

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: “SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNIDADES DE FORMACIÓN DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, COTOPAXI 2015 - 2016”

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

Autor: Md. William Ruben Mayorga Ortiz

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 Ocho Egas, Magíster, e integrado por los señores Doctora. Misladys Baldemira Alvarez, Especialista, Doctor Becker Santiago Neto Mullo, Especialista, Doctor Ángel Patricio Villacis Sánchez, Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Investigación con el tema: “Satisfacción de los usuarios con la atención médica en unidades de formación del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Cotopaxi 2015 – 2016”, elaborado y presentado por el señor Md. William Ruben Mayorga Ortiz, 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 en las bibliotecas de la UTA.

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

Dra. Misladys Baldemira Alvarez, Esp.
Miembro del Tribunal

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

Dr. Ángel Patricio Villacís Sánchez, Esp.
Miembro del Tribunal

AUTORÍA 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 médica en unidades de formación del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Cotopaxi 2015 – 2016”, le corresponde exclusivamente al: Médico William Ruben Mayorga Ortiz, Autor 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. William Ruben Mayorga Ortiz

c.c. 1802729565

AUTOR

Dra. Aida Fabiola Aguilar Salazar, MSc.

c.c. 180124138-9

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. William Ruben Mayorga Ortiz

c.c.1802729565

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA	i
A LA UNIDAD ACADÉMICA DE TITULACIÓN	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
INDICE GENERAL DE CONTENIDOS	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
AGRADECIMIENTO.....	xii
DEDICATORIA	xiii
RESUMEN EJECUTIVO	xiv
EXECUTIVE SUMMARY.....	xv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.	3
TEMA:	3
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.1.1.Contextualización.	3
1.1.2.Análisis crítico	12
1.1.3.Prognosis.	25
1.1.4.Formulación del problema.	26
1.1.4.1.Problema práctico.	26
1.1.4.2.Problema científico.	27
1.1.5.Interrogantes.	28
1.2.Justificación.....	29
1.4. Objetivos.	32
1.4.1. Objetivo general.	32
1.4.2. Objetivos específicos.....	32

CAPÍTULO II.	33
2.1. Antecedentes Investigativos.	33
2.3. Fundamentación legal.	41
2.4. Categorías Fundamentales.	42
2.5. Categorías Fundamentales.....	68
2.6. Hipótesis de trabajo.....	68
2.7. Señalamiento de variables de la hipótesis	69
CAPÍTULO III	70
3.1. Enfoque de investigación	70
3.2. Modalidad básica de la investigación	70
3.3. Nivel de investigación.....	70
3.4. Población y muestra	70
3.5. Operacionalización de las variables	72
3.6. Recolección de la información.....	77
3.6.1. Plan de Procesamiento y análisis.....	78
CAPÍTULO IV	79
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	79
4.1. Características sociodemográficas.....	79
4.1. 1. Edad.....	79
4.1.2. Genero	81
4.1.3. Ocupación	82
4.1.4. Escolaridad.....	82
4.1.5. Etnia.	83
4.2. Satisfacción con la atención médica según Factores sociodemográficos.	83
4.2.1. Satisfacción de la atención medica según el grupo de edad.....	83
4.2.2. Satisfacción de la atención medica según el género.....	85
4.2.3. Satisfacción de la atención medica según la etnia.	86

4.2.4. Satisfacción de la atención medica según la escolaridad.....	87
4.2.5. Satisfacción de la atención medica según la ocupación.....	88
4.3. Satisfacción de los usuarios en el Acto médico.....	89
4.3.1. Satisfacción de los usuarios con el trato.	90
4.3.2. Satisfacción de los usuarios con la comunicación.....	92
4.4. Satisfacción de los usuarios en los procesos de la atención médica.	95
4.5. Satisfacción de los usuarios en la aplicación del modelo de atención integral en salud.....	99
4.5.1. Satisfacción de los usuarios en la aplicación de las Guías anticipatorias y salud familiar (MAIS).....	100
4.5.2. Satisfacción de los usuarios en la aplicación del modelo de atención integral en salud y prevención de enfermedades catastróficas.....	104
4.6. Contraste de los resultados de satisfacción de los usuarios con la atención médica según los profesionales que los atienden (PMFYC y S.P.M).	107
4.6.1. Contraste de los resultados de satisfacción de los usuarios con el acto médico del PMFYC y S.P.M.	109
4.6.1.1. El Trato contraste PMFYC y S.P.M.....	109
4.6.1.2. La comunicación e información contraste PMFYC y S.P.M.....	110
4.7. Satisfacción procesos de atención médica contraste PMFYC y S.P.M.	111
4.8. Satisfacción en la implementación del modelo de atención integral en Salud contraste PMFYC y S.P.M.	115
4.9. Contraste satisfacción planificación familiar y educación sexual en la atención médica del PMFYC y S.P.M.	117
4.10 Verificación de la Hipótesis.....	119
CAPITULO V	122
5.1 Conclusiones.....	122
5.2 Recomendaciones.....	125
CAPITULO VI.....	127
Propuesta.....	127

6.1. Justificación.....	127
6.3 Objetivo General.	131
6.3.1 Objetivos Específicos	131
6.4 Importancia.....	131
6.5 Factibilidad.	132
6.6. Ubicación Sectorial Física.	133
6.8 Estrategias para garantizar calidad de la atención médica	133
6.9 Diseño Metodológico.....	136
6.10 Impacto.....	136
4.3 Bibliografía	138

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variable Dependiente Satisfacción de los Usuarios dimensión sociodemográfica	73
Tabla 2. Variable independiente acto médico.	74
Tabla 3. Variable independiente procesos de atención médica	75
Tabla 4. Variable independiente modelo de atención integral en salud.	76
Tabla 5 Dimensiones sociodemográficas. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.....	80
Tabla 6. Satisfacción con la atención médica según factores sociodemográficos. Unidades de Formación del PMFYC, Cotopaxi 2015 - 2016.....	85
Tabla 7. Satisfacción con la atención médica según trato. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.....	90

Tabla 8. Medidas de tendencia central Satisfacción según trato. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.	90
Tabla 9. Satisfacción con la atención médica según la comunicación. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.	92
Tabla 10. Medidas de tendencia central satisfacción con la atención médica según la comunicación Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.	93
Tabla 11. Satisfacción con la atención médica según el proceso de la atención. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.	96
Tabla 12. Medidas de tendencia central atención médica según el proceso de la atención. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.....	96
Tabla 13. Satisfacción con la atención médica según el MAIS. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.	100
Tabla 14. Medidas de tendencia central satisfacción con la atención médica según el MAIS. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 – 2016.	100
Tabla 15. Satisfacción con la atención médica según el MAIS y prevención de enfermedades catastróficas. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.	105
Tabla 16. Medidas de tendencia central Satisfacción con la atención médica según el MAIS y prevención de enfermedades catastróficas. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.	105

Tabla 17. Contraste satisfacción con el acto médico del P.M.F.Y.C. y S.P.M. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.	108
Tabla 18. Contraste satisfacción con los procesos de la atención médica del P.M.F.Y.C. y S.P.M. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.	111
Tabla 19. Contraste en el tiempo de espera previo a la consulta del P.M.F.Y.C. y S.P.M. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.	114
Tabla 20. Contraste satisfacción con la implementación del MAIS FCI en la atención médica del PMFYC y S.P.M. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.	115
Tabla 21. Contraste satisfacción con la implementación del MAIS FCI en la atención médica del PMFYC y S.P.M. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.	117

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Asociación entre score de atención primaria en los países y resultados sanitarios.	18
Gráfico 2 Escala de Osgood: el diferencial semántico: actitudes ante el término feminista.	53
Gráfico 3 Pirámide de Maslow.	55
Gráfico 4 Modelo E-R-C de Alderfer.	59
Gráfico 5 Evaluación de las expectativas del usuario. Instrumento SERVQUAL.	63

Gráfico 6. Instrucción de los encuestados en las Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.....	82
Gráfico 7. Satisfacción con la atención médica según grupo de edad. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.	83
Gráfico 8 Satisfacción con la atención médica según etnia. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.	87

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Dirección de posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria por darme la oportunidad de culminar mi formación académica.

En Especial a la *Dra. Aguilar Salazar, Aida Fabiola MSc.*, Directora de Tesis.

A las Unidades de formación del Posgrado de Cotopaxi, por brindarme todas las facilidades para poder realizar la presente investigación.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto y toda mi carrera universitaria a Dios por ser quien ha estado a mi lado en todo momento dándome las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se me presenten.

A mi Madre Vilma Guadalupe Ortiz y mi Padre Gerardo Mayorga ya que gracias a ellos soy quien soy hoy en día, fueron los que me dieron ese cariño y calor humano necesario, son los que han velado por mi salud, mis estudios, mi educación, alimentación entre otros, a ellos a quien les debo todo, horas de consejos , de regaños, de reprimendas de tristezas y de alegrías de las cuales estoy muy seguro que las han hecho con todo el amor del mundo para formarme como un ser integral y de las cuales me siento extremadamente orgulloso.

A mí amada esposa, Betty Gutiérrez por su apoyo y ánimo que me brinda día con día para alcanzar nuevas metas, tanto profesionales como personales, madre de mi hija, muchas gracias por el apoyo incondicional que me has brindado, gracias por los años de completa alegría y triunfos, por el cariño, respeto y colaboración, durante todo este proceso. Por compartir las alegrías, las penas y por siempre tener palabras de aliento. Por qué junto a ti, la alegría compartida aumenta su proporción y la tristeza disminuye significativamente.

A mi hija Allison Mayorga por ser la luz en mi camino y la fuerza que me impulsa a seguir adelante, tú me has traído alegría desde que naciste. Te prometo que lucharé día tras día para construir un futuro digno para ti, tengo muchas cosas que enseñarte hija, quizá no soy el padre que tiene la sabiduría para guiarte, pero te juro, que haré de ti una mujer de bien. Quiero que sepas, que siempre esté a tu lado. Que te enseñaré a caminar con paso firme y seguro, para que puedas emprender tu vuelo cuando te sientas lista. Quiero que sepas que te amo más de lo que puedo escribir con estas simples letras, pues tú eres mi hija, la niña que tiene mi corazón en sus manos y que tiene el poder de cambiar todo en mi vida con solo decir te amo papito.

A mi hermano el cual ha estado a mi lado, ha compartido todos esos secretos y aventuras que solo se pueden vivir entre hermanos y que ha estado siempre alerta ante cualquier problema que se me pueda presentar, Diego Javier Mayorga, mi hermanito, prácticamente hemos vivido las mismas historias, los mismos pesares y las mismas alegrías, de carácter fuerte y orgulloso pero que me ha demostrado un amor inigualable, una persona capaz de sacrificarse por el bien de su familia.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD.
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNIDADES DE FORMACIÓN DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, COTOPAXI 2015 – 2016”

AUTOR: *Médico William Ruben Mayorga Ortiz*

DIRECTORA: *Doctora Aida Fabiola Aguilar Salazar, Magíster.*

FECHA: *08 de Agosto de 2016*

RESUMEN EJECUTIVO

La satisfacción de los usuarios es crucial en la prestación de servicios, por esto en muchos países se mide en forma rutinaria, es por ende indispensable evaluar la prestación existente, ya que la satisfacción de los usuarios de salud no sólo es un indicador de excelencia, es más aún, un instrumento de la excelencia.

Objetivo: Se evaluó el nivel de satisfacción de los(as) usuarios con la atención médica recibida en unidades de formación del posgrado de medicina familiar y comunitaria, Cotopaxi 2015 – 2016.

Hipótesis: Existen diferencias en el grado de satisfacción del usuario con la atención brindada por los médicos de las unidades de Cotopaxi.

Metodología: La investigación de tipo descriptivo, basada en un diseño transversal de período, El universo de estudio constituye la población de cada una de las unidades de salud, donde se forman los especialistas de medicina familiar y comunitaria, no se encontró un instrumento estandarizado, para medir nivel de satisfacción con la atención médica, por lo que se validó uno propio.

Resultados: Edad promedio fue de 48 años, ocho de cada diez pacientes son adultos, tres de cada cuatro fueron femeninos. La principal actividad económica fué la agricultura, predominó etnia mestiza. La satisfacción según género, edad, etnias, escolaridad, ocupación no encontró diferencias estadísticas significativas según Chi cuadrado. La satisfacción en relación, acto médico, proceso de atención y modelo de atención integral en salud, la escala de satisfacción según medidas de tendencia central fue buena a muy buena. **Conclusiones:** los médicos de las unidades investigadas, presentan variaciones importantes en cuanto atención médica, los porcentajes de satisfacción regular y buena corresponden a los servidores públicos del ministerio, observándose diferencias significativas a favor de los posgradistas de medicina familiar.

Descriptores: **Satisfacción, Calidad de atención, Atención médica.**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD.
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

THEME:

**"USER SATISFACTION WITH MEDICAL CARE IN UNITS OF GRADUATE
TRAINING OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE, COTOPAXI 2015 -
2016"**

AUTHOR: *Médico William Ruben Mayorga Ortiz*

DIRECTOR: *Doctora Aida Fabiola Aguilar Salazar, Magíster.*

DATE: *08 de Agosto de 2016*

EXECUTIVE SUMMARY

The user satisfaction is crucial in providing services, so in many countries is measured on a routine basis is essential therefore to evaluate the existing provision, as the user satisfaction of health is not only an indicator of excellence, it is even more an instrument of excellence.

Objective: - The level of satisfaction (as) users with medical care provided in units of graduate training family medicine, Cotopaxi 2015- 2016 was evaluated.

Hypothesis: There are differences in the degree of user satisfaction with the care provided by doctors units Cotopaxi.

Methodology: The research descriptive, based on a cross design period, the universe of study is the population of each of the health units where posgradista of family and community medicine form, a standardized instrument was not found to measure the level of satisfaction with medical care, which was validated own.

Results: Mean age was 48 years, eight of ten patients are adults, and three out of four were female. The main economic activity was agriculture, predominant ethnicity mixed. Satisfaction by gender, age, ethnicity, education, occupation found no statistically significant difference according to Chi square. Relationship satisfaction, medical act, care process and model of comprehensive health care, the satisfaction scale as measures of central tendency was good to very good. Conclusions: physicians surveyed units, have significant variations in medical care, the percentages of satisfaction are fair to good public servants of the ministry, showing significant in favor of family medicine posgradistas differences.

Keywords: Satisfaction, Quality of Care, Medical Care.

INTRODUCCIÓN

En la satisfacción de la Atención Primaria de Salud, no existe un acuerdo nacional o internacional, de cómo evaluar este ítem, que forma parte de la calidad de la atención, se requiere una evaluación por parte de la salud pública, que lo realiza de forma técnica sistemática pero que es tan difícil de identificar, puesto que al evaluar la atención medica recibida hay que contemplar el hecho de que se debe medir las percepciones, como el nivel en el cual los usuarios encuentran las perspectivas de servicio en salud esperados, siendo entonces la medición de la satisfacción del usuario en Atención Primaria de Salud un elemento clave para mejorar la calidad de atención.

Los resultados de las encuestas de satisfacción servicios de salud, constituyen un indicador de calidad de atención, además evalúa el resultado del sistema público de la atención médica relacionado con: la atención en la unidad, el acto médico, sus proceso y la aplicación del modelo de atención integral, la opinión de los usuarios de los servicios de salud es importante en cuanto a establecer cuáles son los factores que causan mayor insatisfacción, que nos permita tomar medidas para superarlos y planificar estrategias para mejorar esta satisfacción.

Se planteó como objetivo identificar el nivel de satisfacción de los usuarios de los centros de salud de la provincia de Cotopaxi, analizándolos desde la atención medica recibida, sus percepciones, características sociodemográficas y los ítems que abarcan la atención médica ya señalados anteriormente.

Es de importancia medir el nivel de satisfacción de los usuarios, con respecto a la atención médica que reciben, puesto que si se lo realiza de forma crítica, ayuda a establecer una estrategia de regulación de los servicios de salud. La calidad de atención médica varía entre lo que el usuario espera que suceda y lo que dice que obtiene, se puede tomar en consideración esta evaluación, como un indicador de la calidad de la atención, que fomente el mejoramiento continuo de la atención médica.

Ecuador tiene políticas sanitarias que buscan el mejoramiento de la calidad de atención, que busca el aumento de satisfacción en los usuarios, a través del Modelo de atención Integral en Salud, es importante tener un instrumento que mida la opinión de los usuarios, de esta forma se obtendrá resultados, que midan la percepciones de satisfacción, se incluyen procesos no técnicos, que la atención medica puede dar como resultado final.

En nuestro país, son pocos los estudios en los que se evalúa la satisfacción de los pacientes, en una consulta de atención primaria. Hasta la fecha no se ha publicado ningún estudio donde se evalúe la satisfacción de los pacientes en una consulta con relación a la atención médica, la investigación realizada es la primera en valorar este aspecto además de realizar un contraste con los servidores públicos de salud, y los posgradistas de medicina familiar y comunitaria, se ha establecido como prioridad conocer la percepciones de la atención médica, excluyendo los recursos, que producen satisfacción desde otro punto de vista como infraestructura de las unidades, que tienen gran variabilidad, en el servicio público de salud en el país.

Los médicos de atención primaria actualmente, mantienen una relación laboral variable, sin claridad en las posibilidades de capacitación en posgrados que permitan mejorar las condiciones laborales descritas anteriormente, esto estaría fomentando una alta rotación de los médicos de atención primaria, que aun cuando el desempeño sea aceptable hay falta de pertenecía con la comunidad, produciendo insatisfacción en las necesidades de la población y al modelo de salud en desarrollo.

CAPÍTULO I.

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

TEMA: Satisfacción de los usuarios con la atención médica en unidades de formación del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Cotopaxi 2015 – 2016.

1.1. Planteamiento del problema.

1.1.1. Contextualización.

Contextualización macro, meso y micro.

Marco Contextual Socio histórico del Problema.

En las últimas décadas del siglo XX, las metamorfosis sociales y económicas han derivado cambios en la salud de la población y, por tanto, en las políticas de prestación de salud a escala mundial. En tales condiciones se promueve una atención de alta calidad centrada en el usuario o cliente, en el que el objetivo básico es lograr la satisfacción del cliente mediante la resolución de sus problemas de salud, la prevención de enfermedades o la promoción de estilos de vida saludable.

La satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del paciente."⁽¹⁾

La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.⁽²⁾

La definición del término satisfacción, ha sido ampliamente debatida en las ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad, exige la evaluar la calidad de los procesos asistenciales y de las prestaciones que se brindan en salud y ha sido necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios.

La satisfacción de los pacientes no sólo es un indicador de excelencia, por sí mismo se constituye en un instrumento de la excelencia.

Si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia, entonces, la evaluación de la satisfacción en los pacientes, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y qué falta para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros.

El enfoque de satisfacción tanto en el mundo como en el Ecuador, se ha dado históricamente en la formación de profesionales de la salud así, en los últimos 100 años se han generado 3 grandes reformas en la educación de los profesionales de la Salud.

La primera gran reforma se inicia en el año 1910 con el informe Flexner, el cual indica que se debe crear mallas curriculares basadas en las ciencias y disciplinas científicas. ⁽³⁾

Para mediados del siglo XX, se produce la segunda reforma introduciendo innovaciones metodológicas de aprendizaje basado en problemas de la realidad, integrando el conocimiento de ella con las concepciones teóricas sobre salud y enfermedad que dan lugar a modelos específicos de prestaciones de salud.

La tercera reforma se está promoviendo y construyendo desde inicios del 2000 y se caracteriza por sistemas educativos que se construyen para aportar a las mejoras el desempeño de los sistemas de salud, en correspondencia con las necesidades de la población a la que van a servir, siendo parte de los procesos transformadores que buscan elevar el nivel de salud y la calidad de vida, bajo la comprensión de que no solo debe pretenderse restaurar la salud perdida (curar o prevención

secundaria y terciaria), sino promover el cuidado de la salud (promoción) y controlar o evitar los riesgos para la salud: Prevención primaria, entendiendo que la salud es un derecho de las personas.

Es de suma importancia conocer el cambio significativo, generalmente favorable, que se ha establecido en nuestro país a través de estrategias para brindar una atención de calidad y con alto grado de satisfacción como lo establece las medidas y resoluciones tomadas en los congresos para la Salud y la Vida.⁽⁴⁾

El primer congreso se llevó a cabo en la ciudad de Quito, los días 8 al 10 de mayo de 2002, conscientes de que la salud es un bien público esencial, derecho humano irrenunciable y asumiendo responsablemente la representación institucional y el sentir del pueblo ecuatoriano declararon.⁽⁴⁾

- 1.** La voluntad de permanecer unidos para conseguir que la salud se constituya en prioridad de la agenda pública nacional, único camino posible para alcanzar la equidad en salud, en todas sus manifestaciones y el desarrollo social y económico del país.
- 2.** Respaldar las conclusiones y acuerdos logrados en este Congreso, para que se establezca Una Política Nacional de Salud y que se garantice su aplicación y vigencia.
- 3.** Exhortar y exigir al Honorable Congreso y Gobierno Nacional la aprobación y vigencia de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
- 4.** Demandar que la asignación presupuestaria anual al Ministerio de Salud Pública no sea inferior a lo solicitado por esta cartera de Estado, ni a lo establecido por la Constitución.
- 5.** Apoyar la participación de los organismos seccionales en el proceso descentralización en salud con la rectoría del Ministerio de Salud Pública y cuya implementación se regirá por los principios de reforma

sectorial; la conformación de los Consejos de Salud y la organización del Sistema Nacional de Salud.

6. Instar a los organismos competentes del Estado, el desarrollo de acciones que fortalezcan la ciudadanía en salud y su participación en las diversas instancias de gestión y control social.
7. Reclamar el reconocimiento en las instituciones del Estado de las diversas expresiones y saberes ancestrales y de las medicinas complementarias, en consonancia con la ley y el respeto a la diversidad socio-cultural del país.
8. Demandar la participación de los medios de comunicación colectiva en la difusión de políticas nacionales de salud entre los sectores sociales e institucionales y en general hacia toda la población, a efectos de generar una cultura por la salud y la vida.
9. Demandar a los poderes públicos un trato equitativo y digno a los profesionales y trabajadores del sector salud en las condiciones salariales de trabajo, a la par que su estabilidad y promoción, según criterios de desempeño.
10. Apoyar el fortalecimiento del Consejo Nacional de Salud, (CONASA) y bajo su convocatoria, institucionalizar el "Congreso Nacional por la Salud y la Vida" a realizarse por lo menos cada dos años, como un espacio democrático de veeduría y consulta nacional sobre temas de trascendencia para la salud de la población del país.

El II Congreso Nacional por la Salud y la Vida, se realizó en la ciudad de Guayaquil del 15 al 17 de septiembre de 2004, con la finalidad de lograr consensos nacionales en importantes temas para el desarrollo de la Política Nacional de Salud de país y el impulso a la organización del Sistema Nacional de Salud. ⁽⁴⁾

Previamente se efectuaron 10 talleres regionales en Ambato, Riobamba, Cuenca, Loja, Manta, Guayaquil, Machala, Ibarra, Quito y Coca, en los

que se consultó a más de 1200 delegados de las instituciones del sector salud del todo el país sobre las siguientes temáticas: ⁽⁴⁾

1. Objetivos de Desarrollo del Milenio, equidad y derecho a la salud
2. Política Nacional de Salud y derechos Sexuales y reproductivos
3. Modelo de Atención y Redes para la Extensión de Cobertura
4. Acceso a los Medicamentos esenciales
5. Rectoría y descentralización en el marco del Sistema Nacional de Salud
6. Financiamiento y Acceso Universal en Salud

Los resultados generados en el II Congreso representan, en buena medida, las demandas y expectativas que para su realización plantean los diferentes actores del sector salud, por lo que es necesario formular un Plan de Acción para el Seguimiento de las propuestas contenidas en la Agenda Política y en la Declaración de Guayaquil con la participación de los entes involucrados y coordinando por el Consejo Nacional de Salud a fin de impulsar su desarrollo y cumplimiento. ⁽⁴⁾

En este sentido, se deben considerar los siguientes lineamientos de acción, que sirvieron de base para la planificación operativa en los siguientes dos años: ⁽⁴⁾

- a) Difusión y devolución de la información, a través de diferentes medios y en todas las provincias del país, de los resultados del II Congreso (Memorias), destacando las propuestas y acuerdo logrados en la Agenda Política y la “Declaración de Guayaquil”.
- b) Retroalimentación del contenido de las memorias y definición de mecanismos de implementación y cumplimiento de los lineamientos generales en cada una de las instituciones.
- c) Orientación del Plan de trabajo de las Comisiones del CONASA para apoyar la ejecución de las propuestas contenidas en la Agenda Política y promover su cumplimiento con la participación de las entidades involucradas.

- d) Apoyar la conformación y funcionamiento de los consejos Provinciales y Cantonales de Salud, como espacios de concertación sectorial para la formulación de los planes de salud correspondientes y la organización del Sistema Nacional de Salud.
- e) Apoyo a las iniciativas de la sociedad civil para la organización de veedurías ciudadanas en salud y su participación en el desarrollo de los compromisos adquiridos en el II Congreso.
- f) Coordinación y apoyo al Comité Organizador Local en las actividades preparatorias para la organización del III Congreso por la Salud y la Vida, por realizarse en la ciudad de Cuenca en el primer semestre del 2006.

Declaración de Cuenca III Congreso por la Salud y la Vida 2007 “POR UNA SALUD EQUITATIVA, DIGNA Y DE CALIDAD”.

Los representantes al III Congreso Nacional por la Salud y la Vida, “Dr. César Hermida Piedra” reunidos en la ciudad de Cuenca del 9-11 de abril de 2007, luego del análisis de las propuestas formuladas en los talleres pre-Congreso a nivel nacional para el desarrollo del Plan de Acción 2007-2009 del III Congreso por la Salud y la Vida y en consideración de la próxima Asamblea Nacional Constituyente, declaramos: ⁽⁴⁾

1. Ratificar a la salud individual y colectiva de la población como derecho humano fundamental y fuente primordial de bienestar y eje estratégico del desarrollo social y económico de la nación.
2. Reafirmar la voluntad y el compromiso político de los y las actores participantes del sector salud para impulsar las políticas y acciones necesarias tendientes a efectivizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, base fundamental de la ciudadanía en salud y garantía de acceso justo a los bienes y servicios de salud, en condiciones de equidad, universalidad y solidaridad.
3. Reconocer que existen avances en el sector salud, y en la construcción del Sistema Nacional De Salud, sin embargo los mismos no han sido suficientes para revertir las tendencias de la inequidad y la exclusión

social en la que vive la mayor parte de nuestra población y por ello resuelven participar en un cambio profundo de las estructuras del sector salud, en el marco de un nuevo modelo político, económico y de desarrollo nacional.

4. Que la economía debe estar al servicio del ser humano y no al revés; en consecuencia, el Estado garantizara un sistema sanitario en el que la salud deje de ser un privilegio y se constituya en eje del bienestar ciudadano con equidad y dignidad como parte de una agenda política de protección social que beneficie a todos y todas, priorizando la inclusión de los grupos más vulnerables.
5. En el marco de este enfoque de la salud como derecho y bien público garantizado por el Estado, se deberán llevar a cabo las siguientes propuestas: ⁽⁴⁾

Rectoría y Sistema de Salud.

- Desarrollar estrategias que permitan cumplir de modo efectivo y seguro las normativas constitucionales y legales relacionadas con la salud
- Considerar modificaciones puntuales a los artículos de la sección de salud en la constitución vigente, orientados a precisar la efectivización del Derecho a la Salud, la gratuidad de los servicios públicos, la rectoría del Ministerio de Salud en la construcción del Sistema Nacional de Salud.
- En la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud vigente, se debe cambiar el término coordinación, por rectoría.

Modelo de atención.

Constituye política de Estado garantizar el derecho a la salud y a una vida digna. La salud será considerada un bien social y no objeto de lucro. Se desarrollará desde un enfoque de derechos en base a un modelo de atención integral e integrada que funcione bajo los principios de universalidad, gratuidad, equidad, calidad y diversidad.

Ninguna persona será objeto de discriminación por su condición económica, social, étnica, cultural, de género, generacional, opción sexual, discapacidades o cualquier otro tipo; la atención de la salud será humanizada y digna. ⁽⁴⁾

Las acciones de salud se desarrollarán en los ambientes familiar, laboral, educativo y comunitario, con énfasis en la atención primaria, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Considerará a la persona como un ser holístico en sus dimensiones bio-psico-social, emocional, cultural, ecológica y espiritual; teniendo como eje transversal la interculturalidad y la articulación de la medicina occidental y las medicinas tradicional y alternativas. ⁽⁴⁾

El modelo de gestión se organizará desde la demanda diversa y la realidad local, regional y nacional, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública; será efectivo, eficiente y eficaz. Los recursos se distribuirán equitativamente considerando las zonas y grupos poblacionales vulnerables y en riesgo, por: condiciones que afectan la salud sean estas naturales, étnico culturales, sociales, económicas, ambientales o geográficas (zonas de frontera).

Se coordinará con las instituciones del sector salud, educación y ambiente para la optimización en el uso de recursos. Su gestión será desconcentrada, descentralizada y participativa en el marco del Sistema Nacional de Salud.

Se garantizará la participación social y ciudadana para el ejercicio de derechos, la toma de decisiones y el control de la gestión, con el fin de evitar actos de corrupción y negligencia para lo que se conformarán veedurías ciudadanas responsables y capacitadas; se generarán procesos de rendición de cuentas obligatorias por parte de las instituciones del Sistema.

Además de líneas estrategias de mejoramiento tal es el caso de **Financiamiento, Salud y Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos y Carrera Sanitaria.**

En el IV Congreso se regula y evalúa los objetivos de los congresos anteriores, además se toma resoluciones en la ciudad de Loja 2009. ⁽⁴⁾

Nivel político y jurídico:

Crear, cumplir y hacer cumplir políticas “públicas” de Estado, elaboradas y ejecutadas en consonancia con la Constitución, la cual garantiza el cumplimiento pleno de los derechos humanos y de la naturaleza en el marco del SUMAK KAWSAY

Para esto se necesita con urgencia priorizar con difusión, ejecución y aplicación de todas las políticas nacionales de salud existentes.

Esto requiere que todos los actores del Sistema Nacional de Salud participen activamente en la propuesta, legislación y armonización del marco jurídico del país para que no existan contradicciones ni vacías entre la normativa secundaria y la Constitución Política.

En el Ecuador, en el contexto de estas reformas, (desde el punto de vista asistencial y de gestión), se creó el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS- FCI), Mediante Acuerdo Ministerial No. 00001162 de fecha 08 de diciembre de 2011, Artículo 1 aprueba el documento denominado MANUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD - MAIS, artículo 2, manifiesta: ⁽⁵⁾

“Sea difundido y aplicado obligatoriamente en todas las direcciones zonales y distritos del sector salud.” (Ministerio de Salud Pública, 2013), el cual está siendo ejecutado por el MSP y por el programa de posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria (P.M.F.Y.C), que se ha construido de forma consensuada, entre la academia (Universidad Técnica de Ambato) y el MSP. Este modelo se basa en el trabajo de equipos interdisciplinarios, están constituidos por un médico (tratante o contratado, o por el Residente de posgrado), enfermera y Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS), con el fin de ofrecer una atención integral a los usuarios y a sus familias con un enfoque del modelo clínico - epidemiológico.

En la aplicación del modelo es indispensable lograr la satisfacción del paciente como un indicador consistente y suficiente para la evaluación de la calidad percibida de los servicios de salud, que aportará información

valiosa acerca de cómo ha vivido el paciente el encuentro con el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS- FCI), en las unidades de Cotopaxi, debe considerarse como un indicador necesario y su contribución es esencial para la retroalimentación del sector salud del país, al aportar datos sobre la aceptación o insatisfacción de los usuarios respecto al modelo de atención y prestaciones proporcionadas tanto por los estudiantes del PMFYC como por el personal de salud de los servicios objeto de la investigación.

1.1.2. Análisis crítico

Las experiencias de otros países en torno a los diferentes modelos de salud y desde luego, pasar revista a los enfoques de Atención Primaria de Salud, partiendo de Alma Ata cuyo lema fue: “Salud Para todos en el Año 2000”, y evolucionando al pulso del cambio de conceptos, como Atención Primaria Selectiva, Enfoque de Salud y Derechos Humanos, (que vincula el concepto de salud como un derecho inmanente de toda persona); hasta llegar a la innovación de la estrategias de atención como APS RENOVADA, que se encuentra implementada y aplicándose en el mundo entero y también con la finalidad de conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), constituyen la base científica que sustenta el MAIS-FCI en Ecuador. ⁽⁴⁾

Para Latinoamérica, el país emblemático en la adopción de sistemas basados en la Medicina Familiar es Cuba, donde se desarrolló un proceso de maduración único en su crecimiento y resultados impresionantes.

