



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**GRADO DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE
LA CLÍNICA HUMANITARIA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO CRESPO,
CUENCA 2015.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICA Y MÉDICO**

**AUTORES: MARÍA JOSÉ MONTESINOS ZÚÑIGA
 RUBÉN EDUARDO SOLÍZ TORRES**

DIRECTORA: DRA. ANA DENISE SOLÍZ CARRIÓN

ASESORA: DRA. LORENA ELIZABETH MOSQUERA VALLEJO

**CUENCA - ECUADOR
2016**

RESUMEN

Antecedentes: Existe poca información sobre satisfacción en servicios de salud en el país, igual sucede en la Clínica Humanitaria “Pablo Jaramillo Crespo”. Los resultados finales de la atención en salud, cumplimiento del tratamiento y satisfacción de los pacientes están influenciados por factores propios de la institución, características del entorno, factores relacionados a la administración, trámites burocráticos, características socio-demográficas del usuario, calidad de la relación médico-paciente y relación con el personal sanitario.

Objetivo: Determinar el grado de satisfacción en pacientes de consulta externa de la Clínica Humanitaria “Fundación Pablo Jaramillo Crespo”.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, cuantitativo. Muestra: 362 usuarios de consulta externa, quienes contestaron encuestas sobre “Calidad Clínica”, “Calidad Administrativa” y “Relación Médico-Paciente”. Los resultados fueron analizados mediante estadística descriptiva, con el programa estadístico SPSS versión 15.

Resultados: Muestra caracterizada por ser mayoritariamente del sexo femenino, en edades reproductivas y de grupos socioeconómicos intermedios. Existió un elevado grado de satisfacción en los parámetros analizados, excepto para el tiempo de espera en consulta, donde se obtuvo 30.39% de insatisfacción por categorías socioeconómica y por grupo de edades, con una correlación significativa sólo con respecto a las categorías socioeconómicas (Tau-c de Kendall $p= 0.029$).

Conclusiones: La muestra analizada se caracterizó por ser mayoritariamente de sexo femenino, en edad reproductiva y de grupos de clase social intermedio. El grado de satisfacción fue elevado para la mayoría de los parámetros analizados, excepto para el tiempo de la consulta (69.61 %), ítem correlacionado con categorías socioeconómica y por grupo de edades.

PALABRAS CLAVES: CALIDAD DE ATENCION; SATISFACCION DEL PACIENTE; SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA; FUNDACION PABLO JARAMILLO; CUENCA-ECUADOR.

ABSTRACT

Background: There is not sufficient information about the users' satisfaction with Ecuadorian health services. As a representative case is the Humanitarian Clinic "Foundation Pablo Jaramillo Crespo". The final results of health care, treatment compliance and patient satisfaction are influenced by factor such as these institutional related, administration, bureaucracy and environmental characteristics. User's social and demographic characteristics, quality of the doctor-patient relationship and users's relationship with personal care workers, are also determinant.

Objective: Determine the degree of satisfaction the users of external consultation of the Humanitarian Clinic "Pablo Jaramillo Crespo Foundation" have.

Materials and methods: The research will develop a quantitative descriptive study with a of 362 users sample, among these who attend outpatient services. Surveys were conducted about "Clinical Quality", "Quality Management" and "Doctor-Patient Relationship". The results were analyzed using descriptive statistics, using SPSS 15.

Results: The sample was mostly formed by females in reproductive age from middle socioeconomic groups. Most of the analyzed variables allow us to determine a high degree of satisfaction with the analyzed parameters. The exception is the variable "waiting time prior consultation". With 30.39% of dissatisfaction by socioeconomic categories and ages group was obtained, only with a significant correlation in socioeconomic categories (Kendall Tau-c $p = 0.029$).

Conclusions: The analyzed sample was mostly characterized by reproductive age females from middle class groups. The degree of satisfaction was high almost for all the parameters analyzed, with the exception of the period of consultation (69.61%) according to socioeconomic categories and ages group.

KEYWORDS: QUALITY OF CARE; PATIENT SATISFACTION; OUTPATIENT SERVICES; FOUNDATION PABLO JARAMILLO; CUENCA-ECUADOR.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO.....	10
DEDICATORIA.....	10
CAPÍTULO 1	12
1.1. INTRODUCCIÓN	12
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.3. JUSTIFICACIÓN	21
CAPITULO 2	22
2.1. FUNDAMENTO TEÓRICO	22
CAPÍTULO 3	30
OBJETIVOS.....	30
3.1. OBJETIVO GENERAL	30
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
CAPÍTULO 4	31
4. DISEÑO METODOLÓGICO	31
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	31
4.2. AREA DE ESTUDIO:	31
4.3. UNIVERSO Y MUESTRA	32
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	33
4.5. VARIABLES.....	33
4.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	33
4.7. METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	33
4.7.1. MÉTODO: encuesta	33
4.7.2. TÉCNICAS: Aplicación de cuestionarios	33
4.7.3. INSTRUMENTO	34
4.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	35
4.9. ASPECTOS ÉTICOS	35
CAPÍTULO 5	36
5.1. RESULTADOS.....	36
CAPÍTULO 6	50
6.1. DISCUSIÓN	50
CAPÍTULO 7	59
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59



