

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**Tema: SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LA ATENCIÓN DE
LOS POSTGRADISTAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.
UNIDADES DOCENTES ASISTENCIALES. PROVINCIA DE
TUNGURAHUA. AÑO 2015**

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Md. Paola Alejandra Silva Gutiérrez

Directora: Dra. Aida Fabiola Aguilar Salazar, Msc.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por el Doctor José Marcelo Ochoa Egas, Magíster e integrado por los señores, Doctora Sandra Elizabeth Villacís Valencia, Especialista, Doctora Aliucha Díaz Curbelo, Especialista, Doctor Becker Santiago Neto Mullo, Especialista, designados por el Consejo Académico de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LA ATENCIÓN DE LOS POSTGRADISTAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. UNIDADES DOCENTES ASISTENCIALES. PROVINCIA DE TUNGURAHUA. AÑO 2015”, elaborado y presentado por la señorita Médica Paola Alejandra Silva Gutiérrez, para optar por el grado académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia de las bibliotecas de la UTA.

Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Mg.
Presidente del Tribunal

Dra. Sandra Elizabeth Villacís Valencia, Esp.
Miembro del Tribunal

Dra. Aliucha Díaz Curbelo, Esp.
Miembro del Tribunal

Dr. Becker Santiago Neto Mullo, Esp.
Miembro del Tribunal

AUTORIA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: **SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LA ATENCIÓN DE LOS POSTGRADISTAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. UNIDADES DOCENTES ASISTENCIALES. PROVINCIA DE TUNGURAHUA. AÑO 2015**, le corresponde exclusivamente a: Médica Paola Alejandra Silva Gutiérrez, Autora bajo la dirección de la Doctora. Aida Fabiola Aguilar Salazar, Magíster, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Md. Paola Alejandra Silva Gutiérrez

cc. 1802494300.

AUTORA

Dra. Aida Fabiola Aguilar Salazar, Msc.

cc. 1801241389

DIRECTORA

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

Md. Paola Alejandra Silva Gutiérrez

cc. 1802494300.

ÍNDICE DE CONTENIDO

A. PÁGINAS PRELIMINARES

Portada.....	i
Aprobación del tutor	ii
Autoría del trabajo de investigación	iii
Derechos de autor.....	iv
Índice de contenido	v
Índice de cuadros.....	x
Índice de tablas.....	x
Índice de gráficos	xii
Dedicatoria	xiv
Resumen ejecutivo	xv

B. Texto: Introducción

CAPÍTULO 1 EL PROBLEMA

Introducción	1
Tema.....	4
1.2 Planteamiento del problema.....	4
1.2.1 Contextualización.....	4
1.2.2 Análisis Crítico	6

1.2.3 Prognosis	7
1.2.4 Formulación del problema.	7
1.2.5 Interrogantes.....	7
1.2.6 Delimitación del problema de investigación.....	8
1.3 Justificación.....	8
1.4 Objetivos	10
1.4.1 General	10
1.4.2 Específicos	10
 CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes Investigativos.....	11
2.2 Fundamentación filosófica	15
2.3 Fundamentación legal	16
2.4 Categorías fundamentales	22
2.4.1 Atención del Postgradista de Medicina Familiar y comunitaria	23
2.4.1.1 Modelo de atención.....	23
2.4.1.2 Trabajo intramural y extramural	25
2.4.1.3 Conjunto de Prestaciones por ciclo de vida	27
2.4.1.4 Antecedentes de Atención del Postgradista de Salud Familiar y Comunitaria	29
2.4.1.5 Longitudinalidad y continuidad en la atención.....	30

2.4.1.6 Perfiles profesionales y de actividad del postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria.....	32
2.4.1.7 La Medicina Familiar y Comunitaria en los servicios de Atención Primaria en Salud.....	33
2.4.1.8 Expectativas del paciente en los servicios de atención primaria en salud.....	34
2.4.1.9 Información al usuario en atención primaria	35
2.4.2 Satisfacción del Usuario.....	36
2.4.2.1 Resolutividad	36
2.4.2.2 Definición de Satisfacción al Usuario	37
2.4.2.3 Elementos que conforman la satisfacción del usuario	38
2.4.2.4 Objetivos de la satisfacción del usuario.....	40
2.4.2.5 Niveles de satisfacción.....	41
2.4.2.6 Satisfacción del usuario como indicador de calidad.....	42
2.4.2.7 Evaluación de la Satisfacción	45
2.4.2.8 Espacio físico	46
2.4.2.9 Relación médico paciente (RMP).....	47
2.5 Hipótesis.....	50
2.6 Señalamiento de variables.....	50
 CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	
3.1 Modalidad básica de la investigación	51

3.2 Nivel o Tipo de investigación	51
3.3 Población y muestra	52
3.4 Operacionalización de variables	54
3.5 Plan de recolección de la información	59
3.6 Plan de procesamiento y análisis de la información	61
3.7 Criterios utilizados en la evaluación del instrumento	62
 CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
4.1 Características socioeconómicas de la población encuestada.....	64
4.2 Características del proceso de atención.....	68
4.3 Satisfacción de los usuarios con los servicios de salud recibidos.....	78
4.4 Satisfacción de los usuarios según las características del encuestado.	80
4.5 Prueba de Hipótesis.....	83
 CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones y recomendaciones.....	83
 CAPÍTULO 6. LA PROPUESTA	
6.1 Datos informativos	91
6.2 Antecedentes de la propuesta	92
6.3 Justificación.....	96
6.4 Objetivos	96

6.5 Análisis de la factibilidad.....	97
6.6 Fundamentación	97
6.6.1 Fundamentación científico-técnica	97
6.6.2 Fundamentación sociológica.....	99
6.6.3 Fundamentación pedagógica.....	99
6.6.4 Fundamentación axiológica	99
6.6.5 Fundamentación legal	100
6.7 Metodología, modelo operativo	100
6.8 Administración.....	110
6.9 Previsión de la evaluación.....	110
Bibliografía	112
ANEXOS	118
Anexo 1 Consentimiento Informado.....	118
Anexo 2 Encuesta para los usuarios en las Unidades Docentes Asistenciales de la provincia de Tungurahua.....	119
Anexo 3 Cronograma para la elaboración de la tesis.....	125
Anexo 4 Evaluación del instrumento por expertos.....	127

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Postgradista en Unidades Docentes Asistenciales.	15
Cuadro 2. Prestación de salud por ciclo de vida	28
Cuadro 3. Metodología, modelo operativo.	105
Cuadro 4. Plan Investigativo.	106
Cuadro 5. Relación Médico-Paciente.....	107
Cuadro 6. Actividades que se dan a conocer en las unidades docentes.	108
Cuadro 7. Ética médica de las unidades docentes.....	109
Cuadro 8. Programa de Evaluación de la Propuesta.	111

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variable Independiente: Atención Médica	54
Tabla 2. Variables Dependiente: Satisfacción del usuario.....	57
Tabla 3. Variables Intervinientes	58
Tabla 4. Valoración de los rangos de satisfacción. Unidades de salud. Tungurahua. 2015.....	61
Tabla 5. Pacientes encuestados según grupo de edad y unidades de salud. Tungurahua. 2015	64
Tabla 6. Pacientes encuestados según sexo y unidades de salud. Tungurahua. 2015	65
Tabla 7. Pacientes encuestados según instrucción y unidades de salud. Tungurahua. 2015	66

Tabla 8. Pacientes encuestados según ocupación y unidad de salud. Tungurahua. 2015.....	67
Tabla 9. Pacientes encuestados según Autoidentificación étnica y unidades de salud. Tungurahua. 2015	68
Tabla 10. Percepción del profesionalismo. Unidades de atención. Tungurahua. 2015.....	70
Tabla 11. Percepción de la comunicación médico-paciente. Unidades de atención. Tungurahua. 2015	72
Tabla 12. Percepción de Exploración clínica-diagnóstico-tratamiento realizado. Unidades de atención. Tungurahua. 2015	74
Tabla 13. Duración de la atención médica. Unidades de atención. Tungurahua. 2015.....	76
Tabla 14. Percepción del espacio físico. Unidades de atención. Tungurahua 2015.....	78
Tabla 15. Satisfacción del usuario con los servicios de salud. Características del proceso de atención. Tungurahua 2015.....	79
Tabla 16. Satisfacción del usuario. Unidades de salud. Tungurahua 2015.....	79
Tabla 17. Satisfacción según edad. Unidades de salud. Tungurahua. 2015.....	80
Tabla 18. Satisfacción según sexo. Unidades de salud. Tungurahua 2015.....	81
Tabla 19. Satisfacción según nivel de instrucción. Unidades de salud. Tungurahua 2015.....	81
Tabla 20. Satisfacción según ocupación. Unidades de salud. Tungurahua 2015..	82

Tabla 21 Satisfacción según autoidentificación étnica. Unidades de salud. Tungurahua 2015	82
Tabla 22. Chi cuadrado	85
Tabla 23. Frecuencias observadas, percepción global. Unidades de salud. Tungurahua 2015	85
Tabla 24. Frecuencias esperadas, percepción global. Unidades de salud. Tungurahua 2015	86
Tabla 25. Calculo chi cuadrado. Unidades de salud. Tungurahua 2015	86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Categorías Fundamentales.....	22
Gráfico N° 2. Percepción global del profesionalismo. Unidades de atención. Tungurahua. 2015	69
Gráfico N° 3. Percepción global de la comunicación médico-paciente. Unidades de atención. Tungurahua. 2015	71
Gráfico N° 4. Percepción global de Exploración clínica-diagnóstico-tratamiento realizado. Unidades de atención. Tungurahua. 2015	73
Gráfico N° 5. Duración global de la atención médica. Unidades de atención. Tungurahua. 2015	75
Gráfico N° 6. Percepción global del espacio físico. Unidades de atención. Tungurahua. 2015	77
Gráfico N° 7. Graficación de chi cuadrado. Unidades de salud. Tungurahua 2015.....	87

AGRADECIMIENTO

Mi ferviente agradecimiento para el ser más sublime, Dios, por todas sus bendiciones y permitirme llegar a esta instancia de mi vida académica. A mis queridos padres: Tobías y Nancy mi ejemplo a seguir y de quienes he recibido siempre apoyo incondicional en todo momento. A mi mejor amiga y hermana Karen, por sus palabras de aliento y por comprender mis ausencias. A mi tutora, Dra. Aida Aguilar, quien con paciencia supo impartir sus sabios conocimientos, valores y principios contribuyendo con mi formación profesional. No puedo dejar de lado a Vicky, mi amiga y compañera fiel en todo momento de mi vida.

DEDICATORIA

Esta tesis es parte del comienzo de otras etapas en mi camino académico, por esto y más, la dedico a Dios quien me dio la fortaleza para alcanzar este objetivo. A mis padres, quienes me enseñaron que los sueños se cumplen si lucho por conseguirlos. A mi amada hermana, el ser más importante en mi vida. Mi triunfo es el de ustedes, ¡los amo infinitamente!

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LA ATENCIÓN DE LOS POSTGRADISTAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. UNIDADES DOCENTES ASISTENCIALES. PROVINCIA DE TUNGURAHUA. AÑO 2015.

AUTOR: Médico Paola Alejandra Silva Gutiérrez

DIRECTOR: Doctora Aida Fabiola Aguilar Salazar, Magíster

FECHA: 08 de agosto del 2016.

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación tiene como objetivo principal, evaluar la satisfacción del usuario con respecto a la atención recibida por el postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria en las Unidades Docentes Asistenciales donde se desarrolla el postgrado en la Provincia de Tungurahua en el año 2015. Las variables de investigación fueron atención brindada por el postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, se diseñó una encuesta, que fue aplicada a 475 jefes de hogar que asisten a las distintas unidades de salud, y se llegó a determinar que sí existe un porcentaje significativo de insatisfacción. En base al análisis anterior se propone realizar estrategias de capacitaciones y talleres con el fin de minimizar dicho porcentaje.

Descriptor: Satisfacción, usuarios, postgradistas, atención, medicina familiar, comunitaria, cualitativo, estrategias, MAIS.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME: USER SATISFACTION WITH THE ATTENTION OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE REDSIDENTS. PRIMARY HEALTH CARE. TUNGURAHUA PROVINCE. 2015

AUTHOR: Doctor Paola Alejandra Silva Gutiérrez

DIRECTED BY: Doctor Aida Fabiola Aguilar Salazar, Magister

DATE: August 08, 2016

SUMMARY

The main objective of this research is to assess user satisfaction regarding the care provided by the Family and Community Medicine resident in the health care where the graduate faculty develops in Tungurahua province in 2015. This study has a qualitative methodology that can define variables, care provided by the Family and Community Medicine resident as an independent variable, and the satisfaction of users of health services as dependent, for which was evident the difficulties generated through the use statistical instruments, such as the survey, which was administered to 475 household who attend the various health units, it was determinate that there is a significant percentage of dissatisfaction based on the previous analysis intends to carry out new strategies of trainings and workshops in order to minimize this percentage

Descriptors: Satisfaction, users, medical residents, care, family medicine, community, qualitative, strategies, MAIS.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los cambios socioeconómicos han sido factores influyentes en la salud de la población local, nacional e incluso mundial, por ende, se han producido cambios en el manejo de prestación de salud a escala general como, por ejemplo: el promover una atención de alta calidad direccionada al usuario¹.

Basados en esto, el análisis de la satisfacción del usuario hacia los servicios de salud, se convierte en una determinante para poder calificar la equidad de la atención que debe ser brindada con calidad y calidez, por lo que permitirá la evaluación continua e integral de los servicios de salud. La atención en salud no sólo es necesaria la satisfacción del usuario (calidad percibida), sino que hay que garantizar que el conocimiento científico se aplica de manera correcta (calidad científico-técnica)².

Los servicios de salud, además de ser económicamente sustentados, deben contar con una atención cálida, tener una estancia agradable para sus usuarios y sus servicios por lo que deben ser brindados en tiempos justos, que no perjudique al demandante de salud, este conjunto de cualidades lleva a brindar un mejor servicio y una percepción de satisfacción por parte de los pacientes.

Cimentados en la política de estado, el Ecuador plantea amplias normativas que garantizan el derecho a la salud, por lo que se ha venido trabajando arduamente en poder generar en su población, un mejor estilo de vida basados en el marco normativo que brinda garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función de lograr el principio del buen vivir (SumakKawsay)³, que indica: la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la

cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir⁴.

Parte esencial del cambio de la política sanitaria implantada en el Ecuador, es reorientar los servicios de salud en la atención primaria mediante una estrategia claramente establecida en el nuevo modelo de atención integral en salud fundamentado en la Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R). La necesidad de reestructurar el modelo de atención se identificó hace varios años, lo que dio lugar a la aparición de esfuerzos no continuos que no tuvieron el impacto deseado, pues grandes segmentos de la población no tenían acceso a los servicios de salud. Frente a esto, la política sanitaria actual establece con claridad la integración del equipo de atención integral en salud, los mismos que están formados por un médico, una enfermera y un técnico en atención primaria en salud (TAPS).

Así, se hizo indispensable la formación de talento humano en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria quienes serán los responsables de conducir todos los procesos asistenciales, docentes e investigativos que se desarrollan en el nivel primario para viabilizar y aplicar todos y cada uno de los componentes del modelo de atención integral en salud, lo cual permitirá realizar atención integral al individuo, familia y comunidad, con prestaciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud y cuidados paliativos; son éstos, medios esenciales para garantizar los derechos de los y las ciudadanas, con una atención brindada con universalidad, integralidad, equidad, continuidad, participación, desconcentración, eficiente, eficaz y de calidad, para contribuir al buen vivir⁴.

Al desarrollarse el postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, durante el proceso formativo, los médicos residentes del postgrado realizan acciones que permiten atender las necesidades de la población asignada, siendo éste un enfoque más amplio e integral y contribuye a superar progresivamente la insatisfacción de los usuarios identificado en el diagnóstico de salud realizado en el mes de noviembre del 2014.

De este análisis, nace la necesidad de la presente investigación; en la provincia de Tungurahua, se encuentran al momento 19 estudiantes de postgrado, los cuales están distribuidos en 11 Unidades Docentes Asistenciales, en donde se ejecuta la docencia en servicio de la mano de un tutor altamente calificado para esta labor, que durante su proceso de formación están enriqueciendo al estudiante con conocimientos científicos, habilidades, destrezas y valores importantes para su desenvolvimiento en el área rural y comunitaria.

El realizar la investigación en todas las Unidades Docentes Asistenciales responde al requerimiento de obtener una valoración y enfoque global de cómo se ha llevado el postgrado hasta el momento, e independientemente de sus resultados, causará un impacto importante, que generará una línea de base para cambiar y/o fortalecer procesos que mejoren la calidad de la atención.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA

Tema.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LA ATENCIÓN DE LOS POSTGRADISTAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. UNIDADES DOCENTES ASISTENCIALES. PROVINCIA DE TUNGURAHUA. AÑO 2015.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

A nivel mundial se ha establecido desde hace mucho tiempo, la necesidad del fortalecimiento de la atención en salud a nivel primario, mediante estrategias que con lleven a un mejoramiento sustancial de la calidad de vida de la población. Una de ellas fue la implementación de la Atención Primaria en Salud (APS) como medio para lograr Salud Para Todos (SPT) 2000, misma que fue revisada a los 25 años y permitió confirmar su vigencia e incluir nuevos aspectos acordes a los cambios culturales, lo cual significó la ejecución y aplicación de la Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), que es uno de los ejes esenciales del proceso de evolución del sector salud, que implica el servicio médico integral e integrado con calidad y calidez, evaluando al individuo como parte de una familia y por ende dentro de la comunidad y sociedad.

En Latinoamérica, países como Chile, México y Cuba presentan cambios importantes en la atención en salud, gracias a la implementación de modelos de atención basado en la APS-R y se constituyen en un referente para el Ecuador, asimismo, en el 2008 aprobó una nueva constitución cuyo eje esencial son los

derechos ciudadanos que el estado debe garantizar: salud, educación, trabajo, inclusión económica y social e interculturalidad⁵.

En este camino, y gracias a la nueva Constitución Ecuatoriana, se supera el enfoque economicista y excluyente, mismo que, se orienta hacia una visión que valora al ser humano en los diferentes ámbitos de la vida a nivel social, político, económico, cultural, ambiental en función de la generación de oportunidades y potenciación de las capacidades para el logro de condiciones de bienestar de toda la población⁴.

En Ecuador, el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS – FCI) tiene como desafío trabajar con familias ubicándolas en el centro de la atención con intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social, con un enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural⁶. Con este enfoque, se ha tratado de cambiar la visión biologicista y curativa de la atención sanitaria (como ha sido concebida hasta ahora), hacia la prevención de enfermedades y promoción de salud; para esto, se requiere la formación del talento humano del equipo de salud. El Ministerio de Salud Pública, en alianza con universidades a nivel nacional han unido esfuerzos para el desarrollo de programas de postgrado dirigido al personal que trabaja en el primer nivel de atención, con el fin de mejorar la calidad y el acceso a atención a través del programa de especialización de Medicina Familiar y Comunitaria.

En la provincia de Tungurahua a inicios del 2014 tomó forma este proyecto con la inserción de 19 médicos que iniciaron su formación en 11 Unidades de Atención Primaria de la provincia, en las que desde el principio se observan dos cambios fundamentales, como son: el proceso de formar al especialista en contacto continuo con la realidad de los individuos, familias y comunidades y en segundo lugar, constituir a la comunidad y los establecimientos de atención primaria en los centros de formación que permiten el desarrollo progresivo de competencias y habilidades requeridas por los especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, cuyo impacto en la población puede medirse desde diversos ámbitos, siendo uno

de los más importantes la valoración de la satisfacción del usuario con los servicios de salud brindados en los Centros de Salud.

Estos especialistas a futuro, constituirán el eje principal de la atención en el primer nivel con la formación del equipo básico de atención integral en salud, lo que representará un avance sustancial hacia una transformación de este sector cuya organización e implementación responderá a las nuevas demandas y necesidades en salud del país, superando obstáculos en el acceso a servicios integrales de salud, así como el mejoramiento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

1.2.2 Análisis Crítico

Si bien en Ecuador se han elaborado políticas para cambiar el modelo de atención, no han tenido lugar intervenciones integrales que impliquen cambios en la estructura de los servicios ni en la formación del equipo de salud, principalmente de los médicos, quienes siguen trabajando en el nivel primario con enfoque curativo, y biologicista centrado en la restauración de la salud.

Los resultados de estos procesos han sido poco consistentes y no han superado las deficiencias del sistema de salud que se ha mantenido fragmentado, inequitativo con bajas coberturas y limitación en el acceso a la red de servicios a grandes grupos poblacionales, principalmente aquellos que viven en el sector rural y que pertenecen a los grupos sociales más vulnerables. El médico familiar por su formación imprime las características propias del modelo dado, pues es un profesional con sensibilidad social y comportamiento ético, con capacidad de liderazgo y autoaprendizaje, sus conocimientos en el ámbito gerencial y administrativo ayudara además a reorganizar y reorientar los servicios de salud para optimizar los recursos y buscar equidad⁷.

Frente a esto, el nuevo modelo de formación de médicos especialistas pretende superar estas barreras por lo que, ésta investigación establecerá cuál es la satisfacción del usuario de los servicios de salud con la atención recibida por parte

del médico postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, si tienen calidad, calidez y se brinda de forma integral.

1.2.3 Prognosis

Si no se realiza la presente investigación no se obtendrá información clara, concreta y real que documente los cambios que están dándose en las Unidades de Atención Primaria en Salud donde se está desarrollando el programa de postgrado. Siendo esta la primera cohorte de especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria formándose en la Universidad Técnica de Ambato en la provincia de Tungurahua, la información que pueda brindar esta investigación establecerá la realidad del enfoque médico adoptado hasta el momento, desde el mismo proceso de formación, el cambio en la atención medica brindada ya puede ser evidente en la satisfacción reflejada por la población atendida por el estudiante de postgrado.

1.2.4 Formulación del problema.

¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario con respecto a la atención brindada por el postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria en las Unidades Docentes Asistenciales donde se desarrolla el postgrado en la provincia de Tungurahua?

1.2.5 Interrogantes

1. ¿Qué características sociodemográficas tiene la población estudiada?
2. ¿Cuáles son las características del proceso de atención médica desde el punto de vista del usuario?
3. ¿Cuál es la satisfacción del usuario en cuanto a los servicios de salud recibidos?
4. ¿Cuál es el nivel de satisfacción según las características de los usuarios?
5. ¿Cómo mejorar la satisfacción de los usuarios?

1.2.6 Delimitación del problema de investigación

Línea de Investigación: Epidemiología y Salud Pública.

1.2.6.1 Delimitación de Contenido

Campo: Gestión en salud.

Área: Atención primaria de salud.

Aspecto: Satisfacción del usuario.

1.2.6.2 Delimitación Temporal–espacial

La investigación se realizó en las Unidades Docentes Asistenciales donde se lleva a cabo el postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato (PGMFYC–UTA) provincia de Tungurahua durante el año 2015.

1.3 Justificación

Desde el punto de vista teórico, la presente investigación genera reflexión y discusión sobre la percepción de la población con los servicios de salud y cuál es la importancia del trabajo de los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en la atención primaria de salud, es decir, en las comunidades del país.

Pues como menciona en el MAIS⁴, más del 90% de los problemas de salud pueden ser resueltos en las unidades de primer y segundo nivel de atención, siempre que en ellos existan profesionales altamente capacitados y con conocimientos y habilidades vastas para el manejo de la comunidad desde un enfoque integral, en donde, no se trate al individuo como enfermo solamente, sino

como un sujeto inmerso dentro de la familia y comunidad con características particulares.

El propósito de la investigación es demostrar la importancia del trabajo del estudiante de postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el primer nivel de atención y cómo se aplican y viabilizan las acciones preventivas, promocionales y reparativas establecidas en el MAIS-FCI, lo que permite que la satisfacción de la población se haga evidente.

El aporte de la inclusión de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria constituye un eslabón más para lograr los objetivos de la APS-R; a nivel social, los resultados de la investigación reflejan el sentir de la población hacia los servicios de salud y cómo estos no cumplen de forma cabal sus funciones de cobertura universal. Al tener personal altamente capacitado a nivel primario de salud, la inversión económica disminuye, pues la distribución de los recursos sería más equitativa y eficiente para cubrir las necesidades de la población⁴.

La presente investigación es factible porque al ser un tema de interés para la universidad, las autoridades y los usuarios de los servicios de salud existe apertura de las partes para su realización, permitiendo acceder a información y facilidades para el mismo. Los resultados obtenidos servirán de base para futuras investigaciones, además de ser el inicio de un cambio que sustenta en evidencias, la necesidad de formar médicos competentes, para de este modo brindar un mejor servicio al usuario (individuo, familia, comunidad) y contribuir a mejorar el estado de salud de la población.

Además, la Dirección Zonal de Salud Número 3 correspondiente a Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y Pastaza, dispondrá de datos propios que se convertirán en base para la toma de decisiones en las fases de gestión de la red de servicios del primer nivel de atención y mejora de los procesos de referencia y contra referencia con los servicios de mayor complejidad.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Evaluar la satisfacción del usuario con respecto a la atención brindada por el postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria en las Unidades Docentes Asistenciales donde se desarrolla el postgrado en la provincia de Tungurahua en el año 2015.

