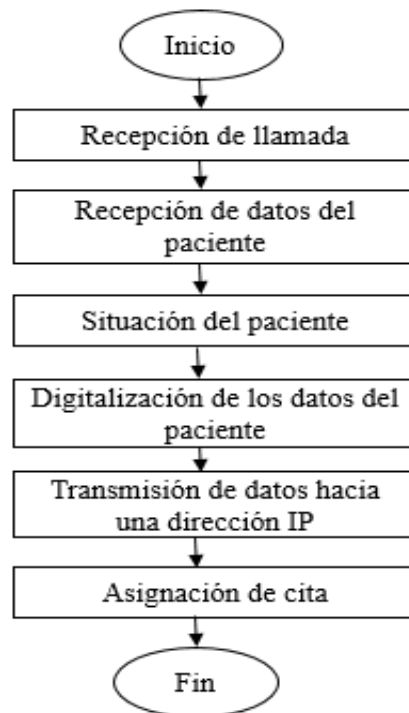


Figura 36. Asignación de cita

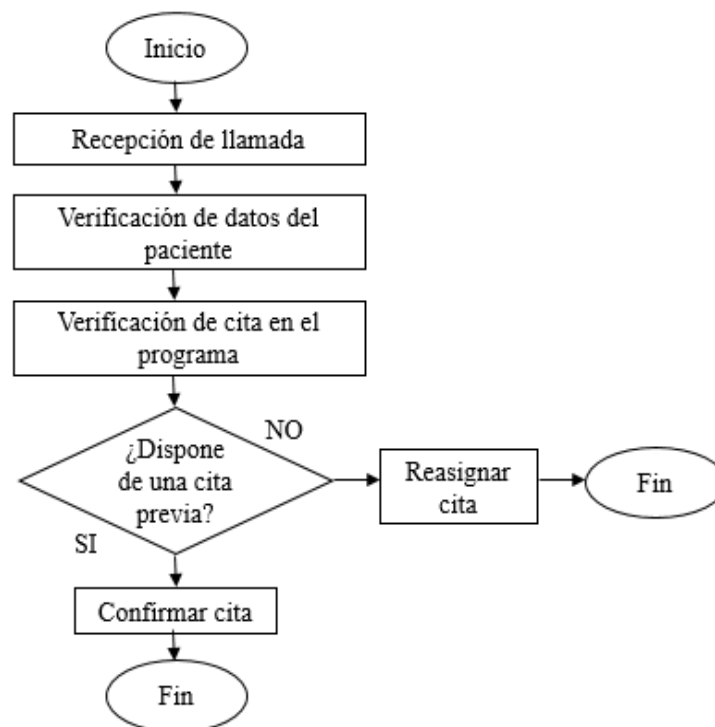
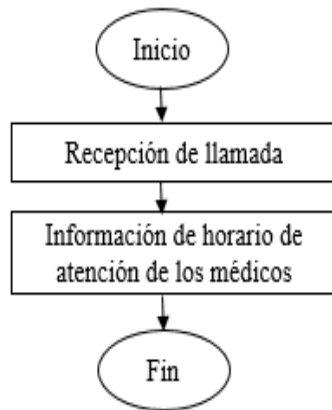
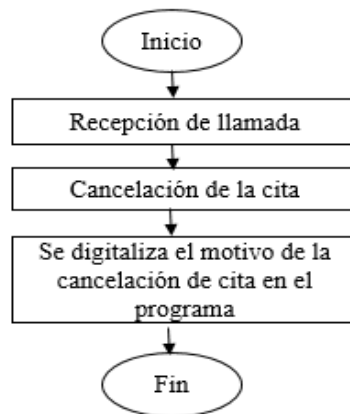


Figura 37. Confirmación y reasignación de cita



*Figura 38.* Información de horarios de atención de médicos



*Figura 39.* Cancelación de cita

### **Derechos de los pacientes**

Este plan va a garantizar el respeto a los derechos de los pacientes, especialmente en lo relacionado a la información adecuada, satisfactoria con confidencialidad y promoción de los principios éticos. Para esto se deberá potenciar la formación en Bioética a todos los profesionales de Consulta externa y del Hospital; incorporar los criterios bioéticos y el código ético del Hospital en el protocolo de admisión; adoptar las medidas necesarias para facilitar la formación en Buena Práctica Clínica de carácter regulado en cirios clínicos e investigativos; sensibilizar a los profesionales sobre la importancia ética y legal de la confidencialidad de la información clínica, incluyendo además estos aspectos en el protocolo de admisión; utilizar

de forma habitual los espacios físicos disponibles para la información al paciente / familia; actualizar la información sobre espacios, horarios, características y compromisos en los Servicios Asistenciales; elaborar y difundir los derechos y obligaciones de los pacientes para gestionar sus expectativas; reducir los tiempos en la sala de espera de consultas e informar a los pacientes de los retrasos; además de facilitar información actualizada sobre citas, tiempos de espera, condiciones de acceso, preparaciones, e información relevante para el paciente.