7.1. CONCLUSIONES	59
7.2. RECOMENDACIONES.....	60
CAPÍTULO 8	62
8. BIBLIOGRAFÍA.....	62
8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
8.1. BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	71
CAPÍTULO 9	73
9.1. ANEXOS	73



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, María José Montesinos Zúñiga, autora de la tesis "Grado de satisfacción en pacientes de consulta externa de la Clínica Humanitaria "Pablo Jaramillo Crespo", Cuenca 2015.", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 11 de Febrero del 2016

María José Montesinos Zúñiga

C.I: 0105787915



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Rubén Eduardo Solíz Torres, autor de la tesis "Grado de satisfacción en pacientes de consulta externa de la Clínica Humanitaria "Pablo Jaramillo Crespo", Cuenca 2015.", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 11 de Febrero del 2016

Rubén Eduardo Solíz Torres

C.I: 0104641014



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, María José Montesinos Zúñiga, autora de la tesis "Grado de satisfacción en pacientes de consulta externa de la Clínica Humanitaria "Pablo Jaramillo Crespo", Cuenca 2015.", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 11 de Febrero del 2016

María José Montesinos Zúñiga

C.I: 0105787915



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Rubén Eduardo Solíz Torres, autor de la tesis “Grado de satisfacción en pacientes de consulta externa de la Clínica Humanitaria “Pablo Jaramillo Crespo”, Cuenca 2015.”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 11 de Febrero del 2016

Rubén Eduardo Solíz Torres

C.I: 0104641014



DEDICATORIA

A los pacientes, a quienes nos debemos.

Los autores



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Fundación Pablo Jaramillo Crespo, por permitirnos realizar esta investigación.

Agradecemos también a La Facultad de Ciencias Médicas por ser el lugar donde nos hemos formado.

A la Dra. Denise Solíz Carrión nuestra directora de tesis y a la Dra. Lorena Mosquera Vallejo nuestra asesora, por toda la ayuda brindada.

A nuestros padres y madres por su apoyo incondicional.

Los autores

CAPÍTULO 1

1.1. INTRODUCCIÓN

Los finales del pasado siglo y los inicios del actual se caracterizaron de manera general por un notable incremento de los logros de la revolución científico-tecnológica en todas las esferas de las ciencias como vía para dar respuestas a las necesidades de la sociedad, las cuales se tornaron más diversas e individualizadas, motivo por lo cual se debieron redimensionar los criterios sobre calidad, de manera tal que permitieron satisfacer a un usuario cada vez más exigente, satisfacción que a su vez debió ser lograda a través de la eficiencia en cualquier sector de los servicios, una problemática de la que no escaparon los sistemas de salud ⁽¹⁾.

Aun cuando los modelos y el enfoque de la gestión en salud se desarrollaron a partir de otras actividades, sobre todo las productivas y otros servicios, su extensión al ámbito de los servicios de salud en todo tipo de instituciones (hospitales, clínicas, policlínicos, consultorios en la medicina familiar, etc.) le dieron un mayor énfasis al tema de la calidad y la excelencia, matizado por la premisa de que la satisfacción del usuario fue considerada un indicador de excelencia en la calidad, un aspecto sumamente complejo en el sector salud, no sólo por la amplia variabilidad de los indicadores necesarios para poder medir calidad, sino además porque la calidad es un concepto sumamente complejo en cuanto a su dependencia de, entre otros factores, los intereses, las costumbres, la religiosidad, el nivel educacional y el conocimiento o experiencias que sobre un tema en particular forjó el usuario ⁽²⁾.

Para poder comprender la calidad y satisfacción en salud se hizo necesario en primer lugar abordar el concepto “Salud” dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, donde señala “salud es el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud implica que todas las necesidades fundamentales (afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales) de las personas estén cubiertas, para que el individuo pueda



desarrollarse en todas sus potencialidades, por lo cual se hizo imprescindible valorar precisamente todo aquello que incide en el estado de salud de una población.

Desde el pasado siglo, en los países desarrollados y algunos en vías de desarrollo, se convirtió en una práctica habitual la evaluación de los servicios de salud, tanto públicos como privados, a través de la investigación del nivel de satisfacción de los usuarios ⁽³⁾. Se reconoció que el conocimiento de la opinión de los usuarios sobre un servicio de salud tuvo una triple justificación: en primer lugar la participación social donde los ciudadanos son parte integrante y central del sistema, por lo que participaron activamente, tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de las políticas sanitarias. Otros señalaron la importancia del usuario en la monitorización y evaluación de la calidad de un servicio, su participación brindó información de primera mano a los directivos del sistema de salud sobre aspectos que sólo son posibles de conocer a través del usuario. El segundo aspecto es la percepción subjetiva del usuario, que señaló intrínsecamente la calidad del servicio al conjugar sus necesidades con sus propias expectativas ⁽⁴⁾. Por último se añadió el conocimiento de que el grado de satisfacción del usuario influía directamente sobre su comportamiento hacia el tratamiento médico indicado ⁽⁵⁾.