El modelo cubano actúa a través de equipos básicos constituidos por un médico y una enfermera de la familia, los cuales tienen como base de trabajo un consultorio vivienda ubicado en el sector que les ha sido adscrito. Ellos atienden a una población de alrededor de 150 a 300 familias, lo que corresponde a unas 700 a 1500 personas. ⁽⁶⁾

En México la Medicina Familiar, cuyo nacimiento se remonta a los primeros años de la década de los 50, ha alcanzado un notable desarrollo dentro de la Atención Primaria. Primer Nivel de Atención, que cuenta con centenares de Unidades o Clínicas de Medicina Familiar, existe una amplia cobertura de familias con adscripción poblacional a equipos de Medicina Familiar. ⁽⁶⁾ En este contexto, cada médico familiar atiende entre 2000 a 3000 personas que están bajo su cuidado. Para ello, los equipos de salud cuentan con amplias facilidades como infraestructura adecuada, expediente electrónico, adecuada interrelación con los niveles secundario y terciario, tanto para referencia de pacientes como de muestras para exámenes auxiliares y otros requerimientos.

Para lograr esta gran cantidad de médicos especialistas en Medicina Familiar y médicos generales con conocimientos en estas materias, en dicho país se desarrolló un modelo exitoso de formación de profesionales con especialidad en Salud Familiar, tanto por la vía convencional del residente médico dependiente de la propia Seguridad Social pero con aval universitario, como por la vía alternativa de la reconversión para profesionales que laboran en establecimientos de Atención Primaria.

Adicionalmente, y en palabras de sus propios protagonistas, el mexicano es un modelo que si bien ha cosechado enormes frutos de su trabajo esforzado, aún tiene enormes desafíos por delante, especialmente en lo referente a calidad. ⁽⁶⁾

El primer modelo de Salud Familiar que asumió ese nombre en el continente americano surgió en Brasil a mediados de la década de los 90. A pesar de su meteórico crecimiento, es importante precisar que dicha estrategia no se construyó en el vacío, sino en el marco de un esquema prestacional ya maduro, con muchos años de trabajar en la lógica de un Sistema Único de Salud. Igualmente rescatable es hacer notar que es un programa construido “desde lo local a lo nacional”, ya que antes de contarse con una propuesta común del Ministerio de Salud brasileño para todo su país, ya se tenían funcionando varios modelos piloto en diversas

partes de su territorio, algunos de los cuales se denominaron Modelos del Médico de Familia. ⁽⁶⁾

En siguiente término es importante considerar que, si bien la intervención adhiere a los principios de la AP como un todo, ellos en realidad abogan por un estilo “cubano-europeo” de definir la AP, entendida como una estrategia para cubrir universalmente, las necesidades salud de su población, centrándose en procesos innovadores que concreten los principios comunes de los modelos de Medicina y Salud Familiar en la práctica. ⁽⁶⁾

Es interesante que a diferencia de los modelos anteriores, Brasil no fue un país donde tradicionalmente se formaban una gran cantidad de médicos familiares y otros profesionales especialistas en salud familiar.

Ello representó una importante limitación en los inicios de la implantación del modelo y ha ido progresivamente superado con el surgimiento de diversos polos de capacitación y núcleos universitarios para el entrenamiento e investigación en salud familiar e iniciativas exitosas como PROESF, PROSAÚDE y otras que posibilitan que gradualmente se esté cerrando la brecha entre las necesidades y la respuesta que el sistema educativo puede ofrecer. ⁽⁶⁾

El siguiente modelo relevante de Salud Familiar, el cual surgió a fines de la década pasada e inicios de la presente, fue el Modelo Chileno, denominado Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, aunque previamente llamado sólo Modelo de Atención Integral. Dicho modelo sigue principios semejantes a los de sus pares cubano y brasileño, en la medida en que mantiene como premisas básicas trabajar con un equipo de salud familiar territorializado y con una población adscrita y un accionar basado en la Atención Primaria, operando en Centros de Salud Familiar que atienden a la población en general, básicamente financiados a través de impuestos y pretendiendo ofrecer una atención de salud resolutiva al 90% de la demanda, mediante

un plan de prevención universal garantizado y una fuerte inversión en la promoción de la salud para un país saludable

El siguiente Modelo de Salud Familiar surgido en los últimos años (basado en los principios anteriormente definidos) ha sido la Misión Barrio Adentro, cuyo objetivo primordial es garantizar el acceso pleno a servicios de salud integral y de calidad, para los municipios de máxima exclusión de Venezuela. Esta misión es desarrollada gracias a una ingente inversión social y a un convenio de cooperación binacional con Cuba y sobre la base de miles de médicos familiares cubanos que complementan o suplementan la acción de los médicos locales en áreas crónicamente sub-servidas.

La misión, que se inició como un soporte internacional en áreas críticas, se ha expandido notablemente y ya trascendió la oferta de servicios humanitarios dispersos, constituyéndose rápidamente en el principal modelo de oferta de servicios para el primer nivel de atención de Venezuela. Recientemente, incluso se ha iniciado un sistema de formación de recursos humanos para nutrir el modelo en dicho país. ⁽⁶⁾

Bolivia viene desarrollando desde hace unos años, una iniciativa con inspiración semejante a la de Venezuela e igualmente con una fuerte inyección de recursos humanos procedentes de Cuba, denominada Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Esta propuesta, aun cuando no tiene el mismo nivel de avance que el venezolano, tiene un contingente amplio de Equipos Básicos de Salud trabajando bajo esta modalidad y un sistema propio de especialización de recursos humanos. Al igual que otras experiencias combina modalidades fijas e itinerantes para poder cubrir a la población boliviana, que por la naturaleza de su territorio cuenta con amplios contingentes de poblaciones excluidas.

Sin embargo, vale la pena recalcar que al igual que lo ocurrido en Venezuela, en la Caja de Seguridad Social de Bolivia se tiene una amplísima trayectoria en la formación de médicos familiares de casi 30 años, y en la conformación de un sistema de atención al asegurado basado en médicos de familia. Igualmente, este importante capital acumulado no ha sido convenientemente utilizado por las iniciativas recientes, y ello en algún momento puede ser una debilidad para el naciente sistema.

El Perú, a diferencia de los países previamente citados, se encuentra dentro del bloque de realidades sin trayectoria como formadores de médicos familiares y sin experiencias piloto extensas en Medicina Familiar o salud familiar en el siglo pasado o inicios del presente.

No obstante, un punto de partida importante para la consolidación de esta reforma en Perú ha sido la aprobación oficial del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando de manera coherente, garantiza la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud dentro del marco de políticas del Ministerio de Salud. Para el MAIS, la persona se constituye en el centro del modelo, siendo reconocida en su multidimensionalidad como ser biopsicosocial. ⁽⁶⁾

En las Américas se ha alcanzado un destacado progreso en salud y desarrollo humano gracias a este modelo de atención.

En casi todos los países de la región han mejorado los valores promedio de los indicadores de salud: la mortalidad infantil se ha reducido en casi un tercio; la mortalidad por todas las causas ha disminuido en un 25 por ciento en términos absolutos; la esperanza de vida ha aumentado en promedio seis años; las muertes por enfermedades contagiosas y del sistema circulatorio se han reducido en un 25 por ciento y las muertes por condiciones perinatales han decrecido en un 35 por ciento. ⁽⁶⁾

Sin embargo, todavía tenemos desafíos considerables y problemas significativos de salud, la región ha venido experimentando cambios económicos y sociales generalizados que tienen impactos significativos en la salud.

Estas transformaciones se refieren a aspectos como el envejecimiento de la población, cambios en los estilos de vida relacionados con las dietas y con la actividad física, la difusión de información, la urbanización creciente y el deterioro de las estructuras y apoyos sociales que han contribuido (en forma directa o indirecta) a un conjunto de problemas de salud como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares; a su vez, han aumentado las lesiones por violencia y los problemas relacionados con el uso del alcohol, del tabaco y de las drogas. ⁽⁷⁾

Muchos otros países de Europa llevan modelos similares, con enfoque familiar y comunitario, con el que han disminuido sus tasas de mortalidad materna e infantil, han mejorado el acceso a la red de servicios mediante prestaciones acordes a los ciclos de vida de la población y sus necesidades particulares, sin dejar de lado la unidad social fundamental que es la familia, lo cual en el largo plazo contribuye al aumento de la esperanza de vida y han dotado a su población de un mejor saneamiento básico.

En la década de los noventa surgió la investigación de Bárbara Starfield en la cual se relaciona el nivel de fortalecimiento de la Atención Primaria de un país y sus resultados sanitarios.

Al menos en las naciones occidentales industrializadas, quedó claramente establecida la relación entre tener un sistema de salud con clara orientación hacia la atención primaria y buenos resultados en salud, y particularmente la estrecha asociación de sistemas de salud con APS fuerte con bajos costos de atención, alta satisfacción de la población con sus servicios de salud, mejores niveles de salud y bajo uso de medicación ⁽⁸⁾

Gráfico 1 Asociación entre score de atención primaria en los países y resultados sanitarios.

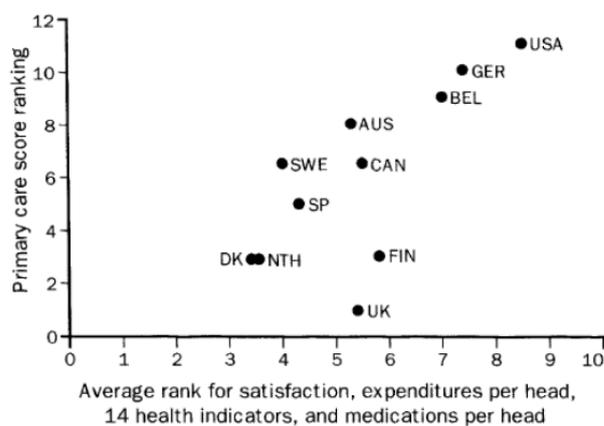


Figure 1: Primary-care score vs "outcome" indicators

NB, rank 1 is best, rank 12 worst.

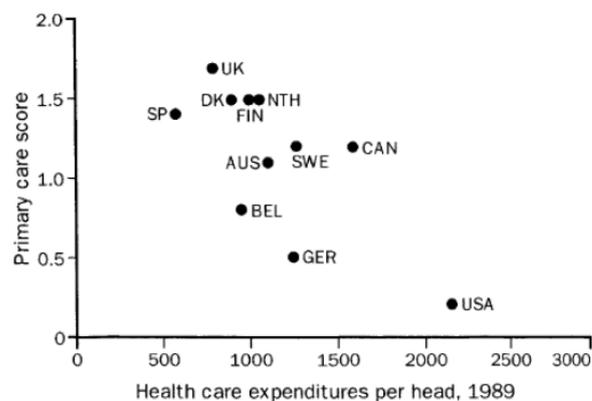


Figure 2: Primary-care score vs health-care expenditures

Fuente: SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

El score evaluado en cada país incluía distintos aspectos de la AP. Cinco de esos aspectos eran características del sistema de salud en general:

- 1) Universalidad del acceso financiero a los servicios y el grado en el que está garantizada por un órgano público responsable públicamente.
- 2) Hasta qué punto el país regula explícitamente la distribución de los recursos en los servicios de salud para alcanzar o fomentar la distribución equitativa.
- 3) La asignación de una función de atención primaria a un particular tipo de médico en lugar de a más de un tipo o de una multiplicidad de tipos.
- 4) Las ganancias de los médicos de atención primaria con relación a las de los especialistas.
- 5) El porcentaje de médicos activos que son los médicos de atención primaria.

Los seis aspectos restantes reflejan la medida en que la práctica de la atención primaria intenta explícitamente lograr un alto nivel de rendimiento. Los aspectos restantes considerados fueron:

- a) Atención de primer contacto con acceso a los especialistas es principalmente por referencia desde la atención primaria;
- b) Longitudinalidad al asumir explícitamente la responsabilidad de brindar atención a una población a cargo independientemente de los problemas que presenten;
- c) Integralidad representada por la amplitud y la uniformidad de las prestaciones para el cuidado preventivo;
- d) La coordinación representada por la utilización de mecanismos formales para la transferencia de información entre los médicos de atención primaria y especialistas;
- e) Centrado en la familia y orientación comunitaria

El enfoque biologista de la medicina en Ecuador, por años ha permanecido en los servicios de Atención Primaria de Salud (APS), las soluciones clínicas crearon cierto grado de confianza en los usuarios, quienes buscaban soluciones rápidas, olvidando la atención integral; por tanto, sí había un grado de satisfacción. Ecuador ha propuesto varias reformas en los modelos de atención en salud, son 104 años en busca de un modelo integral que se traduzca en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del MSP; sin embargo, hasta hace poco subsistía el modelo asistencial y reparador de salud perdida sin prevención.

Existió por tanto, un encuentro frontal entre el modelo innovador basado en la promoción de salud, prevención de las enfermedades y el modelo biologista. A través de los años, en las unidades de APS no se pudo establecer un modelo integral que cambiara esta situación, hasta la implementación del MAIS-FCI, por circunstancias de carácter administrativo, financiero y de política sanitaria económica.

En el año 2007 se instaura la gratuidad en salud en el Ecuador, por lo cual la demanda aumentó y la satisfacción disminuyó; se han tomado diversos caminos para volver a recuperar esta confianza.

Todo este esfuerzo tiene un objeto común, el bienestar de los usuarios; por tanto, la recuperación de la confianza se basa en conocer las necesidades de los pacientes y en satisfacer sus necesidades.

Tras años de inestabilidad política, ocho cambios presidenciales en una década e inestabilidad económica, crisis financiera y posterior dolarización de la economía, la elección del presidente Correa en el año 2006, se da en el contexto de las reacciones de los movimientos sociales ante las reformas neoliberales de los 90 e inicios de siglo y las reivindicaciones sociales por una renovación de la clase política. Este nuevo gobierno, llamado de “la Revolución Ciudadana”, significó el inicio de una etapa de estabilidad democrática que rescata el rol del Estado en la garantía y promoción del goce de los derechos humanos para toda la población. No sería posible analizar el proceso de reforma del sistema de salud de Ecuador sin ubicarlo apropiadamente en este contexto, que implica un marco jurídico, ético y político que la hace posible y del cual destaca lo siguiente:

El proceso de reforma de la salud que experimenta el Ecuador ha tenido logros importantes, porque se da en el marco de una nueva Constitución de la República, que permitió la incorporación de demandas sociales históricas surgidas de las críticas al neoliberalismo en la reestructuración y modernización estatal.

Los ejes de la reforma consisten en tres componentes: por un lado, en organizar un Sistema Nacional de Salud que supere la fragmentación anterior, que constituya la Red Pública Integral de Salud; políticas encaminadas a fortalecer la atención primaria de salud, articulando la acción sobre los determinantes de la salud; y, por último, el incremento del financiamiento para consolidar las transformaciones.

En conclusión, los desafíos en la reforma tienen que ver con la sustentabilidad de los procesos, sostenibilidad financiera del sistema y con la mayor activación de mecanismos de participación que permitan la veeduría ciudadana de los servicios y el empoderamiento de los ciudadanos de su derecho a la salud.⁽⁹⁾

Ahora, el usuario representa nuevos retos para el MSP, con cambios en las tendencias de necesidad, en un enfoque integral biopsicosocial, que se identifica con la atención del modelo MAIS. Por consiguiente, lo que resulte de esta investigación situará en su punto real la reorganización y orientación para optimizar los recursos de las unidades de APS de la provincia de Cotopaxi.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador, como autoridad sanitaria nacional, está implementando cambios estructurales en el sector salud que se enmarcan en el proceso de la Revolución Ciudadana, que el Gobierno Nacional viene impulsando desde el año 2007.

En marzo de ese mismo año, el presidente Rafael Correa declaró lo que se convirtió en un estado de emergencia para la salud que duró 10 meses, y aprobó un financiamiento adicional de 255 millones de dólares para mejorar la infraestructura y el equipamiento de 1861 centros de salud y 127 hospitales públicos, y para contratar a 4500 trabajadores adicionales. Para superar, por lo menos parcialmente, la segmentación preexistente en el sector público, el presidente ha insistido en integrar las redes de provisión de servicios del Ministerio de Salud y el sistema de Seguridad Social.⁽⁹⁾

Las transformaciones sufridas por el sector salud en la última década se enmarcan en dos etapas: la primera, de inversión urgente y recuperación de lo público; y la segunda, de articulación del sistema público de salud.

En la primera etapa se intervino en el mejoramiento de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, dotación de medicamentos e insumos a

las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de incrementar la cobertura de atención y disminuir el alto gasto para la recuperación de la salud de las familias ecuatorianas. Se inició, además, el fortalecimiento del primer nivel de atención con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud.

La política de gratuidad y la inversión en establecimientos del Ministerio de Salud Pública incidieron en un incremento significativo de las coberturas de atención; por otro lado, se ha logrado transformar los servicios públicos de salud como una alternativa para la resolución de sus necesidades. Se ha dividido cada área de salud por distritos.

La segunda fase va dirigida al fortalecimiento de la red pública integral de salud a través del Modelo de Atención Integral de Salud vigente en el país. Este Modelo de Atención Integral de Salud tiene un enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) y cuenta con un amplio marco legal y normativo que garantiza el derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de los grupos poblacionales. La Constitución de la República, El Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir, la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, están entre los principales instrumentos normativos que guían la construcción del MAIS-FCI.^{(9) (10)}

El marco conceptual del modelo parte del concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por lo que se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Las determinantes de salud que asume es el modelo elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS que tiene en cuenta el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica, los factores intermediarios y los ambientales.⁽¹⁰⁾

El MAIS-FCI tiene un enfoque dirigido a la APS renovada como estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud, al desarrollo de la

epidemiología comunitaria, la participación social, el enfoque intercultural como posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural.

El propósito del MAIS-FCI es 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, al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de su implementación bajo los principios de la estrategia de la APS renovada, y transformar el enfoque biologista hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria como un derecho humano.⁽¹⁰⁾

Su objetivo es integrar y consolidar la estrategia de la APS renovada en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de salud y la prevención de enfermedades, fortalecer el proceso de recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral de calidad y profundo respeto a las personas en su diversidad y entorno, con énfasis en la participación organizada de los sujetos sociales.⁽¹⁰⁾

Entre los principios se destacan la garantía de los derechos de las y los ciudadanos, la universalidad, integralidad, equidad, continuidad, participación social, entre otras.

El MAIS-FCI tiene 4 componentes que hacen viable la operación y desarrollo del mismo y son: provisión de servicios, organización, gestión y financiamiento.^{(5) (10)}

El componente de provisión de servicios se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población a nivel individual, familiar y comunitario. Entre los elementos que lo integran se encuentran:^{(5) (10)}

- ✓ Grupos poblacionales a quienes se entregará la atención, definidos según las necesidades de acuerdo al ciclo vital, los grupos prioritarios establecidos en la Constitución de la República y los grupos expuestos a condiciones específicas de riesgo laboral, ambiental y social.
- ✓ Conjunto de prestaciones por ciclos, pues las atenciones en salud se entregan a las personas y las familias considerando las especificidades y necesidades de cada grupo etáreo y con enfoque de género, garantizando una atención integral durante todo el ciclo vital.
- ✓ Los escenarios de atención representados por la atención individual, familiar, a la comunidad y al ambiente o entorno natural.
- ✓ Las modalidades de atención: atención extramural o comunitaria, intramural o en un establecimiento de salud, en establecimientos móviles de salud y la prehospitalaria.
- ✓ Estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: visita domiciliaria, ficha familiar y la dispensarización.
- ✓ El componente de organización comprende:
- ✓ Niveles de Atención: se refiere a la estructuración de los servicios de salud por niveles de atención y la clasificación de los establecimientos del primer nivel en centros tipo A, B o C, en dependencia de su estructura y servicios que oferta.
- ✓ Organización de los equipos de atención integral de salud que constituyen el eje fundamental de la implementación del MAIS, constituyen el conjunto de recursos profesionales de atención y gestión que permiten cumplir con los objetivos y metas, organización y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y complementaria.
- ✓ Las redes integradas de salud implican la articulación complementaria de instituciones y personas con el objetivo de garantizar el acceso universal de la población a servicios de salud, optimizando la organización y gestión en todos los niveles del sistema, para lograr calidad, eficiencia y oportunidad en los servicios de salud, articulándose funcionalmente con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

El componente de gestión comprende los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud, para el logro de resultados sanitarios dentro del contexto del MAIS-FCI.

En concordancia con los cambios estructurales planteados por el Ministerio de Salud Pública, la gestión del modelo se orienta a superar el enfoque centralista hacia una gestión integrada, desconcentrada, de base territorial y participativa. ^{(5) (10)}

En este componente se destaca el Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS) como herramienta para el diagnóstico y monitoreo de la situación de salud, complementada con el mapa parlante, el mapa de actores sociales y la sala situacional.

El componente de financiamiento permite asegurar los recursos necesarios para el cumplimiento de los planes estratégicos nacionales, zonales, distritales, provinciales y en circuitos, los proyectos en salud, el conjunto de prestaciones y las inversiones en infraestructura y equipamientos del sector público.

Así pues, hace falta confrontar lo que hace el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria y el personal de salud (médicos), en los servicios a la población, con el fin de identificar las debilidades y fortalezas de cada uno de ellos y contribuir a una operacionalización efectiva y eficiente del MAIS, que sea capaz de lograr el impacto deseado en el corto y mediano plazo. ^{(5) (10)}

1.1.3. Prognosis.

Esta actividad, a través de la evaluación del MAIS, aplicado tanto por estudiantes del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria (P.M.F.Y.C) y el personal de salud, tiene como visión el mejorar la atención de salud con calidad y excelencia que es lo que el MSP busca, a través del cumplimiento del artículo 32 de la constitución del Ecuador “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 garantiza 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 en 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.

Al evaluar la satisfacción no sólo nos permitirá tener un indicador de excelencia, medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia porque está contrastado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud. ⁽¹¹⁾

Finalmente, si esta investigación no se ejecutara, no se obtendría información que constituya una herramienta de utilidad para el conocimiento y diagnóstico certero de las necesidades y expectativas de la población para alcanzar satisfacción y confianza en el MSP pretendiendo con ello lograr una mayor corresponsabilidad y validación del aporte que pueden otorgar al sistema de salud el buen manejo del MAIS-FCI.

1.1.4. Formulación del problema.

1.1.4.1. Problema práctico.

Uno de los retos que afronta toda institución que presta asistencia a la población está relacionado con la mejora de la calidad de sus servicios.

La satisfacción de los usuarios es crucial en la prestación de servicios, por esto en muchos países se mide en forma rutinaria, es por ende

indispensable evaluar comparativamente la aplicación el modelo de prestación existente el MAIS-FCI, que es resultado de las reformas en salud del Ecuador así como de la contribución de toda estrategia que lo encamino, como los Congresos por la Salud y la Vida antes expuestos.

En particular, se han intensificado estudios en el área de salud, con mayor notoriedad a nivel mundial, debido a que en los últimos años se dieron a conocer numerosas quejas sobre mala praxis y maltratos en los diferentes establecimientos de salud, y como consecuencia se deteriora la imagen institucional y del personal que labora en dicho lugar.

En consecuencia, se pone en tela de juicio la calidad de atención que se brinda en las instituciones de salud del MSP.

1.1.4.2. Problema científico.

Al evaluar la satisfacción como indicador de las prestaciones se deben establecer la percepción de la calidad atención, encontrar pacientes satisfechos regularmente y los que no lo están.

Con estos indicadores, es necesario unificar metodologías y mejorar la atención médica, especialmente para poder realizar análisis más detallados y brindar un resultado veraz que confiriera evidencia de que la satisfacción del paciente es un indicador del cumplimiento adecuado de los servicios de salud y la aplicación del MAIS – FCI, que se encuentra vigente.

A través del cual se podrá implementar metodologías de mejoramiento en el modelo investigado.

No es posible un cambio del paradigma satisfacción y calidad de atención, sin recursos preparados para realizar todas las actividades inherentes a la satisfacción, por tanto el problema científico gira alrededor de la observancia de los sistemas que garanticen una evaluación adecuada de la atención médica sin la necesidad de la evaluación de la infraestructura.

1.1.4.3. Formulación del problema

¿Qué diferencia encuentro en la satisfacción de los(as) usuarios con la atención médica recibida por el Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria y el personal médico de las unidades de formación, en Cotopaxi, año 2015 - 2016?

1.1.5. Interrogantes.

Preguntas directrices:

¿Cuál es el nivel de satisfacción general del usuario de acuerdo a las dimensiones sociodemográficas, de las unidades de salud en estudio?

¿Qué factores de la calidad de atención médica influyen en la percepción de la satisfacción de los usuarios?

¿Qué aspectos del proceso de atención médica genera satisfacción entre los usuarios?

¿Difiere el grado de satisfacción de los usuarios según la atención e implementación del modelo de atención integral en Salud?

¿Existen diferencias en la satisfacción según el tipo de profesional que le atendió?

1.1.6. Delimitación del objeto de investigación.

Línea de investigación Salud Pública y Epidemiología

- **Campo:** Administración y Gestión en Salud
- **Área:** Atención Primaria Salud

- **Aspecto:** Satisfacción del usuario
- **Delimitación temporo - espacial:** La investigación se realizó en las Unidades Asistenciales del posgrado de PMFYC de la Universidad Técnica de Ambato, durante los años 2015 – 2016.

1.2. Justificación.

La atención al usuario debe cumplir con estándares de calidad de manera que pueda ser evaluable de esta forma permitir identificar el nivel de satisfacción expresado por los usuarios.

Una atención deficiente al usuario del MSP, puede tener consecuencias serias sobre todo a largo plazo. Por lo tanto, es importante para cualquier persona recibir servicios médicos de calidad en todos los niveles de atención; de allí que es pertinente cerciorarse si la calidad de las prestaciones entregadas en el primer nivel de atención, tanto por el personal de salud propio del MSP, como las que están entregando a través de los médicos que se encuentran en la formación Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria (PMFYC) de la Universidad Técnica de Ambato, (UTA), presentan diferencias que afectan su calidad, señalando los aspectos clave de las mismas.

Por lo expuesto, si bien el programa de posgrado se encuentra en su primera cohorte, es importante visualizar (no sólo para el paciente sino también para el proveedor del servicio de salud: programa de posgrado y sistema de atención del MSP), si existen diferencias en la atención médica sobre uno de los componentes esenciales de la calidad de la atención como es la satisfacción de los usuarios frente a las prestaciones de salud, lo que justifica la presente investigación a fin de aportar con información primaria científicamente fundamentada y obtenida, que permita diseñar estrategias de mejoramiento de la atención y a la vez realizar una primera aproximación hacia valorar el impacto del cumplimiento, aplicación y operacionalización del MAIS particularmente en las unidades de formación en la provincia de Cotopaxi que

corresponden al ámbito de trabajo de la UTA donde se desarrollara esta investigación.

Por lo expuesto, la investigación propuesta beneficia y tiene un fuerte impacto en varios e importantes actores sociales:

- El Ministerio de Salud Pública, sus autoridades nacionales, zonales, distritales y locales, que requieren mantener sistemas de prestaciones de salud de alta calidad, acorde a estándares nacionales e internacionales en la materia.
- A los funcionarios del sector salud, responsables del cuidado y fomento de la salud de la población de su área de influencia, dando respuesta oportunas a las necesidades sanitarias de la misma.
- A la Universidad, que debe evaluar permanentemente su respuesta a las necesidades sociales, que en este caso corresponde a la formación de médicos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria quienes desde su formación y luego como médicos especialistas, desarrollarán su trabajo en el nivel primario y que al integrarse a los equipos de atención integral de salud pondrán al servicio de la población las acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud e incluso acciones de cuidados paliativos mediante las prestaciones que se deben entregar con enfoque individual, familiar y comunitario, contribuyendo efectivamente al logro del Buen Vivir.
- Ninguno de estos tres actores sociales tendrán su razón de ser si no se incluye en los procesos de investigación a la población a quienes se entrega servicios que ellos calificarán según la respuesta que reciben desde el ámbito de la salud para la resolución de sus problemas, la atención de sus necesidades, cuya calidad se traduce en diferentes niveles de satisfacción con la atención recibida y su participación en la organización y trabajo. Esto bajo la comprensión de que la población no es un actor pasivo

en la construcción del buen vivir, al contrario, es el eje fundamental y debemos, desde la Academia y los servicios aprender a escucharlos.

La investigación por tanto, tendrá alto impacto social y contribuirá a cimentar desde la ciencia, las prestaciones de salud establecidas en el país, acerca la ciencia a la población y permite conjuntamente se diseñen propuestas creativas para la resolución de los problemas de las localidades.

La investigación es totalmente factible, pues al contar con información científica de alto nivel de evidencia y grado de recomendación a la que el investigador accedió a través de la Universidad, se fundamentó apropiadamente la misma, se elaboró y validó los instrumentos requeridos en la misma.

Desde el punto de vista económico los gastos fueron cubiertos por el investigador y se buscó el apoyo de la Universidad para el recurso humano de los encuestadores.

Adicionalmente, no se identifican limitaciones de orden legal, ni ético, pues se busca velar por el interés superior de la población, reconociendo y garantizando sus derechos ciudadanos y los principios éticos que se aplicó en la investigación.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivo general.

Evaluar el nivel de satisfacción de los(as) usuarios con la atención médica recibida en las unidades de formación del posgrado de medicina familiar y comunitaria, Cotopaxi 2015 – 2016.

1.4.2. Objetivos específicos.

1. Conocer el nivel de satisfacción general del usuario de acuerdo a las dimensiones sociodemográficas, de las unidades en estudio.
2. Identificar la percepción del nivel de satisfacción del usuario en la calidad del acto médico.
3. Analizar los procesos de la atención médica que generan mayor satisfacción a los usuarios.
4. Valorar el grado de satisfacción de los usuarios según la aplicación del modelo de atención integral en salud.
5. Contrastar los resultados de la atención médica del Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria con otros médicos de las unidades de salud.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO.

2.1. Antecedentes Investigativos.

Godínez Jaimes F., y otros autores, en el año 2014, realizaron estudio investigativo, “Nivel de satisfacción de usuarios de consulta externa en un hospital público”. El objetivo de este trabajo fue medir el nivel de satisfacción de los usuarios de consulta externa de la Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de la ciudad de Chilpancingo (México) e identificar las variables que permiten explicarla; para ello realizó un estudio transversal analítico a lo largo de dos meses. La información se obtuvo mediante un cuestionario formado por cuatro dominios: satisfacción global, instalaciones, organización y acto médico.

Cerca de la mitad de los usuarios estuvieron satisfechos o muy satisfechos con la consulta; casi una tercera parte tuvieron mucha o demasiada confianza en la atención recibida y más de la mitad recomendarían al hospital. El dominio mejor valorado fue el acto médico, seguido por la organización, y finalmente las instalaciones. Usando regresión logística, se encontró que algunas de las variables más importantes que explican la satisfacción global de los usuarios fueron el tiempo dedicado al paciente por el médico, la facilidad para realizar trámites, la organización del hospital, los horarios de consulta adecuados, la atención de los problemas por parte del médico, las mediciones corporales que se llevan a cabo y la información sobre el padecimiento que proporciona el médico al paciente.⁽¹²⁾

En Mayo del 2013 Gorina M, T. Limonero J, y otros autores realizan el estudio. “Comparación de la satisfacción de los usuarios de

atención domiciliaria: modelo integrado vs. Modelo dispensarizado”, el objetivo fue comparar el grado de satisfacción de los usuarios que reciben atención domiciliaria a través de 2 modelos de atención primaria: integrado y dispensarizado.

Se aplicó un Diseño transversal, observacional. Emplazamiento dos centros de atención primaria de la provincia de Barcelona. Los participantes fueron ciento cincuenta y ocho pacientes crónicos mayores de 65 años que recibían atención domiciliaria: 67 mediante el modelo integrado y 91 mediante el modelo dispensarizado.

La escala de Evaluación de la Satisfacción del Servicio de Atención Domiciliaria (SATISFAD-12), así como preguntas complementarias relacionadas con la satisfacción del servicio de atención domiciliaria y características sociodemográficas. (ANEXO 1)

Los usuarios del modelo dispensarizado estaban más satisfechos que los del modelo integrado. Existía una mayor continuidad asistencial en el modelo dispensarizado y un menor porcentaje de ingresos hospitalarios en el último año. La satisfacción de los usuarios de ambos modelos no estaba asociada al género ni a la percepción de salud y autonomía por parte del paciente.