1.4.2 Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Establecer las características del proceso de atención médica desde el punto de vista del usuario.
3. Determinar la satisfacción del usuario con los servicios de salud recibidos.
4. Valorar el nivel de satisfacción según características de los usuarios.
5. Diseñar estrategias de mejora de la satisfacción de los usuarios.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos

Rivera, L. en su investigación denominada como: “Satisfacción del usuario frente al modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, aplicado en la Parroquia San Fernando, sector Tambaló” realizada en la ciudad de Ambato ⁸, concluye que; la mayor parte de los usuarios que acuden al servicio de salud presentan niveles significativos de insatisfacción en el Servicio de Atención Integrada en Salud (56%), debido a que los usuarios reportaron la falta de coordinación médica, carencia de medicamentos y tratos inadecuados durante el proceso de atención. De igual manera se identificó que los profesionales no explican con detenimiento la enfermedad diagnosticada en el paciente, tampoco la forma de toma de los medicamentos o muestras para exámenes, provocando niveles de ansiedad e incertidumbre frente a su desconocimiento, y en consecuencia la pérdida del paciente que decide no continuar con el proceso de atención.

Por otro lado, Ávila G. a diferencia de Rivera L. en su investigación denominada como: “Satisfacción del usuario en relación con la atención recibida por el médico familiar en la Unidad de Medicina Familiar” realizada en el Perú ⁷; concluye que; la mayor parte de los usuarios revelaron sentirse a gusto con el trato recibido por parte del personal médico (80%). Ante ello, el autor recalca que es importante que se continúe aplicando encuestas de satisfacción de manera periódica con el propósito de conocer los puntos de vista de la población usuaria y poseer elementos significativos por parte de la institución para cada día mejorar en la atención que se presta ⁷.

De igual manera Ávila G. recalca que es importante llevar a cabo capacitaciones permanentes relacionadas con el trato al público, manejo de protocolos de atención, calidad en los servicios de atención; entre otros, para lograr un mayor nivel de satisfacción ⁷.

A diferencia de Ávila G; García J. concuerda con Rivera L. en su investigación dirigida a evaluar la calidad y calidez de la atención de los usuarios del sub centro de salud “El Bosque” en la cual concluye que; los usuarios no evidencian un nivel de satisfacción adecuado, pues en el lugar hay sobredemanda de los servicios y no existe el personal suficiente que los cubra, por lo que genera inconformidad. Adicionalmente, el autor identificó que los médicos no proporcionan la suficiente información en relación con la enfermedad mostrándose distantes, formales, poco altruistas y empáticos, creando una barrera que impide conocer y tratar la enfermedad desde un punto de vista más humanístico. De igual manera, García J. recalca que el espacio existente es definitivamente reducido, porque el mismo funciona en una sola planta y presenta una sola sala de espera; sin embargo, el autor estima que el equipo es adecuado y cubre las necesidades de quienes asisten al lugar⁹.

Por otra parte, Herminia D. en su investigación encaminada a determinar la satisfacción de la calidad de atención brindada a los usuarios de la consulta externa del Centro de Salud N° 2 en la ciudad de Cuenca ¹⁰, reveló que la mayor parte de los usuarios se encuentran a gusto con el nivel de servicio prestado, siendo los departamentos de Odontología (92,8%), Farmacia (85,71%), Psicología y Laboratorio Clínico (72,7%) los que demostraron mayor nivel de aceptación.

Ledesma D. en su investigación denominada como: “Acceso a los servicios de salud y nivel de satisfacción de los usuarios del Sub Centro de Salud del Valle” realizado en la ciudad de Cuenca ², concluye que, la satisfacción del usuario en lo técnico, interpersonal y de confort en la mayor parte de la población encuestada fue satisfactoria, sin embargo, los usuarios reportaron niveles de insatisfacción con el aseo del lugar. De igual manera, el tiempo de espera y de atención fue

según los pacientes, el adecuado. Por otro lado, en cuanto a la naturaleza de la consulta médica, se conoció que el 52% del total de las consultas médicas hacían referencia a control médico; mientras que el 47% de la población refirió que acudió por patología. Ledesma D. señala que, la calidad de la información prestada por médicos y demás personal profesional se ubicó en el 92,1%, mientras que la percepción de los recursos humanos, la provisión de los medicamentos y el desempeño en la atención fue calificada como adecuada².

Como se ha podido evidenciar en las investigaciones anteriores, el tema central de los estudios ha sido el determinar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios de atención primaria. Para ello, uno de las herramientas más comunes para la valoración y la gestión del funcionamiento de los servicios de salud ha sido la satisfacción del consumidor, la cual representa un elemento vital para el éxito en el mercado, por lo que muchas organizaciones, incluyendo las unidades de salud, tienen en cuenta la opinión de los usuarios¹¹.

La satisfacción de los usuarios se considera un importante componente de la calidad de la atención sanitaria pudiéndose medir mediante una amplia variedad de formas y mecanismos. Uno de los objetivos de recoger esta información está en prevenir a los proveedores de servicios sobre necesidades y percepciones de los usuarios acerca de la atención recibida, además, son útiles para delinear programas de proyección, evaluación y caracterización de áreas de mejora¹². La satisfacción del consumo de los servicios de salud, es utilizada asiduamente como un índice de buen funcionamiento de la calidad del servicio prestado, de la misma manera, es usada como un indicador del resultado de los mismos por parte de la administración. Su importancia deriva del hecho de ser una percepción de carácter personal y subjetivo y no una evaluación objetiva.

Es imprescindible analizar la diferencia entre calidad y satisfacción, pues es muy común la confusión entre estos dos términos, la diferencia radica en que las percepciones de calidad no requieren experiencia con el servicio, pero la satisfacción es totalmente experimental, sólo después de una experiencia de

consumo es posible valorarla¹³. Por ésta razón se considera importante analizar las metodologías existentes para medir el nivel de satisfacción como medio para obtener mayores referencias sobre el grado de satisfacción del usuario, que es finalmente, el eje de este trabajo de investigación.

Dado el sin número de quejas percibidas por el postgradista de medicina familiar al realizar su trabajo de campo y elaborar las fichas familiares sobre la atención recibida por parte de los médicos de las unidades de salud, se evidencia la necesidad de evaluar la satisfacción del usuario con el nuevo plan de atención integral en salud implementado por el Gobierno Central a través del Ministerio de Salud y las Universidades, cuyo eje fundamental es el médico familiar y comunitario. El curso de la especialización ha visto ya sus frutos evidenciado en la acogida del postgradista en su área de influencia.

El PGMF y C es un programa que vincula ocho universidades a nivel nacional cuyo objetivo es formar médicos especialistas que contribuyan a la transformación de la realidad de la salud local y del país, al brindar atención de salud integral al individuo, familia y comunidad, utilizando la estrategia de atención primaria en salud, con enfoque familiar, comunitario e intercultural¹⁴.

Desde noviembre del 2012 se vienen firmando acuerdos para la realización de este postgrado a nivel nacional, y es desde enero del 2014 que ésta propuesta toma forma con el inicio de la formación académica, con un equipo de docentes cubanos, especialistas en Medicina General Integral (Medicina Familiar y Comunitaria) y con amplia experiencia en el campo docente, quienes tienen relación directa para la coordinación académica administrativa con la Coordinación del Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato. Las actividades teórico-prácticas están a cargo de los docentes de la cooperación cubana asignados a la provincia de Tungurahua con dedicación de tiempo completo; ellos están encargados de generar y desarrollar en el postgradista todos los conocimientos y habilidades específicas y especiales de la especialidad para aplicarlas en la atención primaria, Unidades Asistenciales Docentes urbanas y rurales¹⁴.

En la Provincia de Tungurahua se realiza la formación de 19 postgradistas en 11 Unidades Docentes Asistenciales previamente calificadas como tales para poder favorecer y desarrollar su función formadora, así, los estudiantes de postgrado se dividen de la siguiente forma:

Cuadro 1. Postgradistas en Unidades Docentes Asistenciales.

No	Unidad Docente Asistencial	Postgradista	Distrito
1	Centro de Salud La Vicentina	2	18D01
2	Centro de Salud San Andrés	2	18D05
3	Centro de Salud San Miguelito	1	18D05
4	Centro de Salud Cunchibamba	2	18D01
5	Centro de Salud Cevallos	3	18D06
6	Centro de Salud Martínez	2	18D01
7	Centro de Salud Huambaló	2	18D04
8	Centro de Salud Totoras	2	18D02
9	Centro de Salud Quero	1	18D06
10	Centro de Salud Quisapincha	1	18D01
11	Centro de Salud Salasaca	1	18D04

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Silva Paola

2.2 Fundamentación filosófica

2.2.1 Fundamentación Ontológica

La presente investigación nace de la necesidad de determinar el nivel de satisfacción de los usuarios en relación con la atención otorgada por los postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria debido a que aún en la actualidad, a pesar de la existencia de protocolos y guías de cuidados se han notado falencias en los procesos de atención atribuibles con la falta de empatía del médico tratante en la relación con el paciente, seguido por la carencia de paciencia al proporcionar información relacionada con su estado de salud y posterior

tratamiento, limitando de esta manera al usuario y agravando la imagen del centro de salud.

2.2.2 Fundamentación Epistemológica

Desde el punto de vista epistemológico, la investigación responde a la pregunta: ¿Cuál es la relación existente entre el investigador y aquello que se desea investigar? La relación existente se encuentra vinculada con las observaciones previas realizadas en las diferentes unidades de salud, que permiten constatar la falta de estrategias idóneas que promuevan la satisfacción de los usuarios en los servicios de salud, dando lugar a dificultades en el proceso de atención y promoción de salud.

2.2.3 Fundamentación Axiológica

En la presente investigación se aplicaron como los valores principales la honestidad, el respeto, transparencia y responsabilidad, con la finalidad de proporcionar un estudio de calidad que sirva como base a futuras investigaciones.

2.3 Fundamentación legal

Ecuador cuenta con varias leyes y ha suscrito acuerdos internacionales que tienen que ver con la garantía a los derechos de salud como: La constitución, Ley Orgánica de Salud, y Ley del Sistema Nacional de Salud, además de la Ley Orgánica de Educación Superior, todos ellos encaminados a brindar una mejor atención en el sector público y específicamente en el sector salud, que conllevan a mejorar el estado de salud de la población con un manejo integral del individuo, familia y comunidad. A continuación, se procederán a citar algunas de las leyes y reglamentos relacionados con la presente investigación.

Constitución de la República del Ecuador

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad ¹⁵.

Sección séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional ¹⁶.

Ley Orgánica de Salud

(Ley No. 2006-67)

Capítulo IV

Ley Orgánica de Salud

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares ¹⁷.

5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información ¹⁷.

6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera¹⁷.

Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley ¹⁷.

Plan Nacional del Buen Vivir

Art. 32.- “Derechos del Buen Vivir”. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir¹⁸. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 350.- El Sistema de Educación Superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científica y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas; la construcción de soluciones para los problemas del país, en relación con los objetivos del régimen de desarrollo¹⁸.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional¹⁸.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social¹⁸.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad¹⁸.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector¹⁸.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios¹⁸.

Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)

El Acuerdo Ministerial No. 00001162 del 8 de diciembre de 2011, se aprueba el documento denominado "Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, MAIS". El Ministerio de Salud Pública, a través del Vice Ministerio de Gobernanza tiene como objetivo: Desarrollar y fortalecer competencias genéricas y específicas del talento humano que conforman los Equipos de Atención Integral de Salud (E AIS) en el marco del Modelo de Atención MAIS-FCI. Para ello se requiere contar con personal altamente capacitado, motivado y comprometido,

para responder a las necesidades del sector salud en el primer y segundo nivel de atención. La estrategia plantea el desarrollo y la gestión del talento humano a través de fortalecimiento de la carrera sanitaria, procesos de capacitación continua y la formación y especialización de profesionales⁴.

2.4 Categorías fundamentales

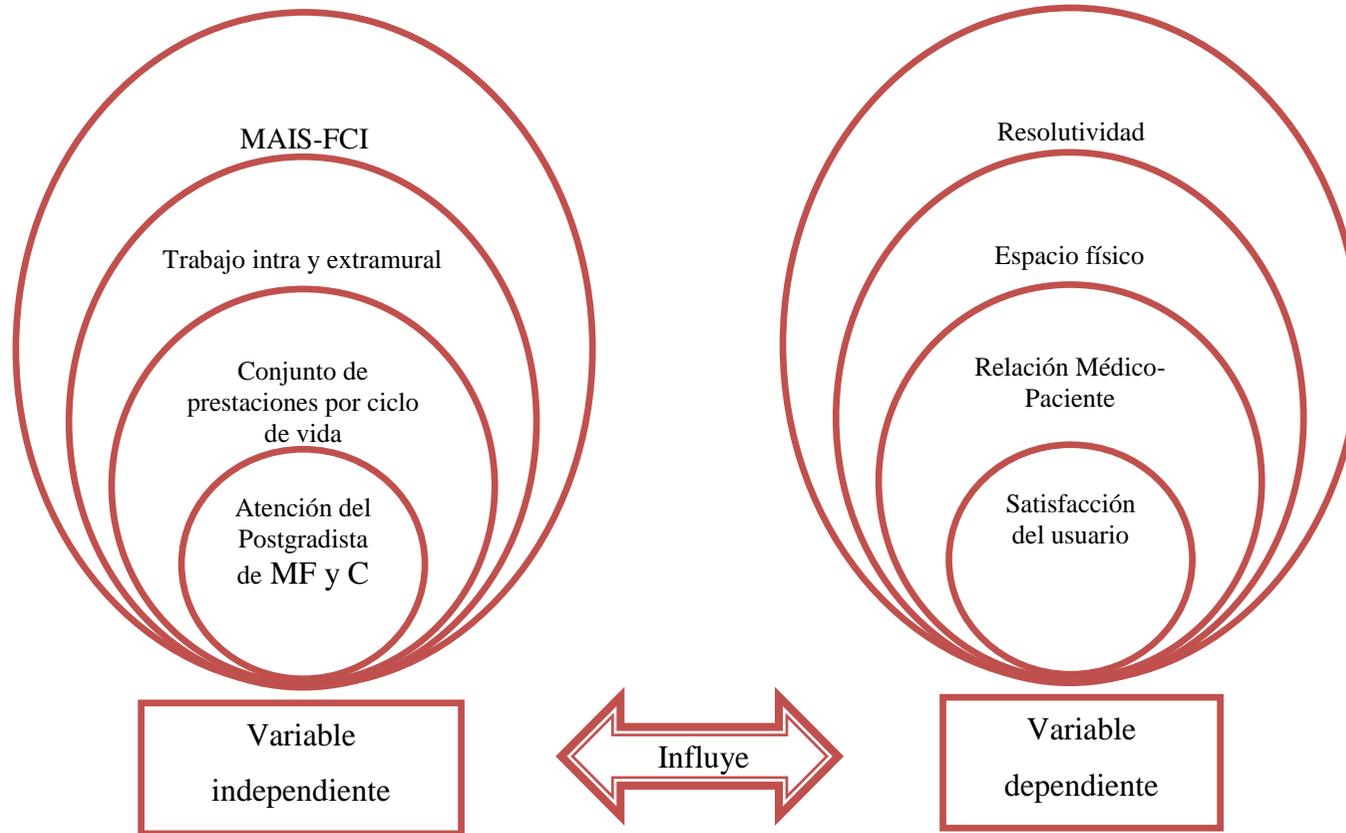


Gráfico N° 1. Categorías Fundamentales
Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Silva Paola

2.4.1 Atención del Postgradista de Medicina Familiar y comunitaria

2.4.1.1 Modelo de atención

De acuerdo con el Ministerio de Salud del Ecuador el MAIS^{19 (p 55)} es:

‘Aquella que operacionaliza varias normas de aplicación nacional y conocimiento obligatorio, como el Modelo de Atención Integral en Salud, el Convenio Marco Interinstitucional, el Instructivo que viabilizaría la atención en salud en las unidades de la Red Pública Integral de Salud y con la articulación de los servicios privados complementarios de Salud y las normas técnicas desarrolladas por el MSP para regular el proceso de atenciones. Contiene las directrices, herramientas y más actividades que se requiere desarrollar por parte de las Coordinaciones Zonales de Salud y las Direcciones Distritales de Salud, con la finalidad de que se implemente el MAIS, para aportar a materializar lo que dispone la Constitución y los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir’.

Por lo tanto, el MAIS responde de manera oportuna a las diferentes necesidades del ciudadano, potencializando de esta manera la protección de la salud de la población, considerando el enfoque de género y los grupos generacionales por ciclos de vida. Entre los objetivos que persigue el MAIS^{19 (p 56)} se encuentran los siguientes:

- a) ‘Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir; Mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana, a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de

Salud Renovada (APS-R), que incluye la estrategia de Promoción de la Salud;

- b) Transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano; e,
- c) Incidir sobre los determinantes de la salud, a través de una acción articulada y complementaria con los otros sectores del desarrollo para el mejoramiento de la calidad de vida y salud a nivel individual y colectivo.´

Por otro lado, como objetivo general del modelo de atención, el MAIS ^{19(p 56)} da a conocer el siguiente:

´Integrar y consolidar la estrategia de Atención APS-R en los cuatro niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; y, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales. ´

Dentro de este marco, el Modelo de Atención Integral de Salud es planteado por medio de un enfoque familiar, comunitario e intercultural para ser aplicado de manera obligatoria dentro del Sistema Nacional de Salud, estableciendo una serie de lineamientos estratégicos que orientan de forma adecuada los niveles desconcentrados. De acuerdo con el Manual; la Coordinación Zonal de Salud será el lugar donde se implementará el MAIS junto con el apoyo de la Autoridad Sanitaria, permitiendo una acción complementaria y potenciadora de las distintas instancias gubernamentales ciudadanas y privadas, en función principalmente del mejoramiento de la calidad de vida de la población, junto con la construcción de territorios saludables ¹⁹. Finalmente, se recalca que a nivel zonal se implementarán varias estrategias y normas de atención adaptadas a la realidad y a las necesidades del buen vivir de la población.

2.4.1.2 Trabajo intramural y extramural

De acuerdo con el MAIS ^{19(p 54)} el trabajo Intramural es:

“La atención que se brinda en la unidad de salud implementando el conjunto de prestaciones por ciclos de vida, que articula acciones de recuperación de la salud, prevención de riesgos y enfermedad, promoción de la salud, cuidados paliativos y rehabilitación. Se implementa bajo las normas, protocolos y guías clínicas de atención que son de cumplimiento obligatorio para todas las unidades de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria.”

Para ello, es necesario que a nivel intramural exista la suficiente calidad, calidez, oportunidad y continuidad en las acciones que lleven a cabo los profesionales para atender de forma oportuna y adecuada a la comunidad. De igual manera, el MAIS ^{19 (p 55)} en su Manual, enfatiza que las actividades intramurales contemplan una serie de procesos de formación y capacitación dirigidos a todo el equipo de salud de acuerdo a las prioridades nacionales; entre ellas se encuentran las siguientes:

- a) “Desarrollarán las actividades según su nivel de resolución: de atención de especialidad, morbilidad, preventivas y de promoción de la salud, aplicando el conjunto de prestaciones integrales por ciclo de vida y las Normas de Atención del MSP, las cuales deberán ser planificadas anualmente para estimar el volumen de atenciones y la cantidad de insumos y medicamentos que requieren las unidades de los tres niveles de atención.
- b) Se realizará actividades informativas y educativas a usuarios/as.
- c) Actividades de entrenamiento práctico para los TAPS en el caso de las unidades de primer nivel de atención.”

Según el MSP, las actividades a desarrollarse deberán ser planificadas de forma anual con el propósito de estimar el volumen de las atenciones y la cantidad de insumos y medicamentos que requieren cada una de las instituciones de salud.

Cabe recalcar que dentro del trabajo intramural, se destaca la presencia del Postgradista de Medicina Familiar y comunitaria, como parte de uno de los principales ejes para contribuir al adecuado proceso de atención, detección y satisfacción de los usuarios que acuden al lugar.

Por otro lado, en cuanto al trabajo extramural se refiere; el MAIS^{19(p 53)} expresa que su objetivo es:

‘El Cuidado de la Salud a través de medidas que se orienten a la identificación y control de riesgos a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno, implementación de estrategias y acciones de prevención, promoción de la salud, educación sanitaria, fortalecimiento de la participación ciudadana y de la coordinación intersectorial para actuar sobre los determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral a nivel local.’

Estas acciones, son ejecutadas a través de los equipos de atención integral de primer nivel quienes llevan a cabo las siguientes actividades:

- a) ‘Actividades de organización comunitaria involucrando a los actores sociales de la zona,
- b) Cobertura para trabajar sobre los problemas prioritarios de la población,
- c) Identificación oportuna de riesgos y/o daños en individuos, familias y comunidad,
- d) Implementación de planes de atención,
- e) Actividades sistemáticas de promoción de salud a nivel individual, familiar y comunitario,
- f) Atención a poblaciones priorizadas y comunidades alejadas,
- g) Realizar identificación de eventos centinela para la realización de medidas epidemiológicas oportunas¹⁹.’

Al igual que el trabajo intramural es necesario que se lleven a cabo actividades extramurales para un correcto seguimiento individual y familiar de acuerdo a los

criterios de dispensarización utilizados generalmente en la ficha familiar, en las cuales debe constar:

- Visita domiciliaria (el número de visitas dependerá del estado del paciente)
- Promoción de salud
- Prevención de enfermedades
- Recuperación de la salud
- Rehabilitación

Ante ello, el MAIS insta a que todo el personal perteneciente al primer nivel de atención planifique y ejecute actividades extramurales en función a las necesidades de la población de manera mensual, integrándolas al cronograma general de la unidad operativa, identificando las responsabilidades y tiempos de cada uno de los miembros del equipo de atención. De igual manera, el MAIS recalca que por ninguna justificación los centros de atención estarán cerrados durante las actividades extramurales, por lo que el personal deberá atender por turnos en función de la planificación de la unidad¹⁹. Acto seguido, se da a conocer que por ningún motivo se disminuirá el tiempo asignado a las actividades extramurales establecidas y, por lo contrario, ésta podrá ser intensificada en los siguientes casos:

- En situaciones de emergencia sanitaria, ó
- Campañas de vacunación¹⁹.

Finalmente, el equipo de salud dentro del marco de la planificación local contará con la participación de la comunidad para llevar a cabo la ejecución de las actividades extramurales.

2.4.1.3 Conjunto de Prestaciones por ciclo de vida

El MAIS-FCI^{19(p 54)} integra el proceso de conjunto de prestaciones por ciclo de vida, impactando positivamente a todo grupo poblacional. Dentro de este proceso señala que:

‘Las atenciones en salud, se entrega a las personas y familias considerando las especificidades y necesidades de cada grupo etario y con enfoque de género, garantizando una atención integral durante todo el ciclo vital.’

Por lo tanto, el MAIS trabaja de manera eficiente con el propósito de asegurar los cuidados durante todo el ciclo de vida de las personas, realizando un especial énfasis en las personas que necesitan atención prioritaria. De igual manera, el Ministerio de Salud ^{20(p 30)} expone que la atención integral por ciclos de vida trata de:

‘Contribuir a garantizar la atención integral de salud con calidad y calidez en el Sistema Nacional de Salud, considerando los perfiles epidemiológicos por ciclos de vida y los determinantes de la salud de las familias y comunidades, en el marco del Modelo de Atención y Gestión.’

Por lo tanto, se podría decir que el conjunto de prestación de servicios por ciclo de vida es un enfoque que permite entender de manera significativa las vulnerabilidades y oportunidades de invertir en métodos de prevención de enfermedades desde las etapas iniciales del crecimiento, ya que el mayor beneficio de un grupo de edad puede provenir de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. El ciclo vital puede ser dividido en diferentes etapas del desarrollo, sin embargo, para ello debe tomarse en cuenta la diversidad individual y cultural ²¹. La siguiente clasificación de ciclos de vida es una referencia proveniente del Manual del Modelo de atención Integral de Salud del Ecuador.

Cuadro 2. Prestación de salud por ciclo de vida

Ciclo de Vida	Grupos de Edad		
Niñez 0 – 9 años	Recién nacido de 0 – 28 días	1 mes a 11 meses	1 año a 4 años 5 años a 9 años
Adolescencia 10 – 19 años	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años		Segunda etapa de la adolescencia de 15 a 19 años
Adultos/as	20 a 64 años	Adulto joven: 20 – 39 años / Adulto 40 – 64 años	
Adulto/a mayor	Más de 65 años		

Fuente: MAIS, Manual del Modelo de atención Integral de Salud del Ecuador ¹⁹.

Según se observa en el cuadro 2, cada ciclo de vida incorpora apartados que contienen ítems que desglosan las necesidades y posibles enfermedades relacionadas con la edad del paciente o ciclo de vida en el cual se encuentra.