La definición de satisfacción es algo más difícil: “Algunos autores como Elleuch definen la satisfacción como la coincidencia entre las expectativas y los resultados. Corresponde a una construcción multidimensional compleja de una serie de componentes: la percepción del usuario del servicio, del personal sanitario y la evaluación del usuario de los resultados del cuidado otorgado” ⁽⁶⁾.

El concepto de satisfacción en salud inevitablemente dependió de la calidad del servicio prestado, sin embargo también se encontró determinado por las condiciones generales, particulares e individuales de los pacientes ⁽⁷⁾.

Desde la década de 1970 los aportes de la Medicina Social Latinoamericana y la Epidemiología Crítica, ponían en evidencia que los servicios de salud no podían existir aislados de los tres dominios del perfil epidemiológico: contexto socio-

histórico (modelos productivos, relaciones de poder, etc.), los modos de vida (estatus laboral, condiciones familiares, entorno cultural, condición de género) y los estilos de vida de los sujetos de salud (pacientes), en tanto los procesos de salud-enfermedad-atención estuvieron determinados por las relaciones de subsunción-autonomía que se dieron en dichos tres dominios; de igual manera la situación de salud de un individuo y su relación con los servicios de salud estuvieron determinadas por una serie de procesos protectores y destructivos que ocurrieron en los tres dominios mencionados del perfil epidemiológico (general, particular e individual) ⁽⁷⁾.

Se puede decir que el análisis de la satisfacción del paciente con los servicios de salud se vio influenciado por diversos determinantes, entre los que se pudieron considerar los propios de la interacción con los profesionales de la salud que le atendieron, con los entornos en que se desarrolla la atención y con factores administrativos de los establecimientos, así como los factores propios de los usuarios, entre los que se señalaron factores socioculturales, socioeconómicos, sociopolíticos, demográficos, (edad, sexo, nivel educacional, estatus civil, estatus laboral, condición económica, número de hijos, lugar donde vive), así como las experiencias previas, todos éstos -han sido reconocidos- pudieron influir directamente sobre el grado de satisfacción que tenga el usuario de un determinado servicio de salud.

La satisfacción según Corbella pudo definirse como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario” ⁽⁸⁾, por ello, en los nuevos enfoques sobre la satisfacción del paciente con la atención recibida, ésta fue considerada un indicador de la excelencia de la calidad de los servicios de salud. Otros autores como Hulka, que definió satisfacción como “la competencia profesional del médico, su cualidad personal y los costos e inconvenientes de los cuidados prescritos” ⁽⁹⁾, mientras Ware habló sobre “accesibilidad/conveniencia de los cuidados; disponibilidad de los recursos; continuidad de los cuidados; eficacia/resultados de los cuidados; financiación y humanización; prestación de información al paciente; posibilidad de acceso a la información, competencia profesional y ambiente favorecedor de los cuidados.” ⁽²⁾.

De manera más general, varios autores reconocieron que existen numerosos indicadores que fueron utilizados para medir la calidad de los sistemas de salud, los que fueron agrupados en tres dimensiones fundamentales:

- Organizativos y ambientales.
- Calidad de la atención recibida y su impronta en el estado de salud de la población.
- Trato recibido durante el proceso de atención por el personal responsabilizado (médicos, enfermeras, Asistentes, laboratoristas, personal de servicios y otros).

A pesar de que las dimensiones anteriormente señaladas fueron reconocidas por un gran número de investigadores, las vías para llevarlas a cabo difirieron, pues mientras algunos centraron sus estudios en modelos clásicos, otros desarrollaron instrumentos que se validaron antes de su utilización; uno de los más conocidos es el de la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios propuesto por Donabedian⁽¹⁰⁾, donde se descompensó teóricamente la atención médica en las dimensiones técnica (basadas en el conocimiento médico), interpersonal (las relaciones del paciente con todo el personal de salud y administrativos) y las comodidades (instalaciones, recursos y ambiente). Por otro lado, otros autores consideraron que la satisfacción de los usuarios (basada en una calidad subjetiva) pudo ser analizada desde tres dimensiones: las llamadas organizativas, el propio acto médico y las instalaciones donde se brinda el servicio⁽¹⁾.

Existen modelos de encuestas y entrevistas diseñadas para la determinación del grado de satisfacción en ambientes muy particulares, lo que señaló la importancia de valorar con precisión el diseño de las mismas, pues en ocasiones no se ajustaron a las características propias de una institución de salud ni a la población de usuarios donde se va a evaluar, en este sentido se recomendó, antes de su aplicación, realizar acciones de adecuación y validación de los instrumentos a utilizar, sean estos de nuevo diseño o adaptaciones de otros investigadores⁽¹¹⁾.