Concluyeron que el grado de satisfacción de los pacientes de atención primaria domiciliaria parece depender de las características propias de cada modelo organizativo, siendo el modelo dispensarizado el que presenta un mayor grado de satisfacción o calidad asistencial percibida.

Se finaliza en realizar un mayor número de estudios para generalizar estos resultados a otros centros de atención primaria pertenecientes a otras instituciones. ⁽¹³⁾

En 2011, Pezoa M., Departamento Estudios y Desarrollo, gobierno de Chile realizó una investigación sobre: “Propuesta Metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos”. ⁽¹⁴⁾ Los investigadores describen la importancia de medir la satisfacción en los

usuarios que concurren a los consultorios públicos y los problemas causantes de insatisfacción en la atención de salud.

En su desarrollo analiza los resultados de distintos estudios chilenos que dicen relación con la satisfacción de usuarios del sistema de salud chileno, identifica los principales constructos asociados al concepto de salud y protección y por otro lado, realiza una propuesta metodológica para la construcción, validación y generación de un instrumento destinado a medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos. (ANEXO 2)

En países desarrollados el concepto de calidad percibida y satisfacción en la atención de salud ha evolucionado en forma importante en el sentido de que actualmente no basta considerar tan solo costo efectividad, costo utilidad y la calidad mirada desde la perspectiva del prestador de salud, sino que se desarrolla un nuevo paradigma de calidad total que incorpora la opinión del usuario respecto de su satisfacción y calidad percibida en la atención sanitaria.

Las encuestas confeccionadas para usuarios españoles reunían múltiples aspectos que se condicen con la problemática nacional. Por lo tanto, el instrumento diseñado consta principalmente de preguntas extraídas de estas encuestas validadas, altamente confiables desde la perspectiva metodológica y estadística.

La selección de preguntas extraídas de estos instrumentos dan respuestas en su evaluación general a los principales problemas revelados por los usuarios del sistema de salud (acceso a horas médicas, tiempos de espera, trato del personal de salud, información y limpieza). De esta manera, se propuso una encuesta preliminar modificando las escalas de evaluación a valores simples que son utilizadas cotidianamente por los chilenos (escala de 1 a 7).

Para valorar la validez de la encuesta en nuestro país se realizó una prueba piloto con usuarios que concurrían a consultorios públicos del Gran Santiago y Regiones. Como resultado se eliminó una de las preguntas relacionadas con la información del personal administrativo que se percibía como repetida, no hubo problemas de entendimiento de la

encuesta. Adicionalmente, se observó una alta motivación por parte de estas personas con relación al tema investigado. ⁽¹⁴⁾

Fernández J. M., y otros autores, EN EL 2009 realizó el estudio “Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire”. **(PDRQ-9)** ⁽¹⁵⁾ Donde describió la satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia mediante la utilización del Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9) y reevaluar las propiedades psicométricas de este.

Con un estudio transversal, realizado en seis centros de Atención Primaria (AP) en la Comunidad de Madrid, España. Los participantes fueron 451 pacientes seleccionados en una consulta de Medicina de Familia. Las Mediciones se realizaron por medio de entrevista en la que se recogen características sociodemográficas del sujeto, su necesidad en salud, la accesibilidad al servicio y la situación socio económica., se recogen 9 ítems del PDRQ-9 y se construye un índice sintético de satisfacción; se explican las diferencias en la satisfacción con un modelo multivalente.

La media de la satisfacción fue de 4,41 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 4,33 – 4,48) en una escala de uno (menor satisfacción) a 5 (mayor satisfacción) con una mediana de 4,78 (rango intercuartil: 4,00 – 5,00). Cuatro de cada 10 sujetos expresaban la máxima satisfacción posible (efecto techo).

Un único factor explicaba el 75,3% de la variancia, con un valor alfa de Cronbach de 0,952. La edad (OR: 1,03, IC del 95%: 1,02 – 1,05) y el vivir en zonas rurales (OR: 1,44, IC del 95%: 0,94 – 2,20) se asociaban con una satisfacción mayor.

La investigación define así usuarios de AP están bastante satisfechos con la relación con su médico, especialmente los de más edad y los que viven en ámbitos rurales. El PDRQ-9 tiene una elevada consistencia interna, pero presenta problemas de discriminación en la parte alta de la escala.

⁽¹⁵⁾

En el 2008 Serrano del Rosal R., y Loriente Arín N., Lic en Sociología. Realizan un estudio titulado, “La anatomía de la satisfacción del paciente” ⁽¹⁶⁾ **Objetivo.** Conocer cómo puede variar la satisfacción global de los usuarios del servicio sanitario público andaluz en función de su satisfacción con aspectos concretos del mismo. **Material y métodos.** Los datos corresponden a la *Encuesta a usuarios de los servicios de atención primaria* prestados por el Servicio Andaluz de Salud (España) en el año 2005. Se ha construido una variable de *Satisfacción global* a partir de tres indicadores del estudio, y reducido 23 indicadores de satisfacción parcial a *tres dimensiones de satisfacción*, para analizar la relación existente entre ellos. **Resultados.** La satisfacción con los aspectos organizativos del servicio es la dimensión con más capacidad para explicar un aumento o descenso de la satisfacción global de los usuarios.

Tras alcanzar un nivel de satisfacción alto con el acto médico, el ámbito que determina la satisfacción global en Atención Primaria es el organizativo, que contiene los aspectos con mayores niveles de insatisfacción. **El instrumento utilizado SERVQHOS** ⁽¹⁶⁾

En año 2011, Fuentes M., y otros, realizan el estudio 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. ⁽¹⁷⁾ La Atención Primaria de Salud es la estrategia adoptada por EsSalud (Seguridad Social del Perú) para lograr sus objetivos institucionales, evaluar el cumplimiento de la estrategia de atención primaria y el grado de satisfacción de los usuarios en un establecimiento de salud de primer nivel. Se realizó un estudio descriptivo transversal en un establecimiento de salud de primer nivel. Se aplicaron 2 encuestas a 240 usuarios escogidos al azar. Se midió el grado de satisfacción con respecto a la estructura, los procesos y los resultados del establecimiento, y el cumplimiento de tres atributos de la atención primaria: primer contacto, integralidad y continuidad.

El estudio estableció que 61,7% de los usuarios mostró satisfacción media y 23,3% satisfacción alta. Los usuarios estaban satisfechos o muy

satisfechos en 5 parámetros: accesibilidad geográfica (99,8%), infraestructura (66,6%), horarios de atención (61%), resolución de problemas (52,5%) y exámenes auxiliares (51,3%). El 47% mostró satisfacción media con la atención recibida. El grado más bajo de satisfacción se encontró con los tiempos de espera para atenciones programadas (29,1%) y de emergencia (7,5%). En cuanto a los atributos de la Atención Primaria, los atributos de continuidad (55%) y de primer contacto (55,8%) mostraron un cumplimiento medio y el de integralidad fue percibido de bajo cumplimiento (51,7%). La investigación resultante dice que el grado de satisfacción con el establecimiento y el cumplimiento de los atributos de la atención primaria fueron percibidos en grado medio.

El instrumento utilizado SERVQUAL ⁽¹⁷⁾

Un explícito análisis bibliográfico dice que el estudio de la satisfacción está íntimamente ligado a la calidad de los servicios reconocida por muchos autores, tiene un carácter multidimensional aunque sin consenso respecto a las dimensiones que deben ser parte de su constructo, pues se aprecian que son múltiples; existe cierta inclinación a abordar el tema de la calidad midiendo el grado de satisfacción visual (Infraestructura), además de las expectativas y la accesibilidad del servicio.

Estos instrumentos pueden ser aplicados en todas las unidades de salud de Cotopaxi o el Ecuador la pregunta es la Satisfacción depende de la infraestructura como lo hacen los modelos de Calidad de la Atención Médica de Avedis Donabedian, Sasser, Olsen y Wyckoff, Gronross, Servqual, Servqhos explicados anteriormente, aclaremos, es diferente en el país aun cuando se aplica los modelos establecidos para la calidad de atención, aún hay diferencias en los Centros de salud de Atención Primaria Tipo A,B y C así como los puestos de salud, donde se brinda atención primaria en Salud, esto no implica que no se pueda brindar satisfacción a través de la atención médica, siempre que esta cumpla con los requisitos de calidad.

Otros instrumentos aplicados en España como Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas (PDRQ-9), que ya fueron descritos, se ajustan a realidades de países como Chile, Brasil, Uruguay que aun cuando están en Sur América, tienen una diferencia en tiempo de aplicación del modelo de atención integral, nuestra realidad está iniciando con la APS renovada, con el proyecto de Medicina Familiar y Comunitaria, auspiciado por el gobierno actual, cuando se analiza estas situaciones y al ver que el universo de estudio no se ajusta a estas características propias de estos instrumentos es necesario crear un instrumento que evalúe la satisfacción en el país, independientemente del tipo de unidades de salud, (sean SCS o centros hospitalarios); además, este instrumento permitirá evaluar la satisfacción con el acto médico (atención médica), en cualquiera de sus ámbitos, por lo cual esta investigación es necesaria y el instrumento creado sirve como una herramienta tecnológica para medir estos parámetros puesto que aun cuando se dispone de indicadores cuantitativos de calidad, es preciso reflexionar que la satisfacción es una variable subjetiva que depende de un sinnúmero de factores y es preciso recordar que la filosofía recogida en la Conferencia de Alma-Ata señala que la comunidad es la responsable de sus problemas de salud.

Por este motivo, le cabe un papel relevante en evaluación de los programas de salud y si estos inciden en su satisfacción. Desde los años 90, la calidad en los servicios que se prestan ha sido orientada a satisfacer los requisitos de calidad de los usuarios, para buscar la mejora continua de los procesos de atención. Para eso se plantearon modelos que al final no en todos los lugares recibieron la aprobación pública.

Entre los modelos más difundidos con este enfoque cabe mencionar: las normas de la International Organization of Standardization (ISO) 9000, el modelo de Malcom Baldrige y el modelo de European Foundation for Quality (EFQM) de la excelencia¹. Sin embargo, para la aplicación en el área de salud, según la literatura, es mejor una simplificación de los formularios para dar posibilidad a encontrar en el corto plazo los puntos

de intervención que hagan mejorar la percepción en forma pronunciada.
(17)

2.2. Fundamentación Filosófica.

La medicina familiar es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la presión de atender imperiosas necesidades sociales tanto de las comunidades como del Estado.

La historia de la medicina familiar es la historia de la evolución de los conceptos y principios que la sustentan. Décadas de trabajo de miles de médicos de familia, en el trato con pacientes y en el ámbito académico, han permitido construir con su experiencia, su creatividad y sus trabajos de investigación, un marco teórico importante que enriquece la práctica y la disciplina de la medicina de familia.

Después de la presentación del informe Flexner, en 1910, en los Estados Unidos, la medicina familiar pierde su espacio porque la enseñanza de la medicina se orientó a las especialidades. En este proceso de progresiva diferencia y ultratecnicidad de la práctica médica moderna se genera una tendencia a la despersonalización de la relación médico-paciente que trae aparejado la pérdida de una percepción integral y armónica del individuo enfermo, pues se enfoca al hombre dividido en sistemas, aparatos u órganos y se relega o ignora la dimensión sociopsicológica de la necesidad de salud que presenta el sujeto concreto. Estos elementos influyeron decisivamente en el proceso de concientización social respecto a la necesidad de rescate de las bondades de la actividad del médico de cabecera.

La medicina familiar resurge, entonces, en una espiral dialéctica de desarrollo ascendente, que retoma lo mejor de la práctica histórica de la medicina ante el imperativo de satisfacer la necesidad social de una atención médica que garantice un servicio de salud eficiente y humano, de alta calidad científico técnica a un costo sostenible.

2.3. Fundamentación legal.

Marco legislativo.

En Ecuador la Constitución vigente (2008) en el artículo 32 define que:

“.....dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir, la vida plena o Sumak Kawsay. ⁽¹⁸⁾

En correspondencia con el marco constitucional, el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y **satisfacción** de necesidades individuales y colectivas” ⁽¹⁹⁾ ⁽⁹⁾ ⁽¹⁸⁾

Sistema Nacional de Salud (SNS) en sus artículos 358, 359, 360 y 361 establece su creación, los principios, los componentes, características y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la salud de toda la población. ⁽¹⁹⁾

Establece también las características del Modelo Integral de Salud y la estructuración de la Red Pública de Salud, en el Art. 361 establece que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos.

Señala que 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 sector y en el Art. 363 las responsabilidades del Estado para garantizar el ejercicio del derecho a la salud. ⁽⁹⁾

La actual Constitución también promueve la participación de la comunidad en todos ámbitos y se constituye como el Quinto Poder del Estado (Art. 95, 208). ⁽⁹⁾

Al momento se puede decir que esta investigación toma dirección con el cambio en el modelo de salud que vive el estado ecuatoriano quien está

preocupado con la calidad de la atención y por supuesto, la satisfacción de los usuarios.

El presidente Rafael Correa informó, el 6 de mayo del 2015 durante el enlace ciudadano 424, que creará el Fondo de Salud del Ecuador (Fonse), que establecerá los presupuestos de los hospitales del Ministerio de Salud Pública (MSP), del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (Issfa) y de la Policía (Isspol). Señaló que los hospitales recibirán dinero según el número de atenciones realizadas y los centros de salud, de acuerdo con el número de habitantes a los que brinden servicios; Correa no especificó los montos. Con estos cambios, indicó el presidente, cualquier ciudadano podrá ir a cualquier hospital, ya sea del MSP, del IESS, del ISSFA o del ISSPOL. “Que los ciudadanos tengan el derecho de acudir al centro de salud mejor y más cercano... y luego se cruzan cuentas”, manifestó. El FONSE hará esos cálculos.

Asimismo, el mandatario anunció que creará la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de Servicios de Salud, que controlará y regulará las casas de salud públicas y privadas, y estará adscrita a ese Ministerio. ⁽⁹⁾

2.4. Categorías Fundamentales.

Dimensiones.

Satisfacción de los usuarios en la atención médica

La dimensión Sociodemográfica.

Las Características del acto médico

Los Procesos de atención médica.

El Modelo de atención integral en salud MAIS - FCI

Definición de las variables de la investigación.

Variable dependiente.

Satisfacción de los usuarios en la atención médica

Se mide en función de:

- La dimensión Sociodemográfica.
- Las características del acto médico
 - Trato
 - Comunicación
 - Saludo y actitud
 - Elaboración de historia clínica
- Los Procesos de atención médica.
 - Tiempo de espera
 - Comodidad en espera.
 - Indicaciones seguimiento
 - Lugar de atención
- El Modelo de atención integral en salud MAIS - FCI
 - Aplicación modelo familiar comunitario e intercultural
 - Identificación factores de riesgo
 - Promoción de Salud y Prevención

Variables independientes

Personal de salud

Se mide en función de: Características socio demográficas

- Edad
- Sexo
- Educación
- Ocupación
 - Médicos MSP
 - Médicos PGMFYC

La edad, el sexo, el nivel educativo, la ocupación, el lugar de residencia, y el trato por parte de los trabajadores de la salud (médicos), son variables que se deben considerar en la satisfacción de los pacientes.

Los resultados de las investigaciones realizadas hasta la fecha no son del todo concluyentes en cuanto a algunas de estas variables.

Marco teórico

Los primeros programas de medicina familiar se desarrollaron en México en la década de los setenta. Este país tiene el honor de haber organizado el primero de los programas de medicina familiar de América Latina, en el Instituto Mexicano de los Seguros Sociales (IMSS); una vez creado el servicio para el público, el IMSS tuvo la necesidad de organizar su propio programa educativo para formar el recurso humano que necesitaba en esta especialidad. El programa logró rápidamente el reconocimiento de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que en 1975 crea el Departamento de Medicina Familiar, primero en ese país y en la región, que recientemente celebró sus 30 años de existencia. ⁽²⁰⁾

En esa misma década se establecen también servicios de medicina familiar en Panamá y Bolivia, acompañados de los respectivos programas formativos; cabe destacar que Bolivia tenía entonces un convenio de cooperación con el seguro social mexicano que le prestó su ayuda para este propósito. Después de los primeros tanteos, el desarrollo más pujante en la región comienza a partir de la creación del Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF) en 1981. ⁽²⁰⁾

Unos pocos datos sobre lo realizado en la década de los años ochenta dan una idea de la magnitud del proceso: en ese período se crearon residencias de medicina familiar en 13 países de América Latina, se fundaron sociedades nacionales de medicina familiar, se organizaron reuniones internacionales de las incipientes sociedades y se realizaron otras reuniones con autoridades de salud; además, se concretaron actividades de intercambio de residentes y docentes. ⁽²⁰⁾

Al comenzar la década de los ochenta había medicina familiar en 3 países (México, Panamá y Bolivia) con un total de 21 programas (denominamos «Programa de Medicina Familiar» a una organización que ofrece servicios de atención primaria atendido por médicos de la especialidad y que además tiene un programa educativo de posgrado, del tipo residencia médica, en el que se forman médicos de familia). Diez años después, en 1990, los países con medicina familiar eran 18: Argentina, Bolivia, Brasil,

Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, República Dominicana, Ecuador, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela, y reunían un total de 160 programas. «Este éxito puede ser atribuido a la confluencia de varios factores, como la promoción de la atención primaria de salud por las organizaciones internacionales como OMS, OPS; la mayor conciencia de los gobiernos latinoamericanos sobre la necesidad de desarrollar sistemas eficientes y costo efectivos que ofrecieran buenos servicios de salud a sus poblaciones; la influencia de líderes que habían tomado el estandarte de la medicina familiar como factor de calidad y excelencia de la atención primaria, entre los que pueden mencionarse a José Narro en México, Pedro Iturbe en Venezuela, Tomas Owens en Panamá, Cosme Ordóñez en Cuba y Julio Ceitlin en Argentina.⁽²⁰⁾

El desarrollo de la especialidad en Canadá y Estados Unidos sirvió como estímulo adicional a este proceso, vinculada desde hace cinco siglos a la cultura hispánica, no es de extrañar que, tras la entrada de España al movimiento de medicina familiar, se produjeran influencias recíprocas con América Latina, principalmente a través del CIMF, donde el grupo español desempeñó un importante papel.

La última década del siglo XX trajo de la mano dos fenómenos de enorme influencia sobre los sistemas de salud y, por ende, sobre la atención primaria: la reforma de los sistemas de salud, impulsada por los organismos internacionales y el concepto de medicina gerencial o gestionada, todo esto en un marco signado por la globalización. Para entender mejor este fenómeno es importante destacar que, en esa década, el liderazgo internacional del movimiento de reforma lo tuvieron los entes financieros, Banco Mundial, BID, por encima de los organismos específicos de salud, OMS, OPS.⁽²⁰⁾

Así, se pusieron en boga conceptos tales como los servicios de salud como mercancía y se impulsó el de la función del médico de familia como barrera o portero del sistema de salud, cuya misión es limitar el acceso de

los pacientes a niveles más complejos del sistema, con el objeto de bajar costos.

Nada más injusto, porque ese concepto nunca fue sostenido por los fundadores de la medicina familiar, quienes concebían al médico de familia como facilitador, coordinador, orientador y cuidador de sus pacientes aun en los niveles más complejos del sistema.

En la década de los noventa, la atención primaria de salud de América Latina no sólo recibió la influencia de los cambios demográficos y epidemiológicos que ya venían haciendo lo suyo, sino también los embates de los conceptos procedentes de la globalización.

Aunque el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud no tuvo oposición oficial, en la práctica careció de apoyo real por falta de claras decisiones políticas; ningún gobierno de América Latina dictó una resolución parecida al Real Decreto de 1978 (en España) disponiendo que: El médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad. A diferencia de lo ocurrido en los países desarrollados, en los cuales la crisis se produjo con posterioridad a un gran desarrollo de la atención primaria/medicina familiar, en la mayoría de los países de América Latina la atención primaria presenta una crisis desde fines de la década de los noventa, aun antes de haberse desarrollado plenamente.

Algunos eventos que sucedieron en esa década constituyen verdaderos contra movimientos: ⁽²⁰⁾

1. En noviembre de 1994 se realizó la Conferencia sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud de las Américas organizado por WONCA/OMS, en London, Ontario, Canadá. El documento aprobado tiene un título sugerente: «Hacer que la práctica médica sea más relevante a las necesidades de salud de la comunidad».
2. En septiembre de 1996, con el auspicio del gobierno Argentino, OPS, CIMF y WONCA, tuvo lugar en Buenos Aires una conferencia regional de líderes y expertos de las Américas, sobre «La medicina familiar en la

reforma de los servicios de salud». Fue la continuación y tuvo similar orientación a la Conferencia de Ontario. Allí se aprobó la Declaración de Buenos Aires, cuyas recomendaciones más importantes siguen vigentes:

- Las escuelas y facultades de medicina deben implementar procesos de inserción de la medicina familiar dentro de los planes curriculares del pregrado, que permitan al alumno un contacto temprano, gradual y continuo con los principios universales y las modalidades de práctica de esta disciplina.
- Con base en sus características particulares, cada país debe desarrollar modelos integrales de atención a la salud, que permitan utilizar de manera óptima los principios y las ventajas de la práctica de la medicina familiar, convirtiéndola en la vía de entrada a los servicios de salud.

Ya en este siglo, la Resolución de los Ministros de Salud de las Américas aprobada en septiembre del año 2005 constituye un reconocimiento franco del deficiente estado de la atención primaria de salud en esta región.⁽²⁰⁾

En dicha reunión se decidió solicitar a los Estados miembros que:

1. Hagan esfuerzos para que el desarrollo de la atención primaria cuente con los recursos necesarios que aseguren su contribución a la reducción de las desigualdades en salud.
2. Renueven su compromiso con el fortalecimiento a largo plazo de las capacidades en lo que respecta a los recursos humanos requeridos para la atención primaria de salud.
3. Reconozcan el potencial de la atención primaria de salud para llevar a cabo una reorientación de los servicios con criterio de promoción de la salud.
4. Promuevan el mantenimiento y el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en la atención primaria de salud.

5. Respalden la participación activa de las comunidades locales en la atención primaria de salud.

Como se ve, un cuarto de siglo no había sido suficiente para alcanzar las metas originales planteadas en Alma Ata y, según algunos autores, la situación había empeorado por lo menos en cuanto a accesibilidad y equidad en la utilización de los servicios de salud. ⁽²⁰⁾

Aunque el panorama general de la atención primaria y la medicina familiar en América Latina es carencial e insatisfactorio, pueden mencionarse algunas realizaciones valiosas: el logro de estatus universitario para la disciplina, los programas de conversión de médicos generales, la creación de una entidad para impulsar la investigación en medicina familiar, y la difusión de los principios e instrumentos de la medicina familiar entre otros especialistas.

Si repasamos la secuencia estratégica utilizada en la región para desarrollar la medicina familiar se observa lo siguiente: primero, la creación de servicios de atención primaria con características de medicina familiar (modelo asistencial); a continuación, organización en esos servicios de programas educativos de posgrado para entrenar a médicos de familia (modelo docente); a medida que se formaban los médicos de familia, constitución de las asociaciones profesionales respectivas (modelo profesional) e incorporación como docentes a los programas educativos de los que habían salido. ⁽²⁰⁾

Bastante más tarde se produce la inclusión de la disciplina en la Universidad, en el currículum de grado, en posgrado o en ambos (modelo universitario). ⁽²⁰⁾

El destino de la medicina familiar y, a nuestro entender, el de la atención primaria de buena calidad depende de la existencia de médicos de familia bien formados; su número y su distribución definirán la mayor o menor cobertura poblacional. Todo esto depende de decisiones políticas claras, como las que ha habido en los casos de México, Cuba y España, para citar un ejemplo extra continental. ⁽²⁰⁾

Sin embargo, alcanzar grados de desarrollo satisfactorio no asegura la permanencia del modelo, como lo demuestran las crisis de la medicina familiar y la atención primaria en el Reino Unido, España, Estados Unidos y Canadá. ⁽²⁰⁾

El futuro de la medicina familiar en América Latina es una historia que empezamos a escribir cada día. Elementos principales de ese desarrollo son: decisiones políticas de salud, inserción universitaria, difusión del rol de los médicos de familia en el sistema y la sociedad, exposición de otros especialistas a los principios e instrumentos de la medicina familiar, reconversión de médicos que trabajan en atención primaria a médicos de familia, y fomento de la investigación en atención primaria/medicina familiar con formación de investigadores en este campo. ⁽²⁰⁾

Los responsables a partir de ahora son los médicos familiares, las sociedades que los agrupan y el público, sus pacientes. ⁽²⁰⁾

La medicina familiar se inició en el Ecuador en el año 1987, como un programa de posgrado en la Universidad Católica de Cuenca en convenio con el Hospital Vozandes Quito.

Los médicos que ejercen la medicina familiar se consideran especialistas pero, hasta el momento, las especialidades tradicionales tienen dificultades para aceptar esta nueva especialidad en el país.

Los programas que forman médicos especialistas en medicina familiar duran 3 años, bajo la modalidad de residencia médica. ⁽²⁰⁾

Reforma de la Salud en Ecuador

El inicio del gobierno de Correa se encuentra con un sector salud que presenta las consecuencias de un prolongado deterioro producto de las políticas neoliberales de los años 90 y de la inestabilidad democrática de inicios del 2000, con la reducción progresiva del presupuesto de salud, mecanismos llamados de autogestión que implicaban cobro directo por los servicios al usuario, traspaso sin financiamiento de servicios para municipios, falta de inversión en infraestructura, en recurso humano y pérdida de rectoría, que daba como resultado baja cobertura y calidad de

los servicios públicos, con el consecuente aumento de gasto de bolsillo, que afectó principalmente a la población más pobre. ⁽²¹⁾

La intervención en el sector Salud implicaba, entonces, el rescate de una institución en profunda crisis, que ha requerido dos condiciones indispensables: un enorme esfuerzo fiscal para tratar de cerrar las brechas de calidad y accesibilidad en la atención, y gran firmeza política para recuperar la gobernabilidad del sector, reformando los marcos normativos e institucionales para rescatar la autoridad sanitaria del Estado y particularmente del Ministerio de Salud Pública (MSP).

La enorme inversión ha significado la adecuación, ampliación y renovación integral de toda la red hospitalaria en su infraestructura y equipamiento, así como el proceso de construcción de 18 nuevos hospitales, de los cuales 6 se finalizaron en el 2013.

El Estado ecuatoriano ha entregado más de 2750 becas para los diferentes profesionales de salud.

Una de las mayores preocupaciones en la reforma ha sido enfrentar el deterioro del recurso humano en la red pública, pero principalmente en el MSP.

Deterioro caracterizado por grandes brechas en el número de profesionales necesarios, en todos los niveles del sistema, bajos salarios y ausencia de estabilidad laboral.

Uno de los aspectos priorizados ha sido la formación del recurso humano. Cabe destacar la existencia al momento en formación de 1673 Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS). ⁽²¹⁾

Sistema basado en Atención Primaria en Salud: priorizar Promoción y Prevención

Si bien en un primer momento el cierre de brechas se enfocó en el ámbito hospitalario, siempre fue claro que la consolidación del SNS tiene que sustentarse en la APS. Por ello, la reorientación de la inversión pública en la infraestructura y el recurso humano de los servicios de salud hacia el primer nivel. Una parte significativa de la inversión en talento humano está orientada a fortalecer los equipos para el primer nivel de atención.

Por un lado, la formación de los TAPS, que serán parte del equipo de primer nivel y cuya perfil técnico es para el trabajo de prevención y promoción, no para lo curativo. En el proceso de adscripción territorial y poblacional del primer nivel, se tiene previsto dos TAPS por cada equipo de salud. ⁽²¹⁾ Por otra parte, estaba previsto que hasta el 2017 todos los profesionales obtengan la especialidad de salud familiar y comunitaria.

En el caso del posgrado de medicina familiar y comunitaria su objetivo es elevar la capacidad resolutive clínica del médico de primer nivel, en el marco del modelo de atención integral de salud (MAIS). ⁽²¹⁾

Para la implementación del posgrado, el MSP trabajó con ocho facultades de medicina a nivel nacional y, por primera vez en el país, se estructuró un currículo único basado en la necesidad de la red pública.

En el Ecuador con el fortalecimiento del I Nivel y la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud se creó la constitución de los Equipos Básicos de Salud los cuales están conformados por un médico, un odontólogo y una enfermera, que trabajan los ejes de promoción, prevención y curación y tiene un enfoque familiar, comunitario e intercultural, pero con un déficit importante de personal para completar todos los equipos que necesita el país. ⁽²¹⁾

Uno de los objetivos de la presencia de la cooperación cubana en Ecuador es apoyar al MAIS, y participar en la formación de un médico especialista en Medicina Familiar Comunitaria y de un Técnico de Atención Primaria de Salud, para lo cual dispone de un grupo de profesionales todos con categoría docente y en tal sentido, atendiendo a la experiencia existente en nuestro país, se propone implementar un grupo básico de trabajo de nuevo tipo que aporte las competencias necesarias para brindar una óptima atención. ⁽²¹⁾

Análisis Problema de Satisfacción

Existen dos **sistemas básicos para la medición de satisfacción**: el sistema de quejas y reclamos y el sistema de encuestas: ⁽²²⁾

1. Sistema de quejas y reclamos: la clave está en la solución dada al usuario. Dos aspectos son importantes:

El tratamiento de los reclamos: generalmente mediante la recolección de datos y el manual de procedimientos.

La gestión de quejas: incluyendo la comunicación a unidades que pueden dar soluciones, carta de respuesta al reclamante, solución y registro de reclamos.

2. Sistema de encuestas: se aconseja respetar las siguientes cinco etapas: ⁽²²⁾

Etapa 1: determinación de las dimensiones que conforman el concepto de calidad de los usuarios.

Etapa 2: seleccionar una escala de medición, que puede ser métrica (promedios) o no métrica (porcentajes, moda):

Escalas nominales

Implican la presencia o ausencia de atributos: En este tipo pueden incluirse también las escalas **tipo checklist** con respuestas si no, y por tanto son de tipo no métrica.

Escalas ordinales

Escala de Thurstone: constituida por el método de los intervalos de igual aparición. La escala se construye mediante un procedimiento de juicio, asignando un valor en la escala a cada una de las aproximadamente 20 afirmaciones. Y es precisamente en el recurso a jueces donde radica su principal desventaja.

Escalas de intervalos: con categorías

Escala de Likert o método de las clasificaciones sumadas: mide el grado de acuerdo o desacuerdo respecto a una afirmación. No necesita recurrir

a jueces, ya que supone que un investigador podría emitir juicios a priori respecto a si una amplia serie de ítems es favorable o desfavorable a una actitud. Una vez clasificadas, las declaraciones se distribuyen entre un grupo de sujetos que indican su grado de acuerdo con ellas. Se permiten cinco respuestas alternativas. Se suman las clasificaciones que cada individuo hace de las declaraciones para sacar una clasificación única, representativa, de allí el término clasificaciones sumadas. ⁽²²⁾

Escala de Osgood: el diferencial semántico. Es una de las mediciones de actitud de uso más difundido en la actualidad. El procedimiento es muy simple: un concepto es evaluado sobre una amplia cantidad de escalas de adjetivos bipolares con siete categorías y un punto medio de neutralidad. Se presenta al sujeto el objeto de la actitud y luego se le pide que puntúe a partir de la serie de escalas bipolares de adjetivos que abarcan nueve intervalos, asignando nueve al adjetivo positivo y uno al negativo. ⁽²²⁾

Gráfico 2 Escala de Osgood: el diferencial semántico: actitudes ante el término feminista

Bueno									Malo
Desagradable									Agradable
Gratificante									Castigador

Fuente: Odiseo revista electrónica de Pedagogía, 2011.

Etapa 3: diseño del instrumento.

Etapa 4: probar el instrumento en terreno: probar el cuestionario; modificar y volver a probar; decidir la versión definitiva.

Etapa 5: medición de la satisfacción del usuario

Conducta de los usuarios para satisfacción

Se refiere a aquella actividad interna o externa del individuo o grupo de individuos dirigida para satisfacer sus necesidades mediante bienes o servicios. ⁽²²⁾

Las necesidades

El principal objetivo del marketing es satisfacer las necesidades de los consumidores con el fin de conseguir, por su intermedio, beneficios para las empresas, por lo cual, es imperativo que todo hombre de marketing conozca profundamente este concepto. Además, es importante saber cuál es la diferencia entre conceptos como carencia y necesidad. ⁽²²⁾

La falta de algo es la **carencia**, pero sólo cuando existe determinado nivel de carencia, ésta estimula al organismo a reconocerla. Este reconocimiento de la carencia es la **necesidad**.