- Prestaciones de promoción
- Prestaciones de prevención
- Prestaciones de recuperación
- Prestaciones de rehabilitación
- Visita domiciliaria

Por lo tanto, un envejecimiento adecuado sería la consecuencia de haberse potenciado las diferentes oportunidades de salud en momentos trascendentales a lo largo de cada ciclo de vida, garantizando de esta manera un mayor beneficio físico, social y mental acorde con sus necesidades, deseos y capacidades.

De igual manera, dentro de cada una de las etapas de ciclo de vida, los postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, deben proveer de actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de una forma integrada, detectando los diferentes problemas de salud y programando el empleo eficiente de los recursos a través de las modalidades de atención; intramural (o en el servicio) y extramural (en la comunidad, domicilio, escuelas, centro de cuidado de niños, entre otros).

2.4.1.4 Antecedentes de Atención del Postgradista de Salud Familiar y Comunitaria

La atención de contacto primario (medicina familiar y comunitaria) no solo incluye a una serie de servicios provistos en la primera relación entre el profesional de salud y el paciente, sino que también contiene la responsabilidad del proceso de promoción y el mantenimiento de la salud, seguido por una atención continua y completa para el individuo, encerrando la posibilidad de realizar la referencia a otro nivel cuando así se requiera²².

Álvarez E.²² explica que la medicina familiar y comunitaria es la especialidad que enfoca sus actuaciones bajo una triple perspectiva: personal, familiar y colectiva sobre una serie de conocimientos derivados de otras especialidades y disciplinas como la medicina interna, la pediatría, la cirugía, la psiquiatría y la ginecología, estableciendo de esta manera una unidad coherente, combinando las ciencias biológicas y clínicas. Por lo tanto, el núcleo de conocimientos que el postgradista de medicina familiar y comunitaria posee prepara al profesional para el desempeño de un rol único en el manejo de los pacientes, en el proceso de resolución de problemas y en la coordinación total de la atención para la salud.

Según Abril R.²³ el médico familiar brinda un tipo de atención integral y continua a través de la aplicación de un modelo psicosocial que permita proporcionar una atención total y de calidad en una gran variedad de marcos asistenciales. Para ello es necesario que se disponga de todo tipo de datos acerca de las necesidades y expectativas de la población atendida, las características de los recursos disponibles, o de la efectividad y el costo de los procesos.

Finalmente, Álvarez E.²² manifiesta que la asistencia individual debe estar necesariamente integrada con el enfoque familiar y comunitario, y esta perspectiva debe fundamentarse principalmente en las acciones y programas de promoción, prevención, asistencia y cuidados que forman parte de la atención familiar y comunitaria.

2.4.1.5 Longitudinalidad y continuidad en la atención

Los profesionales de Atención familiar y Comunitaria en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) llevan a cabo una relación personal y asistencial principalmente basada en la longitudinalidad y la continuidad de los cuidados.

Zurro A.²⁴ menciona que, la longitudinalidad es el sostenimiento a lo largo del tiempo de una vinculación profesional con la persona fundada en la confianza mutua, la corresponsabilidad y el respeto; mientras que la continuidad hace referencia a la conexión existente entre las diferentes actuaciones asistenciales

referentes a un problema de salud en diferentes ámbitos del sistema sanitario. Ante ello, los profesionales en atención familiar y comunitaria deben encontrarse en la capacidad de garantizar la longitudinalidad de la relación entre médico – paciente, y al mismo tiempo encontrarse en la capacidad de brindar una adecuada coordinación de las actuaciones asistenciales, mejorando de esta manera la efectividad y la eficiencia del proceso de atención.

A través de este proceso se contribuirá de manera decisiva a la mejora de la efectividad y la eficiencia del conjunto del sistema sanitario. Zurro A.²⁴ recalca que los profesionales de referencia que prestan sus servicios como postgradistas en Medicina Familiar y Comunitaria han de actuar como verdaderos gestores en los procesos de interacción de sus pacientes en los distintos ámbitos del sistema de salud. Mantener la longitudinalidad implica siempre desarrollar la perspectiva de gestión y participar activamente en la toma de decisiones sobre las intervenciones programadas. Esta actividad de gestión debe integrar tanto una perspectiva individual como familiar y comunitaria, ya que las decisiones asistenciales pueden ser modificadas en función de las características y necesidades concretas del medio familiar y social.

Sin embargo, lograr un pleno desarrollo en estrategias de atención familiar y comunitaria, no representa una tarea fácil. Ante ello Zurro A.^{24(p 10)} explica que:

‘El abordaje holístico (biopsicosocial) de los problemas y necesidades de salud, la comprensión de los factores culturales, religiosos, socioeconómicos y de clase social, y del sistema de valores personales y colectivos o la consideración de la influencia del entorno laboral, son elementos que es necesario analizar en la perspectiva de una atención familiar y comunitaria que pretenda ser innovadora y efectiva en la consecución de mejoras apreciables en el bienestar y salud individual y colectivo.’

Por lo tanto, el lograr un abordaje que cubra las necesidades de toda una comunidad con enfoque biopsicosocial es el objetivo principal del especialista en

medicina familiar y comunitaria; brindando una atención digna, con respeto e integral.

2.4.1.6 Perfiles profesionales y de actividad del postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria

Para lograr que un profesional en Atención Familiar y Comunitaria, alcance niveles significativos de atención al paciente, es necesario que éste adquiera una serie de competencias específicas que le permitan actuar dentro del nivel de atención y cuidados requeridos.

Desde un punto de vista teórico Hernández G.²⁵ manifiesta que los perfiles de los profesionales de atención primaria y comunitaria deben poseer los elementos necesarios para el manejo de las situaciones de salud y enfermedad, y resolver de manera adecuada todos aquellos problemas que no siempre pueden ser ubicados debajo de un epígrafe diagnóstico concreto. Los profesionales a cargo podrán observar desde una perspectiva holística todas las necesidades y requerimientos de los usuarios para de esta manera llevar a cabo un abordaje total e integral de los procesos de promoción, prevención y rehabilitación necesarios.

De igual manera los profesionales deben adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para lograr una correcta detección de necesidades a partir del análisis de las condiciones de vida, la dinámica familiar, el estado económico y las condiciones en las cuales se desenvuelve cierta comunidad y decidir con la persona atendida cuándo, cómo y dónde deben participar en el proceso asistencial otros especialistas²⁴.

Un importante factor de ayuda continua según Hernández G.²⁵ son las innovaciones tecnológicas que están promoviendo cambios en la forma de prestar los servicios, ocupando niveles significativos de relevancia en los equipos de atención primaria, ya que ésta ha sido considerada como una estrategia para consolidar una atención primaria nueva y capaz de afrontar los retos del futuro.

2.4.1.7 La Medicina Familiar y Comunitaria en los servicios de Atención Primaria en Salud.

Según la Organización Mundial de la Salud²⁶ la APS es:

‘La asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.’

Por otro lado, Somocursio J.^{27(p 1-10)} manifiesta que en la Conferencia Internacional acerca de la Atención Primaria en Salud llevada a cabo el 12 de septiembre de 1987 se declaró que la APS es:

‘Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.’

Por lo tanto, esta definición enmarca una serie de acciones de salud pública relacionadas con el diagnóstico, prevención, curación e inclusive rehabilitación; las cuales deben ser ejecutadas dentro de un marco de atención familiar y comunitaria.

La medicina familiar y comunitaria dentro de la APS surge como una forma moderna de ejecutar la práctica clínica, buscando principalmente la atención integral de individuos y familias, con una elevada calidad científica, con

continuidad y trato personalizado, uniendo de manera adecuada lo preventivo a lo curativo a través de un enfoque biopsicosocial. Osorio A.²⁸, explica que la atención primaria de salud, es entendida como un componente clave en los sistemas actuales de salud, y este reconocimiento se debe a la evidencia que ha causado su impacto sobre la salud y desarrollo de la población.

2.4.1.8 Expectativas del paciente en los servicios de atención primaria en salud

Díaz R.^{29(p 24)} menciona que `las expectativas del paciente son fundamentales a la hora de la formación del grado de satisfacción sobre la calidad del servicio sanitario recibido. De esta manera se lleva a cabo un proceso de comparación entre el servicio otorgado y el nivel de satisfacción de quienes lo recibieron. Por otro lado, Massip C.³⁰ menciona que las expectativas del paciente se encuentran relacionadas con: `la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario´ es por ello que la satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que posee el usuario frente a algo, en este caso frente a los servicios de salud.

De igual manera Olán A.³¹ menciona que las expectativas del paciente mientras recibe los servicios de salud se encuentran relacionadas con la necesidad de obtener una atención personalizada y profesional guiada por sentimientos de altruismo y respeto. En el mismo sentido, el autor menciona que el cumplimiento de las expectativas del paciente se relaciona con un ambiente limpio y seguro que garantice el proceso de recuperación de la enfermedad.

Finalmente, se podría decir también que el cumplimiento de las expectativas del paciente se encuentra relacionado con el nivel de ayuda y apoyo que éste puede recibir durante su período de estancia. El trabajo conjunto con el personal hospitalario y los profesionales de la comunidad lograrán el éxito del tratamiento.

2.4.1.9 Información al usuario en atención primaria

Las funciones de información al usuario han existido desde siempre a causa de que existen beneficiarios cuyas necesidades deben ser identificadas, evaluadas y satisfechas. Hernández P.³² menciona que las necesidades de información de los usuarios se llevan a cabo en diferentes situaciones, y afirma que existen influencias individuales y situacionales que determinan la conducta correspondiente a la conducta de búsqueda de la información.

El servicio de referencia se dirige especialmente a facilitar el nivel de acceso a la información y atención en el momento y en la forma de quien lo requiere. De igual manera este tipo de servicio es considerado como un medio de intermediación entre los usuarios. Ornelas C.³³ expresa que el encargado de otorgar información actúa como un intermediario entre la información y las necesidades del usuario empleando el diálogo y otros medios de comunicación; para ello el proceso de información según el autor, consta de tres funciones básicas como se muestra a continuación:

- a) Informar: El proceso de información se presenta en una variedad de formas, desde la disposición simple de dar a conocer cierta información de un número telefónico o dirección hasta el rastreo de información específica especializada.
- b) Orientar: Su finalidad es la de proporcionar a los usuarios una guía eficaz, tomando en cuenta principalmente sus metas, intereses e inclusive sus antecedentes de búsqueda con el propósito de lograr la satisfacción del cliente.
- c) Instruir: Este proceso se encuentra dirigido a aquellos usuarios que requieren conocer la información dada además de aplicarla.

Para ello, todo el personal profesional del PGMF y C, deberá encontrarse en la capacidad de proveer de información clínica eficiente, basada principalmente en el conocimiento del método clínico, y de encontrarse en la capacidad de proporcionar respuesta a los problemas planteados. De igual manera, deberán

encontrarse en la capacidad de enfocar al individuo desde una perspectiva biopsicosocial, identificando sus interrelaciones con su entorno familiar, laboral y comunitario.

Finalmente, el profesional deberá reconocer los límites de su competencia y responsabilidad, identificando todas aquellas situaciones clínicas en las cuales los usuarios requieren ser derivados a otros niveles de atención médica.

2.4.2 Satisfacción del Usuario

2.4.2.1 Resolutividad

La Atención Primaria, como ya es conocido, es el nivel básico e inicial de atención, el cual garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente, actuando principalmente como un gestor y coordinador en cada uno de los casos, así como regulador de flujos. Fontana A.³⁴ menciona que:

‘Las tareas que los profesionales sanitarios realizan, comprenderán actividades de promoción de salud, educación sanitaria, prevención de enfermedades, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, serán prestadas por equipos interdisciplinarios garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados.’

Por lo tanto, es deber de los profesionales garantizar un nivel adecuado de resolutividad ya que esta constituye según López P.³⁵ una:

‘Resultante a tomar en cuenta para el mejoramiento de la integración de las redes de servicios, entendiendo que su mejora permitiría que las

personas reciban servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación, rehabilitación y reinserción social de acuerdo a sus necesidades, a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud, con una eficiencia, eficacia y efectividad aceptables para el momento tecnológico e histórico social con que se cuente.

Sin embargo, en la realidad actual, los profesionales no se encuentran en la total capacidad para resolver a profundidad los problemas de salud que presentan los pacientes, es decir, las afecciones más complejas o de baja incidencia y difícil reconocimiento clínico. Por lo tanto, la capacidad resolutoria del profesional, dependerá de su conocimiento científico y la efectividad de su acción científico – técnico, lo cual forma parte de una dimensión central necesaria para resolver necesidades de salud, no únicamente enfermedades³⁶.

2.4.2.2 Definición de Satisfacción al Usuario

La satisfacción de los pacientes en dependencia a los procesos de atención en salud primaria se ha transformado durante los últimos años en parte de un concepto importante de definir, a causa de que constituye una dimensión subjetiva relevante del proceso de calidad de atención ofrecida por una institución. De acuerdo con la Real Academia de la Lengua Española define etimológicamente la palabra “satisfacción” como: `la razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria. ´ Ante ello se podría decir que la satisfacción es la diferencia existente entre la expectativa del usuario y aquello que recibe como parte de un servicio.

Por tanto, Del Salto E.³⁷ menciona que el término satisfacción se refiere a la complacencia del usuario en relación a sus expectativas, misma que puede ser totalmente satisfactoria, medianamente satisfactoria o insatisfactoria. Además, se podría decir que, la satisfacción se logra como resultado de un trato humano, específico y afectuoso que hace que el usuario o paciente se sienta una persona única en la medida en que se consigue satisfacer sus necesidades y se promueve su bienestar; adicionalmente, la satisfacción del usuario depende del nivel de

resolución que se le brinde a sus problemas de salud, el resultado obtenido en relación a sus expectativas, el trato recibido y el grado de amabilidad con el cual el servicio fue prestado.

2.4.2.3 Elementos que conforman la satisfacción del usuario

En la actualidad existe una demanda creciente por los servicios de atención primaria de salud a nivel internacional. Esta demanda refleja el interés por lograr sistemas de salud más equitativos, integradores y justos. Guerra C.³⁸ manifiesta que la satisfacción de los usuarios forma uno de los componentes más importantes al momento de medir la calidad de los servicios sanitarios.

Generalmente, el usuario que asiste a una institución de salud se enfrenta con un medio desconocido que abarca situaciones y personas nuevas, por ello, todos los factores que podrían influenciar a proporcionar un adecuado servicio deben ser considerados con el propósito de facilitar la apropiada adaptación al entorno del primer nivel de atención.

Según Lobos A.³⁹ los factores o elementos que intervienen en la satisfacción del usuario se encuentran relacionadas con tres aspectos: organizativos (tiempo de espera), atención recibida y su impacto en el estado de salud del paciente y el trato recibido durante el proceso de atención, por otro lado, el autor manifiesta que desde la perspectiva del paciente la satisfacción puede dividirse en dos áreas: técnica e interpersonal. A éstas, debe agregarse el contexto en el cual se desarrolla el proceso de atención, donde se toman en cuenta una serie de factores como el ambiente la infraestructura, la información proporcionada por el médico, la calidad en la relación médico paciente, etc. A continuación, Del Salto E.³⁷ agrupa los elementos de satisfacción del usuario que están vinculados con:

- Disponibilidad: Este apartado se refiere al nivel de disponibilidad existente dentro de la casa de salud para que los pacientes puedan ser o no atendidos, es decir el número de profesionales que sustentan la afluencia

de pacientes, disponibilidad de citas médicas dentro de la agenda del personal de salud, entre otros.

- **Accesibilidad:** Este hace referencia al tiempo de espera requerido por el paciente antes de ser atendido. De igual manera este apartado se relaciona con el nivel de accesibilidad existente para que los pacientes acudan a la casa de salud, el estado económico y el nivel cultural evidente en la población.
- **Cortesía:** Es el nivel de empatía que demuestra el profesional para con el paciente. Es importante recordar que la cortesía promueve los buenos sentimientos y los actos altruistas, por lo tanto, actuar con cortesía debe ser uno de los pilares fundamentales de los profesionales médicos.
- **Agilidad:** Es el nivel con el cual el profesional logra satisfacer las necesidades de sus pacientes, mismo que deberá ser ejecutado de la forma más rápida y eficaz posible. Evitando tiempos prolongados entre la primera consulta y la última.
- **Confianza:** Grado con el cual el profesional a cargo demuestra confiabilidad y confidencia ante situaciones que requieren de discreción y cautela.
- **Competencia:** Grado con el que el proveedor demuestra poseer las características y las habilidades necesarias para satisfacer las necesidades del usuario. Mientras más elevada sea la competencia percibida por el usuario, mayor será el nivel de satisfacción del paciente.
- **Comunicación:** Es la manera en la cual el profesional intercambia información con sus pacientes, siendo de suma importancia que esta sea clara, sencilla y fácil de entender. La comunicación puede afectar o no el nivel de satisfacción ya que si un paciente se siente desinformado o limitado a realizar preguntas o plantear inquietudes estará limitando su nivel de satisfacción ante los servicios prestados, lo cual provoca fuertes consecuencias a corto y largo plazo.

Por otro lado, Gómez S.⁴⁰ añade que entre los elementos que también forman parte de la satisfacción del usuario se encuentran los siguientes:

- a) Organización: Se encuentra relacionado con el tiempo de espera del paciente y todo lo que implica el protocolo de atención y exploración en relación a la enfermedad del paciente.
- b) Trato recibido: El nivel de cordialidad y empatía demostrado durante el proceso de atención.

Ante ello se podría decir que, el cliente se encuentra totalmente satisfecho cuando los servicios otorgados por los profesionales cubren o exceden sus expectativas. Sin embargo, si las expectativas creadas por el cliente son bajas puede ser que se encuentre satisfecho con servicios relativamente deficientes. Finalmente; se podría decir que la satisfacción es un sentimiento subjetivo del usuario que representa un gran valor para la gestión, ya que permite evaluar el nivel de aceptación de los servicios.

2.4.2.4 Objetivos de la satisfacción del usuario

Según Vítolo F.⁴¹ la calidad de la asistencia sanitaria significa asegurar que el paciente reciba una serie de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención apropiada y pertinente considerando los conocimientos del paciente y el servicio médico prestado. Entre los objetivos de la satisfacción al usuario en Atención Primaria Vítolo F.⁴¹ menciona que su finalidad durante los procesos de atención médica, hacen referencia a la necesidad de promover en los pacientes un nivel asistencial más adecuado por medio de la forma más eficiente posible.

De igual manera el autor añade que entre los objetivos fundamentales se encuentra proponer procesos eficientes, aceptables, accesibles y útiles basados en la evidencia que permitan elevar el nivel de satisfacción de los pacientes durante los procesos de atención y tratamiento.

A continuación, se procederá a enlistar los objetivos que persigue la satisfacción al usuario de acuerdo con Casermeiro M.⁴².

- Proporcionar al usuario una atención permanente, ofreciendo el mismo nivel de servicio de forma constante y continua.
- Mostrarse al usuario amable, agradable y respetuoso.
- Crear una relación profesional de calidad entre médico – paciente.
- Proporcionar la información necesaria relacionada con el diagnóstico o el proceso de tratamiento.
- Proponer soluciones y respuestas efectivas a las necesidades de los usuarios.
- Otorgar un servicio personalizado, preferencial y único.
- Proporcionar celeridad en la atención.

Lograr la satisfacción del usuario es uno de los factores más relevantes en el trabajo de salud ya que estos solo se perciben al momento de ser recibidos. Esta satisfacción, por lo tanto, se encuentra relacionada con la cortesía, la amabilidad, los conocimientos, la eficacia, la rapidez, entre otros⁴². De igual manera, si los servicios que se ofertan son entregados y realizados sin fallas, sin lentitud, sin desperdicios, mediante el empleo adecuado de los recursos existentes, se generará mayores niveles de credibilidad y satisfacción inmediata de quienes los usan, demostrando de esta manera el interés existente por parte de los gobiernos para entregar sistemas de salud más equitativos, integradores y justos.

Fuentes M.⁴³ añade que en los países donde la atención primaria es la base del sistema sanitario, se logran resolver más del 80% de los casos de salud existentes. El fortalecimiento del primer nivel de atención de salud es la estrategia que hasta la actualidad ha demostrado mayor significancia de resultados positivos tanto en países desarrollados como en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo. Por ello el autor afirma que, los países que invierten mayoritariamente en salud primaria presentan menores gastos y mejores niveles de salud poblacional⁴³.

2.4.2.5 Niveles de satisfacción

Las prestaciones en el ámbito de la salud, siguen procesos complejos, de cuya interacción surge de forma progresiva, la satisfacción del usuario que es una

evidencia de la consecuencia entre las expectativas y lo recibido. Pabón P.⁴⁴ menciona que luego de ser atendido por el personal de servicio de una casa de salud, los usuarios generalmente experimentan uno de los siguientes niveles de satisfacción:

- Insatisfacción: Este sentimiento de insatisfacción se promueve cuando el desempeño percibido no logra cubrir las expectativas del paciente.
- Satisfacción: Éste sentimiento se ejecuta cuando el desempeño percibido por el usuario coincide con sus expectativas.
- Complacencia: Éste sentimiento de complacencia se logra cuando el desempeño percibido logra exceder las expectativas del cliente.

Entonces, en relación a las expectativas del cliente se puede identificar el grado de lealtad hacia un servicio; por lo tanto, de lograrse satisfacer o complacer en su totalidad las expectativas del cliente se estará asegurando su compromiso con el proceso de tratamiento y seguimiento, garantizando de esta manera la cura de la enfermedad y el no abandono del proceso.

2.4.2.6 Satisfacción del usuario como indicador de calidad

Durante las últimas décadas del siglo XX las transformaciones sociales y económicas han producido una serie de cambios en la salud de la población, al igual que en las políticas de salud existentes a nivel nacional e internacional. En la actualidad, se promueve un protocolo de atención de alta calidad centrada en las necesidades del paciente que elevan la satisfacción por los servicios recibidos, es por ello que el nivel de satisfacción percibido por el paciente denota la calidad de la atención. Vítolo F.⁴¹ menciona que, quienes consideran la satisfacción del paciente como un factor imprescindible y por medio de la misma se logra alcanzar una mejor calidad de atención, un personal más satisfecho con su labor, una mejor salud financiera, un mayor fortalecimiento de la posición competitiva y un menor índice de exposición a malas praxis.

Chávez P.⁴⁵ menciona que el término “calidad” ha sido definido como un conjunto de características de un servicio o producto de consumo que a su vez logra compensar las necesidades del usuario de manera satisfactoria. De acuerdo con el autor, la Organización Mundial de la Salud define por su parte a la calidad en la salud como un alto nivel de excelencia profesional que emplea de manera eficiente los recursos existentes para alcanzar un elevado grado de satisfacción produciendo un impacto significativo y positivo en la salud⁴⁵. Ante ello se podría decir que, la satisfacción del paciente es importante, ya que ésta ha sido sugerida como un indicador de calidad de la salud a nivel mundial.

Las instituciones de salud según Santana J.⁴⁶ deben presentar niveles significativos de concientización y responsabilidad ante la calidad del cuidado que se presta al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes que la conforman y a las normas de la profesión junto con la evaluación del cuidado y la satisfacción de los pacientes. Santana J.⁴⁵ añade que en un contexto mundial se ha promovido que tanto pacientes como familiares, demanden un compromiso con la mejora de la calidad en las organizaciones de servicios de salud; por lo tanto, el proceso de evaluación de satisfacción al cliente ha sido asumido como una estrategia clave para alcanzar las expectativas de quienes acuden a los servicios de salud.

Gómez S.⁴⁰ alude que, en la asistencia en salud, la tendencia actual es hacia la humanización y el ofrecimiento de prestación de servicios con mayores niveles de calidad. Según el autor, el concepto de calidad dentro de esta perspectiva se enmarca en cinco elementos fundamentales que son:

- a) excelencia,
- b) uso eficiente de los recursos,
- c) mínimo riesgo para el paciente,
- d) alto grado de satisfacción y
- e) el impacto que este proceso provoca cambios en la salud.

En consecuencia, dentro de los indicadores de calidad que miden los resultados, se le proporciona cada vez más, mayores niveles de importancia a la satisfacción del paciente por la atención recibida.

La satisfacción del paciente se encuentra considerada como un elemento deseable e importante de la actuación médica y se logra según la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud cumplan con las expectativas generadas por el usuario. Ante ello Gómez S.⁴⁰ añade que la satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que posee un sujeto en relación a algo, en este caso a los servicios de salud. En consecuencia, los niveles de satisfacción serán aún mayores cuando la expectativa de los cuidados se eleve más allá de lo pensado o esperado.

Ante ello Borré Y.⁴⁷ menciona que tanto la calidad como la satisfacción del usuario, son fenómenos de particularidad multicausal, multifactorial e inclusive subjetiva debido a que actúa en relación a la percepción de cada individuo. En este sentido, no solo se considera como resultado total el sanarse, sino que también se integran otras variables que para el usuario importan y entre ellas se encuentra el conocer información relacionada con su estado de salud, procesos de tratamiento, seguimiento, proceso de toma de exámenes, entre otros factores significativos que elevan la satisfacción y a la vez sirven como referente de calidad.

En consecuencia, Álvarez A.⁴⁸ añade que una institución dedicada a brindar servicios de salud debe encontrarse principalmente basada en un sistema de calidad en prestación de servicios que busquen sobretodo satisfacer al paciente por medio del aseguramiento del profesionalismo y la eficacia operativa de los servicios, todo ello fundado en una base de valores que promuevan el buen trato junto con la demostración de habilidades y destrezas para identificar y tratar las diferentes enfermedades.