Estos modelos dieron una vital importancia a las relaciones del usuario con todo el personal de la institución (personal médico, de enfermería, técnicos y administrativo), porque de ello dependió en gran medida la calidad de la asistencia. Pero para el usuario fue una dimensión dinámica que se relacionó con otras: con el nivel técnico de la atención que se brindó (una buena exploración física o clínica), con la accesibilidad organizacional (más tiempo por paciente) y con una información precisa, detallada y comprensible en un marco cordial sobre temas que, aun siendo especializados, por las posibilidades que ofrecieron las Tecnologías de la Informática y las Comunicaciones (TICs) permitieron que el usuario disponga de información médica sobre un tema en particular, que dependiendo de su nivel educacional, le permitieron comprender más la terminología médica e interactuar mejor con su médico de asistencia; además, posee muchos significados: confianza, respeto y consideración hacia el usuario como un ser social, no sólo como un cliente más ⁽¹²⁾.

Los modelos comunicacionales en medicina han variado, desde el unidireccional (el médico informa, persuade, receta, etc.) hasta el modelo interpersonal, bidireccional, en el que además de la confirmación de la información, apreciaciones y emociones que se reciben se complementan con compartir un objetivo común, la salud y el bienestar del paciente. Generar confianza es un complemento fundamental de la precisión diagnóstica, al favorecer la empatía se facilitó la toma de decisiones también compartida; en estas condiciones favorecer la conformidad del paciente fue un factor importante para evitar que solicite transferencias o demande exámenes innecesarios ⁽⁹⁾.

En la actualidad, las nuevas tendencias en la relación médico-paciente (RMP) han determinado que el paciente dejó de tener un papel pasivo para adoptar un rol activo, al convertirse en el co-responsable de su salud, pues es él quien decidió sobre el cumplimiento de su tratamiento a largo plazo y los controles posteriores. Un paciente satisfecho con su médico cumple mejor su tratamiento, acude a controles posteriores y sigue los consejos de su médico.

Para el paciente influye mucho el poder opinar y decidir sobre su salud y que el médico no tome una posición dominante en la consulta, es decir, la manera de

llegar al paciente brindándole la confianza necesaria para desenvolverse en un ambiente confortable, lo cual se logró cuando existió una excelente comunicación entre médico-paciente, que dependió no sólo del nivel de conocimiento profesional del especialista sino además de la forma mediante la cual lo comunica a su paciente, para que éste quede con un elevado grado de satisfacción, esto no quiso decir que el paciente tenga que estar de acuerdo con todo lo que señale el facultativo, lo que requirió es que le exprese al médico sus puntos de vista y sus dudas siempre con el debido respeto, para que el médico tenga elementos nuevos para el enfoque del diagnóstico y el tratamiento que sea más conveniente⁽¹³⁾.

El impacto de la Revolución Científico-Tecnológica iniciada en el pasado siglo tuvo un trascendental impacto en la Medicina mediante el desarrollo de potentes medios diagnósticos y terapéuticos que alcanzaron niveles impredecibles, desde los grandes sistemas de imagenología hasta la terapia génica, la tecnología se convierte pues en un elemento mediador entre el paciente y el médico, lo que deshumaniza a esta relación, la mecaniza, la despoja de su contenido espiritual con lo que se creó una mayor distancia entre médicos y pacientes, además conduce a la práctica mercantilista y pragmática, poco compatible con el sentido humano de esta profesión⁽¹⁴⁾.

Se renovó la importancia de desarrollar una medicina personalizada, en la cual la salud del paciente constituyó el principal objetivo a alcanzar, pero para lograrlo no bastó sólo con la tecnología y los profesionales capacitados, sino existió una lógica empatía en la relación médico-paciente desde la óptica de cumplir el rol del médico bajo el precepto de que su paciente quedó complacido y satisfecho con su proceder, porque este constituyó el elemento más importante, a través del modelo de atención centrado en el paciente como un ser humano y no sólo en su enfermedad, siempre con el respeto mutuo, donde el profesional integró al paciente a coordinar su plan de acción en base a la comunicación y educación, que le brindó confort y alivio, que buscó la integración de la familia y buscó la continuidad y accesibilidad del tratamiento y del autocuidado con la promoción de hábitos y estilos de vida saludables⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la información disponible, la Clínica Humanitaria “Fundación Pablo Jaramillo Crespo” en consulta externa brindó atención en el área materno-infantil con más 65.000 consultas en el 2008, así como atendió el 22% de los partos y cesáreas de la provincia de Azuay y unos 100.000 análisis de laboratorio, con una mayor actividad en el campo obstétrico, con unos 1240 partos en el 2008, los cuales realizaron un pago diferenciado por consulta en base al promedio *per cápita* del salario, no existiendo un estudio que nos muestre cual fue el grado de satisfacción de los usuarios que asistieron a las consultas de la institución como vía para evaluar la calidad de los servicios prestados ⁽¹⁶⁾.

Partiendo de todo, el caudal de información que existió sobre calidad de los servicios de salud y la satisfacción del usuario, así como a la escasez de información sobre el grado de satisfacción del usuario en los servicios de salud en el Ecuador, se planteó la necesidad de realizar este estudio en la Clínica Humanitaria “Fundación Pablo Jaramillo Crespo” en el 2015, para medir el grado de satisfacción de los usuarios o pacientes como un índice de la calidad de la asistencia sanitaria brindada.