Los riesgos para la ejecución del plan son la lenta implementación ya que supone un cambio cultural, tanto la información como la confidencialidad precisan sustentarse en una actitud proactiva.; además de que la información está estrechamente unida a la comunicación y puede requerir la adquisición de destrezas por parte de los profesionales. Esta estrategia no tendrá costos para la entidad, ya que lo realizará el personal interno. Se agendarán charlas y conversatorios sobre este tema, esto lo desarrollará la Gerencia de Recursos Humanos, realizando cuatro conversatorios anuales. A continuación se propone un modelo básico de encuesta con escala de Likert, en donde se medirá la satisfacción del cliente. El indicador debe de tener un ponderado del 75% o mayor, con el objetivo de determinar la satisfacción de los pacientes dentro del hospital.

Por favor responder las preguntas con la siguiente escala

- 1 – Totalmente insatisfecho.
- 2 – Insatisfecho.
- 3 – Ni satisfecho, ni insatisfecho.
- 4 – Satisfecho.
- 5 – Totalmente satisfecho.

¿Cómo se sintió acerca de la infraestructura del hospital?

¿Cómo se sintió acerca del servicio al cliente del hospital?

¿Cómo se sintió acerca del aseo de la unidad médica?

¿Cómo se sintió acerca de la atención del médico dentro de la consulta?

### **Servicios hosteleros e instalaciones**

Este es el sector dentro de la institución de salud, responsable de procurar el bienestar del paciente durante el tiempo de su estadía, cuidando el buen funcionamiento y mantenimiento del edificio, de las instalaciones en general, el cuidado de la limpieza e higiene de los servicios, es decir el confort para los usuarios internos y externos del Hospital.

Se propone realizar una campaña continua de concienciación entre usuarios internos y externos para el uso adecuado de las instalaciones hospitalarias y las actitudes personales para promover el ahorro energético y el reciclaje. Se deberá revisar y actualizar circulaciones en la consulta externa e instalaciones para pacientes con accesibilidad reducida. Se recomienda establecer paradas sistemáticas y programadas de las instalaciones para revisión y mantenimiento preventivo; se debe sistematizar y responsabilizar del buen estado de las zonas comunes a los distintos servicios, potenciando la identificación de necesidades a través del servicio de limpieza. Se deben impulsar protocolos de calidad en los servicios técnicos y la consecución de certificaciones nacionales e internacionales; además se propone planificar la renovación de equipamiento y estructuras de los servicios de hostelería. El recurso crítico para la ejecución de este plan es el presupuesto necesario para reposición. Se propone la adecuación de una pequeña sala de espera, para los pacientes próximos a ser atendidos por Medicina General; el costo de implementar esta sala de espera especial es de aproximadamente \$10,000 e incluye mobiliario, televisor y adecuaciones; esto deberá ser aprobado en el presupuesto como una nueva inversión en pro de un mejor servicio. El

encargado de realizar y controlar esta acción será el área de infraestructura y equipamiento.

Se muestra a continuación las características de esta área.



Figura 40. Plano 2D de sala de espera especial Medicina General



**Figura 41.** Panorámica de sala de espera especial Medicina General  
**Costos y Cronograma**

Tabla 15

*Cronograma y costos de los planes de acción*

Planes de acción	Costo	Fecha
Contratación de dos especialistas y un médico general	\$ 185,528.88	Enero de 2018
Encuesta de satisfacción	\$ 33.84	19 al 23 de noviembre de 2018
Evaluaciones internas de servicios y procesos	-	4 al 8 de diciembre de 2017
Sistema de información	-	4 de diciembre de 2017 al 5 de marzo de 2018
Difusión de nuevos especialistas	\$ 80.00	8 de enero de 2018
Protocolos de atención de enfermedades crónicas y de mayor incidencia	-	8 al 26 de enero
Reuniones para coordinación de Cooperación entre niveles	-	17 de enero, 14 de febrero, 14 de marzo y 18 de abril
Protocolo de procedimientos diagnósticos	-	12 de febrero
Desarrollo de módulo informático de Historia Clínica Electrónica	-	4 diciembre de 2017 a 19 de enero de 2018
Implantación de la HCE	-	enero a diciembre 2018
Análisis de demanda y recursos	-	enero a diciembre de 2018