2.4.2.7 Evaluación de la Satisfacción

La búsqueda de la satisfacción de los usuarios en la Atención Primaria, debe ser parte fundamental de los servicios de salud, ya que conocer su estado, a través de procesos evaluativos contribuye a esclarecer las fortalezas y debilidades del programa, permitiendo reorientar la acción.

El conocer la satisfacción del usuario es parte de un importante indicador del cumplimiento de los cuidados y servicios prestados, de saber la opinión de los usuarios se podrán ejecutar acciones que permitan mejorar el sistema de atención⁴⁹. La estimación de la satisfacción es un parámetro útil que sirve para evaluar los modelos de comunicación; el éxito de la transmisión de información, entre otros.

El nivel de satisfacción del paciente es el resultado obtenido de las atenciones y el tratamiento recibido por medio de la intervención clínica, y para identificar su nivel de impacto, se han desarrollado una serie de procedimientos específicos que contribuyen a determinar la significancia percibida⁴⁹. El proceso de evaluación de la satisfacción de los pacientes, permite, por un lado, identificar aquellas áreas deficitarias desde el punto de vista del paciente, mientras que, por otra parte, contribuye a evaluar los resultados de los cuidados.

En este sentido Álvarez A.⁴⁸ explica: el paciente al ser el evaluador de la calidad asistencial recibida proporciona una realidad objetiva convirtiéndose en el motor y centro del servicio de salud, en la cual sus necesidades son el eje sobre el que deben articularse las prestaciones asistenciales y constituir la base de las organizaciones de los servicios hospitalarios y del primer nivel que siempre estará más cerca de la población y debe dar respuestas a la mayoría de sus necesidades.

Dentro de este contexto, la satisfacción del paciente en relación a la atención recibida puede encontrarse determinada por factores sociodemográficos, o de infraestructura como la disponibilidad de una consulta adecuada y que cuente con el equipamiento básico, características del lugar, junto con las facilidades de tipo

físico, la confianza en la competencia técnica del personal de salud, la amabilidad en el trato, la humanización durante la asistencia médica, la información facilitada, la posibilidad de decisión sobre el proceso de tratamiento, costos, continuidad de los cuidados, cobertura sanitaria entre otros⁴⁸. De igual manera dentro de este proceso es posible identificar el nivel de adherencia al tratamiento y el acogimiento de las recomendaciones del profesional de salud.

En último lugar, Casermeiro M.⁴² añade que la satisfacción del usuario puede ser medida en relación a distintos niveles. Por ejemplo: en la calidad percibida en la atención, en los procesos empleados, en la eficiencia del tiempo de espera, en las actitudes demostradas por los servidores, en la información ofrecida, las instalaciones y el equipamiento con el cual cuenta, entre otros⁴². Todos los factores nombrados anteriormente hacen de la satisfacción al usuario una calidad total, que consiste sobre todo en cubrir las necesidades y deseos de los pacientes.

2.4.2.8 Espacio físico

El espacio físico dentro de una institución de salud, debe cumplir con todos los requerimientos necesarios de infraestructura y equipamiento estandarizados. Los Centros de Salud son infraestructuras independientes generalmente formados por un conjunto de cimientos, estructuras, muros, paredes, tabiques, techos, suelos, cubiertas, entre otros elementos; que generalmente disponen espacios específicos para llevar a cabo procesos de consulta de medicina, enfermería, procesos de curación, tratamiento, intervenciones médicas, emergencias, consultas de salud bucodental, fisioterapia, además de otros ambientes tales como: cuarto de limpieza, zona de administración, archivo/estadística, entre otros departamentos que juntos logran satisfacer las necesidades de los que las requieran³⁴.

Las instalaciones de agua, luz, teléfono, calefacción, refrigeración, antenas, entre otros; poseen espacios reservados dentro de la construcción, mismos que pueden ubicarse en la planta calle o inclusive en los tejados o techos en caso de así necesitarlo. De igual manera, los Centro de Salud, deben contar con instalaciones varias como garajes, áreas verdes, vallas, cercas, verjas y en general, varios otros

elementos que permitan resguardar y embellecer el lugar³⁴. En cuanto al equipamiento interior, los Centros de Salud presentan mobiliario general, mobiliario clínico, instrumental, dispositivos sanitarios, material fungible y otros, así como los equipos y demás instrumental y dispositivos que se manejan y manipulan, esto permite establecer las diferentes medidas de seguridad que se deben seguir.

Los diferentes centros de Atención Primaria correspondiente a cada zona básica de salud son aquellas estructuras físicas donde los profesionales llevan a cabo una serie de actividades de atención primaria de salud, constituyéndose de esta manera en las referencias de los servicios sanitarios públicos más cercanos a la población. En consecuencia, un centro de atención primaria puede llegar a albergar en el mismo edificio más de una zona básica de salud³⁴.

En la actualidad gracias a la gestión del gobierno en curso, se ha logrado la construcción de varios Centros de Salud tipo A, B y C, con el propósito de brindar servicios de calidad a los habitantes de todo el país. En la actualidad 8 de cada 10 problemas frecuentes pueden ser resueltos en el primer nivel de atención, como lo es el caso de la Casa de Salud tipo C, mientras que 2 de cada 10 casos más complejos son derivados a hospitales básicos y generales de segundo nivel, o inclusive de ser necesario a los de tercer nivel que son los de especialidades⁵⁰.

2.4.2.9 Relación médico paciente (RMP)

La relación médico-paciente forma parte de una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales que lleva a cabo el hombre. Estas acciones permiten a los usuarios que asisten a los diferentes centros de atención primaria satisfacer su deseo y necesidad de salud, y al médico cumplir con una de sus funciones sociales más significativas. Meza M.⁵¹ indica que:

‘La relación médico-paciente es un vínculo bastante complejo, que se establece entre un profesional de la salud y un individuo que requiere de sus servicios por tener un problema; el sujeto presenta una enfermedad y el

médico es el profesional formado para ayudarle a resolver su situación. Este vínculo va más allá de ser un proceso científico o mercantil: es una relación encauzada a diagnosticar la problemática del enfermo y llevar a cabo las acciones pertinentes encaminadas a su restablecimiento integral (biopsicosocial); debe dirigirse a establecer un trato cordial, afectuoso, de confianza, aprecio y respeto mutuo que debe unir siempre al médico con el enfermo.´

Caballero C.⁵² sugiere que la historia de la relación entre médico y paciente, es mucho más antigua que la medicina misma, ya que cuando existía un hombre enfermo se realizaba una conexión significativa con aquel responsabilizado del restablecimiento de la salud de aquel que se enfermaba. En la actualidad la relación médico paciente ha sido descrita como la prestación de un servicio de gran significación por ser la salud una de las más altas contribuciones de todo ser humano. Rodríguez S.^{53(p 1)} señala que: `el médico debe atender al paciente con beneficencia, respetando la autonomía de éste haciéndolo participar en la toma de decisiones´ por ello es necesario que para lograr una correcta relación se explique al paciente su diagnóstico y posible tratamiento. Por otro lado, Martínez C.⁵⁴ expresa que:

´La comunicación es la expresión más compleja de las relaciones del ser humano, y el profesional de la medicina tiene que ser capaz de desenvolver la habilidad de comunicarse, de usar con efectividad técnicas y procedimientos de interacción socio psicológicos que le garanticen poder cumplimentar sus labores.´

Por lo tanto, es fundamental que el profesional de medicina logre desarrollar de forma eficaz la habilidad de comunicarse a través del empleo de métodos efectivos junto con procedimientos de interacción socio psicológico que garanticen al profesional lograr sus propósitos; sin embargo, es importante reconocer que el tipo de vínculo que se establezca dependerá del paciente y de su condición clínica, y poder variar con el tiempo⁵¹. Con el tiempo, es posible que se llegue a formar un lazo estrecho e interpersonal que cobije de profundo bienestar a

los individuos enfermos y sus familiares; otorgando para el médico un profundo sentido de satisfacción.

Estudios han verificado que, una adecuada relación médico-paciente genera beneficios para la salud física y psicológica del paciente, por lo que, en caso de presentar problemas en esta relación, constituye por sí mismo un factor crucial que predispone al paciente a cambiar de médico. La correlación médico-paciente, posee connotaciones éticas que deben ser totalmente respetadas, entre ellas se encuentran las siguientes:

- Respeto al enfermo y su dignidad como persona,
- Confianza mutua basada en la total comprensión de la información suministrada,
- Responsabilidad en el proceso de cuidado,
- Respetar la autonomía del paciente⁵¹.

En base a la relación existente entre el médico y el paciente, se han formado dos tipos de modelos de atención:

- a) Relación paternalista: Se caracteriza por una dominancia del profesional de la salud sobre el enfermo, ubicándolo en una actitud en la cual el paciente solo obedece y acata las órdenes dadas.
- b) Modelo Autonomista: Integra la participación activa del paciente en la toma de decisiones⁵¹.

En definitiva, se podría decir que el modelo más adecuado a seguir es el autonomista, ya que este permite la participación del paciente en las decisiones relacionadas con el tratamiento para restablecer su salud y el proceso de intervención.

2.5 Hipótesis

- La atención brindada por los postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria influye en la Satisfacción de los usuarios de las Unidades Docentes Asistenciales en la provincia de Tungurahua en el año 2015.

2.6 Señalamiento de variables

- **Variable Independiente:** Atención de los postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria
- **Variable Dependiente:** Satisfacción de los usuarios de las Unidades Docentes Asistenciales

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

Enfoque de la investigación

El paradigma cualitativo fue empleado con la finalidad de descubrir y refinar preguntas de investigación a través de un enfoque más holístico tomando en cuenta las características generales del hecho en cuestión. Por otro lado, el enfoque cuantitativo fue empleado con la necesidad de llevar a cabo la recolección de datos para probar hipótesis y responder a preguntas de la investigación, las cuales estuvieron basadas en la medición numérica entrando en el campo de la estadística.

3.1 Modalidad básica de la investigación

Se incorporó la modalidad de campo, la cual se basó en la aplicación de encuestas, con la finalidad de obtener información directamente proveniente de la realidad en la cual se llevó a cabo la investigación.

3.2 Nivel o Tipo de investigación

Se trata de una investigación descriptiva, observacional, de diseño transversal en la que se obtuvo información para sustentar la hipótesis y los objetivos propuestos respecto a la atención del postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria y la satisfacción del usuario.

3.3 Población y muestra

Universo: 5700 familias correspondientes a las familias atendidas por los postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria distribuidos de la siguiente manera:

- Cevallos: 3 postgradistas, 900 familias
- Quero: 1 postgradista, 300 familias
- Totoras: 2 postgradistas, 600 familias
- Martínez: 2 postgradistas, 600 familias
- Cunchibamba: 2 postgradistas, 600 familias
- Huambaló: 2 postgradistas, 600 familias
- San Andrés: 2 postgradistas, 600 familias
- San Miguelito: 1 postgradista, 300 familias
- Quisapincha: 1 postgradista, 300 familias
- Salasaca: 1 postgradista, 300 familias
- La Vicentina: 2 postgradistas, 600 familias

Tamaño de la muestra: Mediante el programa EpiInfo versión 3.5.4, se realizó el cálculo del tamaño muestra con las siguientes restricciones:

- N: número de familias asignadas a los 19 postgradistas de la provincia de Tungurahua.
- Nivel de confianza: 95%
- Error: 5%
- p: 0.50
- q: $1-p=0.50$

El tamaño de la muestra dio un total de 432 familias distribuidas en las 11 unidades según porcentaje correspondiente:

- Cevallos: 3 postgradistas, 900 familias. (15.8%= 70 familias)
- Quero: 1 postgradista, 300 familias. (5.3%= 23 familias)
- Totoras: 2 postgradistas, 600 familias. (10.5%= 45 familias)
- Martínez: 2 postgradistas, 600 familias (10.5%=45 familias)
- Cunchibamba: 2 postgradistas, 600 familias (10.5%=45 familias)
- Huambaló: 2 postgradistas, 600 familias (10.5%=45 familias)
- San Andrés: 2 postgradistas, 600 familias (10.5%=45 familias)
- San Miguelito: 1 postgradista, 300 familias (5.3%= 23 familias)
- Quisapincha: 1 postgradista, 300 familias (5.3%= 23 familias)
- Salasaca: 1 postgradista, 300 familias (5.3%= 23 familias)
- La Vicentina: 2 postgrados, 600 familias (10.5%= 45 familias)

Si bien la muestra calculada fue de 432 encuestas en el proceso de redacción, se incluyeron 43 encuestas cuya integridad fue valorada en la investigación, alcanzando un total de 475 encuestas (25 instrumentos por cada residente de postgrado).

Criterios de Inclusión

Formaron parte del presente proyecto investigativo los representantes de las familias en donde al menos uno de sus miembros haya sido atendido por los postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria y residen en el área de influencia de los mismos.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron de la investigación a las familias cuyo representante no firma el consentimiento informado.

3.4 Operacionalización de variables

Tabla 1. Variable Independiente: Atención Médica

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Escala	Ítems	Técnica/ Instrumento
La atención es el conjunto de prestaciones en las que se integran los aspectos relacionados con las características del lugar de atención, preparación del médico, profesionalismo, exploración clínica, diagnóstico y tratamiento, además de la duración de la consulta médica.	Profesionalismo	Grado de respeto manejado en la consulta.			
		Nivel de ética médica existente			
		Nivel de amabilidad y cordialidad en consulta médica	Escala de Lickert	¿Cuál es la percepción del paciente sobre el profesionalismo del médico postgradista?	Técnica: Encuesta
	Comunicación	Conocimientos médicos teóricos y prácticos. Formación.			Instrumento: Cuestionario
		Pacientes orientados sobre su dolencia y procedimientos a seguir en el tratamiento	Escala de Lickert	¿Cómo valora los componentes comunicacionales?	
		Nivel de especificidad de la orientación médica sobre proceso luego de terminada la			

	consulta		
	Pacientes con los que se establece buena relación médico-paciente en la consulta		
	Grado de seguridad y confianza que inspira el médico al usuario del servicio		
	Acciones médicas realizadas para mejorar el estado de salud del paciente		
	Grado de comprensión de las indicaciones médicas		
Exploración Clínica, diagnóstico, tratamiento	Anamnesis realizada. Exhaustividad en el examen físico. Grado de mejoría del estado de salud con el tratamiento indicado	Escala de Lickert	¿Cuál es su percepción con respecto a la exploración clínica, el diagnóstico y el tratamiento indicado?

	Cumplimiento de lo establecido en los Servicios de Pre y Post consulta		
			Intervalo
Duración global de la atención	Tiempo que dura la atención médica		de tiempo ¿Cuánto tiempo dura la consulta médica? en minutos
	Estado de limpieza de la consulta		
	Condiciones que ofrecen privacidad en el consultorio		
Espacio físico o comodidad que ofrece el espacio físico	Condiciones de privacidad en la visita domiciliaria	Escala de Lickert	¿Cómo percibe el paciente las comodidades del espacio físico?
	Elementos que ofrecen iluminación en el centro asistencial		
	Estándares de comodidad del consultorio para la realización del examen físico		

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Silva Paola

Tabla 2. Variables Dependiente: Satisfacción del usuario

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Escala	Ítems	Técnica/ Instrumento
Satisfacción es la percepción global del usuario respecto a la atención recibida	Nivel de satisfacción	65-95	Satisfecho.	¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario?	Técnica: Encuesta
		30-64	Medianamente satisfecho		Instrumento: Cuestionario
		0-29	Insatisfecho		

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Silva Paola

Tabla 3. Variables Intervinientes

Dimensiones	Indicadores	Escala	ítem	Técnica/ Instrumento
Edad	Años cumplidos.	Número de años	¿Cuántos años tiene?	
Sexo	Hombre y mujer	Hombre ___ Mujer ___	¿Qué sexo tiene usted?	
Nivel de escolaridad	Último año de educación aprobado	Analfabeto___ Básico___ Bachillerato___ Superior___	¿Cuán es su nivel de escolaridad?	Técnica: Encuesta
Ocupación	Actividad que realiza que es económicamente remunerable	Agricultor___ QQDD___ Comerciante___ Otro___ Blanco ___ Mestizo ___	¿A qué se dedica?	Instrumento: Cuestionario
Auto identificación étnica	Grupo étnico con el que se autoidentifica	Indígena ___ Afro Ecuatoriano ___ Otro _____	¿Cómo usted se autoidentifica?	

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Silva Paola

3.5 Plan de recolección de la información

Las familias de cada una de las Unidades Docentes Asistenciales donde se realizó el PGMFYC en la provincia de Tungurahua se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple

Estudiantes de internado rotativo de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato se encargaron de levantar la información; para ello la investigadora capacitó a los mismos en los procedimientos de llenado del instrumento y además facilitó un instructivo a cada uno de ellos.

Para la aplicación de la encuesta se solicitó firmar el consentimiento informado. Cada una de las encuestas se identificó mediante una codificación específica, con letras la Unidad Docente Asistencial y el postgradista evaluado, y con números el orden secuencial de las familias seleccionadas.

La recolección de la información se llevó a cabo a través de visitas programadas en las diferentes poblaciones pertenecientes a las áreas de influencia de los residentes de postgrado identificando las familias de acuerdo a las fichas familiares asignadas a cada postgradistas. (Anexo 3. Cronograma para la elaboración de la tesis mes abril-mayo)

Técnicas e Instrumentos

Se aplicaron encuestas que incluyeron dentro de su contenido la evaluación de las siguientes características:

Características socio económicas

Esta información es brindada por las preguntas identificadoras pertenecientes a la variable interviniente en donde cada una de ellas fueron agrupadas y de acuerdo a

las once unidades de salud donde se desarrolla el postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria con diecinueve médicos residentes.

- Edad: Se registró la edad real y para el análisis se identificó grupos etarios como lo establece el MAIS, considerando Adultos jóvenes personas comprendidas entre 20 y 34 años, adulto medios de 35 a 64 años y adultos mayores personas que tiene más de 65 años de edad.
- Sexo
- Instrucción: corresponde al último nivel educativo aprobado.
- Ocupación: en este acápite se agruparon las ocupaciones de los participantes de acuerdo a las actividades más frecuentemente realizadas tomadas de los ASIS de cada población de los postgradistas.
- Autoidentificación étnica

Características del proceso de atención.

En el proceso de atención médica, se incluyen algunos aspectos que se estudiaron a través de categorías, se exponen los resultados correspondientes a cada uno de estos parámetros en forma global para luego detallarlos para cada una de las unidades de salud investigadas.

- Profesionalismo
- Comunicación
- Exploración clínica-diagnóstico-tratamiento
- Duración global de la atención
- Espacio físico.

Luego de la agrupación de los datos recolectados se procedió a realizar el cálculo, para la estimación de los rangos de satisfacción se tomó como base las preguntas relacionadas al tema que conforman las características del proceso de atención, recogidas de las totalidades de los cuales se estimó los rangos mediante medias que fueron valorizadas con las letras A, B, C a continuación se especifican los valores.

Tabla 4. Valoración de los rangos de satisfacción. Unidades de salud. Tungurahua. 2015

Satisfacción	Equivalencia	Rangos
A	Satisfecho	65-95
B	Medianamente satisfecho	30-64
C	No satisfecho	0-29

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola

Además, se realizó un cruce de variables donde intervinieron las características socio económicas y la satisfacción que mencionamos anteriormente, donde se situó, a cada grupo en el nivel dado mediante cálculos estadísticos.

Finalmente, la verificación de la hipótesis mediante la prueba estadística chi cuadrado, información proporcionada y recolectada mediante la contribución de los pacientes y los 19 postgradistas a través de las encuestas aplicadas para verificar el problema en las 11 unidades de salud.

3.6 Plan de procesamiento y análisis de la información

El presente proyecto se realizó a partir de la revisión de informe de diagnóstico que establecieron la realidad en que se encontraron los individuos involucrados para esto se realizó el diseño del instrumento, la codificación la información, y se continuó con la tabulación de la información recogida para lo cual se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS en donde se ingresó la información pre codificada y fue procesada, en el proceso global se realizará los resultados mediante ponderación debido a la cantidad numérica utilizada, de lo cual se obtuvieron datos estadísticos para el análisis inferencial de las variables a estudiar.

El ingreso y desarrollo en el programa estadístico SPSS, se lo realizó mediante la recolección de las encuestas donde se creó un archivo por postgradistas para luego esta información juntar para sacar las tablas y gráficos necesarios para la investigación.

La estadística descriptiva se utilizó para describir las características de una variable a la vez y se representaron en tablas de frecuencias, porcentajes y/o medidas de tendencia central, utilizando una ponderación para que los resultados tenga mejor relevancia y estén, además se empleó el análisis multivariado para asociar dos o más variables y poder comprobar estadísticamente la hipótesis de la investigación.

3.7 Criterios utilizados en la evaluación del instrumento

En el proceso de evaluación del instrumento se contó con la participación de 3 expertos en el tema quienes dieron su validación utilizando criterios de Moriyama, en función de las sugerencias y la pertinencia de las mismas se hicieron los cambios en el instrumento (Anexo 5. Evaluación del Juez)

Los criterios de Moriyama contemplan los siguientes puntos:

1. **Comprensible:** Se refiere a si se entienden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.
2. **Sensible a cambios en el fenómeno:** Si usted piensa que puede diferenciar a sujetos con disímiles grados de vulnerabilidad.
3. **Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables:** Es decir, si existe una justificación para dicho ítem en el instrumento.
4. **Componentes claramente definidos:** es decir, si el ítem tiene una enunciación clara.
5. **Se deriva de datos factibles de obtener:** Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Cada uno de los criterios debe calificarse como:

- Nada: 0
- Poco: 1
- Moderadamente: 2
- Mucho: 3

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se realizó una investigación en once unidades de salud donde se desarrolla el postgrado de medicina familiar y comunitaria con diecinueve médicos residentes, en el proceso se seleccionaron 475 familias correspondientes al cálculo muestral realizado, las cuales cumplen los criterios de inclusión; se muestran los resultados a continuación de forma global y por unidad de salud.

4.1 Características socioeconómicas de la población encuestada.

Se exponen los resultados correspondientes a cada uno de las preguntas identificadoras del instrumento aplicado: grupo etario, sexo, instrucción, ocupación y autoidentificación étnica representado en tablas por unidades de salud.

Tabla 5. Pacientes encuestados según grupo de edad y unidades de salud. Tungurahua. 2015

Unidades de salud	Adulto Joven		Adulto Medio		Adulto Mayor		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La Vicentina	27	54	15	30	8	16	50	100
A. N. Martínez	23	46	18	36	9	18	50	100
Cunchibamba	25	50	15	30	10	20	50	100
Totoras	29	58	15	30	6	12	50	100
Quero	10	40	12	48	3	12	25	100
Cevallos	31	41	29	39	15	20	75	100
Quisapincha	15	60	7	28	3	12	25	100
Huambaló	11	22	25	50	14	28	50	100
Salasaca	14	56	7	28	4	16	25	100
San Miguelito	4	16	11	44	10	40	25	100
San Andrés	30	60	11	22	9	18	50	100
Total	219	46	165	35	91	19	475	100

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

En total se investigaron 475 jefes de hogar, de los cuales el mayor porcentaje (46%) correspondió a los adultos jóvenes. La distribución de los grupos de edad en cada una de las unidades de formación del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria se observa en la tabla 5, en la que llama la atención que en los centros de salud de San Andrés y Quisapincha predominaron los adultos jóvenes con 60% cada uno; los adultos medios en las unidades de Huambaló y Quero con 50% y 48% respectivamente y en San Miguelito los adultos mayores con 40%.

La información expuesta tiene correspondencia con los grupos etarios identificados en el análisis de la situación integral de salud del año 2015(ASIS), realizado por cada uno de los residentes de postgrado.

Tabla 6. Pacientes encuestados según sexo y Unidades de Salud. Tungurahua. 2015

Unidades de Salud	Masculino		Femenino		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
La Vicentina	12	24	38	76	50	100
A. N. Martínez	20	40	30	60	50	100
Cunchibamba	13	26	37	74	50	100
Totoras	12	24	38	76	50	100
Quero	15	57	10	43	25	100
Cevallos	32	43	43	57	75	100
Quisapincha	10	40	15	60	25	100
Huambaló	26	52	24	48	50	100
Salasaca	3	12	22	88	25	100
San Miguelito	18	72	7	28	25	100
San Andrés	29	58	21	42	50	100
Total	190	40	285	60	475	100

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

Según sexo los 475 encuestados, el mayor porcentaje (60%) correspondió a mujeres. Por unidades de salud, la tabla 6 muestra que, en el SCS de San Miguelito predominaron los hombres con 72%; y en Salasaca las mujeres con 88%.

Esta información es semejante a las cifras reportadas en los ASIS del año 2015 presentados por cada postgradista, e indican que en cada una de las unidades la mayoría de la población son de sexo femenino (56,75%) y por tanto son representativas de ella.