Entre los objetivos de recoger información sobre el grado de satisfacción de los pacientes, se ha llegado a la conclusión que esto permite alertar a proveedores de servicios sobre preocupaciones, necesidades y percepciones de los usuarios acerca de la atención recibida, pero también fueron útiles para diseñar programas de planificación, evaluación e identificación de áreas de mejora ⁽¹⁷⁾. Una medición adecuada de este concepto se convirtió en un requisito previo para conseguir estos fines y poder así identificar mejor los problemas de los pacientes y tomar las medidas oportunas para su solución ⁽¹⁸⁾.

La OMS definió calidad en salud como “un alto nivel de excelencia profesional, usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción por parte de éste y produciendo un impacto final positivo en su salud” ⁽¹⁹⁾.



La introducción constante de adelantos tecnológicos, al mismo tiempo que apoya el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, profundizó la distancia existente entre el médico y el paciente. La práctica médica demandó una nueva conceptualización con el fin de incorporar valores humanísticos en su quehacer cotidiano. Frente a la atención centrada en las enfermedades, propia de la tecno-medicina, surgieron propuestas para centrar la atención en el paciente, aplicando el modelo biopsicosocial que propugna la teoría de sistemas, modelo en el cual se tiene en cuenta no solo la dolencia orgánica sino cómo la vive el paciente y cómo afecta tanto a su sistema de valores como a su entorno ⁽¹⁵⁾.

Las condiciones de una relación médico-paciente exitosa se basan principalmente en mantener una verdadera comunicación y no solo el intercambio de información. Los pacientes, como mínimo, necesitan saber que el médico ha entendido cuál es su problemática, que se les ha hecho un diagnóstico y propuesto un tratamiento acertado, y los más exigentes, quieren entender cuál es su problemática claramente y participar en la toma de decisiones sobre su salud ⁽¹⁵⁾.

Un aspecto importante que refuerza la importancia del paciente lo constituyó la creciente tendencia a desarrollar el concepto de ciudadanía en salud (derecho a la salud, equidad e integralidad), que permitió tener personas cada vez más informadas y con mayor criterio para reclamar lo que por derecho se les dió, lo que impuso mayores exigencias para poder lograr un adecuado nivel de satisfacción del usuario en los servicios de salud, se convirtió en uno de los principales desafíos para las instituciones y directivos del sistema de salud ⁽²⁰⁾.

La medición del grado de satisfacción de los servicios constituye un reto importante, ya que lo que una persona considera como bueno para otra puede no serlo, en función de sus estilos de vida, de sus modos de vida (estatus laboral, condiciones familiares, entorno cultural, condición de género) y de sus contextos socio-históricos (modelos productivos, relaciones de poder, etc.).

En psicoterapia se encontró que la relación médico-paciente influyó más en los resultados de los pacientes que otras técnicas específicas aplicadas, fue



reconocido en Atención Primaria que conocer al paciente es como mínimo igual de importante que conocer la enfermedad que él o ella padecen. Se señaló que los médicos que trataron al paciente con un estilo cálido y acogedor son más efectivos que aquellos médicos que lo hicieron con un estilo más formal. En particular se encontró que, la satisfacción de los pacientes, la adherencia al tratamiento y los resultados del tratamiento, estuvieron estrechamente asociados a la relación médico paciente”⁽²¹⁾.



1.3. JUSTIFICACIÓN

La importancia de realizar esta investigación se basó en resultados previos en otros países, donde se constató que la satisfacción de los usuarios está en íntima relación con los resultados de salud alcanzados en una determinada institución, por lo que los resultados de esta investigación permitieron en primera instancia, conocer el grado de satisfacción de los usuarios que acuden a la consulta externa de la Clínica Humanitaria “Pablo Jaramillo Crespo”, para con ello inferir la efectividad y la eficiencia de los servicios que se brindaron en la Clínica, dado porque la percepción de los pacientes sobre el resultado de su atención en esta institución nos brindó una excelente información sobre aquellos aspectos que más inciden en el grado de satisfacción del usuario, con lo cual los directivos pudieron conocer los aspectos más vulnerables del establecimiento y su personal, así como, conocieron las necesidades del usuario, pudieron plantear un plan de mejora que, además de satisfacer las expectativas que tiene el usuario, permitió obtener mejores resultados asistenciales para la población que fue atendida en esta institución. Estos resultados pudieron ser utilizados además por las autoridades gubernamentales en otras instituciones similares, dado que en la Clínica Humanitaria además brindó una atención predominantemente materno-infantil en sectores socioeconómicos medios, atendió otras especialidades médicas, en una amplia población de la provincia de Azuay, tanto de áreas urbanas como rurales, lo cual le brindó un amplio caudal de opiniones en una población con una mayor diversidad de usuarios.