Conversatorios sobre bioética, derechos y obligaciones	-	20 de marzo, 19 de junio, 18 de septiembre y 11 de diciembre de 2018
Call center	\$ 106,863	2018
Sala de espera	\$10,000	2018
Total de inversión	\$ 302,505.72	

### **Impacto de las Estrategias**

Las estrategias formuladas tendrán un alto impacto sobre los usuarios externos del hospital, ya que dispondrán de más especialistas en los cuellos de botella identificados; además la encuesta de satisfacción, permitirá conocer de manera constante la percepción de los pacientes sobre el servicio prestado. La implementación del call center, evitará las filas de espera, con lo que el servicio será moderno y ágil, además la adecuación de la sala de espera especial logrará que el usuario sienta una mayor satisfacción y comodidad.

Desde el punto de vista social, la implementación de las estrategias, ayudará a mejorar la calidad de vida de los pacientes ya que tendrán una mejor atención dentro de la dependencia de salud, además ya no tendrán que pernoctar de un día para otro por la obtención de una cita médica. Desde el punto de vista del hospital, este se verá favorecido al contar con un sistema de atención más eficiente, lo que incrementará la motivación del personal, además cumplirá con su misión de prestar servicios con calidad y calidez en forma permanente, contribuyendo al bienestar de los policías y sus familias.



## Conclusiones

La calidad en los servicios de la salud es un objeto de investigación a nivel mundial y nacional, que tiene diferentes enfoques. Si se lo analiza desde el punto de vista de los directivos y del personal médico, se tendrá un mayor esfuerzo en lograr tener los mejores equipos, última tecnología y estar a la vanguardia desde el punto de vista médico. Sin embargo, este enfoque puede variar si se lo analiza desde el punto de vista del paciente o de sus acompañantes.

La percepción del paciente ha sido analizada bajo distintos constructos, que han intentado describir lo que verdaderamente piensa la persona con respecto al servicio recibido; se ha logrado identificar que existe una brecha entre las expectativas que posee el usuario, con respecto a las percepciones que este tiene sobre el mismo; esta diferencia entre ambos aspectos es la que determina si el usuario se encuentra satisfecho o no. Una forma de medir la percepción de calidad del servicio es por medio de las dimensiones de elementos tangibles, seguridad, confiabilidad, capacidad de respuesta; y empatía.

Se concluyó que los pacientes de consulta externo son en un 53% del sexo masculino y en un 48% femeninos. La mayor cantidad de pacientes son adultos mayores de 20 años y menores de 65. El nivel de instrucción tuvo como mayoría la secundaria y el nivel superior. La mayor cantidad de ingresos fueron de dos a tres sueldos mínimos vitales. La muestra determinó que viven por lo general en el área urbana, los asegurados de la ISSPOL fueron del 93.02%, siendo la mayor parte policías en servicio activo y dependientes / derecho habiente.

Se investigó las dimensiones de la percepción de la calidad del servicio en la Consulta externa del HPNG2, para ello se estableció un diseño de evaluación basado en cinco variables que fueron: elementos tangibles, seguridad, confiabilidad, capacidad de respuesta y empatía. Se aplicó la encuesta a una muestra representativa de la población de usuarios externos de

consulta subsecuente. Se concluyó que existe insatisfacción en las dimensiones de elementos tangibles, seguridad, capacidad de respuesta y empatía; la dimensión de confiabilidad fue satisfactoria.

En la dimensión de elementos tangibles existió insatisfacción en la planta física y uso del uniforme. En la dimensión de seguridad hubo insatisfacción en la información y orientación brindada. En el componente de capacidad de respuesta existió una insatisfacción más acentuada en la asignación de citas médicas y en el cumplimiento de la programación. La dimensión de confiabilidad fue satisfactoria. En la dimensión de empatía se reflejó insatisfacción en la atención a las necesidades del paciente, la transmisión de problemas personales del personal al paciente y el hecho de no pensar primero en el usuario. Se concluyó que existe correlación entre las dimensiones elementos tangibles – seguridad, seguridad – confiabilidad, seguridad – empatía, confiabilidad – empatía.

La propuesta consistió en estrategias para poder contrarrestar los aspectos que son percibidos como negativos de parte de los usuarios externos del hospital. Entre el plan de mejoras propuesta estuvo mejorar la cartera de servicios, la coordinación con unidades de salud, la programación de procedimientos diagnósticos y tiempos de espera, sistemas de información, talento humano y materiales, gestión de pacientes, servicios hosteleros e instalaciones.