Tabla 7. Pacientes encuestados según instrucción y Unidades de Salud. Tungurahua. 2015

Unidades de Salud	Analfabeto		Básica		Bachillerato		Superior		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
La Vicentina	4	8	27	54	15	30	4	8	50	100
A. N. Martínez	0	0	23	46	14	28	13	26	50	100
Cunchibamba	5	10	22	44	16	32	7	14	50	100
Totoras	4	8	27	54	15	30	4	8	50	100
Quero	4	16	12	48	6	24	3	12	25	100
Cevallos	8	11	38	51	20	27	9	12	75	100
Quisapincha	1	4	14	56	7	28	3	12	25	100
Huambaló	7	14	25	50	13	26	5	10	50	100
Salasaca	1	4	14	56	6	24	4	16	25	100
San Miguelito	2	8	9	36	10	40	4	16	25	100
San Andrés	5	10	25	50	13	26	7	14	50	100
Total	41	9	236	50	135	28	63	13	475	100

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

En cuanto al nivel educativo en la muestra se estableció, 9% de analfabetismo, siendo los más altos en el SCS de Quero (16%), Huambaló (14%) y de Cevallos (11%).

Si bien 50% de los encuestados tienen Educación Básica, al sumar con analfabetismo se obtuvieron tasas mayores al 60% en 8 de las 11 unidades, lo que indica que aún hay retraso educativo, mismo que repercute en la vida de las personas y de las comunidades (tabla 7).

Tabla 8. Pacientes encuestados según ocupación y unidad de salud. Tungurahua. 2015

Unidades de Salud	Comerciante		Agricultor		Quehaceres Domésticos		Otro		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
La Vicentina	10	20	9	18	23	46	8	16	50	100
A. N. Martínez	11	22	8	16	12	24	19	38	50	100
Cunchibamba	8	16	10	20	25	50	7	14	50	100
Totoras	11	22	10	20	20	40	9	18	50	100
Quero	0	0	21	84	0	0	4	16	25	100
Cevallos	15	20	10	13	29	39	21	28	75	100
Quisapincha	4	16	5	20	12	48	4	16	25	100
Huambaló	9	18	9	18	21	42	11	22	50	100
Salasaca	4	16	6	24	11	44	4	16	25	100
San Miguelito	0	0	20	80	5	20	0	0	25	100
San Andrés	0	0	42	84	8	16	0	0	50	100
Total	72	15	150	32	166	35	87	18	475	100

Fuente: Encuestas**Elaboración:** Silva Paola.

Al analizar la ocupación de los jefes de hogar encuestados (475 personas), el mayor porcentaje (35%) correspondió a personas que se dedican a quehaceres domésticos, debido a que en las zonas rurales las mujeres aún ejecutan el rol de amas de casa al cuidado de su hogar y estuvieron presentes en la vivienda al momento de la ejecución de la encuesta. Adicionalmente en la tabla 8, se observa que en el centro de salud de San Andrés, Quero y San Miguelito predominan la ocupación de agricultura con 84% las 2 primeras y 80% la última.

Los hallazgos son respaldados por los ASIS del año 2015 de cada unidad cuyos datos son similares. La agricultura en las zonas analizadas aún sigue siendo una ocupación predominante, principalmente al tratarse de sectores rurales.

Tabla 9. Pacientes encuestados según Autoidentificación étnica y unidades de salud. Tungurahua. 2015

Unidades de salud	Blanca		Mestiza		Indígena		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
La Vicentina	6	12	44	88	0	0	50	100
A. N. Martínez	0	0	50	100	0	0	50	100
Cunchibamba	0	0	50	100	0	0	50	100
Totoras	0	0	50	100	0	0	50	100
Quero	0	0	25	100	0	0	25	100
Cevallos	0	0	75	100	0	0	75	100
Quisapincha	0	0	9	36	16	64	25	100
Huambaló	0	0	50	100	0	0	50	100
Salasaca	0	0	4	16	21	84	25	100
San Miguelito	0	0	25	100	0	0	25	100
San Andrés	0	0	50	100	0	0	50	100
Total	6	1	432	91	37	8	475	100

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

Partiendo de la premisa que Ecuador es un país multiétnico e intercultural, en la investigación se estableció que 432 (91%) jefes de familia se autoidentificaron como mestizos, hubo 6 (1%) jefes de hogar residentes en el sector de La Vicentina (Ambato) que se autoidentificaron como blancos, mientras que el 8% (37 jefes de hogar), lo hicieron como indígenas y residen en las poblaciones de Quisapincha y Salasaca (Tabla 9), lo que se explica porque en estas dos últimas parroquias existe población mayoritariamente indígena según el último censo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) realizado en el 2010.

4.2 Características del proceso de atención.

En la valoración del proceso de atención médica, se incluyen algunos aspectos que se estudiaron a través de las categorías: profesionalismo, comunicación, exploración clínica-diagnóstico-tratamiento, duración global de la atención y espacio físico. Se exponen los resultados correspondientes a cada uno de estos parámetros en forma global para luego detallarlos para cada una de las unidades

de salud investigadas. Se realiza ponderación de cada ítem según lo establecido en el capítulo 3.

Profesionalismo de los residentes de postgrado.

El profesionalismo describe el comportamiento y actitudes otorgadas por cada uno de los 19 postgradistas hacia los pacientes, además que muestran normas preestablecidas encaminadas por cualidades morales y éticas.

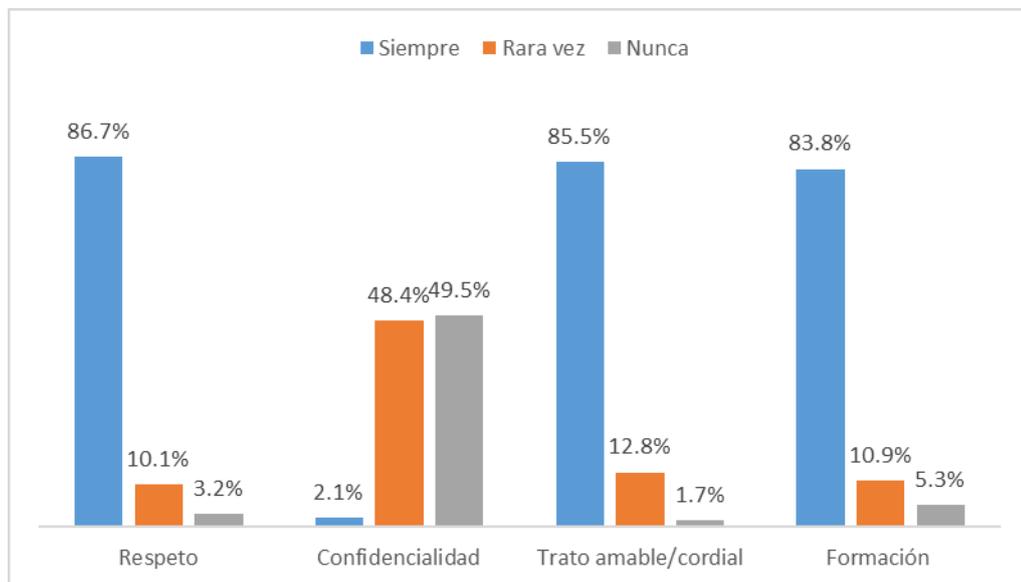


Gráfico N° 2 Percepción global del profesionalismo. Unidades de atención. Tungurahua. 2015
Fuente: Encuestas
Elaboración: Silva Paola.

El gráfico 2 muestra que los pacientes perciben respeto, un trato amable y cordial de cada médico residente de postgrado (86,7%, 85,5% respectivamente), además, el 83.8% indican que su galeno presenta una formación adecuada; sin embargo, solamente el 2,1% de los pacientes consideran que la consulta cumple con condiciones que garantizan la confidencialidad de la información que proveen al médico, esto se debe a diferentes factores tales como la presencia de otros miembros del equipo de salud durante la consulta médica.

Al realizar un breve análisis con otras investigaciones donde hablan sobre el profesionalismo, Moreno M.⁶² señala que de los aspectos estudiados, el respeto y

la confidencialidad son base importante en el actuar médico y por ende para establecer una relación médico paciente adecuada que permita una satisfacción global del servicio brindado, por lo tanto los datos reportados en tales informes de investigación corroboran los hallazgos de que la satisfacción de usuarios se asoció en gran parte con el profesionalismo aplicado por las unidades de progrado (tabla 10).

Tabla 10. Percepción del profesionalismo. Unidades de atención. Tungurahua. 2015

Profesionalismo	Siempre		Rara Vez		Nunca		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
La Vicentina	122	68	53	29	5	3	180	100
A. N. Martínez	122	68	16	9	42	23	180	100
Cunchibamba	117	65	38	21	25	14	180	100
Totoras	123	68	12	7	45	25	180	100
Quero	48	52	37	40	7	8	92	100
Cevallos	193	69	63	23	24	9	280	100
Quisapincha	69	75	23	25	0	0	92	100
Huambaló	115	64	36	20	29	16	180	100
Salasaca	69	75	0	0	23	25	92	100
San Miguelito	70	76	3	3	19	21	92	100
San Andrés	135	75	44	24	1	1	180	100

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

Por unidad de salud tras la ponderación, el profesionalismo está presente siempre según la percepción del 64,7% de encuestados, siendo mejor en San Miguelito (76%), San Andrés (75%), Salasaca (75%) y Quisapincha (75%). Conviene revisar los niveles de ausencia de profesionalismo percibidos, uno de cada cuatro encuestados, de Totoras y Salasaca y por uno de cada cinco en A.N Martínez, mediante nuevas investigaciones que profundicen este aspecto. Tabla 10

En suma, la mayor parte de los usuarios se encuentran conforme con el tipo de servicio prestado, sin embargo una población del 14,9% no se encuentra satisfecho en su totalidad con el profesionalismo de los médicos postgradistas.

Comunicación Médico-paciente

La comunicación es un proceso clave en la atención médica, pues a través de ella los médicos deben informar al paciente los aspectos relevantes, sus problemas, las medidas aplicar y los resultados esperados; se trata de establecer una relación de seguridad, confianza y empatía que facilite el logro de los objetivos, primordiales de la labor profesional.

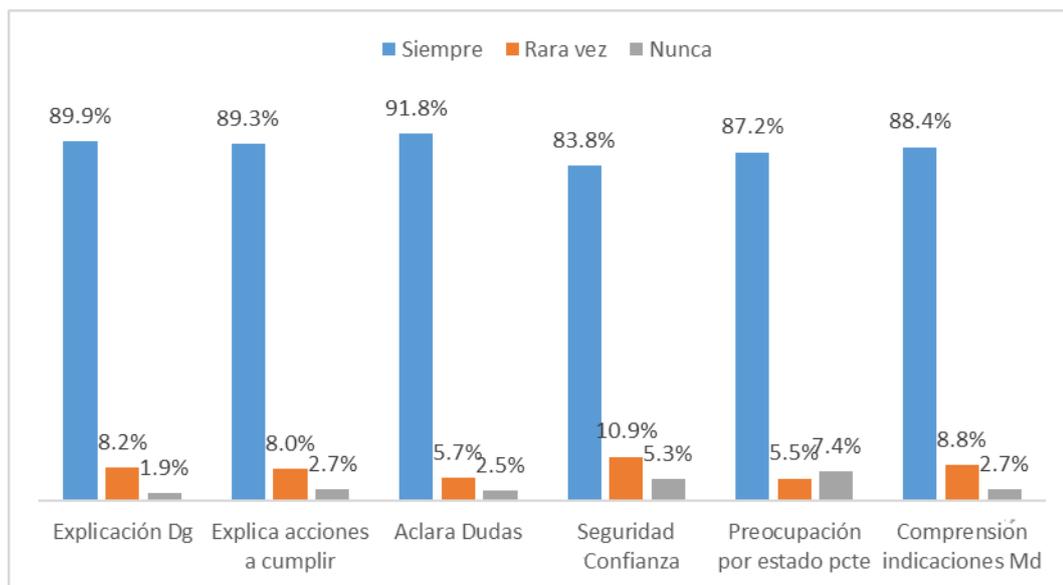


Gráfico N° 3 Percepción global de la comunicación médico-paciente. Unidades de atención. Tungurahua. 2015

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

En este aspecto, los pacientes indican que la comunicación en su médico es muy buena presentando en promedio 88,4%; los aspectos con mayores puntajes corresponden a la explicación del diagnóstico, las acciones a cumplir y aclaración de dudas, lo cual es importante para crear un ambiente propicio en la atención, los datos revelan que una parte (16,2%) no perciben total seguridad y confianza durante la atención (gráfico 3).

Los resultados descritos son superiores a los reportados por Cifuentes P. (2015)⁶³ que estableció que el 52,2% manifestó recibir una palabra de ánimo y el 47,8% expresó no habían recibido ninguna palabra de aliento o sentimiento de preocupación.

Tabla 11. Percepción de la comunicación médico-paciente. Unidades de atención. Tungurahua. 2015

Comunicación	Frecuencias							
	Siempre		Rara Vez		Nunca		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La Vicentina	257	95	11	4	2	1	270	100
A. N. Martínez	231	86	28	10	11	4	270	100
Cunchibamba	265	98	5	2	0	0	270	100
Totoras	270	100	0	0	0	0	270	100
Quero	98	71	30	22	10	7	138	100
Cevallos	390	93	19	5	11	3	420	100
Quisapincha	138	100	0	0	0	0	138	100
Huambaló	233	86	26	10	11	4	270	100
Salasaca	138	100	0	0	0	0	138	100
San Miguelito	136	99	2	1	0	0	138	100
San Andrés	267	99	3	1	0	0	270	100

Fuente: Encuestas.

Elaboración: Silva Paola.

La percepción de comunicación de 475 pacientes encuestados en las 11 unidades de salud se evidencia en el gráfico 3, en las unidades de Totoras, Quisapincha y Salasaca (100% en cada una) indican tener una comunicación médico-paciente excelente, mientras en las unidades de Quero (7%), Martínez (4%) y Huambaló (4%) existe una deficiencia en la comunicación. (Tabla 11)

Las opiniones acerca de una buena percepción de la comunicación médico-paciente son similares en todas las Unidades de Salud, sin embargo es necesario que en todo momento los profesionales de la salud presten sus servicios basados en una amplia comunicación, con la finalidad de mejorar el proceso de atención, a través del empleo de términos de fácil comprensión, lo cual mejora el entendimiento y explicación en las citas médicas.

Exploración clínica, diagnóstico, tratamiento, duración de la consulta.

Es un conjunto de análisis y síntesis del juicio clínico realizado por los médicos residentes sobre la salud de cada paciente, respuesta dada por el postgradista de acuerdo a la necesidad identificada en la visita médica, además el intervalo de tiempo utilizado para dar dicha información es muy importante ya que configuran las expectativas de los usuarios.

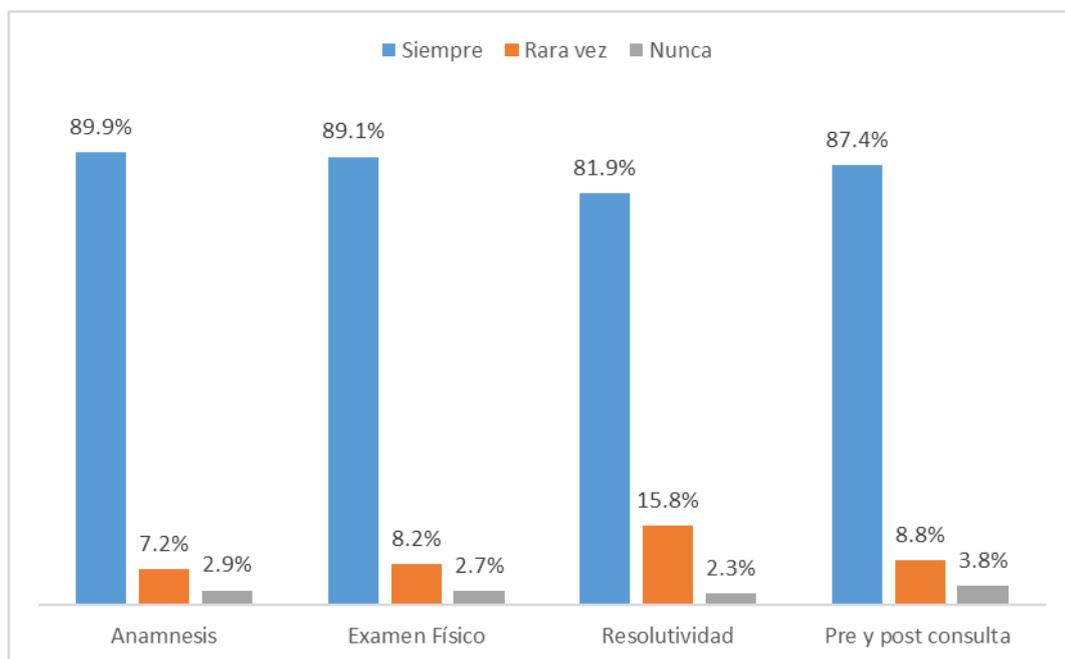


Gráfico N° 4 Percepción global de Exploración clínica-diagnóstico-tratamiento realizado. Unidades de atención. Tungurahua. 2015

Fuente: encuestas

Elaboración: Silva Paola.

El gráfico 4 muestra que los pacientes consideran que la anamnesis y el examen físico (89,9%, 89,1% respectivamente) son los aspectos que siempre realizan los médicos de forma adecuada, y lograron los valores más altos, representando esta una gran fortaleza al momento de la atención médica por parte de los residentes de postgrado.

En cuanto a la resolutividad, el 2,3% de los participantes señalaron que no se resolvió su problema de salud lo cual debe ser analizado con mayor profundidad la autora Hermida D. (2015) ⁶⁴, menciona que un 77,4% se encuentran satisfechos con el servicio recibido en la consulta externa en cuanto a la solución de

problemas y atención brindada pues para la solución de los problemas de salud de los pacientes concurren múltiples factores vinculados al paciente, al servicio y al entorno familiar, mismos que no fueron abordados en esta investigación, pero que merecen ser estudiados con mayor profundidad en el futuro.

Tabla 12. Percepción de Exploración clínica-diagnóstico-tratamiento realizado. Unidades de atención. Tungurahua. 2015

Exploración clínica, diagnóstico y tratamiento	Siempre		Rara Vez		Nunca		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
La Vicentina	160	89	17	9	3	2	180	100
A. N. Martínez	143	79	29	16	8	4	180	100
Cunchibamba	178	99	2	1	0	0	180	100
Totoras	177	98	3	2	0	0	180	100
Quero	70	76	16	17	6	7	92	100
Cevallos	254	91	19	7	7	3	280	100
Quisapincha	90	98	2	2	0	0	92	100
Huambaló	159	88	16	9	5	3	180	100
Salasaca	90	98	2	2	0	0	92	100
San Miguelito	92	100	0	0	0	0	92	100
San Andrés	174	97	6	3	0	0	180	100

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

Al valorar este aspecto, por cada una de las unidades donde se encuentran los postgradistas se observa que el mayor porcentaje de inconformidad se reporta en Quero y A. N. Martínez, en donde el 24% y 20% respectivamente señalaron que no lograron resolución de sus problemas de salud. Esto no significa desconocer los logros, más bien permiten visualizar aspectos de mejoras que pueden implementarse por los propios profesionales de acuerdo a su propia realidad. (Tabla 12)

Los datos revelan que la totalidad de la población de la unidad de salud de San Miguelito, está satisfecha (100%), lo cual afirma que el proceso de anamnesis, examen físico, resolutiveidad y Pre y Pos consulta estan enfocados a las exigencias del usuario disminuyendo incertidumbre en los mismos.

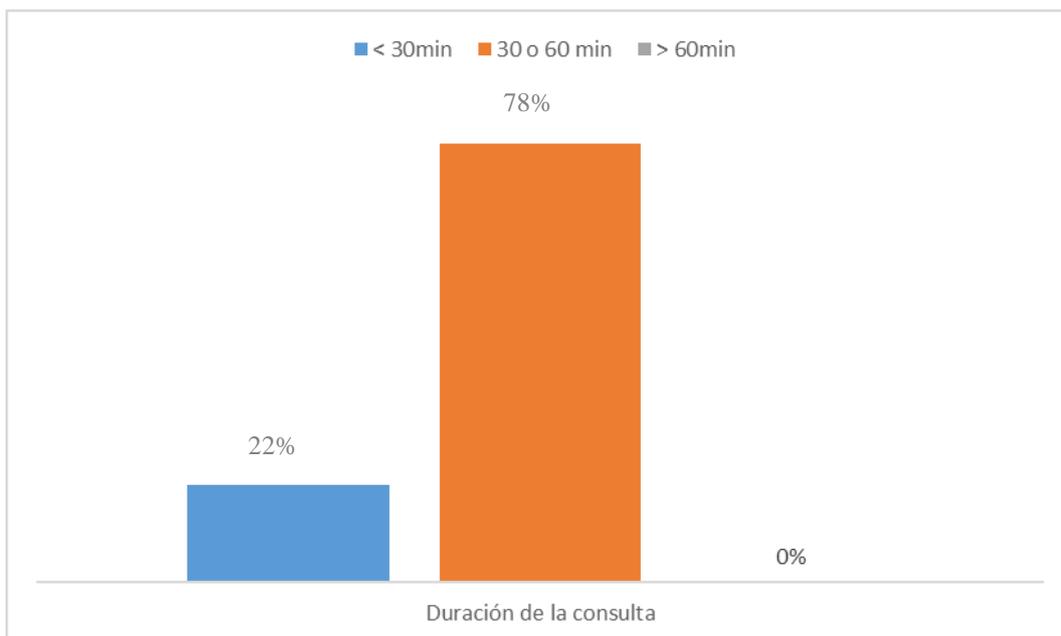


Gráfico N° 5 Duración global de la atención médica. Unidades de atención. Tungurahua. 2015
Fuente: Encuestas
Elaboración: Silva Paola.

El gráfico 5 evidencia que el 78% mencionan que la duración de la atención médica es de 30 a 60 minutos lo que se corresponde con los tiempos de atención estipulados dentro del programa del PMFyC, en el cual se definió que la duración de la consulta brindada por el médico residente de postgrado debe ser de 30 a 60 minutos por paciente por tratarse de una atención médica integral con enfoque de riesgo; inmersa dentro del proceso formativo de los futuros especialistas, por los resultados, este es un aspecto que los usuarios valoran.

Por otro lado, la autora Espinosa N. (2009)⁶⁵, acoto que el promedio estándar es de 30 minutos para el servicio de consulta externa en el área urbana, se puede evidenciar que el tiempo de la consulta se encuentra dentro de los parámetros.

Tabla 13. Duración de la atención médica. Unidades de atención. Tungurahua. 2015

Duración global de la consulta	Menos de 30 Minutos		30 a 60 minutos		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
La Vicentina	13	26	37	74	50	100
A. N. Martínez	9	18	41	82	50	100
Cunchibamba	10	20	40	80	50	100
Totoras	7	14	43	86	50	100
Quero	6	24	19	76	25	100
Cevallos	16	21	59	79	75	100
Quisapincha	3	12	22	88	25	100
Huambaló	12	24	38	76	50	100
Salasaca	7	28	18	72	25	100
San Miguelito	5	20	20	80	25	100
San Andrés	9	18	41	82	50	100
Total	103	22	372	78	475	100

Fuente: Encuestas**Elaboración:** Silva Paola.

En el análisis por Unidades de Salud se observa que Quisapincha solo el 12% respondió que la consulta duró menos de 30 minutos, lo cual pudiera estar en relación con aspectos culturales presentes en dicho lugar, pues un alto porcentaje de la población es quichua hablante, por lo tanto, es necesario realizar nuevas investigaciones que profundicen en este problema a fin de dar una solución específica.

Partiendo de lo positivo de los resultados mostrados se requiere mantener y elevar los niveles de comunicación médico-paciente mediante el uso de protocolos de comunicación, para establecer cómo y de qué manera llegar al usuario, sin estimar el tiempo sino más bien la calidad de la cita médica, con la finalidad de despertar el interés en los pacientes e involucrarlos en temas de salud, lo cual resulta ser positivo para los usuarios que acuden al servicio.

Características de la estructura física vinculadas en la atención

Es el proceso de atención médica es necesario disponer de condiciones favorables, lo cual requiere optimizar espacio físico y realizar el trabajo garantizando los derechos del paciente a través de una relación empática, humanista, basada en altos conocimientos científicos y técnicos.