CAPITULO 2

2.1. FUNDAMENTO TEÓRICO

Se definió satisfacción como “la representación de una vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo” ⁽²²⁾; al vincularlo con la atención sanitaria Koos y Donabedian fueron los pioneros en analizar la satisfacción definiéndola como “una medida de resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente” ⁽²³⁾; también se pudo decir que la satisfacción fue el resultado de lo que el paciente esperaba con respecto a lo que recibió.

Cabe señalar a la relación médico-paciente como el entendimiento mutuo entre el proveedor de salud y quien acude por sus servicios, que pudieron influir en la toma de decisiones así como del tratamiento de una enfermedad. Es una de las relaciones más complejas y tal vez sea por eso que “el aspecto más y tal vez mejor estudiado de los diferentes componentes de la relación médico-paciente es el comunicativo.” ⁽¹⁸⁾.

Esta relación dependió del saber conocerse el uno al otro y de la capacidad para generar un ambiente confidencial, la deontología médica –ética profesional- jugó un papel fundamental. Así, un paciente satisfecho es aquel que guarda una relación estrecha con su médico a lo largo del proceso salud enfermedad, es decir en las acciones de promoción de salud, de prevención, de diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas o crónicas, de rehabilitación, y de cuidados paliativos, proceso en el que fue indispensable tanto la calidad profesional como la calidad humana ⁽²⁴⁾.

La satisfacción del usuario “se ha revelado como predictor de la fidelidad en la asistencia a un mismo centro de salud cuando las circunstancias permiten la elección de éste” ⁽²⁵⁾, cuando el profesional de salud brindó seguridad y apoyo incondicional, los pacientes no temían en regresar a su consulta. Prácticas como llamar al paciente por su nombre y apellido, mas no como un número de cama o de historia clínica, fueron fundamentales, así como una buena relación

con la familia del enfermo, permitieron una atmósfera de confianza, donde el paciente expresó con libertad y se sintió mejor, determinando una mejor recuperación de su salud.

Antiguamente, desde la medicina Hipocrática, los médicos han buscado no solo curar al paciente sino saber llegar a él, saber comunicarse y relacionarse, ya que de este vínculo dependió la relación médico-paciente. Desde entonces nuevas y exhaustivas ideas y filosofías surgieron, se mencionó una que en particular parece relevante y que se denominó “cuidados centrados en el paciente”, que se reconoció ha afectado de manera positiva las consultas médicas, dando como resultado usuarios satisfechos con la atención recibida. La medicina centrada en el paciente no fue sino una nueva formulación del aforismo Hipocrático “no hay enfermedades sino enfermos” ⁽²⁶⁾, pues no solo consideró a la enfermedad y las dolencias del enfermo sino también cómo estuvo afectado por su entorno y su estilo de vida.

Así mismo fue importante considerar y respetar el derecho a la autonomía del paciente, siendo imprescindible que se compartan los planes diagnósticos y de tratamiento, que tomen decisiones conjuntas, y deje de lado aquel modelo donde el médico dictamina y el paciente obedece, sólo de esta manera se posibilitará el autocuidado de la salud ⁽¹³⁾.

La empatía que mostró el médico ante las dolencias de su paciente y el tiempo que le dedicó -sin mostrarse apurado o arrogante-, garantizó una buena relación médico-paciente. El estar presente en un momento de dolencia de una persona, brindarle apoyo y seguridad fue considerado como apoyo social, en este sentido “Cohen sugirió que el apoyo social puede ofrecer los tres tipos de recursos siguientes:

1. Instrumental: involucrando el proveer ayuda material,
2. Emocional: que conlleva la expresión de empatía, cuidado y confianza, e
3. Informativa: que incluye proveer información relevante para ayudar al individuo a entender mejor el problema y a tolerar las dificultades” ⁽²⁵⁾.

En algunos casos en particular, como por ejemplo durante una emergencia, no se pudieron cumplir con todos los aspectos mencionados, como el darse tiempo para conocerse mutuamente, sin embargo la relación médico-paciente no debió verse afectada en su totalidad, el apoyo social que el médico brindó en esos momentos a su pacientes serán esenciales para desarrollar una relación empática. Ahora bien, se comprobó que una adecuada relación médico-paciente, no prolongó el tiempo de las consultas, y por lo tanto no debió ser considerada como un obstáculo para la práctica de una adecuada comunicación. Por ende la atención de salud, debió considerar el tiempo suficiente, para que la misma sea eficaz, se ejecute con precisión y su calidad sea establecida en relación al resultado alcanzado ⁽¹⁸⁾.

Por otro lado, los pacientes estuvieron bajo un estrés significativo y el ambiente se pudo tornar algo tenso, lo que pudo afectar la relación médico-paciente, es justamente en esas situaciones en las que el médico debió mostrar sus habilidades para llegar al paciente, calmarlo y explicar con claridad su condición actual ⁽¹³⁾.

Se ha demostrado que los pacientes valoraron la relación que establecen con su médico, incluso sobre las destrezas técnicas, porque aquello les posibilita un intercambio más fluido, y al ser partícipes de las decisiones se mejora el cumplimiento de las prescripciones, redundando en una mejor calidad terapéutica. El estilo y nivel de comunicación entre médico y pacientes determinó la calidad de la relación entre estos, siendo señalado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) que los estilos de comunicación más empáticos, más centrados en el paciente, y que ofrecieron una mayor seguridad y apoyo al paciente se asociaron con mejores resultados ⁽²⁷⁾.