Las estrategias más importantes fueron la contratación de dos especialistas y un médico general para satisfacer la alta demanda de pacientes; se propuso la creación de un servicio de call center para evitar las largas filas y se diseñó una sala especial de espera para la comodidad de los pacientes de consulta externa. Los costos de implementación de este proyecto fueron de \$ 302,505.72, mientras que el cronograma inicia desde diciembre de 2017 hasta diciembre de 2018.

## **Recomendaciones**

Disminuir o eliminar las situaciones que debilitan la prestación del servicio de Consulta Externa en los diferentes procesos y procedimientos aplicados en la entidad.

Establecer objetivos, metas, personas responsables, recursos y cronograma donde se necesita la participación de las áreas administrativa y operativa en los diferentes procesos y procedimientos modificables del servicio de Consulta Externa.

Fortalecer los procesos y procedimientos en el servicio de Consulta Externa para lograr una mejora continua eficaz y eficiente en los puntos débiles que afectan directa e indirectamente la calidad en el servicio.

Socializar el plan de mejoramiento a los niveles responsables de las actividades y funcionarios, para que todos logren concientizar la necesidad de mejorar el servicio de Consulta Externa.

## Referencias

- Álvarez, J., Álvarez, I., & Bullón, J. (2010). *Introducción a la calidad: Aproximación a los sistemas de gestión y herramientas de calidad*. Vigo: Editorial IdeasPropias.
- Andriani, C., Biasca, R., & Rodríguez, M. (2003). *Un nuevo sistema de gestión para lograr Pymes de clase mundial*. Bogotá: Norma.
- Artaza, O., Méndez, C., Morrison, H., & Suárez, J. (2011). *Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales*. Obtenido de [http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes\\_integrales\\_de\\_servicios.pdf](http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf)
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2006). Ley de derechos y amparo del paciente. *Registro Oficial Suplemento 626*.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf)
- Beca, J. (2011). Confidencialidad y secreto médico. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo - Chile*, 1-6.
- Bermúdez, W., & Merizalde, F. (2013). Estudio de factibilidad para la implementación de un call center en el Hospital General de las Fuerzas Armadas No. 1. Repositorio de la Escuela Politécnica del Ejército.
- Bernal, I., Pedraza, N., & Sánchez, M. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales*, 31(134), 8-19. doi:<https://doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.003>
- Bravo, M. (2011). Percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa del Sub-centro de Salud de Amaguaña. Repositorio UTPL.
- Carrillo, A. (2015). *Población y muestra*. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/oca/view/20.500.11799/35134/1/secme-21544.pdf>
- Climent, S. (2012). *Los costes de calidad como estrategia empresarial*. Barcelona: EAE.

- Colunga, C. (1995). *Administración para la calidad : cómo hacer competitiva a nivel mundial una empresa Mexicana*. México: Panorama editorial.
- Coulter, A. (2005). European patients' view on the responsiveness of health systems and health providers. *The European Journal of Public Health*, 15(4), 355-360.  
doi:10.1093/eurpub/cki004
- Crosby, P. (1994). *La Organización Permanentemente Exitosa*. México D.F.: McGraw-Hill.
- De la Calle, J., Abejón, D., Cid, J., Insausti, J., & López, E. (2010). Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(2), 114-133.
- Del Salto, E. (2014). Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el Departamento Médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012. Repositorio Universidad Central del Ecuador - Ciencias Médicas - Maestría en Gerencia en Salud.
- Delgado, M., Vázquez, M., & Moraes, L. (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista de Salud Pública*, 12(4), 533-545.
- Deming, W. (1988). *Calidad, productividad y competitividad a la salida de la crisis*. Madrid - España: Ed. Díaz de Santos.
- Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública N° 32 (2) México*, 113-117.
- Donabedian, A. (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de calidad. *Salud Pública de México*, 35(3), 238-247.
- Druker, P. (1990). *El ejecutivo eficaz*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Errasti, F. (1997). *Principios de gestión sanitaria*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

- Escobar, L., Villa, E., & Yanez, S. (2003). Confiabilidad: Historia, estado del arte y desafíos futuros. *DYNA*, 70(140), 5-21.
- Figuroa, A. (2013). Propuesta de un sistema de evaluación de la calidad del servicio en el área de salud mediante el modelo SERVQUAL dirigido al hospital José Garcés Rodríguez del cantón Salinas de la provincia de Santa Elena. Repositorio UPSE.
- Freitas, J., Bauer, A., Minamisava, R., Bezerra, A., & Sousa, R. (2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 454-460.  
doi:<https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>
- García, J. (2012b). Evaluación de la calidad y calidez de atención a los usuarios del sub centro de salud "El Bosque". Propuesta gerencial de mejoramiento. Periodo 2011. Repositorio Universidad de Guayaquil.
- Garvin, D. (1988). Competir en las ocho dimensiones de la calidad. *Harvard Deusto business review*(34), 37-48.
- Garza, E., Abreu, J., & Badii, M. (2008). Mejoramiento de la calidad de servicios mediante el modelo de las discrepancias entre las expectativas de los clientes y las percepciones de la empresa. *International Journal of Good Conscience*, 3(1), 1-64.
- Grönroos, C. (1994). *Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Hamui,Fuentes & Aguirre. (2013). *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica*. México: Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.
- Hanashiro, O., & Pontón, D. (2006). Elementos para una reforma policial en el Ecuador. *Reforma Policial*, 4, 123-140.