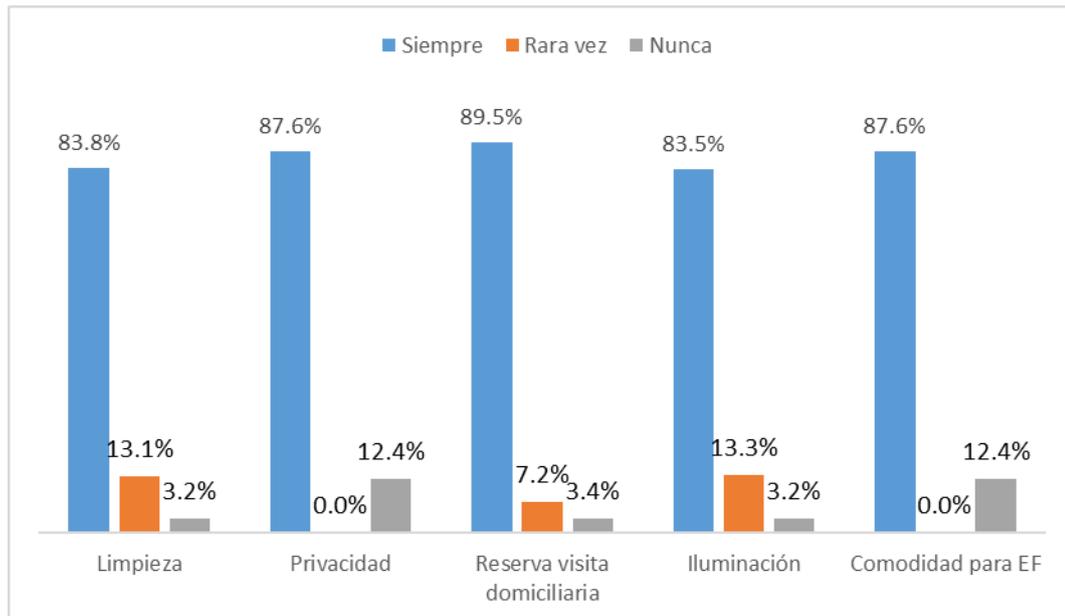


Gráfico N° 6 Percepción global del espacio físico. Unidades de atención. Tungurahua. 2015

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

Si bien es cierto que en el grado de satisfacción del cliente es trascendental el rol del talento humano, no es menos importante observar las comodidades y características de la planta física, razón por lo que se incluyó este aspecto en la investigación realizada, según el gráfico 6, los pacientes perciben que la visita domiciliaria, la privacidad y la comodidad que brinda el espacio físico (89,5%, 87,6%, 87,6% respectivamente) son factores importantes, donde los pacientes evidencian alta satisfacción. Se identificó que el 12,4% consideran que no hay privacidad y su comodidad para la realización del examen físico, lo que se explica por qué en algunas unidades de salud no se cuenta con un ambiente específico con características para la atención médica que presta el residente de postgrado.

Más de la mitad de pacientes consideraron que la limpieza fue buena, y un cuarto de ellos no lo consideró importante; lo cual es un punto significativo a favor del área, pues la higiene debe ser parte fundamental de la atención médica.

Tabla 14. Percepción del espacio físico. Unidades de atención. Tungurahua. 2015

Espacio físico, comodidad que ofrece el espacio físico	Frecuencias							
	Siempre		Rara Vez		Nunca		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
La Vicentina	207	92	13	6	5	2	225	100%
A. N. Martínez	186	83	28	12	11	5	225	100%
Cunchibamba	203	90	15	7	7	3	225	100%
Totoras	206	92	12	5	7	3	225	100%
Quero	100	87	13	11	2	2	115	100%
Cevallos	303	88	29	8	13	4	345	100%
Quisapincha	104	90	7	6	4	3	115	100%
Huambaló	199	88	18	8	8	4	225	100%
Salasaca	95	83	6	5	14	12	115	100%
San Miguelito	113	98	0	0	2	2	115	100%
San Andrés	201	89	17	8	7	3	225	100%

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

En el análisis particularizado de cada unidad, se observó que San Miguelito de Píllaro, Totoras, La Vicentina y Quisapincha tuvieron porcentajes superiores al 90% en aceptación del espacio y ambientes de las consultas, lo cual parece tener relación en el hecho de que son unidades relativamente nuevas y confortables.

Cabe señalar que Quisapincha logró estar entre los más aceptados porque al momento de la investigación funcionaba en un lugar arrendado, que ofrecía buenas condiciones.

4.3 Satisfacción de los usuarios con los servicios de salud recibidos.

Luego de la valoración de los diferentes componentes investigados para medir la satisfacción del usuario se obtuvo el nivel de la misma mediante ponderación de los diferentes componentes ya expuestos en capítulo 3.

Tabla 15. Satisfacción del usuario con los servicios de salud. Características del proceso de atención. Tungurahua 2015

Servicios de Salud	Satisfacción de los usuarios							
	A		B		C		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Profesionalismo	307	64.7	98	20.6	70	14.7	475	100
Comunicación	420	88.4	37	7,8	18	3.8	475	100
Exploración clínica, diagnóstico y tratamiento	412	86.8	48	10.1	15	3.1	475	100
Duración de la consulta	371	78	104	22	0	0	475	100
Espacio Físico	410	86.4	32	6.7	33	6.9	475	100

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

Al valorar los diferentes componentes de la satisfacción (tabla 15), se observa que el aspecto que mereció los mejores puntajes fue la comunicación (88.4%) de satisfacción alta, mientras que el profesionalismo apenas alcanzó el 64,7%, mientras que el 14,7% de los participantes indicaron estar insatisfechos con el profesionalismo, lo cual debe permitir la implementación de estrategias que fortalezcan no solo este aspecto de la relación médico-paciente sino también aquellos vinculados con el proceder ético y de acogida al paciente, de manera que sea él quien tome decisiones orientadas y fundamentadas y pase a tener un rol activo en la atención.

Tabla 16. Satisfacción del usuario . Unidades de salud. Tungurahua 2015

Unidades de salud	Satisfacción						TOTAL	
	A		B		C		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
La Vicentina	27	54	18	36	5	10	50	100
A. N. Martínez	28	56	17	34	5	10	50	100
Cunchibamba	29	58	15	30	6	12	50	100
Totoras	31	62	14	28	5	10	50	100
Quero	15	60	7	28	3	12	25	100
Cevallos	52	69	15	20	8	11	75	100
Quisapincha	13	52	8	32	4	16	25	100
Huambaló	28	56	14	28	8	16	50	100
Salasaca	15	60	6	24	4	16	25	100
San Miguelito	21	84	2	8	2	8	25	100
San Andrés	38	76	9	18	3	6	50	100
Total	297	63	125	26	53	11	475	100

Fuente: Encuestas.

Elaboración: Silva Paola.

La percepción global de satisfacción, corrobora que existe un 11% de personas encuestadas insatisfechas con la atención otorgada por los 19 postgradistas, de la misma manera se presenta un 26% de los jefes de hogar medianamente satisfecho, pudiendo mencionar que se necesita disminuir estos porcentajes de insatisfacción (tabla 16).

En la misma tabla se puede observar que en los centros de salud de Quisapincha, Huambaló y Salasaca existe la población mayor de pacientes insatisfechos (16% respectivamente), sin embargo su porcentaje de satisfacción se encuentra mayor al 50%, por otro lado, la unidad de salud de Salasaca presenta un numero de porcentaje mayor (60%) de satisfacción y se ubica en el nivel A, mientras en el SCS Quisapincha el porcentaje es mínimo de personas satisfechas (52%), se puede mencionar que más de la mitad de las 11 unidades no llegan ni al 70% de satisfacción.

4.4 Satisfacción de los usuarios según las características del encuestado.

En la valoración de la satisfacción es importante establecer la relación de la misma con las características de los usuarios encuestados. Se exponen los resultados correspondientes a la satisfacción es sus esferas A, B y C con respecto al grupo etario, sexo, nivel de instrucción, ocupación y autoidentificación étnica.

Tabla 17. Satisfacción según edad. Unidades de salud. Tungurahua. 2015

	Edad - Satisfacción						TOTAL	
	A		B		C		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Adulto Joven	160	73	33	15	26	12	219	100
Adulto Medio	87	55	63	36	15	9	165	100
Adulto Mayor	50	65	29	30	12	5	91	100
Total	297		125		53		475	

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

En la tabla 17 se observa que menos de 1 de cada 10 encuestados refiere insatisfacción con la atención recibida, siendo importante que, por grupos de edad, el porcentaje más alto les correspondió a los adultos jóvenes.

Por otro lado, 9 de cada 10 pacientes encuestados indicaron estar satisfechos y medianamente satisfechos con la atención recibida, correspondiéndoles a los adultos jóvenes y adultos mayores los porcentajes más altos de alta satisfacción (73% y 65% respectivamente), con un valor de $p = 0,57$

Tabla 18. Satisfacción según sexo. Unidades de salud. Tungurahua 2015

	Sexo- Satisfacción						TOTAL	
	A		B		C		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Masculino	150	80	23	12	17	9	190	92
Femenino	147	52	102	36	36	13	285	87
Total	297		125		53		475	

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

En la comparación del nivel de satisfacción según sexo, se encontró que los hombres manifestaron 80% de satisfacción superior en casi 30 puntos al de las mujeres (tabla 18). Estas diferencias sin embargo no fueron significativas. Valor $p = 0,47$.

Tabla 19. Satisfacción según nivel de instrucción. Unidades de salud. Tungurahua 2015

	Educación- Satisfacción						TOTAL	
	A		B		C		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Analfabeto	36	87	4	10	1	3	41	100
Básica	130	58	80	34	26	8	236	100
Bachillerato	81	59	33	26	21	15	135	100
Superior	50	80	8	17	5	3	63	100
Total	297		125		53		475	

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

Según nivel de instrucción de los usuarios, se estableció que las personas analfabetas y con instrucción superior reportaron los niveles más altos de satisfacción (87%, 80% respectivamente), (tabla19); las personas que tienen bachillerato mostraron un nivel más alto de insatisfacción (15%). Estas diferencias no fueron significativas. $p=0,41$

Tabla 20.Satisfacción según ocupación. Unidades de salud. Tungurahua 2015

	Ocupación- Satisfacción						TOTAL	
	A		B		C			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Comerciante	49	68	17	24	6	8	72	100
Agricultor	88	50	45	33	17	17	150	100
QQ.DD	106	55	38	26	22	19	166	100
Otros	54	61	25	29	8	10	87	100
Total	297		125		53		475	

Fuente: Encuestas**Elaboración:** Silva Paola.

Según ocupación, en la tabla 20 se puede observar que la mayoría reportaron satisfacción entre 50% y 68% correspondientes a los comerciantes y agricultores respectivamente. La mayor tasa de insatisfacción fue ubicada por las amas de casa. $P=0,44$

Tabla 21 Satisfacción según autoidentificación étnica. Unidades de salud. Tungurahua 2015

	Etnia- Satisfacción						TOTAL	
	A		B		C			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Blanco	4	67	1	17	1	17	6	100
Mestizo	278	72	107	24	47	4	432	100
Indígena	15	40	17	50	5	10	37	100
Total	297		125		53		475	

Fuente: Encuestas**Elaboración:** Silva Paola.

Un 72% de sujetos que se autoidentifica como mestizos está satisfecha con la atención provista por los galenos, mientras tanto un 10% de etnia indígena se encuentra en un nivel no satisfecho (C). Estas diferencias no fueron significativas. $p=0,42$

En general 7 de cada 10 personas están satisfechos con la atención recibida, del grupo autoidentificado etnia blanco, 4 de ellas se encuentra en el nivel de satisfacción Alto 67%.

Un aspecto importante que se valora en la investigación, fue la percepción de satisfacción según autoidentificación étnica, observando que los indígenas

reportaron el mayor porcentaje de insatisfacción (10%) tabla 21 lo cual pudiera tener relación con diferencias idiomáticas que impiden una buena comunicación con los usuarios.

Conviene a futuro investigar la influencia que pudiera tener el idioma y otros aspectos culturales en la satisfacción de los usuarios.

4.5 Prueba de Hipótesis

Planteamiento de la hipótesis

La atención brindada por los postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria influye en la satisfacción de los usuarios de las Unidades Docentes Asistenciales en la provincia de Tungurahua en el año 2015.

Ho. La atención brindada por los postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria **NO** influye en la satisfacción de los usuarios de las Unidades Docentes Asistenciales en la provincia de Tungurahua en el año 2015.

Hi. La atención de los postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria **SI** influye en la satisfacción de los usuarios de las Unidades Docentes Asistenciales en la provincia de Tungurahua en el año 2015.

Nivel de significación

Para comprobación de la hipótesis, se selecciona un nivel de significación del 5%, ($\alpha=0,05$) y con un nivel de confianza del 95%.

Descripción de la Población

Se estudia una población de 475 Jefes de hogar de los cuales al menos un miembro de su familia ha recibido atención médica por parte del residente de postgrado, para la verificación de la hipótesis se tomó en cuenta los resultados globales distribuidos en las siguientes categorías: Profesionalismo, comunicación,

exploración clínica-diagnóstico-tratamiento, duración global de la atención y espacio físico.

Especificación del Estadístico

Para comprobar si la distribución de respuestas es diferente o no en los grupos estudiados, mediante la técnica de Chi cuadrado, se aplicará la siguiente fórmula:

$$\mathbf{X^2 = \Sigma \left(\frac{(O - E)^2}{E} \right)}$$

DONDE:

- **X²**: chi cuadrado
- **Σ**: sumatoria
- **O**: frecuencia observada
- **E**: frecuencia esperada

Grados de libertad

- $G1 = (f - 1) (c - 1)$
- $G1 = (11 - 1) (3 - 1)$
- $G1 = (10) (2)$
- $G1 = 20$

Por lo tanto, con 20 grados de libertad y con un nivel de 0.05 de significación en la tabla del $\text{Chi}^2_{f=20} = 31,41$

Tabla 22. Chi cuadrado

TABLA CHI CUADRADO

Grados libertad	Probabilidad de un valor superior – Alfa (α)				
	0,1	0,05	0,025	0,01	0,005
1	2,71	3,84	5,02	6,63	7,88
2	4,61	5,99	7,38	9,21	10,6
3	6,25	7,81	9,35	11,34	12,84
4	7,78	9,49	11,14	13,28	14,86
5	9,24	11,07	12,83	15,09	16,75
6	10,64	12,59	14,45	16,81	18,55
7	12,02	14,07	16,01	18,48	20,28
8	13,36	15,51	17,53	20,09	21,95
9	14,68	16,92	19,02	21,67	23,59
10	15,99	18,31	20,48	23,21	25,19
11	17,28	19,68	21,92	24,73	26,76
12	18,55	21,03	23,34	26,22	28,3
13	19,81	22,36	24,74	27,69	29,82
14	21,06	23,68	26,12	29,14	31,32
15	22,31	25	27,49	30,58	32,8
16	23,54	26,3	28,85	32	34,27
17	24,77	27,59	30,19	33,41	35,72
18	25,99	28,87	31,53	34,81	37,16
19	27,2	30,14	32,85	36,19	38,58
20	28,41	31,41	34,17	37,57	40
21	29,62	32,67	35,48	38,93	41,4
22	30,81	33,92	36,78	40,29	42,8
23	32,01	35,17	38,08	41,64	44,18
24	33,2	36,42	39,36	42,98	45,56
25	34,38	37,65	40,65	44,31	46,93

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

Tabla 23. Frecuencias observadas, percepción global. Unidades de salud. Tungurahua 2015

Satisfacción de los usuarios con la atención de los postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidades Docentes Asistenciales. Tungurahua. 2015				
Frecuencias observadas				
Unidad de salud				TOTAL
Nivel	A	B	C	
PG. La Vicentina	27	18	5	50
PG. A. N. Martínez	28	17	5	50
PG. Cunchibamba	29	15	6	50
PG. Totoras	31	14	5	50
PG. Quero	15	7	3	25
PG. Cevallos	52	15	8	75
PG. Quisapincha	13	8	4	25
PG. Huambaló	28	14	8	50
PG. Salasaca	15	6	4	25
PG. San Miguelito	21	2	2	25
PG. San Andrés	38	9	3	50
TOTAL	297	125	53	475

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

Tabla 24. Frecuencias esperadas, percepción global. Unidades de salud. Tungurahua 2015

Satisfacción de los usuarios con la atención de los postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidades Docentes Asistenciales. Tungurahua. 2015				
Frecuencias esperadas				
Unidad de salud				TOTAL
Nivel	A	B	C	
PG. La Vicentina	31,26	13,15	5,57	50
PG. A. N. Martínez	31,26	13,15	5,57	50
PG. Cunchibamba	31,26	13,15	5,57	50
PG. Totoras	31,26	13,15	5,57	50
PG. Quero	15,63	6,57	2,78	25
PG. Cevallos	46,89	19,73	8,36	75
PG. Quisapincha	15,63	6,57	2,78	25
PG. Huambaló	31,26	13,15	5,57	50
PG. Salasaca	15,63	6,57	2,78	25
PG. San Miguelito	15,63	6,57	2,78	25
PG. San Andrés	31,26	13,15	5,57	50
TOTAL	297	125	53	475

Fuente: Encuestas**Elaboración:** Silva Paola.**Tabla 25.** Calculo chi cuadrado. Unidades de salud. Tungurahua 2015

O	E	O-E	(O-E) ²	(O-E) ² /E
27	31,26	-4,26	18,1476	1,6
28	31,26	-3,26	10,6276	0,8
29	31,26	-2,26	5,1076	1,2
31	31,26	-0,26	0,0676	0,0
15	15,63	-0,63	0,3969	0,0
52	46,89	5,11	26,1121	0,6
13	15,63	-2,63	6,9169	0,4
28	31,26	-3,26	10,6276	0,3
15	15,63	-0,63	0,3969	0,0
21	15,63	5,37	28,8369	1,8
38	31,26	6,74	45,4276	1,5
18	13,15	4,85	23,5225	1,8
17	13,15	3,85	14,8225	1,1
15	13,15	1,85	3,4225	0,3
14	13,15	0,85	0,7225	0,1
7	6,57	0,43	0,1849	1,2
15	19,73	-4,73	22,3729	1,1
8	6,57	1,43	2,0449	0,3
14	13,15	0,85	0,7225	1,1
6	6,57	-0,57	0,3249	0,0

2	6,57	-4,57	20,8849	3,2
9	13,15	-4,15	17,2225	1,3
5	5,57	-0,57	0,3249	1,1
5	5,57	-0,57	0,3249	1,2
6	5,57	0,43	0,1849	1,8
5	5,57	-0,57	0,3249	0,1
3	2,78	0,22	0,0484	1,2
8	8,36	-0,36	0,1296	0,8
4	2,78	1,22	1,4884	1,5
8	5,57	2,43	5,9049	1,1
4	2,78	1,22	1,4884	1,5
2	2,78	-0,78	0,6084	1,2
3	5,57	-2,57	6,6049	1,2
TOTAL	475	0,22	276,3454	32,4

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

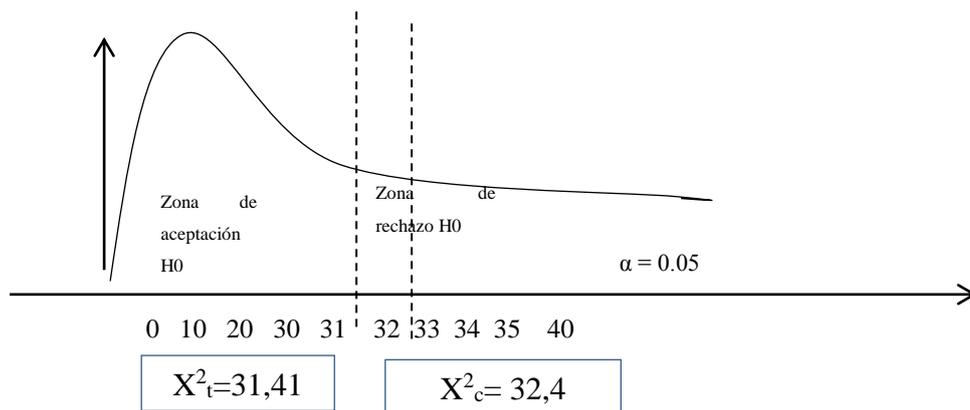


Gráfico N° 7 Graficación de chi cuadrado. Unidades de salud. Tungurahua 2015

Fuente: Encuestas

Elaboración: Silva Paola.

Decisión final

Como el valor de $X^2_t = 31,41 < X^2_c = 32,4$, de esta manera se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna **H1**. La atención brindada por los postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria **SI** influye en la satisfacción de los usuarios de las Unidades Docentes Asistenciales en la provincia de Tungurahua en el año 2015.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La evaluación de la satisfacción del usuario con respecto a la atención proporcionada por el postgradista de medicina familiar y comunitaria en las Unidades Docentes Asistenciales donde se desarrolla el postgrado en la Provincia de Tungurahua en el año dos mil quince, dio como resultado que más de la mitad de los pacientes se sienten satisfechos, y refleja que no se cumple a cabalidad las disposiciones del MAIS-FCI respecto a la calidad de la consulta médica; sin embargo, cabe recalcar que estos niveles de satisfacción identificados pudieran tener relación con el proceso académico que tiene sus características específicas y posiblemente afectan este resultado.

El proceso de atención médica incluye algunos aspectos, entre los más destacados están: profesionalismo, comunicación, exploración clínica-diagnóstico-tratamiento, duración global de la atención y la comodidad que ofrece el espacio físico. En relación al profesionalismo los usuarios perciben respeto, un trato amable y cordial, así como una formación académica apropiada de cada médico residente de postgrado, sin embargo, la consulta médica no cumple con condiciones que garantizan la confidencialidad de la información.

En la comunicación con el médico, los pacientes indicaron que esta relación es muy buena, especialmente en la explicación del diagnóstico, las acciones a cumplir y aclaración de dudas. Con respecto a la exploración clínica-diagnóstico-tratamiento los pacientes consideran que la anamnesis y el examen físico son los aspectos que siempre realizan los médicos de forma adecuada y exhaustiva,

mientras que la resolutiveidad es baja puesto que los participantes señalaron que no se resolvió de forma completa su problema de salud. La duración global de la atención es de treinta a sesenta minutos lo que se corresponde con los tiempos de atención estipulados dentro del programa del PMFyC. Finalmente, en cuanto al espacio físico los pacientes perciben que la visita domiciliaria y la privacidad que brindan sus instalaciones son satisfactorias.

El nivel bajo de satisfacción percibido por un porcentaje significativo de encuestados responde a falencias importantes que fueron identificadas en esta investigación y que deben ser sujeto de mejora continua con el objetivo de brindar una atención de salud acorde a las necesidades de los usuarios.

Para mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios de las unidades de salud de la provincia de Tungurahua se requiere diseñar programas de capacitación de mejoramiento continuo como seminarios y cursos que fomenten la pericia de los postgradistas, mejoren la relación médico–paciente y fortalezcan la ética médica, todo lo anteriormente mencionado propiciará el cumplimiento de la normativa MAIS-FCI.

5.2 RECOMENDACIONES

Si bien esta investigación realiza una evaluación de la satisfacción de los usuarios con la atención de los médicos de postgrado, se requiere valorar otros aspectos que pueden afectarla, tales como el idioma, la complejidad de la unidad, los conocimientos de la población sobre sus derechos y responsabilidades en la promoción de salud, prevención de enfermedades y sobre los principales problemas de salud observados localmente e identificados por el ASIS.

Otra limitación es que no se abordaron aspectos interculturales a pesar de estar enunciados por el MAIS, esto debe estudiarse a futuro con el afán de cumplir la normativa vigente evitando cualquier tipo de discriminación y de las cuales se obtendrán pautas importantes y necesarias para la atención de nuestras poblaciones.

Finalmente, puede diseñarse estrategias para la mejora integral de la calidad de la atención y su gestión; y valorarla desde sus diversas aristas mediante visión holística del trabajo sanitario, satisfacción de clientes internos, el clima laboral, tiempos de atención, trámites burocráticos, entre otros, con lo que se puede generar indicadores de calidad propios como aspectos creativos de los especialistas.

CAPÍTULO 6

LA PROPUESTA

TEMA: Estrategia de mejoramiento continuo de la satisfacción del usuario de los servicios de salud de las Unidades Docentes Asistenciales en la provincia de Tungurahua.

6.1 Datos informativos

- **Institución:** Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- **Ubicación:** Provincia de Tungurahua.
- **Tipo de Organización:** Unidades Docentes Asistenciales de primer nivel de atención.
- **Dirección:** Distritos correspondientes a la provincia de Tungurahua. (Distrito Ambato 18D01-18D02, Distrito Pillaro 18D05, Distrito Quero-Cevallos-Mocha-Tisaleo 18D06, Distrito Pelileo-Patate 18D04).
- **Cobertura y localización:**
 - **País:** Ecuador.
 - **Región:** Sierra.
- **Participantes:** Autoridades, Personal que conforma el equipo de salud y Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.
- **Servicio:** Prestaciones de salud.

- **Tipo de auditorio:**
 - **Beneficiarios directos:**

Personal de salud.

Población en general
- **Equipo Técnico Responsable:**
 - Dir. Zonal 3 de Salud: Dr. Santiago Rivera.
 - Dir. de Gobernanza de la Dirección Zonal 3 de Salud: Dr. Fernando Viteri Villa.
 - Dir. de Prestación de Servicios de la Dirección zonal 3 de Salud.
 - Investigadora: Md. Paola Silva Gutiérrez.
 - Director: Dra. Msc. Aida Aguilar Salazar.
 - Directores (as) Distritales.
 - Directores (as) Unidades de Salud.

6.2 Antecedentes de la propuesta

En cuanto a la presente propuesta, destacan como antecedentes los resultados de la investigación llevada a cabo para medir la satisfacción de los usuarios con la atención de postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria en unidades docentes asistenciales de la provincia de Tungurahua, durante el año 2015. El trabajo de campo con la aplicación de encuestas a la muestra poblacional permitió corroborar que más de la mitad de los pacientes en las unidades asistenciales investigadas están satisfechos con la atención que reciben por parte de los postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), una cuarta parte declara estar medianamente satisfechos, mientras que sólo una pequeña parte de la muestra expresa insatisfacción con el servicio recibido.