La mayoría de las propuestas de clasificaciones de las necesidades giran alrededor de una diferencia básica entre necesidades de tipo fisiológico o primarias, y necesidades estimuladas socialmente o secundarias.

Una de las clasificaciones más conocida, es la de **Abraham Maslow** (1952), uno de los autores que más ha estudiado el tema de necesidades y motivación. El sostiene que las necesidades primarias o fisiológicas son aquellas que si no se satisfacen harán peligrar la vida del individuo o de la especie (válido esto último para la necesidad).

Uno de los retos que afronta toda institución que presta asistencia a la población está relacionado con la mejoría de la calidad de sus servicios.

La satisfacción de los usuarios es crucial en la prestación de servicios, por esto en muchos países se mide en forma rutinaria, es por ende indispensable evaluar comparativamente los modelos de prestación existentes en lo local. ⁽²²⁾

En particular, se han intensificado estudios en el área de salud, con mayor notoriedad a nivel mundial, debido a que en los últimos años se dieron a conocer numerosas quejas sobre mala praxis y maltratos en los diferentes establecimientos de salud, y como consecuencia se deteriora la imagen institucional y del personal que labora en dicho lugar. ⁽²²⁾

En consecuencia, se pone en tela de juicio la calidad de atención que se brinda en las instituciones de salud del MSP. Al evaluar la satisfacción como indicador de las prestaciones se deben establecer la percepción de la calidad atención, encontrar pacientes satisfechos regularmente y los que no lo están.

Con estos indicadores, es necesario unificar metodologías y mejorar la atención médica, especialmente para poder realizar análisis más detallados y brindar un resultado veraz que confiriera evidencia de que la satisfacción del paciente es un indicador del cumplimiento adecuado de los servicios de salud, a través del cual se podrá implementar metodologías de mejoramiento en los modelos investigados.

No es posible un cambio del paradigma satisfacción y calidad de atención, sin recursos preparados para realizar todas las actividades inherentes a la satisfacción, por tanto el problema científico gira alrededor de la observancia de los sistemas que garanticen una evaluación adecuada de la atención. Abraham Maslow diseñó una teoría psicológica sobre la motivación humana que explicó mediante una jerarquía de necesidades o motivaciones que afectan a todos los sujetos y que organizó estructuralmente como una pirámide. ⁽²²⁾

Gráfico 3 Pirámide de Maslow



Fuente Maslow, A. (2012). Pirámide de Maslow.

Esta pirámide consta de cinco niveles que explican el comportamiento humano. En la parte más baja de la pirámide se sitúan las necesidades prioritarias para la supervivencia y en la parte más alta se sitúa las de menor importancia para la supervivencia pero de mayor trascendencia para el desarrollo personal, afectivo y emocional.

Para Maslow existe un orden de prioridad en las necesidades, de manera que se satisfacen primero las necesidades más básicas y a partir de ahí, ir generando necesidades más complejas.

Solo pueden satisfacerse los niveles superiores de la pirámide cuando los niveles inferiores han sido satisfechos. ⁽²²⁾

Como ejemplo podemos ver que es lo que ocurre cuando estamos enfermos que manifestamos una desmotivación general por cosas que en otros momentos nos interesan. También experimentamos falta de motivación cuando tenemos hambre, o la falta de desmotivación que tiene en clase un niño que se siente inseguro y tiene baja autoestima. En todos estos casos existe una necesidad básica no satisfecha que impide que las personas puedan centrarse en cubrir cualquier otra necesidad de rango superior. ⁽²²⁾

De acuerdo con la pirámide de Maslow, las cinco necesidades comenzando por la base de la pirámide son:

1. Necesidades fisiológicas

Son la primera prioridad del sujeto, son innatas y están relacionadas con la supervivencia. En esta categoría entraría la comida, bebida, sexo, dormir, eliminar desechos, mantener la temperatura corporal, respirar, etc. De estas necesidades depende la supervivencia del individuo y deben ser las primeras en satisfacerse. ⁽²²⁾

2. Necesidad de seguridad

Tendencia a sentirse seguro y protegido frente a situaciones de peligro físico y/o psicológico. Su objetivo es la protección contra el peligro, amenazas, privaciones, etc. Esta necesidad prevalece sobre los bienes materiales o la propiedad privada (si una persona es amenazada físicamente mientras saca dinero del cajero, lo más probable es que le dé el dinero al atracador sin preocuparse de la pérdida económica puesto que el objetivo sería proteger su integridad física).

Una vez satisfechas las necesidades fisiológicas y de seguridad aparecen otras necesidades más complejas. ⁽²²⁾

3. Necesidad de afiliación

Desarrollo afectivo y de interacción entre las personas, con la necesidad de amistad, afecto y aceptación social.

El ser humano tiene una tendencia natural a agruparse, siente la necesidad de pertenecer a distintos grupos. Cuando esta necesidad no se cubre (no recibir afecto, dificultades en la comunicación con otras personas de alrededor, no estar integrado en ningún grupo, etc.) estas personas desarrollarán a corto o medio plazo problemas psicológicos. ⁽²²⁾

4. Necesidad de estima o reconocimiento

Necesidad de todo ser humano de sentirse valorado por sí mismo y por los demás. Cuando estas necesidades están cubiertas el sujeto se siente seguro de sí mismo, mientras que si no están cubiertas el sujeto sufre desajustes que se expresan en sentimientos de inferioridad, inestabilidad emocional, depresión, etc. ⁽²²⁾

5. Necesidad de autorrealización

Para Maslow es el ideal al que todo ser humano desea llegar. Su objetivo es desarrollar todo el potencial y talento disponible y progresar en la vida al máximo para alcanzar la perfección o autorrealización. Cuando alcanzamos este estrato significa que el resto de necesidades están cubiertas. ⁽²²⁾

La teoría de las necesidades de Maslow tiene un uso importante en diversos ámbitos de nuestras vidas. Podemos encontrarla: ⁽²²⁾

- En el **sistema escolar**, atribuyéndole a la educación el desarrollo intelectual, social y emocional del alumno, en suma, su autorrealización.
- En **recursos humanos** de empresas. Los departamentos de RRHH se basan en un sistema motivador orientado a la cobertura de las necesidades de los trabajadores, estableciendo sistemas de mejora y ambiente laboral más allá de la mera retribución económica.

- **En el área de marketing.** Las técnicas de comunicación persiguen transmitir necesidades no cubiertas mediante productos sustitutivos. Por ejemplo spots de anuncios publicitarios de grandes marcas deportivas en la que transmiten libertad y autocontrol por el uso de sus prendas deportivas o en el caso de las necesidades de afiliación es frecuente que el producto sea presentado por algún personaje famoso y atractivo.
- **A nivel corporativo e institucional,** el desarrollo de los países y regiones está orientado a la cobertura de necesidades colectivas. Las grandes infraestructuras, la mejora en los sistemas de transporte, el diseño de zonas verdes y de ocio, son los lugares necesarios que la Administración pone a nuestra disposición para que los individuos puedan ir superando los propios niveles de la pirámide de Maslow.

Además de estos ejemplos podemos encontrar muchos más dentro del entorno económico y empresarial y debemos tener presente siempre, que la psicología de los individuos es la que los mueve a realizar o no determinadas acciones. ⁽²²⁾

Teoría de Alderfer (Teoría ERC)

Esta teoría, postulada por Clayton Alderfer, tiene una relación estrecha con la teoría de las necesidades de Maslow. ⁽²²⁾

Alderfer propone tres grupos de necesidades primarias: Existencia (E), Relaciones (R) y Crecimiento (C), de ahí las siglas de su tesis.

1. **EXISTENCIA (E):** Agrupa las necesidades más básicas consideradas por Maslow como fisiológicas y de seguridad.

- Necesidades Fisiológicas: Alimentación, agua, aire.
- Necesidades de Seguridad: Empleo, sueldos (ingresos), protección física.

2. **RELACIÓN (R):** Estas necesidades requieren, para su satisfacción, de la interacción con otras personas, comprendiendo la necesidad social y el componente externo de la clasificación de estima efectuada por Maslow.

⁽²²⁾

- Necesidades Sociales: Ser Aceptados, relacionarse con los demás.
- Necesidades de Estima: Recibir reconocimientos.

3. CRECIMIENTO (C): Representado por el de crecimiento interno de las personas. Incluyen el componente interno de la clasificación de estima y la de autorrealización. ⁽²²⁾

Necesidades de Estima: Deseo de tener una imagen positiva de sí mismo.

Necesidad de autorrealización: Satisfacción alcanzada por el cumplimiento de las aspiraciones, de los sueños. ⁽²²⁾

Gráfico 4 Modelo E-R-C de Alderfer



Fuente: Raia Diplomática 2012

Diferencias con la Pirámide de Maslow

La teoría ERG representa una forma distinta de agrupar las necesidades consideradas por Maslow, y se distingue de la teoría de este último en los siguientes aspectos: ⁽²²⁾

La Teoría ERC no considera una estructura rígida de necesidades, en donde debe seguirse un orden correlativo para su satisfacción; en contraposición a Maslow, quien considera que las personas permanecen en un determinado nivel de necesidades hasta tanto sean satisfechas, esta teoría considera que si el individuo no logra satisfacer una necesidad de orden superior aparece una necesidad de orden inferior (frustración-regresión). ⁽²³⁾

Pueden operar al mismo tiempo varias necesidades. Variables como la educación, los antecedentes familiares y el ambiente cultural, pueden alterar la fuerza de impulso que un grupo de necesidades posee para un individuo en particular ⁽²³⁾

Instrumentos previos de investigación en la satisfacción de los usuarios de salud.

Los Instrumentos más aceptados para la medición de la calidad desde la perspectiva del paciente son: ⁽²⁴⁾

- Modelo de Calidad de la Atención Médica de Avedis Donabedian
- Sasser, Olsen y Wyckoff
- Gronross
- Servqual
- Servqhos

Modelo de Calidad de la Atención Médica de Avedis Donabedian

Un modelo citado en la literatura científica para los servicios de salud es la propuesta del médico Avedis Donabedian, quien en 1966 establece las dimensiones de estructura, proceso y resultado y sus indicadores para evaluarla. Para esta época, la relación entre métodos de proceso y resultado, así como la sistematización de los criterios, genera reflexiones importantes sobre la responsabilidad en la mejora de la calidad en dicho servicio. ⁽²⁴⁾

- Indicadores de estructura.** Son todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.
- Indicadores de proceso.** Se refieren a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo.

- c) **Los indicadores de resultado.** Referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad. ⁽²⁴⁾

El Instrumento de Sasser, Olsen y Wyckoff

El instrumento sasser, Olsen y Wyckoff (1978) se basa en la hipótesis de que el cliente traduce sus expectativas en atributos ligados tanto al servicio base (el porqué de la existencia de la institución) como a los servicios periférico. ⁽²⁵⁾

Para evaluar la calidad de servicio puede optar por los siguientes planteamientos:

1. Seleccionar un único atributo de referencia (el que para el cliente tenga un peso específico mayor que el resto de atributos del servicio).
2. Seleccionar un único determinante con la condición de que el resto de los atributos alcancen un mínimo de satisfacción.
3. Considerar el conjunto de atributos según un instrumento compensatorio (es decir, que el cliente aceptara tener menos cantidad de unos atributos a cambio de una mayor cantidad de otros atributos).

El usuario traduce sus expectativas en atributos ligados tanto al servicio base (servicio que es la razón de la existencia de la institución) como a los servicios periféricos. En tal sentido, para evaluar la calidad del servicio el usuario puede optar por una de las siguientes alternativas:

- Seleccionar un indicador único de referencia. El que el usuario considere más importante, asignándole mayor peso específico. Si un paciente acude a un establecimiento con un cólico renal que le produce intenso dolor, su principal expectativa será el alivio del dolor.
- Seleccionar un atributo determinante con la condición de que el resto de atributos alcancen un mínimo de satisfacción. Un paciente con la

misma dolencia que el anterior, podía tener como expectativas el alivio del dolor, pero además esperaba recibir un trato amable, que el local esté limpio y ordenado. La limitación de este instrumento es que considera solamente los atributos del servicio además de que la evolución por parte del cliente se vuelve lenta y repetitiva al tener que evaluar todo y cada uno de los atributos del servicio. ⁽²⁵⁾

El Instrumento de Gronross:

El instrumento de Gronross (1984) propone tres factores que determinan la calidad de un servicio: ⁽²⁵⁾

- **La Calidad Técnica:** que puede ser un enfoque objetivo del usuario. Su aparición se basa en las características inherentes al servicio (Horario de apertura, rapidez de paso por caja, etc.) es el resultado del proceso de prestación del servicio, es lo que los clientes reciben, que se ofrecen en el servicio, la calidad del servicio ofrecido, tiene mayor criterio objetivo, por lo tanto menor dificultad de evaluación por los clientes.
- **Calidad Funcional:** (también conocida como Calidad relacional), que resulta de la forma en que se presta el servicio al usuario (Comportamiento de los empleados). La calidad funcional o aspectos con el proceso, cómo se sería la calidad de prestación del servicio, experiencia del cliente con el proceso del servicio prestado y el consumo se refiere a como se presta el servicio.

Está relacionada directamente con la interacción del cliente con el personal del servicio, es la relación cliente - empleado.

- La percepción del usuario en relación a la institución: basada en sus anteriores experiencias (es resultante de los factores anteriores). La percepción del usuario o imagen corporativa, se relaciona con la imagen del servicio formada a partir de que el cliente percibe el servicio, constituida a partir de la calidad técnica y funcional, de gran importancia a la hora de entender la imagen de la institución. Sirve de filtro entre expectativas y percepciones. ⁽²⁵⁾

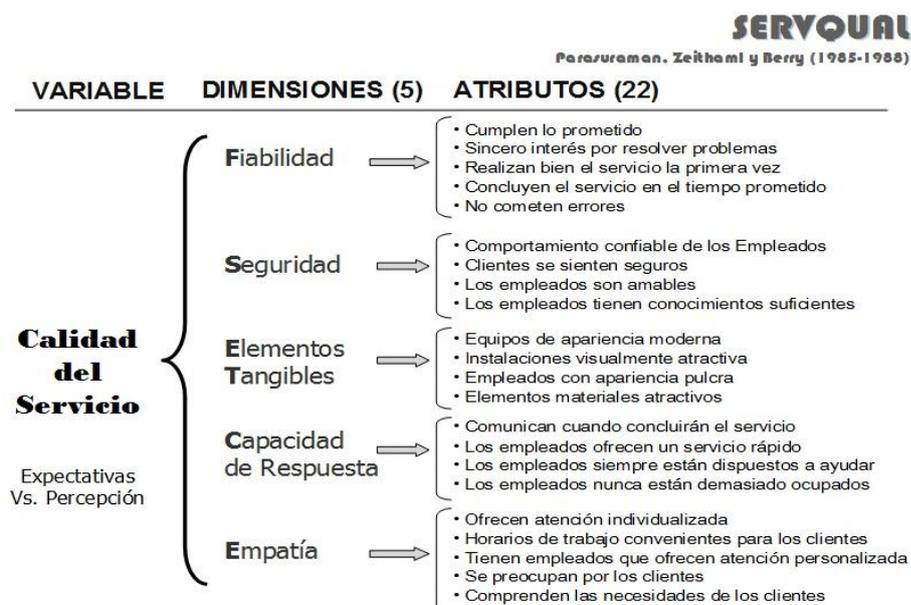
Según este instrumento, **Gronross** sugiere que la calidad funcional es más determinante que la calidad técnica y que el encuentro entre el prestatario del servicio y el usuario constituye el fundamento de la calidad. En síntesis, la calidad de servicio tiene como valor predominante la satisfacción del usuario y se definiría como la minimización de la distancia entre las expectativas del usuario con respecto al servicio y la percepción de este posterior a su utilización.

La limitación de este instrumento es que un servicio de calidad no solo engloba las actitudes de los prestadores del servicio, sino que es el conjunto de todos y cada una de las funciones de este tipo de empresas desde la limpieza hasta la cordialidad de todo el personal involucrado.

El Instrumento SERVQUAL (1985).

Los autores proponen la existencia de una calidad esperada (expectativas) y una calidad percibida (percepciones), basados en factores que implican ausencia de calidad: El primer paso (y probablemente el más importante) para la presentación de servicios de calidad es conocer las expectativas de los usuarios externos. ⁽²⁵⁾(Anexo 3)

Gráfico 5 Evaluación de las expectativas del usuario. Instrumento SERVQUAL



Fuente: <http://calite-revista.umh.es/indep/web/default.asp?check=1> instrumentos de calidadss

SERVQUAL es una herramienta para la medición de la calidad del servicio desarrollada por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry, con el auspicio del Marketing Science Institute en 1988. Ha experimentado mejoras y revisiones y ha sido validada en América Latina por Michelsen Consulting, con el apoyo del nuevo Instituto Latinoamericano de Calidad en los Servicios. El Estudio de Validación concluyó en Junio de 1992. Es uno de los Instrumentos más utilizados en el sector servicios para evaluar el nivel de calidad percibida por los clientes. Es uno de los instrumentos más citados en la literatura sobre Calidad y el que mayor atención ha recibido por parte de autores de muy distintas disciplinas. Su estructura de 44 ítems, divididos en dos escalas de 22 ítems cada una, evalúa, por un lado, las expectativas sobre el servicio ideal y, por otro, las percepciones de los clientes del servicio que han recibido. SERVQUAL se basa en la idea de que la calidad vista por el cliente es el resultado de la diferencia entre expectativas y percepciones, el denominado "paradigma de la desconfirmación" que hasta la fecha es la teoría con mayor solidez. ⁽²⁵⁾

Percepción del Cliente: La percepción del cliente o usuario se refiere a como éste estima que la organización está cumpliendo con la entrega del servicio, de acuerdo a como él valora lo que recibe. ⁽²⁵⁾

Expectativas del Cliente: Las expectativas del cliente definen lo que espera que sea el servicio que entrega la organización. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, comunicación de boca a boca e información externa. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el cliente emite un juicio. La diferencia que existe entre percepción y expectativas, establece según este instrumento, la medición de calidad. Como las necesidades son dinámicas y dependen de un conjunto de factores internos y externos, en definitiva esta medición expone el déficit de calidad de servicio, indicando ciertas dimensiones en las cuales la organización debe trabajar. ⁽²⁵⁾

Como esta herramienta considera también las opiniones de los clientes respecto de la importancia relativa de las cualidades del servicio, SERVQUAL resulta útil para conocer:

- Una calificación global de la calidad del establecimiento.
- Lo que desean los clientes de la organización (Beneficios Ideales).
- Lo que perciben encontrar los clientes (Beneficios Descriptivos).
- Las brechas de insatisfacción específicas.
- El orden de los vacíos de calidad, desde el más grave y urgente hasta el menos grave.

Desde que fue creada hasta ahora, este instrumento ha sido aplicada a diversas organizaciones sociales, tanto públicas como privadas y desde entidades gubernamentales, educacionales, de salud, de administración comunal, hasta empresas de los más diversos sectores de actividad económica. Esta diversidad ha permitido su revisión y validación como instrumento de medición de calidad de servicio, incorporando constantes mejoras. En la actualidad, la escala consta de cinco dimensiones que se utilizan para juzgar la calidad de los servicios de una organización:

En base a las cinco dimensiones mencionadas se estructuran tres instrumentos de medición, que en conjunto entregan una medida de la calidad de servicio para el cliente. ⁽²⁵⁾

- **Evaluación de expectativas de calidad de servicios:** El instrumento utilizado en esta fase del estudio es un cuestionario que contiene 21 preguntas respecto al servicio que se espera brinde una compañía de servicio excelente. Las preguntas están redactadas de manera general para aplicarse a cualquier institución; por tal motivo, para cada situación específica es necesario adaptar los enunciados a las características específicas

de la organización en la que se va aplicar. Las preguntas se agrupan en las cinco dimensiones descritas. ⁽²⁵⁾

- **Evaluación de la preponderancia de las dimensiones de calidad:** Esta fase del estudio consiste en un cuestionario en el cual los clientes expresan la importancia relativa que tiene para ellos cada una de las cinco dimensiones de servicio. ⁽²⁵⁾
- **Evaluación de la percepción de calidad de servicios:** Se solicita a los clientes responder un cuestionario que indica sus percepciones específicas respecto al servicio brindado por la organización en estudio. Básicamente, los enunciados son los mismos que en la fase 1, pero aplicados a la organización en estudio. Sin embargo, pese al gran interés que ha despertado este instrumento, no está exento de ciertos problemas metodológicos.

Por ejemplo: no se ha podido corroborar la estructura de cinco factores sugerida por sus autores; la escala de expectativas no ha demostrado suficiente validez predictiva, la versión ponderada no ha supuesto ventaja metodológica alguna y se ha demostrado que la escala de percepciones parece reunir mayor validez discriminante y mayor capacidad predictiva que la puntualización SERVQUAL, calculada a partir de la diferencia entre expectativas y percepciones. Siendo conscientes de estos problemas, los propios Parasuraman, Zeithaml y Berry han sugerido diferentes alternativas a su cuestionario SERVQUAL con la intención de superar las principales críticas. En esta línea, rediseñaron su cuestionario y sugirieron una forma alternativa de respuesta combinando expectativas y percepciones en una misma escala. SERVQUAL no sólo se puede utilizar para evaluar la calidad de una determinada empresa a lo largo de cada una de las cinco dimensiones de servicio por un promedio de los puntajes de diferencia sobre los temas que componen la dimensión, pero también puede proporcionar una medida global de la calidad del

servicio en la forma de una puntuación media de las cinco dimensiones. ⁽²⁵⁾

El Instrumento SERVQHOS (1998)

SERVQHOS es un cuestionario desarrollado en 1998 y que, inicialmente, fue utilizado en hospitales del Servicio Valenciano de Salud. Posteriormente, fue adoptado por el INSALUD para su red de hospitales. Este cuestionario se desarrolló a partir del conocido cuestionario SERVQUAL, adaptando su estructura y contenidos a la realidad de los hospitales españoles merced a una beca de investigación del Fondo de Investigaciones Sanitarias. ⁽²⁵⁾

SERVQHOS, una adaptación al ámbito hospitalario español de la encuesta SERVQUAL (un reconocido instrumento para medir la calidad asistencial percibida en el ámbito empresarial).

Se basa en el paradigma de la confirmación de expectativas y puede ayudar a conocer la opinión de los pacientes sobre las atenciones sanitarias que recibe en el hospital. ⁽²⁵⁾

Está diseñado a partir de la teoría de la discrepancia entre expectativas y percepciones y ha sido utilizado para estimar la calidad percibida. Consta de 19 ítems que se responden en una escala de cinco pasos (mucho peor de lo que esperaba a mucho mejor de lo que esperaba). ⁽²⁵⁾

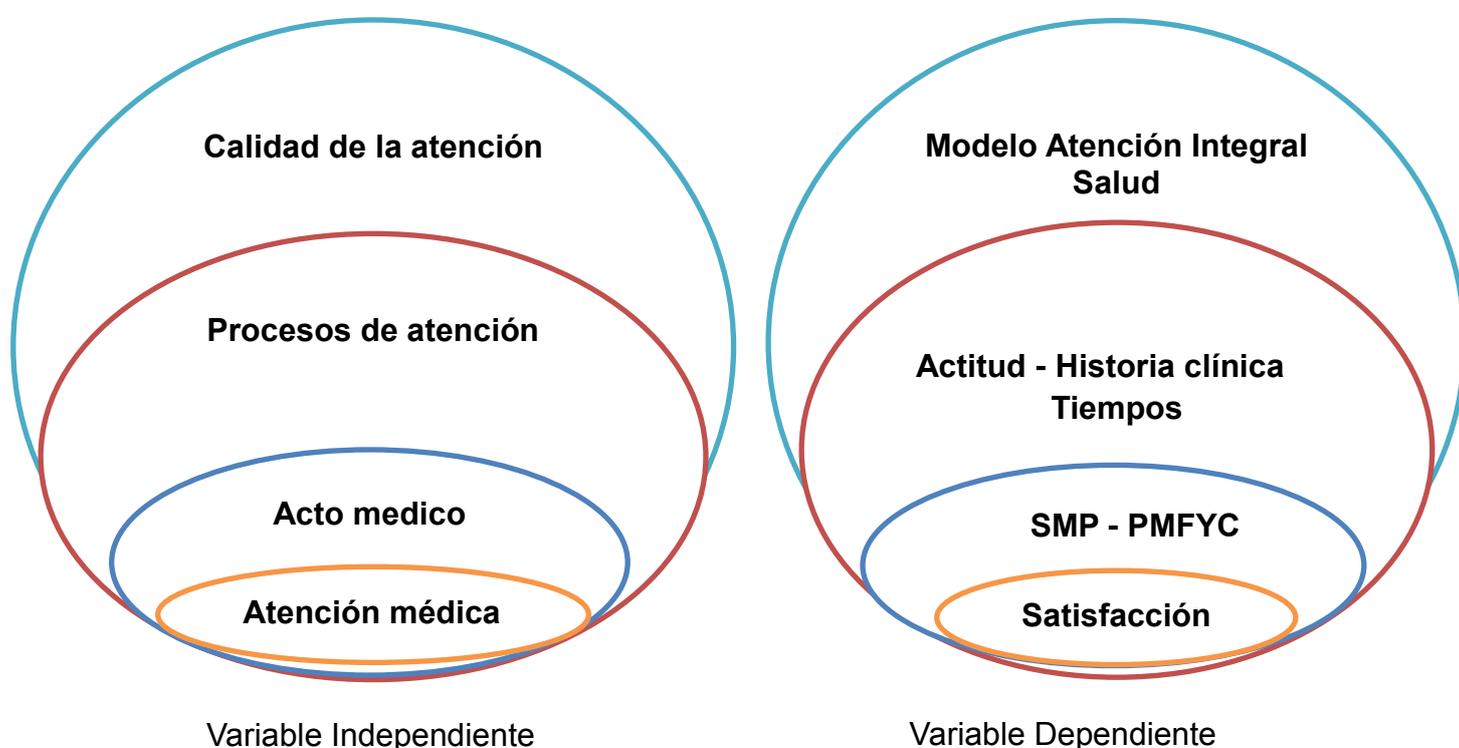
Construcción de los instrumentos

Encuesta de Satisfacción de la atención médica de salud de Ecuador SATAME.

El presente documento presenta una propuesta de encuesta para conocer la satisfacción de los usuarios de las unidades de atención primaria de salud de Cotopaxi. Es importante anotar que este instrumento puede ser adecuado al contexto específico de cada región en el Ecuador.

Los resultados de esta encuesta de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, pueden ser complementados y profundizados haciendo uso de metodologías cualitativas en aquellas áreas o aspectos que sean motivo de mayor insatisfacción para el usuario, de tal manera que las propuestas de mejora respondan a situaciones reales y al mejor entendimiento de las necesidades de los usuarios e impacten positivamente en la calidad de los servicios de salud. (ANEXO 4)

2.5. Categorías Fundamentales



Elaborado por: William Mayorga 2016

2.6. Hipótesis de trabajo.

Existen diferencias en el grado de satisfacción del usuario con la atención brindada por los médicos de las unidades de Cotopaxi 2015 – 2016.

2.7. Señalamiento de variables de la hipótesis

Variable Independiente

Atención brindada por los médicos

Variable Dependiente

Satisfacción de los usuarios

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de investigación

Es una investigación que tiene un enfoque metodológico cualitativo y cuantitativo

3.2. Modalidad básica de la investigación

Se trata de una investigación de campo

3.3. Nivel de investigación

La investigación fue de tipo observacional, descriptivo, basada en un diseño transversal de período.

3.4. Población y muestra

El universo de estudio constituye la población de cada una de las unidades de salud donde se forman los posgradista de medicina familiar y comunitaria, el cual asciende a 222.633 habitantes y se desglosa como se especifica a continuación:

DISTRITO LATACUNGA. 118.317 Habitantes Ver (Anexo 7)

DISTRITO 05D04 PUJILI SAQUISILI. 57273 Habitantes Ver (Anexo 7)

DISTRITO SALCEDO 05D06 47043 Habitantes Ver (Anexo 7)

Para calcular el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la fórmula para el cálculo muestral con las siguientes restricciones: (programa Excel)

N= Población total Unidades del PGMFYC 148.141

Nivel de seguridad= 95%

Precisión= 5%

Proporción estimada= 50%

El tamaño calculado fue de 383, al que se añade 20% por posibles pérdidas, dando un tamaño final de 479 personas. Se asignaron proporcionalmente 30 encuestas a cada una de la Unidades de salud donde se forman los estudiantes del PMFYC donde se realizará la investigación, distribuyendo de forma equitativa usuarios asistidos por los estudiantes de posgrado y los médicos de la Unidad.

Criterios de inclusión.

- Personas mayores de edad de ambos sexos
- Que fue atendido él o un familiar en la unidad de salud seleccionada
- Que residan en las comunidades asignadas a la Unidad de salud en donde se desarrolla el PMFYC
- Aceptar voluntariamente participar en la investigación previo consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Tiempo de residencia menor de 6 meses

Criterios éticos

Para garantizar la confidencialidad y derechos del paciente se asignó a cada uno de ellos un código alfanumérico que permita identificar la unidad de salud.

La información fue reservada y no tuvo acceso a la misma ninguna persona ajena a la investigación, ni aún las autoridades de salud local o distrital, no se permitió que sea usada para fines ajenos a la investigación. Se explicó a los participantes en la investigación que la negativa a responder los instrumentos de la investigación no generará dificultades en la atención que se le deba prestar en la unidad por ningún profesional del servicio.

3.5. Operacionalización de las variables

Tabla 1. Variable Dependiente Satisfacción de los Usuarios dimensión sociodemográfica

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN		
		ESCALA	MEDICIÓN	INDICADORES
Edad	Cuantitativa continua	Grupo de edades	Años cumplidos	Número y porcentaje en cada categoría Edad mediana
Genero	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino o Femenino	Sexo	Cualitativa nominal dicotómica
Etnia	Cualitativa ordinal politómica	Mestizo Indígena Afroamericano Blanco	Según entidad étnica de pertenencia	Número y porcentaje en cada categoría
Escolaridad	Cualitativa nominal dicotómica	Analfabeto Básico 1ro - 10mo Bachiller 4to - 6to Técnico / tecnólogo Superior	Según escala ministerio de Educación	Número y porcentaje en cada categoría
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Empleado/a u obrero /a del estado, gobierno, municipio, Consejo Provincial, Juntas Parroquiales Empleado/a u obrero/a privado Jornalero/a o peón Patrono/a Socio/a Cuenta propia Jubilados Amas de casa	- Personas que trabajan para el estado - Personas que trabajan para empresas privadas - Personas que trabajan para empresas privadas por corto tiempo - Personas que son patronos de su negocio - Personas que son socios de un negocio - Personas que tienen negocio propio - Personas jubiladas - Personas que realizan quehaceres domésticos	Número y porcentaje en cada categoría

Elaborada por: William Mayorga Ortiz

Tabla 2. Variable independiente acto médico.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN		
		ESCALA	MEDICIÓN	INDICADORES
Trato	Cualitativa ordinal politómica	Excelente Muy Bueno bueno Regular Malo	Cordial Amable Empatía	Número y porcentaje en cada categoría
Comunicación	Cualitativa nominal dicotómica	Excelente Muy Bueno bueno Regular Malo	Lenguaje – entendimiento de la persona	Número y porcentaje en cada categoría
Información.	Cualitativa nominal dicotómica	Excelente Muy Bueno bueno Regular Malo	Información. (Indicaciones al paciente Farmacológicas y no farmacológicas. Orientación) Identifico Riesgos Le dio guía para evitarlos Respeto a creencias	Número y porcentaje en cada categoría
Médico que atiende (Denominación)	Cualitativa nominal politómica	SPM (servidor Público Ministerio) PMFYC (Posgradista Medicina Familiar y Comunitaria)	Médico tratante o contratado Rural Profesional MSP Médico residente PMFYC	Número y porcentaje en cada categoría

Elaborada por: William Mayorga Ortiz

Tabla 3. Variable independiente procesos de atención médica

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN		
		ESCALA	MEDICIÓN	INDICADORES
Saludo y actitud	Cualitativa nominal dicotómica	Excelente Muy Bueno bueno Regular Malo	Saludo presentación Despedida	Número y porcentaje en cada categoría
Resolución el Motivo de consultad	Cualitativa nominal dicotómica	Excelente Muy Bueno bueno Regular Malo	Solución motivo de búsqueda de atención	Número y porcentaje en cada categoría
Elaboración de historia clínica	Cualitativa nominal politómica	Excelente Muy Bueno bueno Regular Malo	Interrogatorio Examen físico	Número y porcentaje en cada categoría
Tiempo de espera	Cuantitativa continua	< 10 minutos 10 – 20 min 21 – 30 min > 40 minutos	Tiempo hasta la atención medica	Número y porcentaje en cada categoría Tiempo promedio

Elaborada por: William Mayorga Ortiz

Tabla 4. Variable independiente modelo de atención integral en salud.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN		
		ESCALA	MEDICIÓN	INDICADORES
Promoción Salud y Prevención	Cualitativa nominal dicotómica	Excelente Muy Bueno bueno Regular Malo	Consejerías: Peso, Salud alimentaria y dieta. Higiene. Actividad física. Vacunas Prevención de enfermedades Tabaco y alcohol Educación sexual Planificación familiar <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres • DOC mamario, Papanicolaou • Hombres • Examen próstata 	Número y porcentaje en cada categoría
Atención integral	Cualitativa nominal dicotómica	Excelente Muy Bueno bueno Regular Malo	Interés Medico en el: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente • Familia 	Número y porcentaje en cada categoría

Elaborada por: William Mayorga Ortiz

3.6. Recolección de la información

Se diseñó una encuesta que incluyó los siguientes aspectos: datos de filiación del usuario(a), características de la atención médica, y aspectos de la satisfacción frente a los servicios recibidos por parte de los médicos de la Unidad de salud. Cada encuesta tendrá impreso el instructivo para su aplicación.