- Hayes, B. (2002). *Cómo medir la satisfacción del cliente: desarrollo y utilización de cuestionarios 3a. Ed.* Barcelona: Gestión 2000.
- Hermida, D. (2014). Satisfacción de la calidad de atención brindada a los usuarios de la consulta externa del Centro de Salud N°2. Repositorio Universidad de Cuenca.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación 5a. Ed.* México D.F.: McGraw-Hill.
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social. (2003). Instructivo para la Consulta Subsecuente Especializada dentro del Plan Integral de Acortamiento de Citas. *Gerencia de Salud*, 1-3.
- ISO. (2017). *ISO 9001:2015*. Obtenido de <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:9001:ed-5:v1:es>
- Jélvez, A., Riquelme, Y., & Gómez, N. (2015). Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile. *Horizontes empresariales*, 9(2), 51-72.
- Kerguelén, C. (2008). *Calidad en salud en Colombia: Los principios*. Bogotá -Colombia: Editorial Scripto Ltda.
- Laurenza, M. (2013). Calidad de la atención de la salud desde la perspectiva del paciente. Análisis de los resultados de una encuesta realizada en centros de atención primaria del ámbito público. *Salud y Seguridad Social*(1), 18-28.
- Lemus, J., Aragües, V., & Lucioni, M. (2004). *Auditoría Médica. Un enfoque sistémico*. Buenos Aires: Ed. Universitaria.
- León, C. (2006). El uniforme y su influencia en la imagen social. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(1).
- Lewis, R., & Booms, B. (1983). The marketing aspects of service quality. En L. Berry, G. Shostack, & G. Upah, *Emerging Perspectives in Service Marketing* (págs. 99-107). Chicago: American Marketing Association.

- Lind, D., Marchal, W., & Wathen, S. (2012). *Estadística aplicada a los negocios y la economía 15a. Ed.* México D.F.: McGraw-Hill.
- Massip, C., Ortiz, R., Llantá, M., Peña, M., & Infante, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*(34). doi:10.1590/S0864-34662008000400013
- Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. (2014). *COIP. Oficio No. SAN-2014-0138*. Obtenido de [http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c%C3%B3digo\\_org%C3%A1nico\\_integral\\_penal\\_-\\_coip\\_ed.\\_sdn-mjdhc.pdf](http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c%C3%B3digo_org%C3%A1nico_integral_penal_-_coip_ed._sdn-mjdhc.pdf)
- MSP - CONASA. (2007). *Expediente único para la Historia Clínica. 4a. Edición*. Obtenido de [http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/hcu/historia\\_clinica.pdf](http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/hcu/historia_clinica.pdf)
- MSP - CONASA. (2013). *Cuadro Nacional de Medicamentos 9na revisión*. Obtenido de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21672es/s21672es.pdf>
- MSP - OPS. (2013). *Modelo de atención integral en salud*. Quito.
- MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
- MSP. (2015). *Tipología para homologar establecimientos de salud por niveles de atención*. Quito: Registro Oficial Suplemento 428. Acuerdo Ministerial 5212.
- Naciones Unidas. (2017). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. Obtenido de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Ortiz, R., Muñoz, S., Martín, D., & Torres, E. (2003). Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13(4), 229-238. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892003000300005>