Se destacó en la investigación que los usuarios reciben respeto y trato adecuado como muestras del profesionalismo de los postgradistas que los atienden, a pesar

de que los espacios destinados a las consultas médicas no cuentan con todas las condiciones requeridas para garantizar la confidencialidad de la entrevista médica.

Con relación a la exploración clínica-diagnóstico-tratamiento, los pacientes encuestados consideraron que la anamnesis y el examen físico son los aspectos que siempre realizan los médicos de forma adecuada y exhaustiva, mientras que la resolutivez es baja, puesto que no se resolvió de forma completa el problema de salud que les hizo buscar ayuda médica.

De la investigación en cuestión se derivan recomendaciones, como la necesidad de evaluar la satisfacción del usuario con respecto a la atención recibida por parte del postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria en las unidades de salud de la provincia de Tungurahua, tomando en cuenta la incidencia que pudiera tener el idioma y otros aspectos culturales en la calidad de la consulta médica. La utilización de técnicas y herramientas que optimicen los recursos con que cuentan las unidades docentes asistenciales, así como aplicar estrategias mediante cursos, talleres seminarios y capacitaciones, para que las postgradistas puedan brindar una consulta médica de calidad, son también recomendaciones de la investigación.

Cabe recalcar que esta investigación deja el precedente y la necesidad de realizar otros estudios que permitan investigar a profundidad otros detalles específicos de la atención médica que influyen en la satisfacción del usuario.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ^{54(p 1)} dio a conocer en el año 2007 el informe titulado Nueve soluciones para la seguridad del paciente, con el objetivo de mejorar la atención en las unidades asistenciales de salud. Estas soluciones, enunciadas por el Centro colaborador de la OMS sobre la seguridad del paciente, guardan relación con los siguientes conceptos:

Medicamentos de aspecto o nombre parecidos, caracterización de pacientes; comunicación durante el traspaso de pacientes, realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto, control de las soluciones concentradas de electrolitos, asegurar la precisión de la medicación en las transiciones

asistenciales, obviar los errores de conexión de catéteres y tubos, usar una sola vez los dispositivos de inyección, mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud. Básicamente estas soluciones tienen por objeto ayudar a reformular la asistencia a los enfermos y evitar errores humanos perjudiciales para los pacientes⁵⁴.

Con la implementación de estas medidas se brindan a los Estados miembros de la OMS una importante herramienta para auxiliar a sus hospitales a disminuir las muertes por patologías prevenibles⁵⁴.

En el Marco Estratégico para la mejora de la Atención primaria en España: 2007-2012⁵⁵ se planteó como la estrategia número 6 promover la intervención de los habitantes en el sistema de salud sanitario y en la Atención primaria, con el objeto de incrementar su desempeño dentro del propio sistema, que debe estar destinado a brindarles beneficios en cuanto a salud se trata. Se propone una serie de aristas para lograr lo anteriormente referido, dentro de ellas la existencia de retroalimentación con los ciudadanos mediante la actualización periódica de lo necesario en salud, los recursos que se tengan a disposición de la población, los diferentes servicios que se brindan, y los resultados alcanzados. También fomentar la creación de órganos de aportación social que representen a la ciudadanía, donde se dialogue y planteen perfeccionamientos en las diferentes áreas de los servicios sanitarios, constituir como indicador relevante de calidad la medida de la satisfacción de los usuarios, así como estimular la generación de una actitud positiva en los profesionales de la salud sobre la participación de los ciudadanos⁵⁴.

Para garantizar la calidad y satisfacción de los usuarios se ha planteado la contribución de los sistemas de salud a todos los sectores, ya sean públicos o privados. Los sistemas de salud deben proporcionar atención adecuada y eficiente, garantizando los aspectos de la seguridad del paciente y su satisfacción, lo cual abarca los procesos de mejoramiento continuo y la garantía de la calidad de intervenciones clínicas, preventivas y que animan la salud⁵⁶.

Es ineludible incorporar prácticas y particularidades de atención primaria de salud en el desarrollo de todos los niveles de presentaciones educativas y continuas. Las prácticas de contratación y conservación deben incluir elementos fundamentales, como la motivación, ascensos, buen ambiente de trabajo, entornos de trabajo estables, condiciones laborales a favor de los empleados, y oportunidades para contribuir de manera importante a la atención primaria de salud. Los Estados deben llevar a cabo las actividades esenciales para trabajar encaminándose al logro de un financiamiento sostenible de los sistemas de salud. La investigación en relación a los sistemas sanitarios, la vigilancia y evaluación continuas, el intercambio de las prácticas óptimas, y el desarrollo de tecnología, son componentes fundamentales de una estrategia para renovar y fortalecer la atención primaria de salud⁵⁶.

En Ecuador se fortifica la atención primaria como parte de las opciones para mejorar la satisfacción de los usuarios que acuden al Ministerio de Salud Pública, y cuenta con un nuevo modelo de gestión que establece diferentes niveles de atención. El primer nivel concierne a los centros de salud tipo A, B y C, que son la puerta de entrada al sistema; es ahí donde se requieren procesos e instrumentos que operen sobre la calidad de los servicios y la colaboración firme de la comunidad en cuanto a decisiones y acciones relativas a la salud⁵⁷.

Con este objetivo, Zúñiga D.⁵⁷, director del Distrito 11D01 Loja Salud, expone la importancia de fortalecer la Atención Primaria en Salud, donde una herramienta principal es la retroalimentación de la población con las instituciones del Estado, los municipios y el MSP, y así poder conjuntamente dar solución a los problemas de la salud pública. Por ello se ejecuta la propuesta de Formación de los Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS), donde la efectividad del Programa está centrada en las características de la comunidad, el medio, su cultura y el pueblo, la aplicación del conocimiento y la reciprocidad de experiencias; es decir, que se pueda construir el propio aprendizaje basado en lo real y práctico, y así contribuir a mejorar el nivel de satisfacción en la población con respecto a la atención primaria de salud.

6.3 Justificación

Con esta propuesta se dará a conocer la importancia del trabajo de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en la atención primaria de salud en las comunidades del país, y se pretende elevar el nivel de su preparación y compromiso con la medicina y la comunidad.

Cuando es adecuada la atención médica que se brinda en atención primaria se previene muchas patologías y las complicaciones, teniéndose que llegar al 2º y 3º nivel de prestación de salud, aumentándose el flujo de casos. Por ello, el personal que trabaja en la atención primaria debe tener amplios conocimientos y competencias profesionales para ver a los usuarios como seres bio-psico-sociales, integrados a una familia y a una comunidad, lo cual les permitirá tener un enfoque integral, donde se trate al individuo como una persona que, además de presentar patologías, se encuentra en constante interacción con la sociedad.

Es de vital importancia señalar el valor del trabajo del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en la comunidad, donde se aplican y realizan las acciones de prevención, promoción y curación establecidas en el MAIS-FCI, lo que permite que la satisfacción de la población se eleve, incrementándose su nivel de vida.

Desde el punto de vista económico, garantizar que funcionen adecuadamente los servicios en la atención primaria permite reducir los costos en salud cada año. Por ello es importante conocer el estado de satisfacción de la población, que hablan directamente sobre qué tan eficiente es dicho servicio, para que los recursos sean aprovechados correctamente, permitiendo continuar el incremento de su calidad.

6.4 Objetivos

6.4.1 General

Diseñar una estrategia de mejora continua de los procesos asistenciales que ayude a elevar la calidad en la atención a los pacientes en las unidades docentes asistenciales de la provincia de Tungurahua.

6.4.2 Específicos

1. Socializar el plan de capacitación con los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, personal de salud, y con los representantes de la comunidad, para mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios.
2. Plantear estrategias dirigidas a fomentar la ética médica y la empatía en la relación médico-paciente.
3. Evaluar las acciones ejecutadas en las diferentes actividades propuestas.

6.5 Análisis de la factibilidad

Es una propuesta factible puesto que el tema es de interés para las autoridades tanto del Ministerio de Salud Pública, como de la Universidad Técnica de Ambato ya que la importancia del mismo repercute en la calidad de vida de la población a través de su percepción de satisfacción.

Desde el punto de vista teórico y científico se dispone de información que sustenta la propuesta con validez demostrada, además, se cuenta con todos los recursos tanto económicos, técnicos y humanos capaces de facilitar la capacitación del personal de atención al usuario de los servicios de salud, así como a la población.

6.6 Fundamentación

Con esta propuesta se pretende contribuir a elevar el nivel de la calidad de atención de los servicios de salud en relación con la atención brindada por los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, para de esa forma mejorar los parámetros de salud y calidad de vida de la población, teniendo en cuenta que la salud es un derecho de todos los seres humanos.

6.6.1 Fundamentación científico-técnica

La satisfacción del usuario surge como definición en la década de los años 80, quedando registrada en la bibliografía profesional, asociada a los conceptos de calidad y evaluación. Estos conceptos se han modificado a la funcionalidad y

servicios brindados en las distintas instituciones, dentro de ellas hospitales y centros de salud. La evaluación persigue como objetivo mejorar la calidad de los servicios prestados y obtener la satisfacción del usuario⁵⁸.

En el ámbito de la satisfacción del usuario intervienen cuatro aspectos: las necesidades, que son con las que el paciente debiera contar, el deseo, lo que aspira a tener el usuario, la petición solicitada a los diferentes niveles de la atención sanitaria en el caso de los servicios sanitarios, y la información que poseen los pacientes sobre sus derechos, así como la adecuada retroalimentación entre médicos y pacientes, en el caso que nos compete⁵⁸.

Avedis Donabedian⁵⁹, dice que la calidad de la atención médica radica en la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una manera que extienda sus beneficios para la salud, sin agrandar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, la medida en que se espera que la atención entregada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario.

De acuerdo con ello, existen diferencias entre pacientes en cuanto a la respuesta a las terapias, siendo algunas genéticas, siendo útil a la hora de considerar los tratamientos a utilizar para que sean más efectivos y mejorar la calidad de la atención brindada. En algunas ocasiones la respuesta de los pacientes al tratamiento depende de la calidad en la atención brindada, dada por los valores, la cultura, el conocimiento y la situación que rigen en los distintos países. Donabedian agrega que no basta con proponer a los pacientes las diferentes medidas terapéuticas, sino considerar qué son capaces de cumplir los pacientes con respecto a los tratamientos recomendados⁵⁹.

Para Dueñas O.⁶⁰ la dimensión técnica tiene que ver con los mejores estándares técnico-científicos en la atención sanitaria, lo que ha sido de vital importancia desde los inicios de las ciencias médicas, con el objetivo la balanza calidad-ética y riesgo-beneficio en los pacientes.

6.6.2 Fundamentación sociológica

Se tendrá presente la importancia de la relación social que se establece durante la atención médica, y las diferentes acciones sanitarias que se ejecutan en los servicios y en la comunidad. Con esta propuesta se profundizará en la empatía del médico tratante con sus pacientes, se mejorará la calidad de la información brindada por el galeno al paciente en relación con su afección, el resultado de los exámenes y el tratamiento a seguir, así como el seguimiento en futuras consultas. De esta manera se mejorará la imagen del centro de salud en la comunidad.

6.6.3 Fundamentación pedagógica

Los procesos educativos dirigidos a la población y al propio personal de salud deben considerar aspectos de la educación a adultos (andragogía), de allí que se requiere combinar estrategias, charlas, clases y conferencias necesarias para informar sobre la satisfacción de los usuarios en los distintos centros de salud, resolviendo las dificultades que existan y afecten actualmente el proceso de atención y promoción de salud. Con dichas estrategias se pretende elevar, además, el nivel cognoscitivo de los postgradistas y la empatía en la relación médico-paciente, a fin de que el usuario sienta que sus necesidades son atendidas adecuadamente, por ser del interés de su médico tratante.

6.6.4 Fundamentación axiológica

Caracterizarán a esta propuesta los valores que respaldan a las instituciones de salud en Ecuador, y que son la base de la ética médica y del espíritu humanitario y solidario que se entrega a los pacientes, como son la honestidad, el respeto, la transparencia y la responsabilidad, con la aspiración de que la presente propuesta aporte a futuras investigaciones y posea la suficiente calidad que le permita servir de referente a los centros de salud, fundamentalmente en Ecuador, como guía para mejorar la satisfacción de los usuarios que acuden a los servicios de salud.

6.6.5 Fundamentación legal

Con la presente propuesta se pretende contribuir al cumplimiento de los compromisos del Ecuador en cuanto a sistemas de salud y atención sanitaria brindada a las comunidades, lo cual está regulado por varias legislaciones y sobre lo que se han suscrito acuerdos internacionales que plantean garantizar y elevar el nivel de la atención y satisfacción de los pacientes. Se pueden señalar al respecto: la Constitución de la República (2008), la Ley Orgánica de Salud, la Ley del Sistema Nacional de Salud, además de la Ley Orgánica de Educación Superior, en las que se establecen las bases para que se brinde una mejor atención en el sector público, incluida la atención primaria, donde se previene y trata la mayoría de los problemas de salud, todo gracias a un enfoque integral a nivel comunitario, atendiendo al individuo como parte de la familia y la comunidad.

6.7 Metodología, modelo operativo

En las diversas fases de aplicación de la propuesta se desarrollarán diferentes acciones, cuyos componentes técnicos, humanos, temporales y de resultados se describen en el modelo operativo expuesto más abajo. Dichas actividades metodológicas son las siguientes:

- a) Presentación de la propuesta para su socialización.
- b) Talleres de capacitación al personal participante, como parte de su planificación,
- c) Realización de capacitaciones que eleven el nivel cognoscitivo de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y que mejoren la empatía en la relación médico-paciente, y que refuercen los conocimientos sobre ética médica, como parte de su ejecución.
- d) Realización de encuestas, entrevistas, y método de observación, como parte de su evaluación.

En correspondencia con los objetivos de la propuesta se aplicarán las siguientes estrategias, con sus actividades:

a) **Estrategia para mejorar los conocimientos sobre la atención primaria de salud.**

Objetivos:

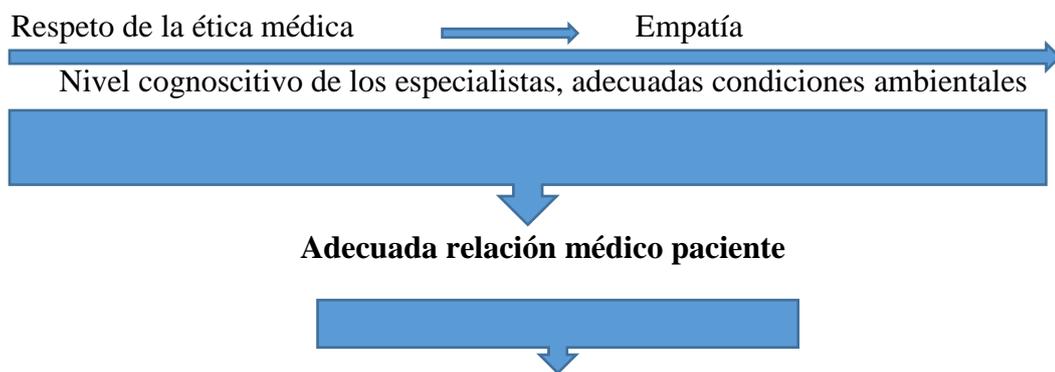
- Mejorar la calidad de la atención sanitaria que se brinde a nivel primario.
- Concienciar sobre los beneficios de un mejor conocimiento de la adecuada implementación de los programas de salud y atención a nivel primario.
- Impulsar las capacidades de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en la atención a los pacientes.
- Perfeccionar la calidad de la atención que se brinda en las unidades docentes asistenciales de la atención primaria de salud

• **Actividad 1:**

Taller con los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y la población sobre los factores que determinan una atención satisfactoria a los pacientes para elevar el grado de satisfacción de estos en relación a la atención brindada.

Contenidos:

Se brindarán los siguientes beneficios:



- Anamnesis adecuada aportando todos los datos sobre la dolencia del enfermo.
- Examen físico exhaustivo.
- Diagnósticos completos y bien elaborados.
- Aplicación correcta del método científico en la relación médico-paciente.
- Cumplimiento de todas las orientaciones por parte de los pacientes.

- Tratamientos efectivos.
- Menor incidencia de complicaciones de enfermedades crónicas.
- Menor incidencia de enfermedades en la comunidad.
- Mayor índice de embarazos que llegan al término en condiciones favorables.

Duración: 1h

Recursos:

- Láminas demostrativas.
 - Videos.
 - Computador.
- **Actividad 2:**
Programa de retroalimentación entre los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y la población de la comunidad de Tungurahua.

Duración: 1 ½ hora.

Fecha de realización: jueves y viernes.

Lista de actividades a realizarse:

- Conversatorios.
- Intercambio de ideas.
- Charlas motivacionales.
- Aproximación a los sitios distantes a la comunidad.

Etapas:

1. Intercambio en las unidades docentes educativas.
2. Socialización a nivel comunitario.

- b) Estrategia para elevar la calidad de la atención a los usuarios por parte de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria mediante una adecuada entrevista e interrelación médico paciente.

Objetivos:

- Optimizar la atención brindada por los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria a los usuarios de las unidades docentes asistenciales de Tungurahua a través de acciones docentes que permitan conocer los pasos correctos de la misma.

Actividad 1: Difundir información a la población, mediante folletos y guías prácticas, de sus derechos como pacientes.

Actividad 2: Favorecer el intercambio y retroalimentación a nivel comunitario entre los especialistas y población.

Actividad 3: Elaborar un poster donde se informe sobre los pasos a seguir en la relación médico-paciente, y la ética médica como parte de ella.

Actividad 4: Esquema donde se representen las principales deficiencias en la satisfacción a los usuarios, y pautas a seguir para su mejoramiento.

Fases a realizar durante la entrevista médica:

a) **Fase exploratoria:**

- 1) Recepción del paciente.
- 2) Escucha de su motivo de consulta.
- 3) Identificación de la demanda, del problema o problemas de salud.

b) **Fase resolutive:**

- 1) Enunciación del problema detectado.
- 2) Propuesta de posibles soluciones/recomendaciones.
- 3) Valoración de las opiniones del paciente.
- 4) Toma de decisiones y compromiso por ambas partes.
- 5) Plan de seguimiento.

Técnicas de apoyo narrativo:

- Escuchar activamente.
- Peticiones de aclaración.
- Manifestaciones de sintonía.
- Resúmenes de lo expresado.
- Verbalización de las expresiones emocionales.
- Utilización del lenguaje del paciente.
- Respetar los silencios.

Cuadro 3. Metodología, modelo operativo.

Fases	Objetivos	Actividades	Recursos	Responsable	Tiempo	Producto
Socialización.	Socializar la propuesta con los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de la atención primaria.	Presentación. Reuniones.	Computadora.	Investigadora.	Marzo 2017.	Socializar la propuesta.
Planificación.	Planificar las capacitaciones y talleres que se brindarán al personal.	Capacitaciones. Talleres.	Computadora. Materiales de oficina.	Investigadora. Especialistas en Medicina Familiar.	Abril 2017.	Capacitaciones planificadas.
Ejecución.	Ejecutar las capacitaciones para elevar el nivel de satisfacción de los usuarios.	Ejecución de: 1. Capacitaciones que eleven el nivel cognoscitivo de los especialistas. 2. Capacitaciones que mejoren la empatía en la reacción médico-paciente. 3. Capacitaciones que refuercen los conocimientos sobre ética médica.	Recursos humanos y materiales.	Investigadora. Especialistas en Medicina Familiar.	Mayo 2017.	Ejecución de las capacitaciones.
Evaluación.	Evaluar las acciones ejecutadas.	Encuestas. Entrevistas. Observación.	Formularios para evaluar. Anotaciones sobre las opiniones y lo observado por el evaluador.		Junio 2017.	Los especialistas asisten o no a las capacitaciones propuestas.

Fuente: Investigación de la propuesta.

Elaborado por: Paola Silva

Capacitación de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria para elevar su nivel cognoscitivo.

Módulo: Capacitación de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria para elevar su nivel cognoscitivo.

Grupo: Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de las unidades docentes asistenciales de la provincia Tungurahua.

Cuadro 4. Plan Investigativo.

Contenido	Técnicas	Recursos	Evaluación
1. Abordaje de los programas de vigilancia epidemiológica, del adulto mayor y atención diferenciada de las embarazadas.	Técnica de lectura comentada.	• Humanos: Personal profesional especializado en los temas. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.	Preguntas dirigidas.
2. Realización de seguimiento de grupos de riesgo en las comunidades.	Video discusión.	• Materiales: Computadora, libros de Medicina Familiar y Comunitaria, lápices, esferos, pizarra, movilización y aula de las unidades docentes y asistenciales.	Participación activa del auditorio.
3. Planes de intervención.	Instrucción programada.		
4. Actividades que realizarán los especialistas durante su ejecución.	Representación de roles. Conferencias.		

Fuente: Investigación de la propuesta.

Elaborado por: Paola Silva.

Plan de capacitación N° 01

Tema: Relación médico-paciente.

Fecha: 01/05/2017

Lugar: Unidades Docentes Asistenciales de Tungurahua.

Objetivos:

- 1) Exponer la importancia de una adecuada relación médico-paciente durante la entrevista.
- 2) Socializar programas para mejorar la relación médico-paciente.

Cuadro 5: Relación Médico-Paciente.

Actividades	Técnica	Tiempo	Responsable	Recursos
1. Introducción al tema y saludos.				
2. Contenidos:				
• Representación de los pasos de una entrevista correcta.				
• Abordaje de técnicas para mejorar la empatía con los pacientes.	• Simulación de casos	30 minutos	Investigadora. Personal especializado.	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Personal profesional especializado en los temas. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. • Materiales: Computadora, libros de Medicina Familiar y Comunitaria, lápices, esferos, pizarra, movilización y aula de las Unidades Docentes y Asistenciales.
3. Ejecución.				
4. Evaluación.	• Conferencias	40 minutos	Directora de la investigación.	
Total		70 minutos.		

Fuente: Investigación de la propuesta.

Elaborado por: Paola Silva

Plan de capacitación N° 02

Tema: Conocer las estrategias y función del MAIS.

Fecha: 15/05/2017

Lugar: Unidades Docentes Asistenciales de Tungurahua.

Objetivos:

- 1) Socializar con los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, personal de salud y representantes de la comunidad las estrategias e intervenciones del MAIS.
- 2) Elevar el nivel de conocimiento sobre el adecuado funcionamiento de la medicina en el ámbito comunitario.

Plan de trabajo

Cuadro 6. Actividades que se dan a conocer en las unidades docentes.

Actividades	Técnica	Tiempo	Responsable	Recursos
1. Introducción al tema y saludos.				<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Personal profesional especializado en los temas. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. • Materiales: Computadora, libros de Medicina Familiar y Comunitaria, lápices, esferos, pizarra, movilización y aula de las unidades docentes y asistenciales.
2. Contenidos:				
<ul style="list-style-type: none"> • Taller dirigido a los especialistas y personal de salud sobre el MAIS. • Talleres sobre el MAIS con participación de la comunidad. 	Talleres. Uso de láminas ilustrativas con flujogramas.	40 minutos. 30 minutos.	Investigadora. Personal especializado. Directora de la investigación.	
3. Ejecución.				
4. Evaluación.				
TOTAL				
		70 minutos		

Fuente: Investigación de la propuesta

Elaborado por: Paola Silva.

Plan de capacitación N° 03

Tema: Ética médica.

Fecha: 05/06/2017

Lugar: Unidades Docentes Asistenciales de Tungurahua.

Objetivos:

- 1) Elevar el nivel de conocimiento sobre ética médica por los Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.
- 2) Fomentar valores éticos en la relación médico paciente.

Plan de trabajo

Cuadro 7: Ética médica de las unidades docentes.

Actividades	Técnica	Tiempo	Responsable	Recursos
1. Introducción al tema y saludos.				<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Personal profesional especializado en los temas. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. • Materiales: Computadora, libros de Medicina Familiar y Comunitaria, lápices, esferos, pizarra, movilización y aula de las unidades docentes y asistenciales.
2. Contenidos:				
• Talleres sobre ética médica.	Talleres.			
• Conferencias sobre ética médica.				
3. Ejecución.	Uso de láminas ilustrativas con flujogramas.	40 minutos.	Investigadora. Personal especializado.	
4. Evaluación.		30 minutos.	Directora de la investigación.	
TOTAL		70 minutos		

Fuente: Investigación de la propuesta.

Elaborado por: Paola Silva.

6.8 Administración

Esta propuesta estará direccionada por la investigadora. Md. Paola Silva Gutiérrez y la directora del trabajo de investigación. Dra. Msc. Aida Aguilar Salazar bajo la coordinación de la dirección de salud de la Zona 3 y la colaboración activa de los 19 especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato en la provincia de Tungurahua.

6.9 Previsión de la evaluación

En el desarrollo de la propuesta se aplicarán varios métodos evaluativos:

- a) Realizando su socialización diaria con los Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, personal de salud, y la comunidad.
- b) Se realizará una valoración de la interiorización de los contenidos durante las capacitaciones y talleres, mediante preguntas dirigidas con la participación activa de los especialistas.
- c) Se ejecutarán representaciones de roles y existirá retroalimentación con los participantes.