El instrumento fue validado previa su aplicación definitiva mediante una prueba piloto en dos unidades de salud seleccionadas al azar por el investigador, a fin de corregir inconsistencias de la forma y contenidos de la misma.

La encuesta fue aplicada por los internos de medicina de la Universidad Técnica de Ambato en su rotación de Medicina Comunitaria. Previamente serán capacitados por el investigador y la tutora.

Se asignó un código para identificar unidad y usuario(a),

La aplicación de la encuesta se realizó a la salida de los consultorios médicos de la unidad, seleccionando a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Cada IR solicitó a los usuario(a) la firma del consentimiento informado (ANEXO 8) y aplicó la encuesta en un lugar reservado de la Unidad a fin de garantizar la confidencialidad de la información y el anonimato del (la) usuario(a).

Una vez completada la encuesta, el IR verificó que esté completa y la firma en el espacio correspondiente. Cada IR entregó las encuestas al investigador quien revisó su diligenciamiento correcto.

Se realizaron tantas encuestas como corresponda al tamaño de la muestra asignada a cada Unidad Asistencial Docente.

3.6.1. Plan de Procesamiento y análisis.

Una vez concluida la recolección de información, se asignó en una base de datos creada por el investigador en el programa EXCEL la información fue depurada y luego analizada mediante estadísticos descriptivos e inferenciales.

Los resultados se presentan mediante tablas o gráficos adecuados a cada una de las variables de la investigación.

Para las variables cualitativas se utilizó aquellos métodos de resumen que pueden ser medidas de tendencia central, como media moda mediana y para las cuantitativas las medidas de dispersión.

Con el fin de obtener la mayor cantidad y calidad de información que permitiese analizar este trabajo desde diversas ópticas, se solicitó a los pacientes su opinión sobre distintos aspectos de la satisfacción con la atención médica en unidades de formación del posgrado de medicina familiar y comunitaria, Cotopaxi 2015 - 2016.

Todos los valores están establecidos de acuerdo a la muestra calculada, se verifico el total y contabilizo todos los valores de las encuestas, los que están acordes al requerimiento de cada objetivo planteado en la investigación.

Pedimos a los encuestados que valorasen con escala de Likert para satisfacción, la cual se codifico, de la siguiente manera, 1 igual a malo, 2 igual a regular, 3 igual a bueno, 4 igual a muy bueno, 5 a excelente.

Utilizando el programa Epi Info™ 7 Versión 7, se obtuvieron los siguientes resultados para las variables

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La investigación incluyó 390 pacientes, 30 por cada unidad operativa, a los que se dividió en dos grupos de quince pacientes que recibieron atención médica por los Posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato y por médicos que para efectos de esta investigación se denominaron servidores públicos del ministerio, se lo realizó en las 13 unidades asistenciales docentes de la provincia de Cotopaxi, en el periodo 2015 - 2016.

Se recolectó la muestra por partes iguales en las 13 Unidades Asistenciales Docentes, representando el 7,69% de la muestra en cada una de ellas.

Se aplicó una encuesta a los dos grupos, con el instrumento validado por la dirección de posgrados de la Universidad Técnica de Ambato denominada SATAME.

4.1. Características sociodemográficas

4.1. 1. Edad.

La edad promedio fue de 48 años, la edad mínima fue de 18 años con una máxima de 86 años. Según resultados del análisis de frecuencia simple se observa que ocho de cada diez pacientes son adultos, quienes buscan atención como estrategia de prevención y cuidado de salud, no se incluye menores de edad en la investigación. Los adultos mayores encuestados tuvieron un porcentaje de 7,95 %, menor a la de adolescentes clasificados en este estudio en edades de 18 y 19 años. (Tabla 5).

Tabla 5 Dimensiones sociodemográficas. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.

VARABLE	Frecuencia	Por ciento
GRUPO EDAD		
Adolescentes 18 - 19	33	8,46%
Adulto 20 – 64	326	83,59%
Adulto Mayor 65 > más	31	7,95%
Total	390	100,%
GENERO		
Femenino	295	76,03
Masculino	93	23,97
Total	388	100
OCUPACIÓN		
Cuenta propia	56	14,43
Empleado/a del estado	11	2,84
Empleado/a privado	23	5,93
Jornalero/a o peón	60	15,46
Jubilado	1	0,26
No trabaja	56	14,43
Trabajador/a no remunerado Amas de casa	181	46,65
Total	388	100
ETNIA		
Blanco	5	1,28
Indígena	35	8,97
Mestizo	350	89,74
Total	390	100

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

En un estudio realizado en marzo 2014 titulado Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá ⁽²⁶⁾, la edad promedio fue de 37 años que en una interpretación correlacional se puede decir que el adulto maduro es el que más busca ayuda cubriendo así sus necesidades de salud.

Acosta L. en la investigación de análisis realizada en América Latina titulado “Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina”. La media de edad de los destinatarios fue menor a encontrada en trabajos de España y México en los cuales la media es de $46,92 \pm 17,58$ y de $40,83 \pm 21,6$ ^{(27) (28) (29)} edades semejantes a este estudio.

4.1.2. Genero

El mayor número de entrevistados en la investigación son de sexo femenino 76,03%, (Tabla 5) el predominio femenino fue explicado en una investigación por Freire Ballesteros, M, realizada en este mismo territorio, lo cual nos permite una comparación real del país. “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural (MAIS-FCI) en relación con el Nivel de Aceptación de la Población que acude al Centro de Salud Tipo C DE Lasso, en el Período Enero-Junio 2015”. Respecto al género los resultados encontrados fueron de 52 % en el sexo femenino. ⁽³⁰⁾

Vargas A, en la investigación titulada “Estudio de satisfacción del Usuario Externo e Interno en los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha”, se encontró que el mayor número de entrevistados son de sexo femenino con el 68,34 %. ⁽³¹⁾

Los dos estudios citados reportan poblaciones femeninas similares como una realidad del país, ⁽³¹⁾ las mujeres son el grupo poblacional que más consultas ha demandado, situación referida a la necesidad de atención médica por temas relacionados a su salud. ⁽³²⁾

En la investigación se determinó que tres de cada cuatro entrevistados en busca de consulta médica fueron de género femenino. (Tabla 5).

Esto se debe a que la mujer es el centro de la dinámica familiar porque es la responsable de la atención y cuidado de hijos, ancianos y enfermos, es la administradora de la economía hogareña y la ejecutora principal del

trabajo doméstico, combinado con la jornada laboral y las responsabilidades sociales y políticas, todo lo cual repercute en su salud.

Este es el principal motivador de la población femenina para que exista mayor búsqueda de consultas de salud como está demostrado en las investigaciones expuestas ⁽³³⁾

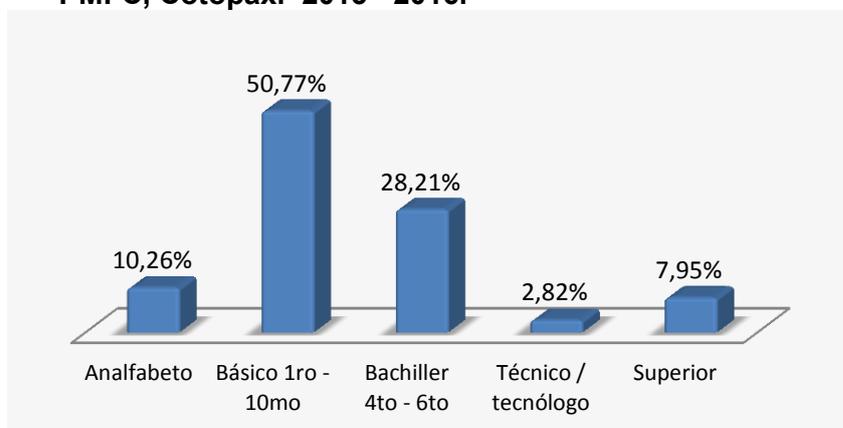
4.1.3. Ocupación

La principal actividad económica de los encuestados es la agricultura por cuenta propia. Las(os) Trabajador/as no remunerado (amas de casa) que ayudan al sustento del hogar mediante labores agrícolas, observado en 6 de cada 10 encuestados cumplen esta actividad. El desempleo supera lo expuesto en las estadísticas del país, el 14,43% (Tabla 5) no tuvieron empleo al momento de la encuesta, mientras que en el mismo periodo a nivel país el Banco Central del Ecuador reportó una Tasa de Desempleo 2016 es de 7,35%. ⁽³⁴⁾

4.1.4. Escolaridad.

En la población en estudio el 10.28% es analfabeta que supera a la realidad nacional, a pesar de que la tasa de analfabetismo en el país se redujo de 9,0% a 6,8% entre 2001 y 2010. ⁽³⁵⁾ Además 6 de cada 10 usuarios encuestados tienen un nivel de instrucción Básico. (Gráfico 6)

Gráfico 6. Instrucción de los encuestados en las Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.



Fuente: Investigación de Campo Elaborado por: Mayorga William (2016)

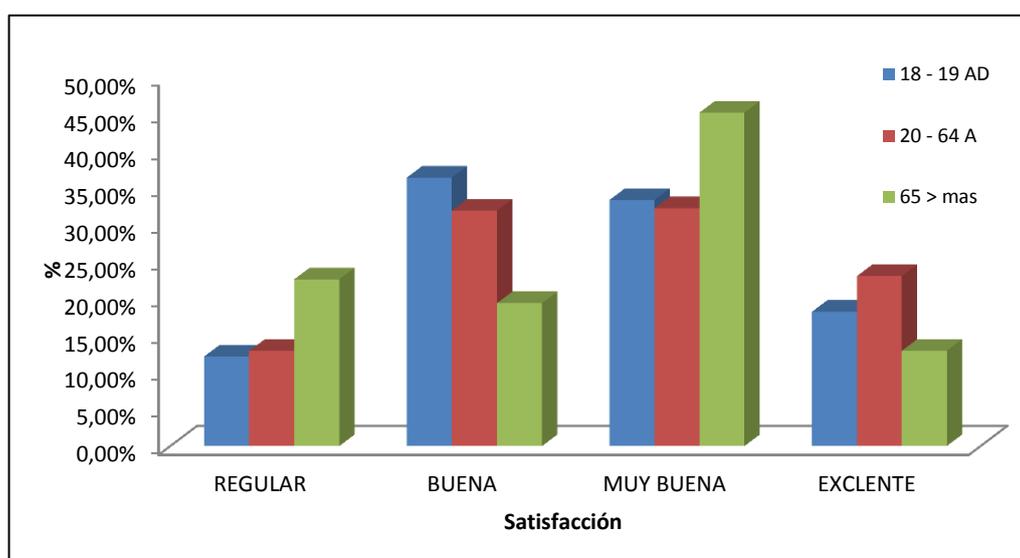
4.1.5. Etnia.

Según datos del INEC, ⁽³⁶⁾ en el censo del 2010 la población ecuatoriana, corresponde un predominio de etnia mestiza con el 71,9 %, y la población indígena del 7 %, que se asemejan a la población de este estudio, etnia mestiza con el 89,74 %, y la población indígena del 8,97%. (Tabla 5)

4.2. Satisfacción con la atención médica según Factores sociodemográficos.

4.2.1. Satisfacción de la atención medica según el grupo de edad.

Gráfico 7. Satisfacción con la atención médica según grupo de edad. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.



Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Mayorga William (2016)

Chi- cuadrado	df	Probabilidad
6,75	6	0,35 ns

Al comparar la satisfacción con la atención recibida en las unidades investigadas en relación al grupo de edad, no se encontró diferencias significativas entre ellos (Chi cuadrado 6,75 ($p > 0,05$)).

Se realizó un análisis de frecuencia simple, observando concentración de respuestas positivas en su mayor porcentaje de bueno a muy bueno; sin embargo, tomando en cuenta los dos grupos de estudio, llama la atención que uno de cada cinco pacientes la encuentre excelente, (Gráfico 7)

Lo que muestra que si bien el modelo de atención integral e integrada, indica que el acto médico debería aumentar la satisfacción; ⁽⁵⁾ en las Unidades investigadas, aún se requiere mayores acciones que permitan cumplir con este objetivo.

Acosta L. refiere que el 81,1% de los encuestados del estudio titulado, “Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba”, se encontraron totalmente satisfechos, en relación a la última consulta. No contó con una escala de excelencia para la calidad de atención. ⁽²⁷⁾

Por otra parte, Freire Ballesteros, M, en la investigación “Nivel de Aceptación de la Población que acude al Centro de Salud Tipo C de Lasso 2015” (que coincide con una de las unidades de formación incluidas en este estudio), señala que en términos generales, la población adulta intermedia y adulta mayor se encontró insatisfecha en un 55% ⁽³⁰⁾

Adicionalmente, Giraldo O. y Vélez Á., en la investigación titulada “La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios”, estableció que el 83.7% de los usuarios calificaron como alto y muy alto el nivel de satisfacción con la última atención en salud que le ofrecieron o que solicitó, es decir bueno y muy bueno sin llegar a la excelencia. ⁽³⁷⁾

Tabla 6. Satisfacción con la atención médica según factores sociodemográficos. Unidades de Formación del PMFYC, Cotopaxi 2015 - 2016.

Variables	Regular		Buena		Muy Buena		Excelente		Total		Valor Chi ² Probabilidad
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Femenino	32	10,77	92	30,98	93	31,31	80	26,94	297	100	2,74 ns
Masculino	5	5,38	28	30,11	31	33,33	29	31,18	93	100	
TOTAL	37	9,49	120	30,77	124	31,79	109	27,95	390	100	
ETNIA											
Blanca	2	40,00	1	20,00	2	40,00	0	0,00	5	100	6,7 ns
Indígena	2	5,71	11	31,43	15	42,86	7	20,00	35	100	
Mestiza	49	14,00	110	31,43	113	32,29	78	22,29	350	100	
TOTAL	53	13,59	122	31,28	130	33,33	85	21,79	390	100	
ESCOLARIDAD											
Analfabeto	6	15,00	12	30,00	13	32,50	9	22,50	40	100	4,93 ns
Básico 1ro - 10mo	26	13,13	67	33,84	63	31,82	42	21,21	198	100	
Bachiller 4to - 6to	14	12,73	31	28,18	38	34,55	27	24,55	110	100	
Técnico / tecnólogo	1	9,09	4	36,36	3	27,27	3	27,27	11	100	0,96 ns
Superior	6	19,35	8	25,81	13	41,94	4	12,90	31	100	
TOTAL	53	13,59	122	31,28	130	33,33	85	21,79	390	100	
OCUPACIÓN											
Cuenta propia	8	14,29	13	23,21	15	26,79	20	35,71	56	100	20,49 NSig
Empleado/a del estado	1	8,33	2	16,67	7	58,33	2	16,67	12	100	
Empleado/a privado	5	20,83	9	37,50	4	16,67	6	25,00	24	100	
Jornalero/a o peón	5	8,33	24	40,00	19	31,67	12	20,00	60	100	0,15 NSig.
No trabaja	8	14,29	13	23,21	24	42,86	11	19,64	56	100	
Trabajador/a no remunerado Amas de casa	26	14,29	61	33,52	61	33,52	34	18,68	182	100	
TOTAL	53	13,59	122	31,28	130	33,33	85	21,79	390	100	

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

4.2.2. Satisfacción de la atención medica según el género.

Distinguimos que tres de cada diez hombres la calificaron de excelente. No hubo respuestas de mala atención médica, aun cuando hay calificaciones de regular que no superan el 10,77%, en la satisfacción de la atención medica recibida. (Tabla 6).

En un análisis bivariado de la investigación, no se encontró diferencias estadísticamente significativas al comparar satisfacción y género (Chi cuadrado 2,74 ($p > 0,05$)). Si se agrupa las respuestas positivas de hombres y mujeres, en una escala de buena a muy buena se distingue que seis de cada diez la califican dentro de esta escala. (Tabla 6).

Hamui L, y otros, en un estudio de satisfacción con la atención médica, “Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México,” encontró que una tercera parte de los hombres y de las mujeres reportaron sentirse muy satisfechos con la atención recibida en la unidad médica.⁽³⁸⁾

Adicionalmente, Izurieta Pacheco, A. en su tesis doctoral titulada “satisfacción de la atención médica percibida por los pacientes, en las unidades asistenciales docentes de la provincia de Imbabura, brindada por los especialistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria de la PUCE, durante los meses de Septiembre-Octubre del 2015” no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los grupos de edad y el resultado de PDRQ-9 mayor o igual a 4.^{(15), (39)} Es decir tiene una variabilidad, no significativa dentro de su estudio

4.2.3. Satisfacción de la atención medica según la etnia.

En el análisis general de la satisfacción con la atención médica recibida en las Unidades de Formación del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, no se encontró diferencias significativas entre las etnias y el resultado de satisfacción mayor o igual a 4. Chi cuadrado 6,77 ($p>0,05$).

Podemos señalar que de cada 5 pacientes de raza blanca, 2 calificaron de regular, ninguno de excelente. (Tabla 6). Debemos tomar en cuenta que el 1,28% de nuestra muestra se consideró blanco, que es menos de lo que se expone en le INEC⁽³⁵⁾ donde el 6.1% representa dicha etnia, población que no asiste en mayor cuantía a las unidades de Salud y que cuando lo hacen no reportan mayor índice de satisfacción.⁽³⁶⁾ (Grafico 8).

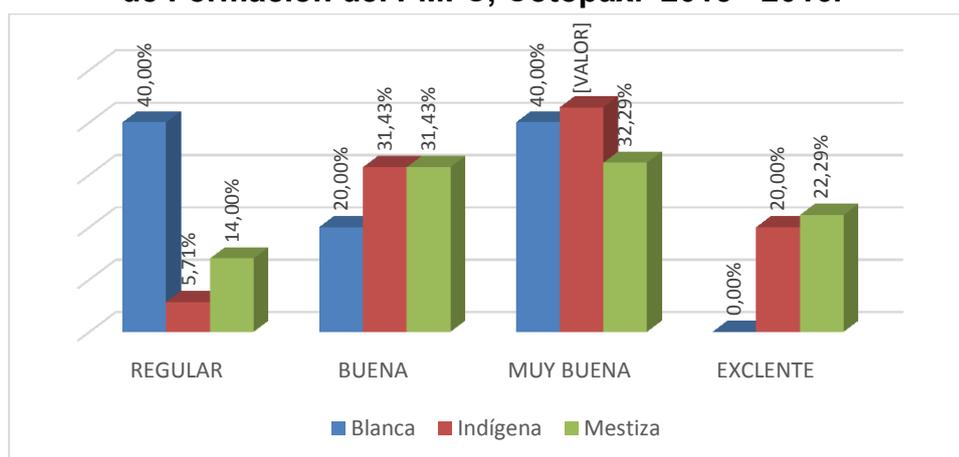
Llama a la reflexión positiva que 74,29% agrupados en la etnia indígena lo calificaron de bueno a muy bueno, así también es preocupante que no sobrepase de 25 % la calificación de excelente. (Tabla 6).

En la raza mestiza se acerca al 25 % la calificación de excelente con respecto a la atención en la unidad. (Gráfico 6)

Se pudo observar un predominio de aceptación en la atención de las unidades con respecto a la etnia mestiza e indígena en una escala de bueno a muy bueno, no se reportó encuestados que manifestaran atención médica mala. (Grafico 8).

Seclen-Palacin J, en su investigación denominada “Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000” No se encontró asociaciones entre la satisfacción y la etnia que la dividió en dos categorías mestizos y nativos ⁽⁴⁰⁾

Gráfico 8 Satisfacción con la atención médica según etnia. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.



Fuente: Investigación de campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

4.2.4. Satisfacción de la atención medica según la escolaridad.

Según resultados del análisis de frecuencia simple no hay diferencia significativa entre nivel de escolaridad y satisfacción, teniendo en cuenta que el mayor porcentaje se encontró en la población de escolaridad básica, donde se agruparon en respuestas de buena a muy buena, seis de cada diez lo aseveraron; los de nivel superior obtuvieron mayor porcentaje de insatisfacción con relación a los que no tenían estudios. (Tabla 6), lo cual posiblemente está en relación a que por tener mayores conocimientos tiene

más exigencias en la atención y lo reclaman, tal como lo reportaron otros investigadores.

No se encontró relación estadísticamente significativa al realizar el análisis de independencia Chi cuadrado 4,93 ($p > 0,05$), entre tener un mayor o menor grado de escolaridad y que el resultado de satisfacción sea mayor o igual a 4, lo que determinaría mayor satisfacción.

Izurieta Pacheco A., estudió las determinantes sociodemográficas y no encontró relación estadísticamente significativa entre tener un mayor o menor grado de escolaridad y el resultado de PDRQ-9 sea mayor o igual a 4, lo que determinaría mayor satisfacción. (OR 0,912; IC 95% 0,479-1,737; $p = 0,780$), estudio realizado en el País.⁽³⁹⁾

Seclen-Palacin J, en su estudio mostró que, los de nivel superior tienen menor porcentaje de satisfacción con relación a los que no tienen estudios, según resultados del análisis de frecuencia simple. Esa relación no fue significativa al ajustar efectos (OR = 0,54, IC 95% 0,19-1,58, valor $p = 0,265$); pero existe cierta tendencia asociativa. Inversamente, los de menor nivel educacional presentaron más posibilidades de satisfacción, aunque en magnitudes no significativas.⁽⁴⁰⁾

4.2.5. Satisfacción de la atención médica según la ocupación.

Según resultados del análisis de frecuencia simple observamos que los trabajadores no remunerados y cuenta propia son los que mostraron nivel regular de satisfacción con un 14,29%, el mismo grupo cuenta propia manifestó que 4 de cada 10, la encontraron excelente. (Tabla 6).

Los empleados del estado y los que no trabajan, cinco de cada 10 tuvieron un grado de satisfacción muy bueno con respecto a la atención médica que recibieron. (Tabla 6).

Al realizar el análisis estadístico de independencia entre la ocupación y el resultado de satisfacción en la atención médica, mediante chi cuadrado se obtuvo valor de 20,49 ($p > 0,05$),

Bolíbar, I. en su investigación “Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria” en relación con edad y sexo, observó mayor nivel de satisfacción en los que trabajaban por cuenta propia y los trabajadores del estado; los trabajadores parados estuvieron más insatisfechos ($P \leq 0,0001$).⁽⁴¹⁾

Acosta L. y otros, respecto a la situación laboral, el 82% de las familias encuestadas refirió que el jefe de hogar presentaba relación laboral; no existiendo diferencias significativas en la satisfacción según situación laboral⁽²⁷⁾

Rodríguez Vargas, M. C. mostró que la mayor percepción de la calidad de los usuarios fue regular; y dentro de las ocupaciones que desempeñaban los usuarios, las amas de casas fueron las más representativas (31,9%). Al realizar el análisis estadístico de independencia Chi cuadrado ($p > 0,05$), se encontró que no existe asociación entre estas variables.⁽⁴²⁾

Analizando la satisfacción en relación al género y ocupación, se observaron resultados similares, en las investigaciones expuestas.

Satisfacción de los usuarios con la atención médica en unidades de formación del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Cotopaxi.

Para su entendimiento Global lo dividimos en *Acto Médico, Procesos de atención médica Y Manejo del MAIS*

4.3. Satisfacción de los usuarios en el Acto médico.

En la investigación se planteó establecer la percepción de la satisfacción, y acto médico a través del instrumento (encuesta SATAME) buscamos puntuar aspectos intangibles y por tanto, difíciles de estimar.

Para mejor entendimiento de la investigación, se realizó asociación de respuestas con respecto al trato y satisfacción, comunicación y satisfacción, con la atención del médico.

4.3.1. Satisfacción de los usuarios con el trato.

El acto médico lo hemos agrupado para su estudio, en el trato, relacionado con: la atención recibida en la unidad, atención médica, percepción del trato, confianza y paciencia del médico con el paciente (Tabla 7)

Tabla 7. Satisfacción con la atención médica según trato. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.										
Variable	TRATO									
	Regular		Buena		Muy Buena		Excelente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atención en la unidad	53	13,59	122	31,28	130	33,33	85	21,79	390	100
Atención medica	37	9,49	120	30,77	124	31,79	109	27,95	390	100
Percepción trato	21	5,38	109	27,95	139	35,64	121	31,03	390	100
Confianza paciencia	6	1,54	21	5,38	89	22,82	132	33,85	142	36,41

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

Tabla 8. Medidas de tendencia central Satisfacción según trato. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.							
Variable	TRATO						
	Total Pacientes	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desviación
Atención la Unidad	390	3,63	4,00	4	2	5	0,97
Atención medica	390	3,61	4,00	4	2	5	0,96
Percepción trato	390	3,92	4,00	4	2	5	0,89
Confianza paciencia	390	3,99	4,00	5	2	5	0,93

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

En cuanto a la satisfacción respecto trato recibido, los componentes de Atención médica a los usuarios y la atención de la Unidad de salud, tuvieron una percepción similar; de cada diez participantes, seis la calificaron de buena a muy buena. (Tabla 7).

Las medidas de tendencia central de estas dos categorías marcan una concentración en la escala de muy buena satisfacción en la atención médica. (Tabla 8)

En el componente de percepción trato recibido durante el acto médico se evidenció que tres de cada diez, califican de excelente. (Tabla 7). En las medidas de tendencia central tenemos, una media de 3,92 con una moda de 4 y una desviación estándar de 0,89 que marca una concentración en la escala de muy buena satisfacción y percepción trato recibido durante el acto médico. (Tabla 8)

Al evaluar la confianza brindada durante el acto médico, hubo un mayor porcentaje en respuestas de muy buena a excelente, la mitad de pacientes se agrupó en esta escala. (Tabla 7).

En el análisis cuantitativo se obtuvo, una media de 3,99 con una moda de 5 y una desviación estándar de 0,93 que marca una concentración en la escala de excelente satisfacción en la confianza brindada durante el acto médico. (Tabla 8). Esto indica que en el trabajo los médicos poseen este valor y es identificado por los pacientes.

Sánchez Barrón, L. A. en la tesis doctoral de ciencias de la Salud Pública, informo que el 74.8 % de los usuarios expresó estar Satisfecho con la atención medica recibida y un 25.2% no estar satisfecho. ⁽⁴³⁾ Este porcentaje de satisfacción está por debajo de lo reportado por encuestas de satisfacción general como la reportada por el IMSS en 2011 de 78 %, ⁽⁴⁴⁾y del ISSSTE de consulta externa 2008 (81.9%) ⁽⁴⁵⁾

Sánchez Barrón, L. A. ⁽⁴³⁾ En cuanto al trato percibido por el usuario en el área de admisión, el 20 % lo describió Muy bueno y el 72 % Bueno. Al

agrupar la percepción, el 92.3 % percibió el trato del personal de admisión como bueno y muy bueno y un restante 7.7 % lo calificó como malo o muy malo. Para la mayoría de los usuarios el trato percibido por parte del personal en el área de admisión fue bien calificado.

Acosta L. y otros, mostraron que el 82,7% se encontraban satisfechos con el trato brindado por el profesional; en relación con el trato y percepción el 92 % manifestó estar siempre satisfecho. ⁽²⁷⁾

Freire Ballesteros, M. en cuanto a la satisfacción sobre las facilidades y la atención recibida por parte del personal, demostró que la población estuvo satisfecha con el trato recibido por parte del talento humano 75% ⁽³⁰⁾

En resumen, la mitad de los encuestados calificaron el trato recibido en la atención (a través de sus diferentes componentes), como muy bueno y excelente. Así mismo el valor más importante en el trato es la confianza pues la mitad de los usuarios consideraron que es excelente (Tabla 8) Analizando las investigaciones citadas sobre satisfacción con el trato médico, se observaron resultados similares, a la población estudiada.

4.3.2. Satisfacción de los usuarios con la comunicación.

La comunicación corresponde a: Comprensión o entendimiento en la consulta, Indicaciones claras, explicación de los factores de riesgo para su salud, respeto a su cultura y creencias. (Tabla 9).

Tabla 9. Satisfacción con la atención médica según la comunicación. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.

Variable	COMUNICACIÓN											
	Malo		Regular		Buena		Muy Buena		Excelente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Comprendió la consulta	1	0,26	23	5,90	76	19,49	146	37,44	144	36,92	390	100
Indicaciones claras	4	1,03	11	2,82	81	20,77	138	35,38	156	40,00	390	100
Le explicó los factores de riesgo para su salud	2	0,51	15	3,85	99	25,38	151	38,72	123	31,54	390	100
Respetó su cultura y creencias	2	0,51	14	3,59	99	25,38	146	37,44	129	33,08	390	100

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

Tabla 10. Medidas de tendencia central satisfacción con la atención médica según la comunicación Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.

COMUNICACIÓN							
Variable	Total Pacientes	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desviación Estándar
Comprendió la consulta	390	4,05	4,00	4	2	5	0,89
Indicaciones claras	390	4,11	4,00	5	2	5	0,86
Le explicó los factores de riesgo para su salud	390	3,97	4,00	4	2	5	0,86
Respeto su cultura y creencias	390	3,99	4,00	4	2	5	0,86

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

Se observó satisfacción y comprensión de la consulta durante el acto médico. Para ello se realizó una pregunta, (le explicaron con palabras fáciles de entender cuál es su problema de salud), obteniéndose como resultados mayor porcentaje en la escala de muy buena a excelente, 37,44 % y 36,92 %, respectivamente. (Tabla 9) En las medidas de tendencia central obtuvimos, una media de 4,05 y una desviación estándar de 0,89, que marcó una concentración en la escala de muy buena satisfacción en la comprensión de la consulta durante el acto médico. (Tabla 10)

La satisfacción e indicaciones claras durante el acto médico. En este aspecto se preguntó al paciente (acerca de recetas e indicaciones para el hogar), el mayor porcentaje se agrupó en la escala de muy buena a excelente, 35,38 % y 40 %, respectivamente. (Tabla 9)

Según medidas de tendencia central tenemos, una media de 4,11, con una moda de 5 y una desviación estándar de 0,86, que mostró una

concentración en la escala de excelente satisfacción en las indicaciones durante el acto médico. (Tabla 10)

La Satisfacción en relación con la explicación de factores de riesgo para su salud durante el acto médico

Se valoró preguntando si las explicaciones acerca de los cuidados para prevención de los mismos fueron claras y comprensibles, observándose que siete de cada diez personas mostraron una escala de satisfacción de muy bueno a excelente. (Tabla 9)

Al resumir mediante medidas de tendencia central tuvimos una media de 3,97, con una moda de 4 y una desviación estándar de 0,86, que mostró una concentración en la escala de muy buena satisfacción en la identificación de factores de riesgo para su salud, durante el acto médico. (Tabla 10)

Siete de cada diez personas manifestaron que el nivel de **respeto a su cultura y creencias durante el acto médico, va** de muy bueno a excelente. (Tabla 9) En esta variable obtuvimos, una media de 3,99, con una moda de 4 y una desviación estándar de 0,86, que marcó una concentración en la escala de muy buena satisfacción. (Tabla 10)

El estudio de Armengol, J. ⁽⁴⁶⁾. (en colaboración con ABC -diario español de línea conservadora, monárquica y católica-) valoró la comunicación medico paciente y mostró que el conjunto de los entrevistados admitió mayoritariamente (82,3%) que sí entendió las explicaciones que se le dieron ⁽⁴⁶⁾ Así mismo, en relación análisis acto médico demostró que más del 85,4% de los encuestados realizó una evaluación positiva de los aspectos del servicio, entre ellos la buena información y comunicación, el respeto en el trato.