- Outomuro, D., & Actis, A. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Revista médica de Chile*, 141(3), 361-366.
- Paganini, J. (1993). Calidad y eficiencia en hospitales. *Boletín de la OPS*, 115(6), 482-510.
- Peterson, R., & Kerin, A. (2010). Services Marketing Strategy. En V. Zeithaml, M. Bitner, & D. Gremler, *Wiley International Encyclopedia of Marketing* (págs. 208-218). Reino Unido: John Wiley & Sons.
- Ponce, J., Reyes, H., & Ponce, G. (2006). Satisfacción laboral y calidad de atención Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad de enfermería en una unidad de enfermería en una unidad médica de alta especialidad. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 14(2), 65-70.
- Quiroz & Noblecilla . (2008). Implementación de modelos de atención en los servicios de Enfermería del Hospital Clínica Kennedy. UTPL - Maestría en Gerencia Integral de salud para el Desarrollo Local.
- Red de Salud de Cuba. (2017). El examen físico y sus métodos básicos de exploración. *Propedéutica Clínica y Semiología Médica*(1), 7-11.
- Ruiz, T. (2015). Evaluación de la calidad de los servicios médicos en el área de consulta externa, en base a la metodología de SERVQUAL, caso clínica Club de Leones Quito Central, período 2012- 2014. Repositorio de la EPN.
- Rust, R., & Oliver, R. (1994). *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*. California: Sage Publications.
- Senplades. (2017). *Plan Nacional del Buen Vivir 2017-2021*. Obtenido de <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/07/Plan-Nacional-para-el-Buen-Vivir-2017-2021.pdf>
- Torres, L., & Constantino, N. (2003). Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*(4), 359-364.

- Vázquez, R., Rodríguez, I., & Díaz, A. (1996). Estructura multidimensional de la calidad de servicio en cadenas de supermercados: desarrollo y validación de la escala calsuper. (119), 1-30.
- Vuori, H. (1987). Patient Satisfaction—An Attribute or Indicator of the Quality of Care? *Quality Review Bulletin journal*, 13(3), 106-108. doi:10.1016/S0097-5990(16)30116-6
- Zeithaml, V., Berry, L., & Parasuraman, A. (1988). Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. *Journal of Marketing*, 52, 2-22. doi:10.2307/1251263

## Apéndice A. Encuesta



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

TESIS DE MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD  
MODALIDAD PRESENCIAL, XIII PROMOCION, PARALELO B.

### Tema

**CALIDAD DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DESDE LA  
PERCEPCIÓN DEL USUARIO EXTERNO HOSPITAL DE LA POLICÍA N° 2  
GUAYAQUIL 2017**  
**ENCUESTA DE OPINIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

Número de encuesta

Fecha:

Nombre del Establecimiento de Salud

Buenos días/ tardes, estoy haciendo un estudio con los usuarios para conocer sus necesidades y opinión sobre el servicio que se da aquí. Sus respuestas son confidenciales, le agradecemos por ser lo más sincero posible

#### 1. Datos del encuestado

Edad  En años cumplidos

Sexo

Masculino  Femenino

¿En dónde vive?

Procedencia: 1 urbano 2 rural  
3 urbano marginal

¿Cuál e su grado de Instrucción?

- |                    |             |
|--------------------|-------------|
| 1. Sin instrucción | 4. Técnico  |
| 2. Primaria        | 5. Superior |
| 3. Secundaria      |             |

**¿Cuál es su grado de Instrucción?**

- |                    |               |
|--------------------|---------------|
| 1. Sin instrucción | 3. Secundaria |
| 2. Primaria        | 4. Técnico    |
|                    | 5. Superior   |

Tipo de aseguramiento en salud

1. Miembro activo de la Policía Nacional
2. Miembro pasivo de la Policía Nacional
3. Ser habiente o dependientes de un miembro policial
4. IESS
5. MSP

**¿Cuál es su ingreso económico?**

1. ± un mínimo vital
2. Entre 2 y 3 SMV
3. + 4 SMV

## Parte II: Percepción del usuario respecto a la atención recibida

### 1. Elementos Tangibles

	1	2	3	4	5
1.1 Los consultorios contaron con los equipos y materiales necesarios para su atención					
1.2. La señalización de la Consulta Externa (carteles, letreros, flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y familiares					
1.3. En la consulta externa el personal está correctamente uniformado					
1.4. Las instalaciones físicas de la Consulta externa son visualmente atractivas					
1.5. El ambiente físico de la Consulta externa es agradable, está limpio y ordenado					

### 2. Seguridad

	1	2	3	4	5
2.1. El personal de información le oriento y le explico de manera clara sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa					
2.2. La atención médica que recibe le da seguridad					
2.3. El médico que le atendió mostró interés para solucionar su problema de salud					
2.4. Ud. tienen seguridad en el personal que le atiende en la consulta externa					

### 3. Confiabilidad

	1	2	3	4	5
3.1. La atención que recibe es personalizada					
3.2. En la consulta médica le hicieron el examen físico					
1.3. El médico informa y explicar a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender el problema de salud o resultados de la atención.					

Continuación...