Los diversos métodos evaluativos tendrán el propósito de constatar:

- El mejoramiento de la satisfacción de los usuarios que acuden a las unidades docentes asistenciales de la provincia de Tungurahua.
- El grado de sensibilización sobre la importancia de la ética médica en la relación médico-paciente para contribuir a elevar la satisfacción de los usuarios.
- La implementación de actividades en las que se favorezca la empatía en la relación médico paciente.
- La participación de la comunidad en las actividades relacionadas con los sistemas de salud en las unidades docentes asistenciales de la provincia de Tungurahua.
- La capacitación a los Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria sobre el adecuado manejo en la atención primaria de salud.

Cuadro 8. Programa de Evaluación de la Propuesta.

Preguntas básicas	Explicación
¿Quiénes requieren que se evalúe?	Población de la comunidad Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.
¿Qué parámetros se evaluarán?	Se evaluarán las actividades puestas en práctica durante la ejecución de la propuesta.
¿Por qué se evaluará?	Se evaluará con el objetivo de conocer de si se han transmitido los conocimientos sobre medicina familiar a los especialistas y si se ha fomentado la retroalimentación con la comunidad.
¿Quién realizará la evaluación?	Los representantes designados para ello
¿Cuándo se evaluará la propuesta?	Se evaluará constantemente durante la implementación de toda la propuesta.
¿Cómo evaluar?	Mediante entrevistas, preguntas directas y participación activa.

Fuente: Investigación de la propuesta.

Elaborado por: Paola Silva.

Bibliografía

1. Hernández B, García C, Anzures R, Orozco M. Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. *Rev Med IMSS*. 2002; 40(5)(373-378).
2. Ledesma D, Marquez G, Procel V. Acceso a los servicios de salud y nivel de satisfacción de los usuarios del subcentro de salud de El Valle en la ciudad de Cuenca durante el año 2013. Tesis Doctoral. Ecuador: Universidad de Cuenca, Salud; 2013.
3. Secretaría Nacional del Planificación y Desarrollo. Plan Nacional del Buen Vivir. Ecuador: Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo; 2013.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral en Salud. MAIS. Ecuador: Subsecretaría de Gobernanza de la Salud Pública; 2013.
5. Serrano R, Loriente N. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2007;21(2/3).
6. Organización Panamericana de la Salud. Mejorando la Calidad de los Médicos de Familia de Iberoamérica Humanos UdDdr, editor. Ecuador; 2004.
7. Avila G. Satisfacción del usuario en relación con la atención recibida por el médico familiar en la unidad de medicina familiar N.16. Investigativo. Colombia: La Estancia, Colina, Universidad de Colima; 2007.
8. Rivera L. Satisfacción del usuario frente al modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, aplicado en la Parroquia San Fernando, sector Tambaló. Investigativo. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Enfermería; 2014.
9. García J. Evaluación de la calidad y calidez de atención a los usuarios del subcentro de salud "El Bosque". Investigativo. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Ciencias Médicas; 2012.
10. Hermida M. Satisfacción de la Calidad de Atención brindada a los usuarios de la Consulta Externa del Centro de Salud N° 2. Investigativo. Cuenca: Universidad de Cuenca, Salud; 2014.

11. Ruis R, Pelula L, Muñoz M, Jiménez C, González V, etc.. Satisfacción de los pacientes con la comunicación en las consultas de medicina de familia: comparación de tres métodos para investigar necesidades no satisfechas. *Revista Española de Salud Pública*. 2011; 85.
12. Lopez A. Estudio de la Satisfacción del paciente en odontología mediante cuestionarios de salud: adaptación al español del cuestionario "(dental satisfaction questionnaire)". Tesis Doctoral. España: Universidad de Valencia; 2012.
13. Donavedian A. Quality assurance in health care: Consumers role. *Qual Health Care*. Michigan; 1992.
14. Universidad Técnica de Ambato. Postgrado de Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. Ambato: Facultad de Ciencias de la Salud, Centro de Postgrados; 2012.
15. Constitución de la República del Ecuador. Derecho de las personas y grupos de atención prioritaria. 2008.
16. Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza. La Asamblea Constituyente: contexto, funcionamiento y estrategia de actores. 2008.
17. Asamblea Nacional. Ley Orgánica de Salud de 2006. 2006. Pub. L. No. 67, Registro 423.
18. La Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Ecuador; Octubre 20 de 2008.
19. MAIS. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS. Informativo. Quito: Ministerio de Salud del Ecuador, Salud; 2014.
20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2016. <http://www.salud.gob.ec/atencion-integral-por-ciclos-de-vida/> (último acceso 19 abril 2016)
21. Minsalud. Ministerio de Salud de Argentina. 2013. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx> (último acceso 19 abril 2016)
22. Álvarez E. La salud como comunicación: medicina familiar y comunitaria.

- Informativo. Uruguay: Universidad de la República, Salud; 2013.
23. Abril R. Introducción a la Medicina Familiar. Informativo. Perú: Colegio Médico del Perú, Salud; 2013.
 24. Zurro A, Solá G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Investigativo. España: Elsevier, Salud; 2015.
 25. Hernández G. Satisfacción del usuario en relación con la atención recibida por el médico familiar en la unidad de medicina familiar. Informativo. México: Universidad de Colima, Salud; 2010.
 26. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud; 2016.http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/(último acceso 28 abril 2016).
 27. Somocurso J. La atención primaria de la salud. Informativo. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Salud; 2013.
 28. Osorio A. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Informativo. Colombia: Universidad de Caldas, Salud; 2013.
 29. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Informativo. España: Universidad de Málaga, Salud; 2002.
 30. Massip C, Ortiz R, Llantá M. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Informativo. Cuba: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Oncología; 2008.
 31. Olán A. Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. Informativo. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Salud mental; 2010.
 32. Hernández P. El perfil del usuario de información. Informativo. España: Centro Universitario de Investigaciones, Salud; 2010.
 33. Ornelas C, Cortés C. La Calidad del Servicio de un Centro de Información. Informativo. México: Instituto Tecnológico de Aguascalientes; 2010.
 34. Fontana A. Riesgos laborales en los centros de Salud. Informativo. España: Hospital Universitario Miguel Servet, Salud; 2010.
 35. López, P. Procedimiento para medir la capacidad resolutiva de los equipos

- básicos de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2014.
36. Román O. Resolución clínica en la atención primaria de salud. Informativo. Chile: Universidad de Chile. Salud; 2011.
 37. Del Salto E. Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico. Investigativo. Quito: Universidad Central del Ecuador, Médico; 2014.
 38. Guerra C, Alba A, Moral R. Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. Investigativo. Argentina: Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba, Salud; 2013.
 39. Lobos A, Cardemil F, Loézar C. Satisfacción con la atención médica de pacientes hospitalizados en un servicio clínico docente y en uno no docente. Investigativo. Chile: Universidad de Valparaíso, Enfermería; 2012.
 40. Gómez S, Guevara U, Serratos M, Zermeño M. Evaluación de la satisfacción de pacientes atendidos en un centro especializado para el estudio y tratamiento del dolor. Investigativo. México: Hospital Regional No. 196 «Fidel Velázquez», Anestesiología; 2013.
 41. Vitolo F. Satisfacción de los pacientes. Su correlación con la calidad de atención y los juicios por mala praxis. Informativo. Chile: Noble, Compañía de seguros; 2014.
 42. Casermeiro M. La calidad en los servicios públicos. Informativo. Argentina: Gobierno de la Provincia de Salta, Secretaría General de la Gobernación; 2011.
 43. Fuentes M. Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. Investigativo. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Salud; 2011.
 44. Pabón P, Andrango A. Calidad de atención que presta el personal de enfermería del sub centro de salud San Pablo. Investigativo. Ibarra: Universidad Técnica del Norte, Enfermería; 2013.

45. Chávez P, Ramos W, Galarza C. Nivel de satisfacción del usuario en los consultorios externos de dermatología. Informativo. Perú: Hospital Nacional Dos de Mayo, Dermatología; 2010.
46. Santana J, Bauer A, Queiroz A. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Investigativo. Brasil: Universidad Federal de Goiás, Enfermería; 2014.
47. Borré Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en Institución prestadora de servicios de salud. Investigativo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia convenio Universidad Simón Bolívar, Enfermería; 2013.
48. Álvarez A, Olivarez C, Cadena J. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. Investigativo. México: Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez», Enfermería; 2012.
49. Blázquez Morales M, Quezada Díaz A. Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna con el cuidado de enfermería. Informativo. México: Universidad Veracruzana, Medicina interna; 2014.
50. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Ministerio de Salud Pública de Ecuador; 2016.<http://www.salud.gob.ec/se-inaugura-el-primer-centro-de-salud-tipo-a-de-la-amazonia-en-san-carlos/>(último acceso 29 abril 2016).
51. Meza M, Sánchez C. Relación médico-paciente con cáncer. Informativo. España: Instituto Nacional de Perinatología. Salud; 2013.
52. Caballero C. E-pacientes y la relación médico-paciente. Informativo. Colombia: Universidad del Norte, Salud; 2013.
53. Rodríguez S. Relación médico - paciente. Informativo. Chile: Pontificia universidad Católica de Chile, Salud; 2012.
54. Martínez C. La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico. Informativo. Cuba: Medi Sur, Salud; 2012.
55. OMS. La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. Centro de Prensa. 2007 de mayo.
56. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la

- Atención primaria en España: 2007-2012 Consumo MdSy, editor. Madrid: ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones paseo del prado, 18. 2014 Madrid; 2007.
57. Mackingo J, Montenegro H. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 2-3(73-84).
 58. La Hora Nacional. Propuesta para mejorar la Atención Primaria en Salud. La Hora Nacional. 2015 Diciembre.
 59. Rey Martin C. La satisfacción del usuario: un concepto en alza. Barcelona: Facultad de Biblioteconomía y Documentación, Universidad de Barcelona, *Anales de documentación*, 2000. Report No: 3.
 60. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1997.
 61. Dueñas O. Dimensiones de la Calidad en los Servicios de Salud. Colombia. 2011. <http://www.Gerenciasalud.com/art.260.htm> (último acceso 19 abril 2016).
 62. Moreno M. Ambato: La Comunicación y su relación con la Satisfacción de los pacientes que acuden al Laboratorio Clínico del Hospital IESS Ambato Universidad Tecnica de Ambato; 2015.
 63. Cifuentes P. “Estrategias de gestión de calidad para incrementar la satisfacción del usuario externo del área de quirófano del Hospital Provincial Docente Ambato” Ambato: Universidad Autonoma de los Andes; 2015.
 64. Hermida D. Satisfacción de la calidad de atención brindada a los usuarios de la consulta externa del centro de salud N° 2. Cuenca. 2014. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2015.
 65. Espinosa N. Acciones de prevención, promoción y fomento de la salud, elementos claves de atención primaria. Quito; 2009.

ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado



Especialidad Medicina
Familiar Y
Comunitaria

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Postgrado

Calles Salvador y México Ciudadela Ingahurco
Telefax (593 3) 2521134 Ext. 120 E-mail: mfamiliar.fcs@uta.edu.ec
Ambato – Ecuador

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha:

Por medio de la presente yo,con
C.I N° manifiesto mi consentimiento para
participar en la investigación: **SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON
LA ATENCIÓN DE LOS POSTGRADISTAS DE MEDICINA FAMILIAR
Y COMUNITARIA. UNIDADES DOCENTES ASISTENCIALES.
TUNGURAHUA. AÑO 2015.** Por mi libre y espontánea voluntad.

La investigadora me ha informado en detalle los procedimientos aplicados en la
presente investigación, y ha respondido todas las pregunta e interrogantes que se
ha planteado relacionadas con los riesgos y beneficios de la investigación, así
como con la obtención, procesamiento y análisis de la información, dejando claro
que no recibiré beneficios económicos o de otra especie.

La investigadora explico los mecanismos a través de os cuales protegerá mi
identidad y la información que yo le proporcione desde la recolección de los datos

Hasta la publicación.

Firma _____

Anexo 2 Encuesta para los usuarios en las Unidades Docentes Asistenciales de la provincia de Tungurahua.



Especialidad
Medicina Familiar Y
Comunitaria

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Postgrado

Calles Salvador y México Ciudadela Ingahurco
Telefax (593 3) 2521134 Ext. 120 E-mail: mfamiliar.fcs@uta.edu.ec
Ambato – Ecuador

ENCUESTA SOBRE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN DEL MÉDICO POSTGRADISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Preguntas identificadoras

1. EDAD (Años cumplidos)	_____años.
2. SEXO	Masculino ____ Femenino__
3. NIVEL DE ESCOLARIDAD	Analfabeto ____ Básica ____ Bachillerato____ Superior_____
4. OCUPACIÓN	_____
5. AUTO IDENTIFICACIÓN ÉTNICA	Blanco ____ Afro ecuatoriano____ Mestizo____ Indígena____ Otra _____

Preguntas investigativas

6. ¿Existe el respeto en su relación médico-paciente?

Siempre ()

Rara Vez ()

Nunca ()

7. ¿El médico emite comentarios sobre sus pacientes?

Siempre () Rara Vez () Nunca ()

8. ¿El médico escucha claramente y con atención sus molestias (anamnesis)?

Siempre () Rara Vez () Nunca ()

9. ¿El examen físico que el médico realiza es minucioso?

Siempre () Rara Vez () Nunca ()

10. ¿El médico le explica su diagnóstico y el proceso que debe seguirse para el tratamiento?

Siempre () Rara Vez () Nunca ()

11. ¿El médico explica con detalle cuál es el proceso que debe seguir luego de terminada la consulta?

Siempre () Rara Vez () Nunca ()

12. ¿El médico le brinda la apertura para que pueda exponer sus dudas?

Siempre () Rara Vez () Nunca ()

13. ¿El médico le inspira seguridad y confianza al momento de la consulta?

Siempre () Rara Vez () Nunca ()

14. ¿Con el tratamiento y/o indicaciones enviadas mejoró su problema de salud?

Si totalmente () Solo parcialmente () No mejora ()

15. ¿El médico manifiesta su preocupación por la mejoría en su salud?

Siempre () Rara Vez () Nunca ()

16. ¿Considera que los servicios antes y después de la consulta complementan la atención de su médico familiar?

Siempre () Rara Vez () Nunca ()

17. ¿Cuánto tiempo dura la consulta médica?

Menos de 30 minutos () 30 a 60 minutos () más de 60 minutos ()

18. ¿El médico es amable y cordial durante todo el tiempo de consulta?

Siempre () Rara Vez () Nunca ()

19. ¿El lugar de consulta y la sala de espera permanecen limpios?

Siempre () Rara Vez () Nunca ()

20. ¿El consultorio ofrece privacidad para la atención?

Si () No ()

21. ¿Durante la atención en el hogar el médico procura examinar al paciente en espacios con mayor reserva/protección?

Siempre () Rara Vez () Nunca ()

22. ¿La iluminación del consultorio permite al médico desempeñarse adecuadamente?

Siempre () Rara Vez () Nunca ()

23. ¿El consultorio brinda un espacio cómodo para la realización del examen físico?

Si totalmente () Solo parcialmente () No ()

24. ¿Entiende claramente las indicaciones y recomendación para su tratamiento?

Siempre ()

Rara Vez ()

Nunca ()

25. ¿Considera que su médico familiar está capacitado para solucionar todos sus problemas de salud?

Si totalmente ()

Solo parcialmente ()

No ()

Anexo 3 Cronograma para la elaboración de la tesis



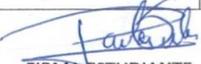
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Posgrado
 Calles Salvador y México Ciudadela Ingahurco
 Telefón (593 3) 2521134 Ext. 120 E-mail: mlfamiliar.fcs@uta.edu.ec
 Ambato – Ecuador

CRONOGRAMA PARA LA ELABORACIÓN DE LA TESIS
MES: ABRIL-MAYO

NOMBRE: Paola Alejandra Silva Gutiérrez.

Fecha	Sitio donde realiza la actividad	Horas		Horas de tutoría	Actividades Realizadas	EVIDENCIA A PRESENTAR
		Entrada	Salida			
29/03/2016	SCS Cevallos	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.
31/03/2016	SCS Cevallos	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.
05/04/2016	SCS Cevallos	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.
07/04/2016	SCS Cevallos	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.
12/04/2016	SCS Huambaló	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.
14/04/2016	SCS Huambaló	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.
19/04/2016	SCS Huambaló	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.
21/04/2016	SCS Salasaca	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.


 DIRECCIÓN ACADÉMICA PMFYC


 FIRMA ESTUDIANTE



Especialidad
Medicina
Familiar Y
Comunitaria

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Posgrado
Calles Salvador y México Ciudadela Ingahurco
Telefax (593 3) 2521134 Ext. 120 E-mail: mfamiliar.fcs@uta.edu.ec
Ambato - Ecuador

CRONOGRAMA PARA LA ELABORACIÓN DE LA TESIS
MES: FEBRERO-MARZO

NOMBRE:

Fecha	Sitio donde realiza la actividad	Horas		Horas de tutoría	Actividades Realizadas	EVIDENCIA
		Entrada	Salida			
26/04/2016	SCS Salasaca	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.
28/04/2016	SCS Quisapincha	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.
03/05/2016	SCS Quisapincha	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.
05/05/2016	SCS San Miguelito	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.
10/05/2016	SCS San Miguelito SCS San Andrés	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.
12/05/2016	SCS San Andrés	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.
17/05/2016	SCS San Andrés	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.


DIRECCIÓN ACADEMICA PMFYC


FIRMA ESTUDIANTE



Especialidad
Medicina
Familiar Y
Comunitaria

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Posgrado

Calles Salvador y México Ciudadela Ingahurco
Telefax (593 3) 2521134 Ext. 120 E-mail: mfamiliar.fcs@uta.edu.ec
Ambato – Ecuador

Fecha	Sitio donde realiza la actividad	Horas		Horas de tutoría	Actividades Realizadas	EVIDENCIA
		Entrada	Salida			
19/05/2016	SCS San Andrés	08:00	16:30	8 horas	Aplicación del instrumento	Hoja de ruta/fotografías.

- La aplicación de los instrumentos en el Centro de Salud de Quero y Totoras se realizarán los días en los cuales se tenga tutoría en servicio puesto que dichas entidades de salud tienen cercanía con el sitio de formación de la posgradista.
- Los instrumentos en las unidades de salud de La vicentina, Martínez y Cunchibamba se aplicarán en las semanas del 23 de Mayo al 3 de Junio (semanas de exámenes prácticos de la asignatura de Medicina Familiar y Comunitaria).


DIRECCIÓN ACADÉMICA PMFYC


FIRMA ESTUDIANTE

Anexo 4 Evaluación del instrumento por expertos.



Especialidad
Medicina Familiar
Y Comunitaria

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Posgrado

Calles Salvador y México Ciudadela Ingahurco
Telefax (593 3) 2521134 Ext. 120 E-mail: mfamiliar.fcs@uta.edu.ec
Ambato - Ecuador

EVALUACIÓN DEL JUEZ

Respetado juez, se solicita que usted exprese su criterio evaluativo del instrumento en la tabla que a continuación se muestra, en la que se incluyen los criterios Moriyama (por fila) para que usted los aplique a cada pregunta (por columnas); donde, de acuerdo a su valoración, debe otorgar entre 0 y 3 puntos, siendo: 0 (nada), 1 (poco), 2 (moderadamente) y 3 (mucho).

Preguntas o ítems	El aspecto que se mide es comprensible	La pregunta discrimina suficientemente al individuo según el fenómeno que se mide	La pregunta es razonable	La pregunta está claramente definida	Los datos son posibles de obtener
1	3	3	3	3	3
2	3	1	3	3	3
3	3	3	3	3	3
4	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3
6	3	3	3	3	3
7	3	3	3	3	3
8	3	3	3	3	3
9	3	3	3	3	3
10	3	3	3	3	3
11	3	3	3	3	3
12	3	3	3	3	3
13	3	3	3	3	3
14	3	3	3	3	3
15	3	3	3	3	3
16	3	3	3	3	3



Especialidad
Medicina Familiar
Y Comunitaria

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Posgrado

Calles Salvador y México Ciudadela Ingahurco
Telefax (593 3) 2521134 Ext. 120 E-mail: mfamiliar.fcs@uta.edu.ec
Ambato - Ecuador

17	3	3	3	3	3
18	3	3	3	3	3
19	3	3	3	3	3
20	3	3	3	3	3
21	3	3	3	3	3
22	3	3	3	3	3
23	3	3	3	3	3
24	3	3	3	3	3
25	3	3	3	3	3

Dr. Rubén García.

Médico especialista en Medicina General Integral de segundo grado
Msc. Educación médica superior



Especialidad
Medicina Familiar
Y Comunitaria

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Posgrado

Calles Salvador y México Ciudadela Ingahurco
Telefax (593 3) 2521134 Ext. 120 E-mail: mfamiliar.fcs@uta.edu.ec
Ambato – Ecuador

EVALUACIÓN DEL JUEZ

Respetado juez, se solicita que usted exprese su criterio evaluativo del instrumento en la tabla que a continuación se muestra, en la que se incluyen los criterios Moriyama (por fila) para que usted los aplique a cada pregunta (por columnas); donde, de acuerdo a su valoración, debe otorgar entre 0 y 3 puntos, siendo: 0 (nada), 1(poco), 2 (moderadamente) y 3 (mucho).

Preguntas o ítems	El aspecto que se mide es comprensible	La pregunta discrimina suficientemente al individuo según el fenómeno que se mide	La pregunta es razonable	La pregunta está claramente definida	Los datos son posibles de obtener
1	3	3	3	3	3
2	3	3	3	0	3
3	3	3	3	3	3
4	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3
6	3	3	3	3	3
7	3	3	3	3	3
8	3	3	3	3	3
9	3	3	3	3	3
10	3	3	3	3	3
11	3	3	3	3	3
12	3	3	3	3	3
13	3	3	3	3	3
14	3	3	3	3	3
15	3	3	3	3	3

A. L.



Especialidad
Medicina Familiar
Y Comunitaria

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Posgrado

Calles Salvador y México Ciudadela Ingahurco
Telefax (593 3) 2521134 Ext. 120 E-mail: mfamiliar.fcs@uta.edu.ec
Ambato - Ecuador

16	3	3	3	3	3
17	3	3	3	3	3
18	3	3	3	3	3
19	3	3	3	3	3
20	3	3	3	3	3
21	3	3	3	3	3
22	3	3	3	3	3
23	3	3	3	3	3
24	3	3	3	3	3
25	3	3	3	3	3

Observaciones:

- ❖ El ítem 1 se explora según el género y la variable es el sexo, por lo que debe ser hombre o mujer.
- ❖ El ítem 20 explora la privacidad en el local de consulta, sería interesante conocer cuáles son los factores que pudieran generar una respuesta negativa.

Dr. Raxsy Soler

Médico especialista en Medicina General Integral de primer grado

Esp. Higiene y Epidemiología.

Msc. Enfermedades Infecciosas.



Especialidad
Medicina Familiar
Y Comunitaria

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Posgrado
Calles Salvador y México Ciudadela Ingahurco
Teléfono (593 3) 2521134 Ext. 120 E-mail: mfamiliar.fcs@uta.edu.ec
Ambato - Ecuador

EVALUACIÓN DEL JUEZ

Respetado juez, se solicita que usted exprese su criterio evaluativo del instrumento en la tabla que a continuación se muestra, en la que se incluyen los criterios Moriyama (por fila) para que usted los aplique a cada pregunta (por columnas); donde, de acuerdo a su valoración, debe otorgar entre 0 y 3 puntos, siendo: 0 (nada), 1 (poco), 2 (moderadamente) y 3 (mucho).

Preguntas o ítems	El aspecto que se mide es comprensible	La pregunta discrimina suficientemente al individuo según el fenómeno que se mide	La pregunta es razonable	La pregunta está claramente definida	Los datos son posibles de obtener
1	3	3	3	3	3
2	3	1	3	3	3
3	3	3	3	3	3
4	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3
6	3	3	3	3	3
7	3	3	3	3	3
8	3	3	3	3	3
9	3	3	3	3	3
10	3	3	3	3	3
11	3	3	3	3	3
12	3	3	3	3	3
13	3	3	3	3	3
14	3	3	3	3	3
15	3	3	3	3	3
16	3	3	3	3	3

Lejand



Especialidad
Medicina Familiar
Y Comunitaria

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Posgrado

Calles Salvador y México Ciudadela Ingahurco
Telefax (593 3) 2521134 Ext. 120 E-mail: mfamiliar.fcs@uta.edu.ec
Ambato – Ecuador

17	3	3	3	3	3
18	3	3	3	3	3
19	3	3	3	3	3
20	3	3	3	3	3
21	3	3	3	3	3
22	3	3	3	3	3
23	3	3	3	3	3
24	3	3	3	3	3
25	3	3	3	3	3

Dr. Carmen Pacheco.

Médico especialista en Medicina General Integral de segundo grado

Msc. Atención Primaria en Salud.

Msc. Salud Pública.

PhD. En Ciencias Pedagógicas