Acosta L. y otros, en el Análisis Acto médico agrupó y manifestó que más del 85,4% de los encuestados realizó una evaluación positiva de los aspectos del servicio, entre ellos la buena información y comunicación, el

respeto en el trato y el tiempo que le dedicó para atenderlos. ⁽²⁷⁾ Respecto a la comunicación e indicaciones claras, expuso que, el 81,1% de los encuestados refirió que se encontraban totalmente satisfechos, en relación a la última consulta, con la explicación de su problema por parte del profesional. ⁽²⁷⁾

Izurieta Pacheco, A. C. realizó estudio de satisfacción de la atención médica, mostrando que el 62,7% de los pacientes entrevistados refirieron estar siempre de acuerdo con el médico sobre la naturaleza de sus síntomas, 14,8% de pacientes refirió estarlo solo en ciertas ocasiones. Se obtuvo una media de respuestas de 4,44 puntos en la escala de Likert, de los 284 pacientes encuestados, con una desviación estándar de 0,819. ⁽³⁹⁾ La percepción del paciente sobre la calidad de atención médica mostró que el 90,2% de pacientes consideraron la calidad de atención médica entre buena y excelente.

La satisfacción con el Acto médico dentro de las unidades de formación de posgrado de medicina familiar y comunitaria globalmente (para los dos grupos de estudio), se calificó como muy bueno y excelente, acordes a las medidas de tendencia central expuestas. Tablas (7 – 8) y (9 – 10). Los aspectos mejor valorados corresponden a la confianza generada por los profesionales médicos y a la claridad con la que se realizaron la indicaciones explicaciones médicas.

4.4. Satisfacción de los usuarios en los procesos de la atención médica.

En la investigación se planteó analizar los procesos de la atención médica que generan mayor satisfacción en los usuarios, a través del instrumento (encuesta SATAME) buscamos puntuar aspectos intangibles y por tanto, difíciles de estimar, de manera que se pueda visualizar esos aspectos que contribuyen no solo a la satisfacción, sino a la comprensión de la calidad de la atención.

Para mejor entendimiento de la investigación, se realizó asociación de respuestas con respecto a los procesos de la atención médica, correspondientes a tiempo de espera, saludo presentación del médico y despedida, resolución de los problemas, elaboración de historia clínica y examen físico.

Tabla 11. Satisfacción con la atención médica según el proceso de la atención. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.

Variable	PROCESOS ATENCIÓN											
	Malo		Regular		Buena		Muy Buena		Excelente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tiempo de espera.	63	16,15	115	29,49	94	24,10	62	15,90	56	14,36	390	100
Saludo, presentación y despedida.	3	0,77	13	3,33	66	16,92	148	37,95	160	41,03	390	100
Resolución de su problema	4	1,03	24	6,15	80	20,51	139	35,64	143	36,67	390	100
Realizaron historia clínica y examen físico	2	0,51	16	4,10	67	17,18	156	40,00	149	38,21	390	100

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

Tabla 12. Medidas de tendencia central atención médica según el proceso de la atención. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.

Variable	PROCESOS ATENCIÓN						
	Total Pacientes	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desviación Estándar (DS)
Tiempo de espera.	390	2,82	3	2	1	5	1,28
Saludo, presentación y despedida.	390	4,15	4	5	1	5	0,87
Resolución de su problema	390	4,10	4	5	1	5	0,96
Realizaron historia clínica y examen físico	390	4,11	4	4	1	5	0,87

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

En la apreciación satisfacción y tiempo de espera en los procesos de atención médica, el 45,64% lo calificó de malo a regular, problema que posiblemente estuvo relacionado con el agendamiento de los PMFYC y los SPM. (Tabla 11) Al analizar mediante las medidas de tendencia central, se obtuvo una media de 2,83 con una moda de 2 y una desviación estándar de 1,28 el mayor porcentaje de respuestas se ubicaron en la escala de regular satisfacción en el tiempo de espera. (Tabla 12)

Hernández-García, I. en la investigación “Satisfacción de los pacientes atendidos en una consulta externa de medicina preventiva”, los aspectos peor valorados fueron los relacionados con la sala de espera, tiempo de espera para atenderse en la consulta y se obtuvieron, respectivamente, porcentajes de insatisfacción del 46,4 y el 30,4%.⁽⁴⁷⁾

Evaluación de la satisfacción relacionada con saludo, presentación y despedida del médico en los procesos de atención. Según análisis de las frecuencias y las medidas de tendencia central, se observó que el mayor porcentaje se agrupó en la escala de muy buena a excelente, 37,95% y 41,03 % respectivamente, lo cual representó la mitad de la población en estudio. (Tabla 11), mostró una media de 4.15, con una moda de 5 y una desviación estándar de 0,87 que indica una excelente satisfacción en el manejo de la consulta saludo presentación y despedida. (Tabla 12)

Tanto la valoración que los pacientes hacen con respecto a esta variable, como los resultados del nivel de confianza alcanzado en el acto médico, son (a juicio del investigador), dos aspectos que claves para buscar y aplicar estrategias de integración y participación activa de los pacientes en los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades, especialmente tipo enfermedades crónicas degenerativas cuyo peso en el la familia, la comunidad y el país es cada vez mayor y merece tomarse en cuenta como prioridad para el trabajo en el primer nivel de atención y del médico especialista en medicina Familiar Comunitaria.

Resolución del problema de salud en los procesos de atención médica. En este aspecto, el análisis de las frecuencias simples, indica que seis de cada diez pacientes, la calificaron de muy bueno a excelente. (Tabla 11) En las medidas de tendencia central se obtuvo una media de 4.10, con una moda de 5 y una DS 0,96, que marcó una concentración en la escala de excelente satisfacción en la resolución de problemas en los procesos de la atención médica. (Tabla 12)

Al revisar las apreciaciones de los usuarios respecto a los procesos de elaboración de historia clínica, examen físico durante la atención médica, se estableció niveles de satisfacción superiores en las categorías muy bueno a excelente, con 40,00% y 38,21 %, respectivamente. (Tabla 11). Según medidas de tendencia central, la media fue 4.11, con una moda de 4 y una DS de 0.87, lo que indica que ocho de cada 10 encuestados calificaron este aspecto entre muy bueno y excelente de muy buena satisfacción. (Tabla 11)

Franco, O y otros en un estudio “Análisis de los procesos de atención hospitalaria y su impacto en los niveles de satisfacción” demostraron que un 47% manejo bien las historias clínicas; un 34%, pensaron que se llevaba de forma regular; un 10%, de manera deficiente⁽⁴⁸⁾

De su parte, Izurieta Pacheco, A. C. en la encuesta aplicada a los 284 pacientes que participaron en el estudio reportó que el 59,5% de ellos respondió que el médico se presentó antes de iniciar la consulta.⁽³⁹⁾ Destacó, además que el 61,6% de pacientes entrevistados siempre se sintieron contentos con el tratamiento brindado por su médico. Se evidenció una media de respuestas de 4,39 puntos en la escala de Likert, (satisfacción Muy Buena); con una desviación estándar de 0,880.⁽³⁹⁾

Hernández-García, I. y otros, en la investigación “Satisfacción de los pacientes atendidos en una consulta externa de medicina preventiva”, indicaron que uno de los aspectos peor valorados fue el tiempo de espera, con un porcentaje de insatisfechos 30,4%.

Los restantes ítems obtuvieron los siguientes porcentajes de satisfacción: información proporcionada (93,7%), claridad de la información (92,9%).⁽⁴⁷⁾ Tal información tiene similitud con la presente investigación en las variables ya expuestas.

Sobre la exploración clínica y elaboración de la historia clínica, al contrario de ésta investigación, Quiñones, J. en estudio de “Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá” mostró que un 23 % de los pacientes no percibió que el médico los examinó,⁽⁴⁹⁾

El proceso de atención medica es un conjunto complejo de acciones, es evidente que la población investigada considera que el saludo, la realización examen físico e historia clínica, y la resolución de los problemas, son los aspectos que calificaron como muy buena y excelente; hubo insatisfacción en el tiempo de espera la calificaron como mala y regular el 35,64 % (Tabla 11 y 12)

4.5. Satisfacción de los usuarios en la aplicación del modelo de atención integral en salud.

Uno de los aspectos relevantes, es analizar parte del manejo y aplicación del modelo de atención integral en salud, que genera mayor satisfacción en los usuarios, a través del instrumento (encuesta SATAME), se pudo recolectar datos importantes, que interpretan un tipo de satisfacción que complementa el trabajo del médico en la atención integral de salud.

Para mejor entendimiento de la investigación, se realizó asociación de respuestas con respecto a la aplicación del modelo de atención integral, correspondientes a Guías anticipatorias y Salud familiar.

4.5.1. Satisfacción de los usuarios en la aplicación de las Guías anticipatorias y salud familiar (MAIS)

Tabla 13. Satisfacción con la atención médica según el MAIS. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.

Variable	Guías anticipatorias											
	Malo		Regular		Buena		Muy Buena		Excelente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nutrición – Peso	11	2,82	38	9,74	58	14,87	113	28,97	170	43,59	390	100
Higiene	12	3,08	33	8,46	60	15,38	118	30,26	167	42,82	390	100
Actividad física	15	3,85	46	11,79	54	13,85	112	28,72	163	41,79	390	100
Inmunizaciones	22	5,64	37	9,49	63	16,15	130	33,33	138	35,38	390	100
Tabaco y Alcohol	39	10,00	44	11,28	65	16,67	106	27,18	136	34,87	390	100
Salud familiar												
Prevención enfermedades	31	7,95	44	11,28	59	15,13	115	29,49	141	36,15	390	100
Integra a la familia	12	3,08	41	10,51	63	16,15	130	33,33	144	36,92	390	100
Interés médico	5	1,28	38	9,74	82	21,03	107	27,44	158	40,51	390	100
Educación Sexual	49	12,56	48	12,31	55	14,10	119	30,51	119	30,51	390	100
Planificación familiar	53	13,59	46	11,79	57	14,62	109	27,95	125	32,05	390	100

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

Tabla 14. Medidas de tendencia central satisfacción con la atención médica según el MAIS. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 – 2016.

Variable	GUÍAS ANTICIPATORIAS						
	Total Pacientes	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desv. Estándar
Nutrición – Peso	390	4,10	4	5	1	5	1,11
Higiene	390	3,78	4	4	1	5	0,96
Actividad física	390	3,93	4	5	1	5	1,17
Inmunizaciones	390	3,83	4	5	1	5	1,17
Tabaco y Alcohol	390	3,66	4	5	1	5	1,32
SALUD FAMILIAR							
Prevención enfermedades	390	3,75	4	5	1	5	1,27
Integra a la familia	390	3,91	4	4	1	5	1,11
Interés médico	390	3,96	4	4	1	5	1,06
Educación Sexual	390	3,54	4	4	1	5	1,37
Planificación familiar	390	3,53	4	5	1	5	1,40

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

El modelo de atención integral contiene, acápite que abarcan la medicina mediante prestaciones de promoción y prevención de la salud; para la investigación tomamos las guías anticipatorias y el manejo de salud familiar dentro de la consulta médica, que la relacionamos con una escala de satisfacción.

El manejo de guías anticipatoria cuidados acerca de su estado nutricional, ítem denominado alimentación y peso, como marcador de satisfacción, en la consulta que aplica el modelo integral e integrado y que fundamenta el tercer eje de la investigación, dio como resultado que en el análisis de frecuencias simples, cuatro de cada diez pacientes, la calificaron de excelente. Hubo respuestas en la escala de satisfacción malo con un 2,82% (Tabla 13)

Según las medidas de tendencia central obtuvimos, una media de 4.10, con una moda de 5 y una desviación estándar de 1.11, que as ubica en la escala de excelente satisfacción, en el manejo de guías anticipatoria sobre cuidados y recomendaciones, acerca de la dieta y estilos de vida saludables. (Tabla 14).

Con respecto a Guía anticipatoria en higiene y estilos de vida saludable, resultó que en el análisis de frecuencias simples, la calificaron en la escala de satisfacción de muy bueno a excelente en siete de cada diez pacientes; hubo respuestas con nivel de satisfacción malo de un 3,08% (Tabla 13). Según medidas de tendencia central se observa una media de 3,78, moda de 4 y una desviación estándar de 0,96, lo que indica que la calificación respecto a las guías anticipatoria de los temas y acciones indicadas llega al nivel muy buena satisfacción. (Tabla 14)

Para la valoración de las guías anticipatorias de actividad física, en la consulta, como parte esencial del modelo integral, mostró, que cuatro de cada 10 pacientes, la calificaron de excelente. Un 3,85 % de las respuestas en la escala de satisfacción fue malo (Tabla 13) Las medidas de tendencia central mostró, una media de 3,93, con una mediana de cinco, moda de

cinco y una desviación estándar de 1.17, que indica que el nivel de satisfacción es Muy Bueno y excelente en el 50% de los investigados. (Tabla 14)

Partiendo del hecho de que las recomendaciones respecto a las de inmunizaciones, valoran su importancia en la prevención de enfermedades, en la Tabla 14, muestra, que seis de cada diez pacientes, la calificaron de muy bueno a excelente, apenas 5,64 % de respuestas la califico de satisfacción malo. (Tabla 13) Al observar las medidas de tendencia central tuvimos, una media de 3,83, con una moda de 5 y una desviación estándar de 1,17, que sustenta el nivel de excelente satisfacción.

Las recomendaciones sobre el no uso, de tabaco y alcohol como guía preventiva, establecida como marcador de satisfacción, dio como resultado, que tres de cada diez pacientes, la calificaron de malo a regular. Presento respuestas en la escala de satisfacción excelente con un 34,87 %. (Tabla 13). En las medidas de resumen cuantitativo, la media es de 3,66, la moda de 5 y una desviación estándar de 1,32, que ubica nivel de satisfacción en buena y muy buena, en la promoción y prevención del uso de tabaco y alcohol, que permitan fomentar estilos de vida saludables adecuados. (Tabla 14)

En el análisis salud familiar y trabajo preventivo de enfermedades, resultó, que la mitad de las respuestas fueron positivas, de muy bueno a excelente. (Tabla 13) En las medidas de tendencia central obtuvimos, una media de 3,75, con una moda de 5 y una desviación estándar de 1,27, que ubica la satisfacción de los usuarios en excelente, asunto que lo muestra la Tabla 14.

Un asunto que diferencia al especialista de Medicina Familiar con otras especialidades médicas es que en el trabajo **no sólo se orienta al individuo, sino también a la familia de allí que** satisfacción, mostró, que la mitad de las respuestas de los encuestados, la calificaron de muy bueno

a excelente. (Tabla 13). Esto se confirma mediante las medidas de tendencia central y dispersión expuestas en la tabla 14.

En el proceso de atención, el interés que el médico le dedica al usuario señala sus valores profesionales; al respecto se observó que la mitad de los encuestados, la calificaron de muy bueno a excelente. (Tabla 13), calificación confirmada también mediante los indicadores estadísticos de la tabla 14.

Con respecto a la educación sexual brindada en la consulta, llamó la atención que en este ítem hubo un 25% de respuestas que van de malo a regular en la escala de satisfacción, la mitad de las respuestas de los encuestados, la calificaron de muy bueno a excelente. (Tabla 13)

Las medidas de tendencia central y DS permiten establecer que las respuestas más frecuentes (Moda=4) correspondieron a niveles de satisfacción muy buena satisfacción, en la educación sexual. (Tabla 14)

En la consulta médica la satisfacción de la guía planificación familiar, Se comportó de igual forma que el ítem anterior, un 25% de respuestas van de malo a regular en la escala de satisfacción, mientras que la media fue de 3,54 que indica un nivel bueno de satisfacción. (Tablas 13 y 14).

Rivera Núñez, L. A. en su tesis Nivel De Satisfacción del Usuario Frente al Modelo de Atención Integral difiere de nuestro estudio de acuerdo a la regla de decisión, rechazó la hipótesis alternativa y aceptó la hipótesis nula, es decir que se confirmó que el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitario e Intercultural aplicado en la Parroquia San Fernando, sector Tambaló, no permitirá mejorar el nivel de satisfacción del usuario. ⁽⁵⁰⁾

Quiñones, J. en el estudio de satisfacción en la atención primaria, realizado en Colombia manifestó en el cuadro de características de la percepción, que solo un 25% integró a la familia. ⁽⁴⁹⁾

Acosta L. manifiesto en referencia a las actividades de prevención realizadas en los centros de salud de Córdoba Argentina ⁽²⁷⁾, que tuvieron similares características con nuestro modelo de atención, prevención del control de obesidad 25,4%, prevención de hábitos tóxicos 21,6%, educación sexual 17,8%, Normas de higiene 22,2%, Actividad Física 21,6%, en escala de muy satisfechos, hubo buena aceptación, similar resultado a la investigación. (Tabla 14)

Si tomamos los resultados obtenidos podemos indicar que los aspectos más relevantes fueron el interés del médico con 40,51 % y la integración de la familia con el 36,92%. Los procesos preocupantes son la educación sexual y a planificación familiar cuya trascendencia en la vida del individuo familia y comunidad es alta requiriendo atención prioritaria, caso contrario no se podrá controlar problemas críticos como embarazos en adolescentes y las crecientes tasas de infecciones de transmisión sexual que afectan a la población joven. En la comparación con otras investigaciones, hubo una semejanza con la investigación. En un análisis global de la investigación, tuvimos respuestas en la escala de satisfacción, de muy buena a excelente la aceptación con respecto a la atención médica recibida en las unidades de Cotopaxi, donde se están formando los especialistas en Medicina Familiar de la Universidad Técnica de Ambato.

4.5.2. Satisfacción de los usuarios en la aplicación del modelo de atención integral en salud y prevención de enfermedades catastróficas.

La detección oportuna de cáncer femenino toma en cuenta varios ítems que están incluidos en el modelo de atención integral en salud, se toma una relevancia importante dentro del manejo de la consulta médica, éste tipo de promoción y prevención de enfermedades catastróficas, también se incluyó, la detección oportuna de cáncer en el hombre, a quienes en la encuesta, se le preguntó si existía algún tipo de recomendación sobre exámenes de próstata, consejería durante la consulta médica, analizamos los resultados de estos.

Tabla 15. Satisfacción con la atención médica según el MAIS y prevención de enfermedades catastróficas. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.

Prestaciones preventivas MAIS	Detección oportuna Ca mujer											
	Malo		Regular		Buena		Muy Buena		Excelente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consejería	88	29,63	29	9,76	45	15,15	74	24,92	61	20,54	297	100
Mamografía												
Autoexamen mama	85	28,62	31	10,44	43	14,48	70	23,57	68	22,90	297	100
Papanicolaou	68	22,90	26	8,75	35	11,78	71	23,91	97	32,66	297	100

Detección oportuna Ca hombre												
Recomendación examen próstata	47	50,54	12	12,90	14	15,05	9	9,68	11	11,83	93	100

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

Tabla 16. Medidas de tendencia central Satisfacción con la atención médica según el MAIS y prevención de enfermedades catastróficas. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.

Prevención. cáncer mujer	Detección oportuna Ca mujer						
	Total Pacientes	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desviación Estándar
Consejería Mamografía	390	2,97	3,00	1	1	5	1,54
Autoexamen mama	390	3,02	4,00	5	1	5	1,55
Papanicolaou	390	3,35	4,00	5	1	5	1,56

Detección oportuna Ca hombre							
Recomendación examen próstata	390	3,35	1,00	1	1	5	1,45

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

Sobre la consejería de la mamografía en la consulta médica y detección oportuna de cáncer de mama.

Como indicadores de acciones de promoción en salud, se observa que cuatro de cada diez mujeres, califico tales actividades en escala de satisfacción malo a regular, y que la escala de satisfacción excelente fue reportada por una de cada cinco personas. (Tabla 15)

En las medidas de tendencia central tenemos, una media de 2,97, con una moda de 1 y una desviación estándar de 1,54, que marca una concentración en la escala de mala satisfacción, en la Consejería sobre mamografía. (Tabla 16)

Con respecto a la guía autoexamen de mama durante la consulta médica y detección oportuna de cáncer de mama.

Vemos que cuatro de cada diez mujeres, califico en escala de satisfacción malo a regular, y que la escala de satisfacción excelente llega a un 22,90 %. (Tabla 15)

En las medidas de tendencia central tenemos, una media de 3,02, con una moda de 1 y una desviación estándar de 1,55, que marca una concentración en la escala de mala satisfacción, en la Consejería sobre autoexamen de mama. (Tabla 16)

Esto significa que las personas investigadas consideran que este es un aspecto débil en la prevención secundaria del cáncer mamario, por lo que se requieren nuevas investigaciones orientadas a identificar las condiciones que favorecen la situación identificada.

Respecto al Papanicolaou en la consulta médica y detección oportuna de cáncer femenino

Tres de cada diez mujeres aseveró que las recomendaciones son malas y regulares y la mitad de las mujeres estuvo en la escala de satisfacción muy buena a excelente. (Tabla 15)

En las medidas de tendencia central tenemos, una media de 3,35, con una moda de 5 y una desviación estándar de 1,56, que marca una concentración en la escala de buena satisfacción, en la consejería sobre Papanicolaou. (Tabla 16)

Si se toma en cuenta que el cáncer cervical es una neoplasia que causa mortalidad importante entre las mujeres de este país, hace falta investigar las razones de lo indicado por las participantes en esta investigación a fin de fortalecer las acciones de prevención primaria y secundaria de la enfermedad.

En el examen de próstata y recomendaciones en la consulta médica con la detección oportuna de cáncer masculino

La mitad de los hombres la califico como mala; Solo uno de cada diez hombres estuvo en la escala de satisfacción excelente. (Tabla 15)

En las medidas de tendencia central tenemos, una media de 2,19, con una moda de 1 y una desviación estándar de 1,45, que marca una concentración en la escala de mala satisfacción, con respecto al examen de próstata. (Tabla 16)

Se requiere impulsar acciones en este sentido pues, entre los hombres, al cáncer de próstata es la segunda causa de mortalidad por tumores malignos, después de Cáncer gástrico.⁽³⁵⁾

4.6. Contraste de los resultados de satisfacción de los usuarios con la atención médica según los profesionales que los atienden (PMFYC y S.P.M).

En el objetivo de la investigación, de contrastar los resultados de los servidores públicos del ministerio (médicos) y los posgradistas de medicina familiar y comunitaria, se identificó cuál grupo es el que aporta mayor porcentaje a estas escalas.

Tabla 17. Contraste satisfacción con el acto médico del P.M.F.Y.C. y S.P.M. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.

El Trato												
	Regular		Buena		Muy Buena		Excelente		Total		Valor Chi²	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Probabilidad	
PMFYC	13	6,67	50	25,64	51	26,15	81	41,54	195	100	36,28	Sig.
S.P.M	24	12,31	70	35,90	73	37,44	28	14,36	195	100	0	Sig.
TOTAL	37	9,49	120	30,77	124	31,79	109	27,95	390	100		
Atención médica												
PMFYC	7	3,59	40	20,51	62	31,79	86	44,10	195	100	33,16	Sig.
S.P.M	14	7,18	69	35,38	77	39,49	35	17,95	195	100	0	Sig.
TOTAL	21	5,38	109	27,95	139	35,64	121	31,03	390	100		
Percepción trato												
PMFYC	7	3,59	32	16,41	53	27,18	103	52,82	195	100	47,25	Sig.
S.P.M	20	10,26	57	29,23	79	40,51	39	20,00	195	100	0	Sig.
TOTAL	27	6,92	89	22,82	132	33,85	142	36,41	390	100		
Confianza												
La comunicación e información.												
Comprendió la consulta												
PMFYC	6	3,08	27	13,85	57	29,23	105	53,85	195	100	49,63	Sig.
S.P.M	18	9,23	49	25,13	89	45,64	39	20,00	195	100	0	Sig.
TOTAL	23	5,90	76	19,49	146	37,44	144	36,92	390	100		
Indicación clara												
PMFYC	5	2,56	26	13,33	54	27,69	110	56,41	195	100	47,38	Sig.
S.P.M	17	8,72	49	25,13	84	43,08	45	23,08	195	100	0	Sig.
TOTAL	11	2,82	81	20,77	138	35,38	156	40,00	390	100		
Identifico riesgos												
PMFYC	6	3,08	33	16,92	69	35,38	87	44,62	195	100	39,62	Sig.
S.P.M	14	7,18	66	33,85	82	42,05	33	16,92	195	100	0	Sig.
TOTAL	20	5,13	99	25,38	151	38,72	120	30,77	390	100		
Respeto cultura												
PMFYC	5	2,56	31	15,90	61	31,28	98	50,26	195	100	57,58	Sig.
S.P.M	14	7,18	68	34,87	83	42,56	30	15,38	195	100	0	Sig.
TOTAL	19	4,87	99	25,38	144	36,92	128	32,82	390	100		

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

Esta comparación, tuvo como finalidad evaluar el aporte del posgradista dentro de la satisfacción de los usuarios, como medida para apreciar posibles diferencias que la formación de los profesionales genera en el nivel de satisfacción de los usuarios.

No se trata por tanto, de juzgar el las competencia profesionales ni el desempeño de los servidores públicos del ministerio (médicos), quienes tuvieron diversas características, que pudo mostrar que los resultados de la satisfacción, fueran variables.

Con estas premisas, se analiza cada una de las variables de la Atención médica y se compara entre los dos profesionales.

4.6.1. Contraste de los resultados de satisfacción de los usuarios con el acto médico del PMFYC y S.P.M.

La investigación aborda el acto médico desde el planteamiento del problema, con variables explícitas que corresponden a la lógica de los objetivos propuestos, donde la satisfacción con el acto médico se expresa de acuerdo a ciertos parámetros como el trato, comunicación, información, por tanto se explica mediante cuadros y gráficos los resultados obtenidos, contrastando a los P.M.F.Y.C. y S.P.M.

4.6.1.1. El Trato contraste PMFYC y S.P.M.

La abordamos como: Atención médica recibida, percepción sobre el trato, confianza brindada durante el acto médico.

Percepción del trato.

Como se expuso antes el trato fue calificado como MB y Ex por el 66,67% de encuestados, siendo la calificación dada a los PMFYC de 75,89%. En comparación con los SPM se identificaron diferencias significativas $X^2 33,16 - P=0.000$.

Generar confianza en los usuarios es un reto permanente para los profesionales de salud en general y para los médicos en particular. En la investigación se observó que esto lo han logrado con calificaciones de MB y Ex reportando por el 80,26% de los participantes. En este aspecto hubo diferencias significativas a favor de PMFYC quienes alcanzaron tales calificaciones por el 81% de pacientes ($X^2 47,25 - P=0.000$) (Tabla 17).

4.6.1.2. La comunicación e información contraste PMFYC y S.P.M.

Comprensión y Comunicación, cerca de tres de cada cuatro usuarios indicaron que su comprensión en la consulta fue muy buena y excelente.

En el caso particular de los SPM. Esto ocurrió en casi 2/3 de los participantes en la investigación, con diferencias significativas frente a los PMFYC quienes han logrado que cuatro de cada cinco pacientes nos califiquen en nuestra escala.

Indicaciones médicas.- En general el 75,1% de investigados señalaron que las indicaciones médicas fueron claras, lo cual es importante para el cumplimiento del tratamiento de las medidas de control específicas de cada paciente. En la comparación de los SPM, alcanzaron 66,16% de calificaciones MB y Ex. Nuevamente estas diferencias favorecen a los PMFYC ($\chi^2 47,38 - P=0.000$) (Tabla 17).

Identificación de riesgos: En el caso de los SPM el 58,97% de los participantes en la investigación consideran que estas acciones son MB y Ex aun cuando son superadas en 12 puntos porcentuales por los PMFYC. Las diferencias fueron significativas ($\chi^2 39,62 P=0.000$) (Tabla 17).

Es necesario que los PMFYC compartan sus competencias para la identificación de riesgos para enfermedades pues estas son el pilar de la prevención 19 y 29 de la mayoría de enfermedades y principalmente de las crónicas no transmisibles que dominan la morbilidad de poblaciones participantes en la investigación, tal como se lo observó en los ASIS de cada PMFYC.

En la política sanitaria de Ecuador y en el MAIS se establece que el respeto a la cultura es uno de los valores esenciales del trabajo en salud, de allí que en la investigación resulta satisfactorio observar que los PMFYC contribuyen al cumplimiento de este principio y el 84,5% de los investigados lo calificaron como MB y Ex.

Las diferencias en el respeto a la cultura mostrada por los SPM fueron significativas $\chi^2 57,58 P=0.000$. (Tabla 17).

4.7. Satisfacción en los procesos de atención médica contraste PMFYC y S.P.M.

Tabla 18. Contraste satisfacción con los procesos de la atención médica del P.M.F.Y.C. y S.P.M. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.												
LOS PROCESOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA												
	Regular		Buena		Muy Buena		Excelente		Total	Valor Chi ²		
	Nº		%		Nº		%		Nº	Probabilidad		
Saludo actitud												
PMFYC	7	3,59	15	7,69	61	31,28	112	57,44	195	100	50,05	Sig.
S.P.M	9	4,62	51	26,15	87	44,62	48	24,62	195	100	0	Sig.
TOTAL	16	4,10	66	16,92	148	37,95	160	41,03	390	100		
Solución del problema												
PMFYC	9	4,62	25	12,82	65	33,33	96	49,23	195	100	32,19	Sig.
S.P.M	19	9,74	55	28,21	74	37,95	47	24,10	195	100	0	Sig.
TOTAL	28	7,18	80	20,51	139	35,64	143	36,67	390	100		
Historia clínica/Examen físico												
PMFYC	5	2,56	14	7,18	71	36,41	105	53,85	195	100	52,37	Sig.
S.P.M	14	7,18	52	26,67	85	43,59	44	22,56	195	100	0	Sig.
TOTAL	19	4,87	66	16,92	156	40,00	149	38,21	390	100		

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Mayorga William (2016)

Satisfacción con los procesos inherentes a la atención médica. La atención médica como ya se expuso antes, incluye la ejecución armónica y sistemática de acciones que genéricamente corresponden al profesionalismo (acciones éticas- deontológicas) y competencias profesionales (conocimientos científico – técnicos, habilidades). Al respecto se hizo referencia al saludo – actitud del médico observando que el 78,98 % de investigados indicaron satisfacción MB y Ex con diferencias significativas entre los dos grupos de profesionales analizados.

(Tabla 18).

La solución del problema de consulta se ha logrado con calificaciones MB y Ex del 72,31% de participantes en la investigación, siendo importante observar que efectivamente este porcentaje es de 82,56 entre los PMFYC, lo que demuestra que van logrando competencias profesionales con las que si será posible incrementar el nivel de resolución en la atención primaria, con beneficios claros para los pacientes sus familias y las comunidades a los que sirven.

Respecto a la elaboración de las Historias Clínicas (anamnesis) y examen físico se encontró que el 78,21% de pacientes indicaron que estas acciones son MB y Ex. Los PMFYC superan con 24,15% a los SPM, debido posiblemente a que el agendamiento de las atenciones tiene diferencias entre los dos profesionales.

Se conoce por las normas del manual de relacionamiento entre instituciones del sistema de salud pública y complementaria, que consideran que la atención dirigida a un solo problema del paciente, que requiere historia referida al mismo y decisiones sencillas corresponden a un tiempo de atención de 15 minutos, de allí que se requiere valorar la influencia específica del tiempo de consulta agendado con las acciones integrales de las prestaciones incluyendo el interrogativo y exploración física del paciente.

Los factores que afecta la satisfacción con la atención médica, en los servidores públicos del ministerio, tiene como causales diferentes ámbitos, los factores más comunes pueden ser desde el ámbito laboral sobre todo cuando existe conflictos laborales con compañeros o jefes, cuando no se cuenta con el personal capacitado para trabajar en equipo y dar una buena atención al público, hay desorden factores organizacionales, desde el liderazgo políticas de trabajo que presentan falta de comunicación, que a lo largo del tiempo desestabiliza el estado de ánimo, que hace que el medico vaya perdiendo el entusiasmo por sus labores y se desconcentre fácilmente.