El estudio de la relación médico-paciente fue evaluado con diversos modelos, entre los que cabe destacar el propuesto por Van der Feltz y colaboradores (2009), que adaptaron un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica única, el Helping Alliance Questionnaire (PDRQ) para su aplicación en Atención Primaria de Salud, con el fin de conseguir una herramienta objetiva y de fácil aplicación que permitió evaluar la relación

médico-paciente ⁽²⁸⁾. Posteriormente Mingote y col., lo adaptaron al castellano ⁽²⁹⁾, instrumento que a pesar de sus limitaciones, demostró su validez desde el punto de vista de su consistencia y utilidad, por su facilidad de aplicación y por la aceptabilidad del paciente para evaluar la satisfacción en su relación con el médico de familia.

Martín Fernández y col., aplicaron el PDQR en un estudio de Atención Primaria en España ⁽³⁰⁾ y encontraron una tendencia en la que la satisfacción aumenta con la edad, siendo mayor en entornos rurales que en los urbanos, sin embargo plantearon que el instrumento presenta una capacidad discriminativa limitada.

Las necesidades de los usuarios aumentaron cada vez más, al igual que las obligaciones del médico y así como se incrementó las expectativas de los pacientes es el deber de un profesional de salud conocerlas y mantenerse informado ⁽¹⁸⁾.

Hoy en día la tecnología avanza con gran rapidez, las redes de comunicación por internet y los diversos medios de comunicación hicieron que muchos pacientes se informen de su condición antes de consultar a un médico, lo que sin lugar a dudas modificó la relación médico-paciente, por ello se debió tener presente que esta información, que no siempre es verídica o es interpretada erróneamente, acompañará al paciente cuando éste acuda a la consulta.

Por su parte, el médico debió estar consciente de que la tecnología y con ello la información estuvieron al alcance de todos; su papel será clarificar, discriminar entre lo que es válido y pudo servirle al paciente de aquello que no a la luz de su formación y conocimientos. Se pudo decir que así se contribuyó a la gestión de la salud de las personas ⁽¹⁴⁾.

Así mismo, los avances de la ciencia y tecnología obligaron al médico a mantenerse actualizado y con una formación constante para mantener sus competencias específicas para el ejercicio de la profesión; mientras el paciente,



por su parte al estar informado, conoció mejor sus derechos y exige más por la atención de salud y de sus establecimientos ⁽¹⁴⁾.

Ahora bien, dentro de los primeros generadores de insatisfacción se encontraron: los tiempos largos de espera, la poca información brindada, y la escasa participación que le permitió por ejemplo frente a la toma de decisiones informadas sobre realización de exámenes o tratamientos ⁽³⁰⁾.

En conclusión, poder satisfacer al usuario fue una misión que todos los profesionales en sus respectivas disciplinas se esforzaron por cumplir; pero en la medicina, al ser una profesión que atiende las dolencias del prójimo, requiere de mayor esfuerzo, que combine: una relación empática y sólidos conocimientos científicos.

Desde hace mucho, satisfacer al paciente ha sido una necesidad de todas las instituciones dedicadas al cuidado de la salud a nivel mundial; “en el año de 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un seminario donde concluyó que para entender la salud y la enfermedad se precisa conocer los aspectos psicológicos, sociales, culturales y del comportamiento humano, ya que estos determinaron una considerable proporción de enfermedades”; puesto en otras palabras “no es posible humanizar la medicina sin humanizar al médico” ⁽³¹⁾. Dado que los pacientes buscaron calmar sus dolencias con quien sepa comprenderlo, así como calmar su alma y sus preocupaciones, quien muestre poco interés, desalentará a un paciente y como consecuencia lógica le “forzará” a buscar ayuda y refugio en otro profesional de la salud.

Para Feletti, Firman y Sanson-Fisher, fueron 10 las dimensiones a considerar para la satisfacción de los pacientes: a) competencia en el dominio físico, b) competencia en el dominio emocional, c) competencia en relaciones sociales, d) médico como modelo, e) cantidad de tiempo de consulta, f) continuidad de cuidados percibida, g) mutuo entendimiento en la relación médico-paciente, h) percepción del paciente de su individualidad, i) tipo y calidad de la información, y j) competencia en el examen físico del paciente; estos autores llegaron empíricamente a la conclusión de que las dimensiones más importantes fueron:

comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés); actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante); competencia técnica (los conocimientos propios de su especialidad); clima de confianza (paciente capaz de discutir con el médico problemas personales); y percepción del paciente de su individualidad (respeto mutuo)”⁽³²⁾, lo que coincidió con un estudio posterior realizado en el servicio de urgencias hospitalarias (España), donde resaltaban variables que evaluaron el trato con respeto y dignidad; si fue informado suficientemente; el trato del personal (administrativo, enfermería y médico); la información recibida de administrativos, enfermeros y médicos; y la limpieza, temperatura ambiente, luz y ruido⁽³³⁾.