1.4 El médico informa y orienta a los pacientes sobre la medicación prescrita

1.5 El tiempo de la consulta es realizado en el tiempo previsto

1	2	3	4	5

#### 4 Capacidad de respuesta

4.1 Le fue fácil conseguir la cita médica

4.2 Su atención médica se realizó respetando la programación y el orden de llegada

4.3 La atención en Caja fue rápida y le entregan factura

4.4 El turno para la toma de los exámenes de laboratorio fue adecuada

4.5 El turno para la toma de los exámenes de rayos X fue adecuada

4.6. Le entregaron toda la medicación prescrita

1	2	3	4	5

#### 5. Empatía

5.1. El personal de la Consulta Externa se ayuda entre sí para dar la mejor atención posible

5.2. En la Consulta externa se piensa primero en el pacientes

5.3 Los trabajadores de la consulta externa dejan sus problemas personales atrás y no los vuelcan contra los pacientes

5.4. En este Hospital los trabajadores están atentos a las necesidades del usuario

1	2	3	4	5

#### Clave:

- 1 Totalmente o muy insatisfecho
- 2 Insatisfecho
3. Neutro o ni satisfecho o ni satisfecho
4. Satisfecho
5. Totalmente o muy satisfecho

Parte III: 3.1 Opiniones y sugerencias respecto de la atención recibida.

---

3.2: ¿Qué problemas identifica en la consulta externa?

---

**Gracias por su colaboración**

Fuente: Agurto, J. Calidad de servicio desde la percepción del usuario externo e interno – Hospital Regional II –  
2 José Alfredo Mendoza Olavarria. Tumbes. 2014

Vértiz, D El modelo Servqual para el mejoramiento del servicio de catering offshore en la región Tumbes - 2014

### Apéndice B. Calificación por indicadores

	1.Totalmente insatisfactorio	2 Parcialmente insatisfecho	3. Neutro	4.Satisfactorio	5. Totalmente satisfecho	Total
<b>ELEMENTOS TANGIBLES</b>						
<b>Total de respuestas</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>38</b>	<b>144</b>	<b>150</b>	<b>344</b>
Señalética	5	0	5	76	0	86
Uso uniforme	0	7	30	49	0	86
Equipamiento	0	0	3	15	68	86
HCL	0	0	0	4	82	86
<b>SEGURIDAD</b>						
<b>Total de respuestas</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>25</b>	<b>82</b>	<b>224</b>	<b>344</b>
Información- orientación	0	13	18	28	27	86
Médico -confianza	0	0	2	29	55	86
Interes médico -pte	0	0	4	12	70	86
Expl. uso medicamentos	0	0	1	13	72	86
<b>CONFIABILIDAD</b>						
<b>Total de respuestas</b>	<b>36</b>	<b>96</b>	<b>108</b>	<b>237</b>	<b>125</b>	<b>602</b>
Consecución cita	35	26	16	9	0	86
Prog cita médica	1	59	22	4	0	86
At en caja	0	0	0	7	79	86
Turno Lab clínico	0	2	30	54	0	86
Turno Rx	0	8	28	50	0	86
At en farmacia	0	1	9	76	0	86
Tiempo consulta	0	0	3	37	46	86
<b>CAPACIDAD DE RESPUESTA</b>						
<b>Total de respuestas</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>138</b>	<b>265</b>	<b>437</b>
Atención personalizada	0	0	1	18	67	86
Disposición para atender p	0	1	4	22	59	86
Entrega de medicación	0	4	5	40	37	86
Atención laboratorio	0	0	1	18	67	86
Atencion Rx	0	0	9	40	37	86
<b>EMPATIA</b>						
<b>N° total</b>	<b>0</b>	<b>115</b>	<b>116</b>	<b>88</b>	<b>24</b>	<b>343</b>
Ayuda entre personal	0	0	17	45	24	86
Se piensa 1ro pte	0	29	36	21	0	86
Problemas atrás	0	45	32	9	0	86
Atento necesidades pte	0	41	31	13	0	86