Hay varias razones por las cuales los médicos de consulta externa pueden ser más propensos al agotamiento emocional que sus colegas denominados posgradistas de medicina familiar. Los servidores públicos del ministerio tienen un elevado volumen de pacientes para atender, el papeleo, las preocupaciones médico-legales, y la falta de apoyo de la comunidad son importantes desencadenantes de un síndrome de agotamiento que se lo denomina burnout.⁽⁵¹⁾

En el caso de los posgradistas de medicina familiar y comunitaria, habría motivos que reducirían el agotamiento basado, más oportunidades de trabajar con tiempo y en equipo, menor papeleo seguir aun con la tutoría personalizada, el incentivo de conseguir una especialidad, y que sus relaciones laborales estén acordes a los objetivos de estudio, que aun cuando la carga laboral es también agotadora, tiene que ver con sus expectativas de vida que les posibilita un mejor equilibrio entre su vida profesional y personal.

Otro de los factores, son los pacientes difíciles problemáticos, es importante señalarlo porque es frecuente que no tenga fácil solución. En centros en los que es posible el cambio de médico, estos pacientes van de uno a otro, pero al final siempre hay alguien que les tiene que atender. En algunos puestos de salud rurales, el cambio de médico no es posible, por tanto habrá una variable de satisfacción

Todo paciente y toda relación médico-paciente puede tener sus componentes problemáticos. A veces, relaciones absolutamente normales y correctas entre médico y paciente pueden ser problemáticas en diversas circunstancias o épocas. Hay pacientes que realmente crean problemas para todo el mundo, pero también es cierto que detrás de algunos pacientes considerados difíciles lo que hay es un médico problemático que también tiene una personalidad difícil.

Por lo tanto se cree necesario establecer investigaciones de estos factores, como medidas objetivas que también repercuten en la satisfacción de los usuarios de las unidades de salud.

4.7.1. Satisfacción en el tiempo de espera previo a la cita, en los procesos de atención médica.

En relación a esta variable, durante la atención médica, tuvo respuestas negativas con porcentajes importantes en las escalas regular y malo que son más elevadas entre los SPM. (Tabla 18)

Tabla 19. Contraste en el tiempo de espera previo a la consulta del P.M.F.Y.C. y S.P.M. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.

TIEMPO DE ESPERA	Malo		Regular		Buena		Muy Buena		Excelente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PMFYC	21	10,77	49	25,13	57	29,23	32	16,41	36	18,46	195	100
S.P.M	42	21,54	66	33,85	37	18,97	30	15,38	20	10,26	195	100
TOTAL	63	16,15	115	29,49	94	24,10	62	15,90	56	14,36	390	100

Fuente: Investigación de Campo

Elaborado por: Mayorga William (2016)

Chi- cuadrado df Probabilidad

18,40 4 0,001

Se encontró diferencias estadísticamente significativas al realizar el análisis de independencia: Chi cuadrado 18,40 ($p > 0,05$), en el grupo de estudio PMFYC y SPM (Tabla 19)

Este es un aspecto que requiere mejorarse a través de estrategias que permitan el uso de tiempo de espera en acciones promocionales y preventivas grupales, aprovechando los recursos disponibles localmente como por ejemplo estudiantes pasantes de las carreras de salud, supervisados y guiados por el equipo de salud de cada unidad.

4.8. Satisfacción en la implementación del modelo de atención integral en Salud contraste PMFYC y S.P.M.

Tabla 20. Contraste satisfacción con la implementación del MAIS FCI en la atención médica del PMFYC y S.P.M. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.

Guías anticipatorias											
Nutrición y Peso											
	Regular		Buena		Muy Buena		Excelente		Total		Valor Chi² Probabilidad
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
PMFYC	11	5,64	13	6,67	51	26,15	120	61,54	195	100	68,27 Sig.
S.P.M	38	19,48	45	23,08	62	31,79	50	25,64	195	100	0,000Sig.
TOTAL	38	12,56	58	14,87	113	28,97	170	43,59	390	100	
Higiene											
PMFYC	9	4,61	14	7,18	55	28,21	117	60,00	195	100	61,85 Sig.
S.P.M	36	18,46	46	23,59	63	32,31	50	25,64	195	100	0,000 Sig.
TOTAL	45	11,54	60	15,38	118	30,26	167	42,82	390	100	
Actividad física											
PMFYC	13	6,67	13	6,67	52	26,67	117	60,00	195	100	66,33 Sig.
S.P.M	48	24,61	41	21,03	60	30,77	46	23,59	195	100	0,000 Sig.
TOTAL	61	15,64	54	13,85	112	28,72	163	41,79	390	100	
Inmunizaciones											
PMFYC	16	8,2	15	7,69	69	35,38	95	48,72	195	100	49,99 Sig.
S.P.M	43	22,05	48	24,62	61	31,28	43	22,05	195	100	0,000 Sig.
TOTAL	59	15,13	63	16,15	130	33,33	138	35,38	390	100	
Tabaco y Alcohol											
PMFYC	19	9,75	25	12,82	52	26,67	99	50,77	195	100	56,38 Sig.
S.P.M	64	32,82	40	20,51	54	27,69	37	18,97	195	100	0,000 Sig.
TOTAL	83	21,28	65	16,67	106	27,18	136	34,87	390	100	
Salud Familiar											
Prevención enfermedades											
PMFYC	19	9,74	19	9,74	54	27,69	103	52,82	195	100	56,41 Sig.
S.P.M	56	28,72	40	20,51	61	31,28	38	19,49	195	100	0,000 Sig.
TOTAL	75	19,23	59	15,13	115	29,49	141	36,15	390	100	
Integra a la familia											
PMFYC	7	3,59	23	11,79	60	30,77	105	53,85	195	100	66,82 Sig.
S.P.M	46	23,59	40	20,51	70	35,90	39	20,00	195	100	0,000 Sig.
TOTAL	53	13,59	63	16,15	130	33,33	144	36,92	390	100	
Interés médico											
PMFYC	11	5,64	24	12,31	45	23,08	115	58,97	195	100	59,94 Sig.
S.P.M	32	16,41	58	29,74	62	31,79	43	22,05	195	100	0,000 Sig.
TOTAL	43	11,02	82	21,03	107	27,44	158	40,51	390	100	

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

En la tabla 20 se observa que los médicos de las unidades investigadas, presentan variaciones importantes en cuanto al desarrollo de actividades promocionales y preventivas, tanto que de los cinco aspectos tomados en

la investigación (nutrición, higiene, actividad física, prevención de malos hábitos para la salud tabaco y alcohol, e inmunizaciones), el que presenta los mayores porcentajes de satisfacción regular y bueno corresponden a los servidores públicos del ministerio, observándose diferencias significativas a favor de los posgradistas de medicina familiar.

Cabe señalar que el modelo de atención integral en salud enfatiza en la necesidad de reorientar los servicios de salud especialmente en el primer nivel de atención, con el objetivo de motivar y educar a las familias y comunidades hacia el desarrollo de estilos de vida saludables que permitan elevar la calidad de vida y el buen vivir.

Por lo observado en la investigación, es necesario fortalecer este trabajo de manera que en el mediano y largo plazo no existan las diferencias observadas en la investigación y más bien se haya logrado posicionar apropiadamente el enfoque preventivo y promocional sin que disminuya el interés de ofrecer prestaciones curativas, basadas en altas competencias profesionales, acorde a los avances científicos en salud y ciencia afines.

Son también esenciales las prestaciones vinculadas a la salud familiar entre ellas la prevención de enfermedades, integración de la familia y el interés de médico en ejecutar estas acciones. Así entre los médicos (SPM) se observa que el mayor porcentaje de satisfacción con las prestaciones de investigación familiar fue calificado como muy bueno, mientras que el interés del médico fue el aspecto que con el 58,97% de los usuarios lo calificaron excelente. Es evidente que las diferencias descritas son claras entre los dos grupos de profesionales tal como se muestra en la Tabla 20. Sin embargo es importante señalar, que si bien los médicos realizan actividades de promoción y prevención con enfoque familiar y comunitario, se requiere nuevas investigaciones que analice cual es el rol de los miembros del equipo de salud en las mismas.

Se debe fortalecer el trabajo promocional respecto al consumo de tabaco y alcohol y de importancia de las vacunas en la prevención de enfermedades. A través de propuestas y proyectos multipropósito e intersectoriales, trabajando en la población vulnerable como son los niños y

adolescentes (en cooperación de MSP) y con la población adulta a través de los centros de trabajo correspondientes (relación Ministerio de Salud – Empresa Privada)

4.9. Contraste satisfacción planificación familiar y educación sexual en la atención médica del PMFYC y S.P.M.

Tabla 21. Contraste satisfacción con la implementación del MAIS FCI en la atención médica del PMFYC y S.P.M. Unidades de Formación del PMFC, Cotopaxi 2015 - 2016.

Prestaciones preventivas MAIS	EDUCACIÓN SEXUAL												Valor Chi ² Probabilidad	
	Mala		Regular		Buena		Muy Buena		Excelente		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
PMFYC	11	5,64	13	6,67	21	10,77	61	31,28	89	45,64	195	100	57,36	Sig.
S.P.M	38	19,49	35	17,95	34	17,44	58	29,74	30	15,38	195	100	0	Sig.
TOTAL	49	12,56	48	14,10	55	14,10	119	30,51	119	30,51	390	100		
Planificación familiar														
PMFYC	14	7,18	11	5,64	20	10,26	56	28,72	94	48,21	195	100	61,22	Sig.
S.P.M	39	20,00	35	17,95	37	18,97	53	27,18	31	15,90	195	100	0	Sig.
TOTAL	53	13,59	46	11,79	57	14,62	109	27,95	125	32,05	390	100		
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS														
Detección oportuna Ca mujer														
Consejería Mamografía														
PMFYC	15	10,42	13	9,03	27	18,75	43	29,86	46	31,94	144	100	58,04	Sig.
S.P.M	73	47,71	16	10,46	18	11,76	31	20,26	15	9,80	153	100	0	Sig.
TOTAL	88	29,63	29	9,76	45	15,15	74	24,92	61	20,54	297	100		
Autoexamen mama														
PMFYC	15	10,42	15	10,42	25	17,36	37	25,69	52	36,11	144	100	47,38	Sig.
S.P.M	70	45,75	16	10,46	18	11,76	33	21,57	16	10,46	153	100	0	Sig.
TOTAL	85	28,62	31	10,44	43	14,48	70	23,57	68	22,90	297	100		
Papanicolaou														
PMFYC	10	6,94	14	9,72	15	10,42	31	21,53	74	51,39	144	100	39,62	Sig.
S.P.M	58	37,91	12	7,84	20	13,07	40	26,14	23	15,03	153	100	0	Sig.
TOTAL	68	22,90	26	8,75	35	11,78	71	23,91	97	32,66	297	100		
Detección oportuna Ca hombre														
Examen próstata														
PMFYC	17	33,33	8	15,69	9	17,65	7	13,73	10	19,61	51	100	57,58	Sig.
S.P.M	30	71,43	4	9,52	5	11,90	2	4,76	1	2,38	42	100	0	Sig.
TOTAL	47	50,54	12	15,05	14	15,05	9	9,68	11	11,83	93	100		

Fuente: Investigación de Campo
Elaborado por: Mayorga William (2016)

En el trabajo de salud pública es importante la ejecución de acciones de educación en salud sexual y reproductiva, así como planificación familiar porque los propósitos de cada uno (prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y regulación de la fecundidad) contribuyen al logro de la salud familiar, de allí que la investigación se solicitó a los usuarios valorar su satisfacción en estos temas habiendo encontrado que a pesar de que los médicos del PMFYC logran niveles excelentes de satisfacción (45.64% vs 15.38% y 48.21% vs 15.90%) con diferencias significativas para cada grupo como se puede observar en la Tabla 21.

Es importante diseñar actividades que mejoren estos dos aspectos, pues como ya se indicó son necesarios para el control y prevención de enfermedades infecciosas como VIH-SIDA, infecciones por HPV, que se sabe tienen un rol importante en la patogénesis de otras enfermedades como el cáncer, cuya atención no solo demanda muchos recursos económicos, sino que afecta a la familia por cuanto restan productividad y también rechazo social (especialmente en el VIH).

Respecto a las enfermedades catastróficas como el cáncer los médicos juegan un rol fundamental en el tamizaje, para la detección temprana y tratamiento oportuno, de allí que la consejería de los cánceres más frecuentes en las mujeres (mama y cérvix) y en los hombres (cáncer de próstata) son acciones claves para mejorar la calidad de vida de la población, de las familias de las mujeres y hombres.

Se encontró que los SPM tienen los porcentajes más altos de mala satisfacción tanto en consejería de mamografía, auto examen de las mamas, recomendación de Papanicolaou.

Las recomendaciones para examen prostático son muy débiles pues como se observa en la Tabla 21 en el caso de los posgradistas de medicina familiar y comunitaria tres de cada diez usuarios las consideraron malas frente a siete de cada diez usuarios atendidos por los médicos (SPM).

Las diferencias fueron significativas (Tabla 21). Esto podría tener como explicación que los servidores de atención primaria, la población predominante corresponde a mujeres y niños, la participación y atención de los hombres es baja, conviene realizar investigaciones a futuro que analicen esta situación a fin de mejorar el acceso de los hombres a los servicios de salud.

El tamizaje de prevención de cáncer uterino realizado a través de Papanicolaou generalmente es asignado a las obstetras de las unidades sea en horario continuo o itinerancia. Los servidores públicos del ministerio le dan menor importancia que la del PMFYC. (Tabla 21)

4.10 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

a) Modelo lógico

Para la validación de la hipótesis se plantea la siguiente hipótesis nula:

H_0 = No Existen diferencias en el grado de satisfacción del usuario con la atención brindada por los médicos de las unidades de Cotopaxi 2015 – 2016.

Hipótesis alternativa: Existen diferencias en el grado de satisfacción del usuario con la atención brindada por los médicos de las unidades de Cotopaxi 2015 – 2016.

b) Modelo matemático

- Hipótesis nula (H_0): Observado O = Esperado (E)
- Hipótesis alternativa (H_1): Observado $O \neq$ Esperado (E)

4.10.1. Definición del nivel de significación El nivel de significación escogido para la investigación fue del 5% (0,05)

4.10.2. Elección de la prueba estadística Para la verificación de la hipótesis se escogió la prueba del Chi Cuadrado cuya fórmula es la siguiente:

$$X^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Simbología:

X²= Chi-cuadrado

f_o = Frecuencia observada

f_e = Frecuencia esperada.

Σ=Sumatoria

4.10.3 Comprobación de la hipótesis

La verificación se realiza a partir de las encuestas realizadas a los usuarios (as) que acuden a recibir, atención médica en unidades de formación del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Cotopaxi 2015 – 2016., por lo que se tomó dichas preguntas del mencionado instrumento. La variable independiente representada por la preguntas Variable Dependiente Satisfacción de los Usuarios dimensión sociodemográfica y la variable independiente representada por la preguntas satisfacción del usuario con el acto médico, la organización de los procesos de atención médica, y el modelo de atención integral en salud.

Grados de libertad

$$G1 = (c-1) (f-1)$$

$$G1 = (2-1) (2-1)$$

$$G1 = (1) (1)$$

$$G1 = 1$$

Nivel de confianza= 95%

DISTRIBUCION DE χ^2

Grados de libertad	Probabilidad											
	0,95	0,90	0,80	0,70	0,50	0,30	0,20	0,10	0,05	0,01	0,001	
1	0,004	0,02	0,06	0,15	0,46	1,07	1,64	2,71	3,84	6,64	10,83	
2	0,10	0,21	0,45	0,71	1,39	2,41	3,22	4,60	5,99	9,21	13,82	
3	0,35	0,58	1,01	1,42	2,37	3,66	4,64	6,25	7,82	11,34	16,27	
4	0,71	1,06	1,65	2,20	3,36	4,88	5,99	7,78	9,49	13,28	18,47	
5	1,14	1,61	2,34	3,00	4,35	6,06	7,29	9,24	11,07	15,09	20,52	
6	1,63	2,20	3,07	3,83	5,35	7,23	8,56	10,64	12,59	16,81	22,46	
7	2,17	2,83	3,82	4,67	6,35	8,38	9,80	12,02	14,07	18,48	24,32	
8	2,73	3,49	4,59	5,53	7,34	9,52	11,03	13,36	15,51	20,09	26,12	
9	3,32	4,17	5,38	6,39	8,34	10,66	12,24	14,68	16,92	21,67	27,88	
10	3,94	4,86	6,18	7,27	9,34	11,78	13,44	15,99	18,31	23,21	29,59	
	No significativo								Significativo			

Fuente: [Cristina Soto Moreno](#) Estadística y Tecnología de la Información y Comunicación en cuidados

Regla de decisión

Se acepta la hipótesis nula si el valor de chi-cuadrado a calcularse es igual o menor a 9,49 caso contrario se rechaza y se acepta la hipótesis alternativa.

El valor de $X^2_t = 9.49 > X^2_C =$ el más alto

Chi-cuadrado tabular

El valor tabulado de X^2 con 4 grado de libertad y un nivel de significación de 0,05 es de 9.49 ver.

Decisión

El valor de $X^2_t = 9,49$ menor q $X^2_c = 86.48$. Por consiguiente se acepta la hipótesis alternativa (H1), Existen diferencias en el grado de satisfacción del usuario con la atención brindada por los médicos de las unidades de Cotopaxi 2015 – 2016. Y se rechaza la hipótesis nula (H0), demostrando que las variables se encuentran relacionadas.

CAPITULO V

5.1 Conclusiones

- Las características sociodemográficas de la población; la edad promedio fue de 48 años, La edad mínima fue de 18 años con una máxima de 86 años, ocho de cada diez pacientes son adultos, los adultos mayores encuestados asistieron en menor número que los adolescentes clasificados en este estudio en edades de 18 y 19 años. Tres de cada cuatro entrevistados en busca de consulta médica fueron de género femenino. La principal actividad económica de los encuestados es la agricultura y amas de casa. En la población en estudio el 10.28% es analfabeta que supera a la realidad nacional, además 6 de cada 10 usuarios encuestados tienen un nivel de instrucción Básico. Predominio de etnia mestiza e indígena.

- La satisfacción según características sociodemográficas, no se encontraron diferencias estadísticas significativas, en relación al grupo de edad, al comparar satisfacción y género, entre las etnias, entre poseer un mayor o menor grado de escolaridad y entre la ocupación y el resultado de satisfacción en la atención médica, Hombres como mujeres, la califican en una escala de buena a muy buena y según las características sociodemográficas no se reportó algún encuestado que manifieste que la atención médica es mala, y las respuestas en general alcanzaron una escala de satisfacción de buena a muy buena.

- En el acto médico, se realizó asociación de respuestas con respecto al trato y comunicación. El trato en cuanto a la satisfacción Atención médica confianza, hubo un mayor porcentaje en respuestas de muy buena a excelente, el trato en los médicos es un valor destacable e identificado por los pacientes. La comunicación comprendió, Indicaciones claras, si se le explicó los factores de riesgo para su salud, respetó su cultura y creencias,

esas variables alcanzaron escala de muy bueno y excelente. Los aspectos mejor valorados corresponden a la confianza en los médicos y a la claridad con las que se realizaron las indicaciones explicaciones médicas.

- Los procesos de la atención médica se realizó asociación, correspondientes a tiempo de espera, saludo presentación y despedida, resolución de los problemas, elaboración de historia clínica y examen físico, la población investigada considera que estos aspectos obtuvieron una calificación de muy buena y excelente; hubo insatisfacción en el tiempo de espera la calificaron como mala y regular.

- Satisfacción de los usuarios en la aplicación del modelo de atención integral en salud, para la investigación tomamos las guías anticipatorias y el manejo de salud familiar dentro de la consulta médica, podemos indicar que los aspectos más relevantes fueron el interés del médico y la integración de la familia. Los procesos preocupantes son la educación sexual y a planificación familiar cuya trascendencia en la vida del individuo familia y comunidad es alta, requiriendo atención prioritaria, caso contrario no se podrá controlar problemas críticos como embarazos en adolescentes y las crecientes tasas de infecciones de trasmisión sexual que afectan a la población joven, las respuestas en la escala de satisfacción fueron de muy buena a excelente aceptación con respecto a la aplicación del MAIS FCI.

- Prevención de enfermedades catastróficas y Satisfacción de los usuario tomando en cuenta que el cáncer cervical las diferencias fueron significativas, la mitad de los hombres califico como mala, la detección oportuna de cáncer masculino a través del examen de próstata.

- Contraste de los resultados de satisfacción de los usuarios con el acto médico del PMFYC y S.P.M, El Trato abordamos como: Atención médica recibida, percepción sobre el trato, confianza brindada durante el acto médico. Logró calificaciones de Muy Bueno y Excelente. En este aspecto hubo diferencias significativas a favor de PMFYC, de acuerdo a la

comprensión, comunicación, Identificación de riesgos e indicaciones médicas.

- En la política sanitaria de Ecuador y en el MAIS se establece que el respeto a la cultura es uno de los valores esenciales del trabajo en salud, de allí que en la investigación resulta satisfactorio observar que los PMFYC contribuyen al cumplimiento de este principio.

- Satisfacción con los procesos inherentes a la atención médica, corresponden al profesionalismo, la elaboración de las Historias Clínicas (anamnesis) y examen físico se encontró que los PMFYC superan a los SPM, debido posiblemente a que el agendamiento de las atenciones tiene diferencias entre los dos profesionales. Se encontró diferencias estadísticamente significativas con respecto al tiempo de espera, importante que los PMFYC, van logrando competencias profesionales con las que si será posible incrementar el nivel resolutivo de la atención primaria, con beneficios claros para los pacientes sus familias y las comunidades a los que sirven.

- En el Contraste de los resultados de satisfacción de los usuarios en la implementación del modelo de atención integral en Salud en la atención médica del PMFYC y S.P.M. se observa que los médicos de las unidades investigadas, presentan variaciones importantes en cuanto al desarrollo de actividades promocionales y preventivas, de los cinco aspectos tomados en la investigación (nutrición, higiene, actividad física, prevención de malos hábitos para la salud tabaco y alcohol, e inmunizaciones), los porcentajes de satisfacción regular y bueno corresponden a los servidores públicos del ministerio, observándose diferencias significativas a favor de los posgradistas de medicina familiar.

- Para mejorar los problemas encontrados se realiza la siguiente propuesta con el tema “propuesta para mejorar satisfacción de los usuarios con la atención médica en Unidades de Formación del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Cotopaxi 2017 - 2018”.

5.2 Recomendaciones

Es necesario que los PMFYC compartan sus competencias para la identificación de riesgos para enfermedades pues estas son el pilar de la prevención de la mayoría de enfermedades principalmente de las crónicas no transmisibles que dominan la morbilidad de poblaciones participantes en la investigación, tal como se lo observó en los ASIS de cada PMFYC.

El tiempo de espera, es un aspecto que requiere mejorarse a través de estrategias que permitan el uso de tiempo de espera en acciones promocionales y preventivas grupales, aprovechando los recursos disponibles localmente como por ejemplo estudiantes pasantes de las carreras de salud, supervisados y guiados por el equipo de salud de cada unidad.

Tomando en cuenta que el cáncer cervical es una neoplasia que causa mortalidad en el país, hace falta fortalecer acciones de prevención primaria y secundaria, respecto a la detección oportuna de cáncer de mama, se ve déficit en la prevención secundaria del cáncer mamario, por lo que se requieren nuevas investigaciones orientadas a identificar las condiciones que favorecen la situación.

Se requiere impulsar acciones para la detección oportuna de cáncer masculino a través del examen de próstata, ya que entre los hombres, el cáncer de próstata es la segunda causa de mortalidad por tumores malignos.

Es necesario fortalecer este trabajo de manera que en el mediano y largo plazo no existan las diferencias observadas en la investigación y más bien se haya logrado posicionar apropiadamente el enfoque preventivo y promocional sin que disminuya el interés de ofrecer prestaciones curativas, basadas en altas competencias profesionales, acorde a los avances científicos en salud y ciencia afines.

Se debe valorar la influencia específica del tiempo de consulta agendado con las acciones integrales de las prestaciones incluyendo el interrogativo y exploración física del paciente.

Realizar investigaciones acerca de la atención médica en los servidores públicos del ministerio y los factores que afecten el ámbito laboral, así tenemos factores organizacionales, el estado de ánimo, elevado volumen de pacientes para atender, papeleo, preocupaciones médico-legales, la falta de apoyo de la comunidad, importantes desencadenantes de un síndrome de agotamiento que se lo denomina burnout.⁽⁵¹⁾

CAPITULO VI

PROPUESTA PARA MEJORAR SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LA ATENCIÓN MÉDICA EN UNIDADES DE FORMACIÓN DEL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, COTOPAXI 2017

6.1. Justificación.

La atención de la salud con una óptima calidad en el servicio, que refleje la satisfacción de los usuarios puede alcanzarse. El incumplimiento de acciones de prevención, promoción y fomento de la salud, considerados elementos claves de atención primaria, disminuyen la calidad de atención la que es percibida por los usuarios como deficiente.

Hay que tomar en cuenta que la atención médica abarca el conocimiento de la relación médico paciente donde el buen trato, la comunicación adecuada así como el manejo del modelo de atención integral, ha demostrado que son los factores indeclinables e irremplazables para poder hablar de un servicio anhelado por el paciente, por su familia y su comunidad.

Debemos tomar en cuenta que el usuario debe ser el componente central del sistema salud y, desde luego, de la Atención Primaria. Como está establecido se debe tomar en cuenta que la participación del médico familiar, dentro de la comunidad, y formando parte de la APS renovada, debe ser parte activa del mejoramiento de la satisfacción, por ende de la calidad de la atención médica.

Puesto que la insuficiente calidad de atención primaria disminuye el número de consultas preventivas, dando como resultado un incremento en las atenciones de morbilidad.

La formación integral del profesional de salud, es un elemento inherente a la organización sanitaria pero muy especialmente en el ámbito de la Atención Primaria, donde se debe resolver no menos del 85% de los problemas de salud de la población.

Para mejorar la efectividad del profesional de salud, son necesarias estrategias tendientes a incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica, mejorando la formación de los profesionales a través de la utilización de los manuales y protocolos emitidos por el Ministerio de Salud, también otorgando un tiempo adecuado, para brindar una consulta que englobe los parámetros de la atención médica adecuada, con lo cual el paciente se encuentre satisfecho y cumpla su rol de prevención de enfermedades, elemento fundamental en estas estrategias de salud.

La Atención médica integral, es una de las principales aportaciones de funciones en actividades preventivas y curativas, hay que tomar en cuenta que las estrategias que se presentan, tienen dos ejes fundamentales el usuario y el profesional, por ello, todas sus actividades deben ir encaminadas a satisfacer sus necesidades y demandas.

El otro eje de las estrategias lo constituye el equipo de salud, donde el médico es parte y gestor de las organizaciones sanitarias y principal nexo de unión con los usuarios.

Por ello, es necesario que el médico se sienta parte vital del sistema y formen parte activa en los procesos de toma de decisiones, que mejoren el nivel de satisfacción y por ende la calidad de las atenciones médicas en las unidades de atención primaria salud de Cotopaxi.

6.2. Fundamentación.

La atención médica de salud, en las unidades, es el primer contacto del paciente con el ministerio de salud, es el médico de atención primaria quien atiende y resuelve la mayor parte de los problemas de salud de la población.

El médico de atención primaria tiene que tener competencias para cuidados integrales a lo largo de la vida del usuario, garantizando la salud del individuo, la familia y por ende la comunidad. Para lograr estos objetivos necesitamos médicos de acción resolutiva, además de atender con calidad es necesario relevancia en el buen o mal hacer, lo que podríamos definir más como idoneidad de las actuaciones ante los problemas de salud.

Hablar de resolución en la atención médica, es un concepto que integra calidad y capacidad. Puesto que el propósito no es atender, por cantidad si no por calidad, además es resolver un problema de salud con satisfacción tanto para el usuario como para el profesional de la salud. En este sentido, atender cinco o diez pacientes, probablemente no es relevante, en tanto que no se resuelvan sus problemas.

Los conocimientos en salud están expuestos a cambios continuos, por tanto el ministerio de salud, tiene la responsabilidad de mantener actividades permanentes para mejorar las prestaciones que ofrecen a los usuarios. Dado que, los sistemas sanitarios deben garantizar que sus profesionales trasladen esos conocimientos a su práctica diaria.

Aun cuando el médico posgradista de medicina familiar y comunitaria se encuentra en formación de parámetros de salud pública, se encontró que hay una especial dificultad para conseguir una actualización permanente en los conocimientos y en las actualizaciones de las capacitaciones del ministerio.

Los posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, así como los profesionales de Atención Primaria tienen que solucionar problemas muy diversos, que superan en número a los que se enfrenta cualquier otro profesional, requiriendo actuaciones de promoción y prevención, de diagnóstico, terapéuticas, de apoyo y acompañamiento y de inserción social. Los profesionales de APS trabajan en ámbitos tan diferentes como la atención intramural, extramural que comprende, las visitas domiciliarias, las intervenciones comunitarias.

El módelo de atención integral, que aplica el médico de salud familiar tiene como objetivo la participación y la implicación de los usuarios en el sistema sanitario.

Se ha dilucidado que hace falta la correcta implementación del modelo integral, para mejorar el nivel de satisfacción en salud, se ha estudiado la satisfacción del usuario con respecto a tres variables importantes, el acto médico, el proceso de atención y la aplicación del MAIS, se ha identificado dificultades objetivas en la atención médica.

Por tanto, se debería emprender soluciones básicas que mejoren el resultado de satisfacción en la atención médica, reforzando el conocimiento de los profesionales de Atención Primaria, en la relación médico paciente, que tiene como características, el trato basado en la comunicación, confianza, indicaciones claras, respeto a la creencia y cultura, dará como resultado, un buen acto médico.

Si sumamos a esto la aplicación adecuada del MAIS, que trabaja en la promoción y prevención, basado en la atención social con orientación grupal familiar y comunitaria, obtendremos satisfacción de los usuarios con la atención médica, que se reflejara en una atención de calidad, que se traduce como mejoramiento continuo en salud, con capacitaciones permanentes de los trabajadores del sistema de salud incluyendo, médicos rurales, de contrato y nombramiento, que ejerzan su función en la atención primaria de la salud .

6.3 Objetivo General.

Realizar y aplicar estrategias para mejorar y mantener la calidad de atención, para alcanzar satisfacción en los pacientes de atención primaria de las unidades de salud de Cotopaxi.

6.3.1 Objetivos Específicos.

1. Presentar resultados de la investigación al MSP de la satisfacción con la atención médica orientada al usuario.
2. Crear estrategias conjuntas con el MSP, que identifiquen factores de riesgo del personal médico que disminuye la calidad de la atención por síndrome de agotamiento.
3. Capacitar continuamente en la optimización del manejo de los procesos de atención médica que mejore la satisfacción del usuario.
4. Establecer el direccionamiento estratégico para el reforzamiento del conocimiento del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, logrando eficiencia en la atención.

6.4 Importancia.

La adecuada satisfacción del usuario con la atención médica, se traduce en un buen seguimiento de las indicaciones realizadas por el profesional de la salud, además de una buena adherencia terapéutica, basado en una relación médico paciente apropiado, que asegurara calidad en los resultados, minimizando al máximo las fuentes de error.

La calidad en la atención médica es el elemento estratégico para mejorar, la satisfacción de los clientes, desarrollar estrategias continuas de aseguramiento de calidad, que no debe ser un control o inspección transitoria, es decir debe ser continuo y aportar al mejoramiento de la atención médica.

Hay que tomar en cuenta que estas estrategias son parte de las capacitaciones continuas, pero debemos establecer que se deben hacer verificaciones de estos procesos, es una actividad permanente coherente,

organizada que se ocupa de que confluyan todos los componentes en cantidad y con las características ideales para lograr el fin único, la satisfacción de los pacientes.

6.5 Factibilidad.

La propuesta se puede realizar, ya que se cuenta con la adecuada capacidad, adquirida a través del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, de la Universidad Técnica de Ambato, quien por medio de la dirección de posgrados, puede apoyar de forma directa a los profesionales que estén involucrados en mejorar la calidad de la atención médica, que garantizará el cabal cumplimiento de los objetivos de la propuesta.

La necesidad de fomentar y articular satisfacción en la población, a través de estrategias, con capacidades y potencialidades individuales y colectivas que propicien el mejoramiento de la calidad de la atención médica, basados en la relación médico paciente donde el buen trato, la comunicación adecuada así como el manejo del modelo de atención integral, son pilares fundamentales en la actual etapa de crecimiento y desarrollo de la medicina en atención primaria, lo que obliga a generar nuevas estrategias de atención en salud, volviendo a centrarse el interés en la atención integral, por la variedad de ventajas que ofrece, en promoción y prevención en salud.

El aumento de la demanda de atención médica en salud, dada por el incremento poblacional, crecimiento que condiciona, la satisfacción de los usuarios, está cada vez más limitada, tanto de recursos humanos, reforzamiento de conocimientos científicos.

Surge la imperiosa necesidad de administrar los recursos disponibles en las áreas de salud, de una manera eficaz, eficiente y productiva. Para ello es primordial que se cuenten con el potencial humano que brinde calidad en atención médica. Se debe trabajar con la participación de los profesionales de salud, en todas las esferas de la atención médica.

6.6. Ubicación Sectorial Física.

La propuesta se realizará en unidades de formación del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Cotopaxi. La unidades, forma parte de la zona 3 del ministerio de salud pública, que cuenta con trece unidades docente asistenciales. (Anexo 8)

6.7 Descripción de la Propuesta.

La falta de reforzamiento conocimiento dentro de la atención médica, y atención primaria de la salud, ha demostrado tener repercusión, dentro de la salud de la población, la cual es directamente proporcional a las consultas médicas que cumplen los requisitos expuestos. Por tanto es indispensable conocer la relación médico paciente, el trato brindado hacia los usuarios, los procesos de la atención médica, así como el manejo del MAIS – FYC., que será reflejado en una excelente satisfacción con respecto a la atención médica.

Se plantean estrategias para garantizar calidad en la atención, fomentando el trabajo en el reforzamiento de conocimientos integrales e integrados en la buena atención médica, involucrando la búsqueda de soluciones, en las cuales todos los participantes obtienen ventajas, que serán reflejadas en la satisfacción del usuario que acude a las unidades de salud.

6.8 Estrategias para garantizar calidad de la atención médica, en las unidades de formación del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Cotopaxi.

1. Para la atención médica

1.1 Acciones en el conocimiento de la relación médico paciente.

1.1.1 El buen trato, la comunicación adecuada en la consulta medica

El objetivo del reforzamiento en el conocimiento de la relación médico paciente, es que toda persona reciba una atención adecuada de acuerdo a un trato, que esté acorde a la complejidad del caso, y pueda acceder a una solución del problema de salud, con una satisfacción adecuada.

La primera tarea será establecer y diseñar las estrategias para el reforzamiento de los conocimientos en la relación médico paciente, será importante tener en cuenta estos conceptos para determinar, acreditar y articular los diversos temas de reforzamiento.

Se contara con manuales de estándares y protocolos que permita la agilidad, en los procesos de aprendizaje, de calidad en la prestación.

Se impartirá reforzamiento de la Relación Médico Paciente, abordando los siguientes ítems

- a. Ética en la Atención Médica
- b. Trato del paciente en consulta
 - Confianza durante la consulta
 - Respeto a la cultura y creencias
- c. Comunicación Médico – Paciente
 - Comprensión. Emisor Receptor
 - Indicaciones en consulta

Cada ítem debe contener un material de apoyo, que refuerce los contenidos.

2. Fomentar la equidad del conocimiento.

Proponer acciones para reducir las inequidades en los profesionales de la salud, con respecto a los conocimientos del manejo integral de la salud con énfasis en la atención médica, y satisfacción de los pacientes.

2.1. Promover el conocimiento en el personal de salud, con respecto a las políticas de salud y en la formación continuada del profesional de salud.

2.2. Generar y difundir capacitaciones de promoción y prevención en la atención médica y la unificación del conocimiento, en los profesionales de la salud de atención primaria, mejorando así la atención a los pacientes.

3. Calidad de Atención

Los servicios de salud deben incorporar progresivamente el enfoque de calidad que estará centrada en la satisfacción del usuario.

4. Modelo de Atención Integral, comunitario e intercultural (MAIS-FCI)

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del Modelo Integral de Salud (MAIS) que bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud , transforme el paradigma médico biologista , hacia una visión integral e integradora centrada en el cuidado de la salud individual, familiar, comunitaria y del entorno, orientada a la garantía de los derechos en salud y al cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir ⁽⁵⁾ ⁽¹⁹⁾

- ▶ Basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud se reorienta el enfoque hacia el CUIDADO DE LA SALUD Y LA VIDA
- ▶ Responde a las nuevas necesidades de cuidado de la salud por los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico
- ▶ Garantiza el derecho de todos y todas a una atención integral, oportuna, continua y de EXCELENCIA
- ▶ Equidad: superar las barreras económicas, culturales, geográficas y funcionales
- ▶ Fortalece la participación ciudadana

5. SISTEMA DE INFORMACION

Diseñar un sistema de información del fiable, oportuno y accesible

Establecer un plan de acceso a los datos de difusión de la información obtenida, así como la puesta en marcha de foros de comunicación y discusión para profesionales utilizando tecnología informática.

6.9 Diseño Metodológico.

Mejoramiento de la infraestructura física del centro de salud. Reuniones de trabajo para evaluación de la atención primaria, reuniones con la comunidad, estudios de caso, reforzar el clima organizacional, la unión, la motivación, la satisfacción y el empoderamiento del usuario interno y la comunidad.

6.10 Impacto.

Se medirá observando la variación del perfil epidemiológico, y también determinando el cambio de actitud de los usuarios y su satisfacción.

La satisfacción del usuario se mide por medio de encuestas de satisfacción, que se realizarán anualmente. Con el instrumento Satisfacción de la Atención Médica de Salud de Ecuador (SATAME).

Organización del Comité de Calidad de atención médica, el mismo que está conformado por:

- Integrantes de las unidades de salud
- Capacitadores
- Dirección de posgrado de posgrado. (UTA)

6.11 Evaluación.

La Atención Primaria es la primera relación que tienen médico y paciente, es la gran puerta de entrada a lo sanitario, cuando el paciente acude al centro de salud, lleva una carga de emociones y experiencias positivas y negativas de anteriores visitas a las unidades operativas, donde la atención médica puede tener variabilidad en los aspectos que producen satisfacción, en los usuarios del sistema de salud.

Con base en la evaluación integral y sistemática del Comité de Calidad en salud, debe incorporar las actividades del perfil actual del acto médico, procurando que los reforzos en los conocimientos, puedan ser valorados en el máximo puntaje de excelencia.

Seguimiento de los reforzos en los conocimientos mensualmente, para revisar cumplimiento, o modificación de las necesidades que se presentan en esta estrategia, en forma continua, a través de métodos participativos, reflexivos, científicos y de acuerdo a la realidad de los profesionales médicos, para mejorar la calidad de atención que prestan las unidades, además el Comité de Calidad en salud hará un análisis anual del nivel de satisfacción, y tendrá el deber de comunicar los resultados en la reunión anual de control de calidad en la atención, que estará coordinada por el Comité de Calidad de atención médica.

6.12 Validación.

La acción consiente de los profesionales de la salud, para participar en la construcción de condiciones saludables, es decir, vincularse activamente en la toma de decisiones y en las acciones que permitan construir una población con buena salud y satisfacción en la atención médica

Por tanto desde esta perspectiva, la participación de los profesionales de la salud, es un determinante fundamental, para alcanzar atenciones de calidad y calidez, puesto que gracias al modelo integral e integrado, se puede lograr, una excelencia en la calidad de atención médica.

La propuesta que se presenta, se puede constituir en la base de cualquier servicio de salud, puesto que tiene un componente esencial, que se basa especialmente en la atención médica, sin tomar en cuenta, ámbitos tan variables en nuestra realidad, como lo es la infraestructura de las unidades del ministerio de salud del Ecuador.

La propuesta es la base para el funcionamiento del Comité de Calidad de Atención de los Centros de Salud de Cotopaxi, donde se encuentran los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, las mismas posteriormente pueden ser aplicadas a las demás unidades de Salud del Área.

4.3 Bibliografía.

1. Berenguer G, Mediaceja A, Montoya M. Evaluación de la satisfacción en salud: un reto en la atención estomatológica. Vol 18 Septima ed. Medisan; 2014. P. 923-927.
2. Aranaz J. Seguridad del paciente y calidad asistencial. Revista de Calidad Asistencial. 2012 Oct; 25(256): p. 256 - 170.
3. Flexner P. El Flexnerismo: fundamento imperecedero de la educación médica moderna. Vol. 20 Quinta ed. New York: FEPAFEM The Macmillan Company; 2011.
4. CONASA - Consejo Nacional de Salud. Congreso por la Salud y la Vida. In Congreso por la Salud y la Vida; 2002; Quito. p. 1.
5. PÚBLICA. MDS. Modelo de Atención integral, Familiar, Comunitario e Intercultural. Guía de Operacionalización. Vol. 2. Segunda ed. Quito: MSP; 2013.
6. Suárez M. Los Modelos de Reforma de Salud Familiar en América Latina. MPA e-Journal MF&AP. 2010 Apr; IV(12): P. 61-69
7. Macinko J. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Panam Salud Publica. 2010 Jun; VI(21): p. 73-84.
8. Soto M. Una atención primaria fuerte: la base del sistema de salud. Medwave Nueva Mayoría. 2014 Jan; I(2): P.1 – 15.
9. MALO M, MALO N. Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. Rev. Perú. med. exp. salud pública. 2014 Octubre; 31(4): P. 754-761
10. Naranjo J. Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2014 Febrero; 30(3): P. 0-0
11. Solves J. La satisfacción del paciente. Concepto y aspectos metodológicos. Revista de psicología de la salud. 2011 abril; IV(44): p. 89-116.

12. Godínez Jaimes F., Nivel de satisfacción de usuarios de consulta externa en un hospital público. *Psicología y Salud*. 2014 Enero a Junio; 24(1): p. 97-107
13. Gorina M, T. Limonero J., Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado. *ELSEVIER*. 2014; Vol. 46 (6): p. 276–282
14. Pezoa M. Propuesta Metodológica para medir satisfacción. Vol. 1 Segunda ed. Santiago: Desarrollo IDdEy, editor; 2011.
15. Fernández J. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. Elsevier Doyma. 2010 febrero; 42(4): P. 196-203.
16. Serrano R. La anatomía de la satisfacción. *Salud Pública Mex*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Vol. 50. 5th ed. Andalucía: ISBN; 2008.
17. 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. *Revista Médica Herediana*. 2011 febrero; 22(1): P. 4-9.
18. Secretaría Nacional de Plan y desarrollo. Plan Nacional para el para el Buen Vivir 2013-2017. . Vol. 2. Segunda ed. Quito: MSP; 2013.
19. Basabe S. Ecuador: reforma constitucional, nuevos actores políticos y viejas prácticas partidistas. *Revista de ciencia política (Santiago)*. 2009 Abril; 29(2): p. 381-406.
20. Ceitlin J. La medicina familiar en América Latina. Presentación. Atención primaria. *Cielo*. 2006 Julio; 38(9): p. 511-514
21. Jorge J. Propuesta de Grupo Básico de Trabajo para la formación del Médico Familiar Comunitario en Ecuador. In *III Jornada de Educación Médica. Habana 2013*.

22. Martínez J. Las necesidades sociales y la pirámide de Maslow. La Economía de Mercado, virtudes e inconvenientes. [en línea] RIL Editores ; 2012. [fecha de acceso 17 febrero del 2016]. URL disponible en: http://www.eumed.net/cursecon/2/necesidades_sociales.htm.
23. Kertész R. Sociedad, Economía y Ambiente (SEA): “Sustentabilidad Social y Calidad de Vida”. Revista de análisis transaccional y psicología humanista. 2012 junio; X (67): p. 185-194.
24. Torres M. Modelo de Calidad de la Atención Médica de Avedis Donabedian. Información y Productividad. 2011 octubre; XVI (4): p. 0-0
25. Arroyo Orbegoso AG. Conceptos de la calidad en servicios de salud. Tesis Doctoral. México: Sistema de Bibliotecas, UNMSM; 2012. Report No.: ISSN.
26. Juan C. Rev. salud pública. [en línea]. Bogotá, Colombia; 2014. [fecha de acceso 17 febrero del 2016]. URL disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n6/v16n6a06.pdf>.
27. Acosta L. Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. [en línea]. Argentina: Editorial Acosta; 2011. [fecha de acceso 17 febrero del 2016]. URL disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/115901>
28. Pujol E. El producto de la atención primaria definida por profesionales y usuarios. Vol. 20,(3), Tercera ed. Madrid: Gac Sanit; 2006. 20 (3): p. 209-219.
29. Adell C, Cavallé T, García C, Caballero I, Canela J. (2005). La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. Atención primaria. 2005; 35(6): p. 290-294.
30. Freire Ballesteros MP. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural (MAIS-FCI) en relación con el Nivel de Aceptación de la Población que acude al Centro de Salud Tipo C DE Laso, en el Período Enero-Junio 2015. Volumen.1 primera ed. Lasso: Editorial Ballesteros; 2015.

31. Vargas Alarcón D. Estudio de satisfacción del usuario externo e interno en los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha. Salud pública. 2013; Volumen 1 (1): p. 61-62.
32. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Una mirada a la década 2000 - 2010. Indicadores Básicos de Salud. 2011; Vol 1 (1): p. 18 -19.
33. Castañeda I. Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores. Cubana Med Gen Integr. 2013 Sep; III(29) p. 281-296.
34. Banco Central del Ecuador. Tasa de Desempleo Urbano a Marzo 2015 - Banco Central del Ecuador. [en línea]. Ecuador: Editorial BCE; 2016 [fecha de acceso 1 junio del 2016]. URL disponible en: http://contenido.bce.fin.ec/resumen_ticker.php?ticker_value=desempleo.
35. INEC. El Censo informa: Educación. [Online].; 2011 [cited 2016 mayo 30. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/capitulo_educacion_censo_poblacion_vienda.pdf.
36. INEC. Ecuador en cifras. [Online].; 2010 [cited 2016 Junio 06. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>.
37. Giraldo Osorio Alexandra VÁC. La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios.. Enferm. glob. [Internet]. 2014 Abr [citado 2016 Jun 07] ; 13(34): 232-241. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?scri> .
38. Hamui L,FR,AR,&ROF. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México. Un estudio de satisfacción con la atención médica. Rev Costarr. 2013 Dic; 2(22).
39. Izurieta Pacheco AC. Satisfacción de la atención médica percibida por los pacientes, en las unidades asistenciales docentes de la provincia de Imbabura, brindada por los especialistas en formación de medicina familiar y comunitaria de la PUCE. Tesis Doctoral. Imbabura: PUCE, FACULTAD DE MEDICINA; 2015.

40. Seclen-Palacin J, Darras C. [Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. Anales de la Facultad de Medicina, 66(2), 127-141. doi:<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v66i2>]; 2013.
41. Bolívar I, et al. Determinantes poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria. Gaceta Sanitaria. 1999 Febrero; 13(5 p. 371-383.).
42. Rodríguez Vargas MC. Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2012..
43. Sánchez Barrón LA. Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). 2012..
44. Dantés, O. G., Sesma, S, Encuesta Nacional de Satisfacción de Derecho habientes Usuarios de Servicios Médicos en Primer y Segundo Nivel de Atención del IMSS.. (2011). Sistema de salud de México. Salud pública de México, 53, s220-s232.
45. García-Ortegón MS, GÁE&DQG. Satisfacción del usuario como un indicador de calidad en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del CMN. 2011. 20 de Noviembre del ISSSTE. Rev Esp Med Quir;16(4):208-214.
46. Armengol JJG. Estudio de comunicacion. [Online].; 2014 [cited 2016 Junio 22. Available from: <http://www.estudiodecomunicacion.com/extranet/wp-content/uploads/2014/07/140508ISO-ESTUDIO-Com-MedPac-V3.pdf>.
47. Hernández-García, I., González-Torga, A., Villanueva-Ruiz, C., García-Shimizu, P., Martín-Ruiz, A. C., & Arnau-Santos, M. (2010). Satisfacción de los pacientes atendidos en una consulta externa de medicina preventiva. Revista de Calidad Asistencial, 25(2), 83-89.
48. Franco O, BP, & NL. Análisis de los procesos de atención hospitalaria y su impacto en los niveles de satisfacción. Revista Científica Yachana. 2014 Diciembre; 3(2).

49. Quiñones, J. C. G., Chavarriaga, G. L. R., Rojas, A. D. H., Saavedra, D. C. T., Gómez, C. A. G., & Ramírez, J. A. P. (2014). Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención durante el 2012 en Bogotá. *Revista de Salud Pública= Journal of Public Health*, 16(6), 871.
50. Rivera Núñez L.A. Nivel De Satisfacción Del Usuario Frente Al Modelo De Atención Integral En Salud Familiar Comunitaria E Intercultural Aplicado En La Parroquia San Fernando, Sector Tambaló Durante El Período Enero A Junio 2014. 2014. Tesis.
51. Abad Hunter MC. Detección del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de la consulta externa de un centro hospitalario de la ciudad de Cuenca en el año 2016. Repositorio Univesidad Cuenca. 2016 diciembre; 1(1).
52. Chang de la Rosa Martha, Alemán Lage María del Carmen, Cañizares Pérez Mayilée, Ibarra Ana María. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999 Oct [citado 2015 Abr 4]; 15(5): 541-547.: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=es.
53. Fernández-López Juan Antonio, Fernández-Fidalgo María, Cieza Alarcos. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Rev. Esp. Salud Pública* 2010 Abr [citado 2015 Abr 4]; 84(2): 169-184. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es

ANEXO1. Comparación del grado de satisfacción de la atención domiciliaria recibida en función del tipo de modelo asistencial.

	Modelo integrado Media ± DE	Modelo dispensarizado Media ± DE	p ^a
Ítems SATISFAD-12			
1. Sé que puedo contar con el equipo de atención domiciliaria si lo necesito	2,33 ± 0,89	2,96 ± 0,21	< 0,001
2. Me siento escuchado/a y comprendido/a por el equipo de atención domiciliaria cuando le explico mis problemas de salud	2,46 ± 0,89	2,98 ± 0,15	< 0,001
3. Entiendo al equipo de atención domiciliaria cuando me explica las cosas	2,55 ± 0,66	2,78 ± 0,47	< 0,001
4. En equipo de atención domiciliaria se preocupa por contactar conmigo si no pueden acudir o se van a retrasar	2,07 ± 1,05	2,81 ± 0,45	< 0,001
5. El equipo de atención domiciliaria es competente en su trabajo, son buenos profesionales	2,23 ± 0,75	2,88 ± 0,26	< 0,001
6. Cuando llamo al equipo de atención domiciliaria, sé que puedo encontrar soluciones a mis problemas	1,79 ± 0,90	2,86 ± 0,35	< 0,001
7. Confío en el equipo de atención domiciliaria y en lo que me dice	2,67 ± 0,64	2,97 ± 0,18	< 0,01
8. El equipo de atención domiciliaria me enseña a cuidarme por mí mismo/a	0,93 ± 1,06	2,78 ± 0,44	< 0,001
9. El equipo de atención domiciliaria es amable conmigo	2,79 ± 0,59	3,00 ± 0,00	< 0,001
10. Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiero o me vienen mejor	1,48 ± 1,06	2,62 ± 0,57	< 0,001
11. El equipo de atención domiciliaria se preocupa por mi comodidad mientras me están tratando o cuidando	2,73 ± 0,59	3,00 ± 0,00	< 0,001
12. El equipo de atención domiciliaria me atiende con suficiente intimidad, de manera reservada	1,73 ± 0,59	2,99 ± 0,11	< 0,001
Puntuación total SATISFAD-12	25,78 ± 7,02	34,46 ± 1,49	< 0,001
<i>Ítems complementarios satisfacción atención domiciliaria creados ad hoc</i>			
13. El equipo de atención domiciliaria me visita sólo cuando yo lo llamo	2,58 ± 0,87	0,54 ± 0,88	< 0,001
14. El equipo de atención domiciliaria me explica y me enseña cómo puedo evitar complicaciones	0,91 ± 1,01	2,86 ± 0,44	< 0,001
15. Creo que el equipo de atención domiciliaria me debería visitar más a menudo	1,93 ± 1,15	0,44 ± 0,76	< 0,001
16. Cuando el equipo de atención domiciliaria me explica cuál es mi problema y cómo debemos tratarlo, lo entiendo todo	2,52 ± 0,70	2,77 ± 0,54	< 0,001
17. El equipo de atención domiciliaria se preocupa por mí y me visita, aunque yo no lo llame para comprobar que no hay ningún problema	0,58 ± 0,94	2,70 ± 0,66	< 0,01
18. Cuantifique el tiempo que tardó el equipo de atención domiciliaria en hacerle una visita desde que los llamó	1,41 ± 0,93	0,73 ± 0,52	< 0,001
19. Cuantifique la duración de las visitas que le realiza el equipo de atención domiciliaria	2,03 ± 1,11	2,34 ± 0,54	< 0,001
20. ¿Cómo valoraría la atención ofrecida por el equipo de atención domiciliaria?	1,63 ± 0,81	2,63 ± 0,48	< 0,001

Se presentan puntuaciones del cuestionario SATISFAD-12 así como de los otros ítems complementarios añadidos.

Anexo 2.

Encuesta Propuesta Final

LOGO DEL CONSULTORIO

ENCUESTA DE BUEN TRATO



NOMBRE DEL CONSULTORIO										N° DE ENTREVISTA			REGIÓN										
COD. ENCUESTADOR										HORA		DURACIÓN		DÍA MES AÑO			COMUNA						

RECUERDE ENCUESTAR A USUARIOS CON 18 AÑOS O MÁS.

Buenos días/tardes mi nombre es...por encargo del Director del Consultorio, nos encontramos realizando una encuesta a los usuarios sobre el buen trato en la atención de salud. Respecto de su experiencia durante su última visita al consultorio, le agradeceré que me conteste algunas preguntas, la encuesta es de carácter anónimo, su sinceridad y disposición serán de gran ayuda para mejorar las condiciones de la atención en su consultorio.

Por favor, debe contestar todas las preguntas.

IDENTIFIQUE LOS DATOS DEL ENCUESTADO: REGISTRAR SEXO Y PREGUNTAR LA EDAD, ASEGURADORA

SEXO		EDAD		ASEGURADORA	
FEMENINO				FONASA	
MASCULINO				ISAPRE	
				OTRO	

PASE AL CUESTIONARIO

A. ACCESO A LA ATENCIÓN

Marque de 1 a 7, el grado de acuerdo con la afirmación planteada, donde 1 es nunca y 7 es siempre

1.- Es fácil contactar por teléfono al consultorio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
2.- Le fue fácil conseguir la hora que usted necesitaba	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
3.- Las consultas médicas se atienden con puntualidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
4.- Los medicamentos están oportunamente en la farmacia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

B. TRATO AL USUARIO

Utilizando una escala de 1 a 7, ¿qué nota le pondría a los siguientes aspectos de la atención de salud recibida?

5.- La amabilidad y respeto con que fue tratado(a) por los médicos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
6.- La amabilidad y respeto con que lo o la ha tratado el personal de enfermería/auxiliares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
7.- La amabilidad y respeto con que lo o la ha tratado el personal administrativo (dación de horas, informaciones, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
8.- Claridad con que el personal de salud le informa su diagnóstico, las causas y su tratamiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
9.- Comodidad y limpieza de la sala de espera, box, baños y pasillos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

C. RECOMENDACIÓN

Cuál es su disposición a recomendar. En una escala de 1 a 7, donde 1 es NO lo recomendaría y 7 es SÍ lo recomendaría

10.- Si un familiar lo necesitara ¿le recomendaría este consultorio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

D. EXPECTATIVAS

Respecto a lo que usted esperaba

11.- La atención que ha recibido en este consultorio ha sido...	<input type="checkbox"/> 1. Mucho peor	<input type="checkbox"/> 2. Peor	<input type="checkbox"/> 3. Igual	<input type="checkbox"/> 4. Mejor	<input type="checkbox"/> 5. Mucho mejor
---	--	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---

E. SATISFACCIÓN GLOBAL

Utilizando una escala de 1 a 7, donde 1 es nada satisfactorio y 7 es muy satisfactorio

12.- Marque la alternativa con el grado de Satisfacción Global con la atención de salud recibida en este consultorio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

AGRADECER Y TERMINAR

ANEXO 3

Tabla 2 Análisis factorial del Patient-Doctor Relationship Questionnaire versión de 9 preguntas

Pregunta	Correlación del ítem con el factor	Variancia del ítem explicada por el factor (extracción)
Mi médico me ayuda	0,86	0,73
Mi médico tiene suficiente tiempo para mí	0,30	0,09
Creo en mi médico	0,92	0,85
Mi médico me entiende	0,94	0,88
Mi médico se dedica a ayudarme	0,94	0,89
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas	0,90	0,81
Puedo hablar con mi médico	0,94	0,88
Me siento contento con el tratamiento de mi médico	0,93	0,87
Siento a mi médico fácilmente accesible	0,89	0,79

ANEXO 4

Encuesta de Satisfacción de la Atención Médica de salud de Ecuador (SATAME)

Fecha:	Día	<input type="text"/>	Mes	<input type="text"/>	Año	<input type="text"/>
--------	-----	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------

Nombre del Establecimiento de Salud:	<input type="text"/>
Nombre del Dr. Que le Atendió:	<input type="text"/>

Buenas, estamos interesados en conocer su opinión acerca de la satisfacción de los servicios de salud que se le ha ofrecido durante su estancia en el mismo. Por eso motivo nos dirigimos a usted con el propósito de solicitar su colaboración, con la seguridad de que su opinión y ayuda será de gran utilidad para que podamos hacer un trabajo de calidad. Su colaboración es totalmente voluntaria, anónima y absolutamente confidencial.

PARTE I. Aspectos Generales datos de filiación del usuario(a)

1.- Quién contesta la encuesta

Consultante	Madre	Padre	Hijo (a)	Otro ¿Quién?
<input type="text"/>				

¿Cuál es su edad?	<input type="text"/>	Sexo	M	F
	Años			

¿En dónde vive?	<input type="text"/>	Etnia	<input type="text"/>
-----------------	----------------------	-------	----------------------

2.Cuál es su Grado de Instrucción

1= Analfabeto

2 = Básico 1ero – 10mo

3 = Bachiller 4to – 6to.

4 = Técnico / tecnólogo

5 = Superior

¿Ocupación?	<input type="text"/>
-------------	----------------------

Excelente=5 MB=4 Bueno=3 Regular=2 Malo =1

PARTE II. Satisfacción del usuario en el acto médico		Excelente	Muy Buena	Bueno	Regular	malo
3.-	La atención recibida en la unidad fue					
4.-	La atención entregada por la Personal medico fue					
5.-	Su percepción sobre el trato durante su permanencia en la consulta médica fue					
6.-	Durante su permanencia en la consulta médica la comunicación brindó confianza para expresar su problema fue					
7.-	El personal que le atendió le explicó con palabras fáciles de entender cuál es su problema de salud o resultado de la consulta fue					
8.-	Le dieron indicaciones en una receta escrita en forma clara para Ud. Esto fue					
9.-	El personal que le atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa e identifico factores de riesgo para su salud en forma					
10.-	El medico tuvo respeto hacia usted en la consulta respeta sus creencias en relación a la enfermedad y su curación en forma					

PARTE III. La organización los procesos de atención medica		Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	malo
11.-	Durante la consulta el medico saludo se presentó, se despidió con buena actitud en forma.					
12.-	Ud. siente que le resolvieron el problema motivo de búsqueda de atención en forma					
13.-	Durante la consulta le realizaron historia clínica Examen físico de forma					
14.-	El tiempo de espera previo a su atención medica es					
PARTE IV. Modelo de atención integral en salud.						
15.-	Durante la consulta le realizaron Consejerías: sobre su peso, salud alimentaria y dieta en forma					
16.-	Durante la consulta le realizaron Consejerías: sobre la higiene personal en forma					
17.-	Durante la consulta le realizaron Consejerías: sobre actividad física, ejercicios, caminatas en forma					
18.-	Durante la consulta le recomendaron o hablaron sobre vacunas o importancia de las mismas en su familia					
19.-	Durante la consulta le recomendaron o hablaron prevención de enfermedades					
20.-	Durante la consulta le hablaron de las enfermedades causadas por el uso de tabaco o alcohol					
21.-	Cree usted que integran a la familia en la consulta que recibió en forma					
22.-	El interés y forma como el médico le atendió fue					
23.-	El médico le hablo sobre educación sexual en forma					
	El médico le hablo sobre planificación familiar en forma					
24.-	Solo mujeres					
25.-	Le recomendaron o hablaron de la mamografía					
26.-	Le recomendaron o hablaron del autoexamen de mamas					
	Durante la consulta el médico le recomendó o hablaron del Papanicolaou					
27.-	Solo hombres					
28.-	Le recomendaron o hablaron del examen de próstata					

29	El tiempo de consulta aproximado fue en minutos	Menos de 10	De 10 a 20	De 21 - 30	De 31 A 40	Más de 40

PARTE V. Opiniones y sugerencias respecto de la atención recibida.

.....

Gracias por su colaboración

(Anexo 5)

GUIA PARA LOS ENCUESTADORES

REQUERIMIENTOS

- ✓ Lápiz color negro
- ✓ Identificación: El encuestador llevara una identificación
- ✓ Tablero para llevar y llenar las encuestas

CONSIDERACIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

Al momento de iniciar su contacto con la persona a ser entrevistada (usuario externo o acompañante), deberá esmerarse en generar una relación adecuada, pues de ello depende el éxito de la encuesta., para ello:

- Identifíquese
- explique brevemente el objetivo de la entrevista.
- Pregunte al usuario si puede entrevistarlo.
- Lea la introducción en la parte superior de cada cuestionario.

Debido a que la participación es voluntaria se pueden generar rechazos, además puede ser que toque entrevistar a una misma persona que ya fue entrevistada durante la semana (Repetido) en estos casos reemplazarla con otro(a) usuario(a) –ver terminología-

Usuario Externo: persona que acude al establecimiento de salud y que demanda atención médica, (Médicos De contrato, Rurales, Residentes PMFYC)

Acompañante: persona que conduce al demandante directo de la atención y que asume la responsabilidad por este, por ejemplo: padres que acompañan a los niños, o adultos que acompañan a personas ancianas, etc.

Rechazo: negativa de la persona a ser entrevistada a brindar la información solicitada.

Repetido: persona a quien le correspondería entrevistar según la asignación de la muestra, pero que ya fue previamente entrevistada

Reemplazo: persona que reemplaza un rechazo o un repetido. Se le designa a aquella persona que solicita atención inmediatamente después que se produjo el rechazo o el repetido.

Criterios de Inclusión/Exclusión:

Criterios de inclusión.

- Mayor de edad
- Se haya atendido en la unidad de salud donde este un PMFYC
- Que residan en las comunidades asignadas a la Unidad de salud en donde se desarrolla el PMFYC
- Aceptar voluntariamente participar en la investigación previo consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Tiempo de residencia menor de 6 meses

El encuestador debe consignar la fecha de realizada la encuesta.

Anexo 6

DISTRITO LATACUNGA. 118.317 Habitantes

DISTRITO	CS	POBLACIÓN	DR./DRA
05D01	NINTINACAZO	58.317	DRA ANA LOPEZ DRA CARMINA GARCIA
05D01	LOMA GRANDE	15000	DRA SILVANA PARRA
05D01	PATUTAN	30000	DRA. JENNY VILLARROEL
05D01	LASSO	15000	DRA RITA GUANOCHANGA
TOTAL		118.317	

DISTRITO 05D04 PUJILI SAQUISILI. 57273 Habitantes

DISTRITO	CS	POBLACIÓN	DR./DRA
05D04	NINTINACAZO	33430	DRA NERY BALSECA DRA MAYRA VELA DRA. PATRICIA VACA
05D04	LA VICTORIA	3016	DRA PATRICIA BORJA DR. BECKER SUAREZ
05D04	SAQUISILÍ	20.827	DR. BYRON SALAZAR. DRA. MÓNICA CLAUDIO
TOTAL		57273	

DISTRITO SALCEDO 05D06 47043 Habitantes

DISTRITO	CS	POBLACIÓN	DR./DRA
05D06	ANCHILIVI	2700	DRA. SILVIA DEFAZ
05D06	SAN MARCOS	2025	DRA. MYRIAM CAÑAR
05D06	MULLIQUINDIL	7203	DRA. PAOLA GAVIRIA
05D06	YANAYACU	800	DRA. MARLENE APUPALO.
05D06	SAN MIGUEL	31315	DRA. IRMA CANDO.
05D06	PANZALEO	3000	DR. WILLIAM MAYORGA
TOTAL		47043	