### Apéndice C. Calificación relativa por indicadores

	1.Totalmente insatisfactorio	2 Parcialmente insatisfecho	3. Neutro	4.Satisfactorio	5. Totalmente satisfecho	Total
<b>ELEMENTOS TANGIBLES</b>						
<b>% de respuesta</b>	<b>1,45</b>	<b>2,03</b>	<b>11,05</b>	<b>41,86</b>	<b>43,60</b>	<b>100,00</b>
Señalética	5,81	-	5,81	88,37	-	100,00
Uso uniforme	-	8,14	34,88	56,98	-	100,00
Equipamiento	-	-	3,49	17,44	79,07	100,00
HCL	-	-	-	4,65	95,35	100,00
<b>SEGURIDAD</b>						
<b>% de respuesta</b>	<b>0</b>	<b>3,89</b>	<b>7,49</b>	<b>24,55</b>	<b>67,07</b>	<b>100,00</b>
Información- orientación	0	15,12	20,93	32,56	31,40	100,00
Médico -confianza	0	-	2,33	33,72	63,95	100,00
Interes médico -pte	0	-	4,65	13,95	81,40	100,00
Expl. uso medicamentos	0	-	1,16	15,12	83,72	100,00
<b>CONFIABILIDAD</b>						
<b>% de respuesta</b>	<b>5,98</b>	<b>15,95</b>	<b>17,94</b>	<b>39,37</b>	<b>20,76</b>	<b>100,00</b>
Consecución cita	40,70	30,23	18,60	10,47	-	100,00
Prog cita médica	1,16	68,60	25,58	4,65	-	100,00
At en caja	-	-	-	8,14	91,86	100,00
Turno Lab clínico	-	2,33	34,88	62,79	-	100,00
Turno Rx	-	9,30	32,56	58,14	-	100,00
Turno farmacia	-	1,16	10,47	88,37	-	100,00
Tiempo consulta	-	-	3,49	43,02	53,49	100,00
<b>CAPACIDAD DE RESPUESTA</b>						
<b>% de respuesta</b>	<b>-</b>	<b>1,14</b>	<b>6,64</b>	<b>31,58</b>	<b>60,64</b>	<b>100,00</b>
Atención personalizada	-	-	1,16	20,93	77,91	100,00
Disposición para atender p	-	1,16	4,65	25,58	68,60	100,00
Entrega de medicación	-	4,65	5,81	46,51	43,02	95,35
Atención laboratorio	-	-	1,16	20,93	77,91	100,00
Atencion Rx	-	-	10,47	46,51	43,02	100,00
<b>EMPATIA</b>						
<b>% de respuesta</b>	<b>-</b>	<b>33,53</b>	<b>33,82</b>	<b>25,66</b>	<b>7,00</b>	<b>100,00</b>
Ayuda entre personal	-	-	19,77	52,33	27,91	100,00
Se piensa 1ro pte	-	33,72	41,86	24,42	-	100,00
Problemas atrás	-	52,33	37,21	10,47	-	100,00
Atento necesidades pte	-	48,23	36,05	15,29	-	100,00



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Guerrero Ríos Diana Cristina, con C.C: # 1206147819 autora del trabajo de titulación **Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud de la consulta externa en el hospital de la Policía Nacional N° 2 - Guayaquil, 2017**, previo a la obtención del título 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 titulación 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 titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **08 de enero de 2018**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: Guerrero Ríos Diana Cristina

C.C: 1206147819



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

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

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud de la consulta externa en el hospital de la Policía Nacional N° 2 - Guayaquil, 2017.		
<b>AUTOR</b>	Guerrero Ríos Diana Cristina		
<b>REVISORA/TUTORA</b>	DR. FRANCISCO OBANDO FREIRE, MGS		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>MAESTRÍA/FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>CARRERA:</b>	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>08 de Enero de 2018</b>	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	121
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Administración, Recursos Humanos, Marketing		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Calidad, salud, gestión, satisfacción		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b> (150-250 palabras):			
<p>La calidad de los servicios de salud es un tema de importancia mundial y nacional, diversos autores la han definido como la aspiración de reducir la brecha entre expectativas y percepción del cliente. Objetivo: de esta investigación fue determinar el grado de satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud de la consulta externa a través de encuestas post consultas en el hospital de la Policía Nacional N° 2. Metodología: La metodología utilizada fue mediante un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, la investigación tuvo un corte transversal. La población fue de 16,855 pacientes que fueron atendidos entre julio y septiembre de 2017, resultando una muestra de 376 usuarios de consulta externa. Resultados: La investigación determinó que existieron problemas en las dimensiones de elementos tangibles, seguridad, capacidad de respuesta y empatía; los mayores problemas estuvieron en la planta física, uso del uniforme del personal, la información – orientación brindada, asignación de cita médica, cumplimiento de la programación y atención a las necesidades del paciente. Propuesta: La propuesta fue dirigida principalmente a la contratación de especialistas, creación de un call center y adecuación de una sala de espera. El costo total de la implementación de las estrategias fue de \$302,505.72, la cual tuvo un cronograma desde diciembre de 2017 a diciembre de 2018. Conclusión: Se concluyó que los pacientes sienten insatisfacción por el servicio actual.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-4-2972028	E-mail: diegotumalie9@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: Samaniego López, Jaime Moises</b>		
	<b>Teléfono: +593-4-2206953</b>		
	<b>E-mail: jaimesamaniego@cu.ucsg.edu.ec</b>		
<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>			