Existieron innumerables determinantes que afectan el grado de satisfacción de los usuarios, se las ha clasificado como externas (las mencionadas anteriormente) e internas, estas a su vez son características propias de los pacientes. Se describió por ejemplo cierta tendencia a que los pacientes masculinos, pacientes de edad avanzada y pacientes con condición socioeconómica media-baja tengan mayores grados de satisfacción con los servicios de salud⁽³⁰⁾.

Nuestro estudio no se centró únicamente en la satisfacción de la relación médico-paciente, pues buscó realizar un abordaje integral, considerando varios aspectos, entre los ya mencionados: la satisfacción respecto a la administración (accesibilidad, tiempo de espera, etc.), satisfacción respecto a la calidad clínica (trato por parte del personal, tiempo que duro la consulta, etc.) y por último la relación médico-paciente propiamente.

Las exigencias del usuario cambiaron, pero también aumentaron día a día; es por eso que existió la necesidad de buscar los puntos que causan mayor insatisfacción en el usuario, pues en muchos casos la satisfacción se tornó en un predictor de retorno, cumplimiento del tratamiento, e incluso de prestigio para la institución.



En un estudio realizado de manera simultánea en dos municipios, uno de Colombia y otro de Brasil en el año 2010, se llegó a la conclusión que en Colombia para los usuarios de dicha institución, es parte influyente de su satisfacción y retorno la accesibilidad al servicio: tiempo para ser atendidos, el trato igualitario que deben darles los actores institucionales, una gestión administrativa ágil y coordinada entre todas las instituciones involucradas en el servicio y el tiempo adecuado de consulta. Además fueron significativos para los usuarios y el personal de salud, el acceso a la información y la disponibilidad de recursos ⁽¹²⁾.

De igual manera que en Colombia, en Brasil fue muy significativo para usuarios y líderes, la accesibilidad al servicio. Así mismo, el acceso a la información y la disponibilidad de recursos, fueron aspectos que desde los conocimientos situados de todos los actores, configuraron un servicio de calidad. Los datos de todos los entrevistados convergieron al considerar que relaciones adecuadas entre usuarios-personal de salud-administrativos, significaron calidad ⁽¹²⁾.

Se puede decir entonces que la satisfacción del paciente estuvo dada por un conjunto de variables y es el resultado de la interacción médico-paciente, la empatía y entendimiento mutuo que garantizaron una pronta recuperación y resultados mejores con respecto a la salud del usuario. Desde el ámbito de los profesionales “buscar la excelencia es conseguir que el médico competente y humanista, protagonice el proceso de la tan deseada humanización de la medicina” ⁽³⁴⁾.

Autores como Serrano y col, señalaron que la formación de la satisfacción global de los usuarios, la naturaleza subjetiva y social del concepto de satisfacción, hizo necesario tener en consideración la influencia que sobre este concepto pudieron tener las propias características sociodemográficas del usuario, entre las que se destacaron la edad, el género, el estado civil, el número de personas que conviven en el hogar, el nivel educacional, la ocupación, la frecuencia con que acude al centro asistencial y el tamaño del municipio en que reside. Señala adicionalmente que el nivel de satisfacción ante un mismo servicio prestado no fue igual, ni en la misma institución ni en



idénticas condiciones físicas u organizativas, a lo que se añadió que el usuario en la elaboración de su grado de satisfacción pudo tener en cuenta algunas características de la prestación del servicio o variables del sistema, como pudieron ser el tipo de visita, el tipo de cita e incluso el sexo del médico que le brindó la atención ⁽⁴⁾.

“El médico pocas veces cura, algunas sana, pero siempre debe consolar”.

Anónimo.



CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de satisfacción en pacientes de consulta externa de la Clínica Humanitaria “Fundación Pablo Jaramillo Crespo”.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1. Caracterizar al grupo de estudio según edad, sexo y condición socioeconómica.
- 3.2.2. Determinar el grado de satisfacción de los pacientes con respecto a factores organizativos y ambientales.
- 3.2.3. Establecer el grado de satisfacción en los aspectos relacionados con la calidad clínica.
- 3.2.4. Determinar la satisfacción con la relación médico-paciente.



CAPÍTULO 4

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO:

La Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo” es una institución privada sin fines de lucro, ubicada en el sector Feria Libre entre la Av. Carlos Arízaga Vega entre Roberto Crespo y Av. de las Américas, la cual presta ayuda social a través de servicios integrales de salud con calidad y profundo sentido humanitario-cristiano. Orienta la atención prioritariamente a mujeres, adolescentes y niños ⁽¹⁶⁾.

Objetivos de la Fundación:

- Brindar una atención de salud integral a la familia con equidad, calidad y solidaridad.
- Contribuir a la disminución de la mortalidad materno- infantil del cantón Cuenca y del Austro del país.
- Buscar de manera permanente la excelencia en la atención de la salud.

De acuerdo a la información disponible, en el 2008 la clínica Humanitaria “Fundación Pablo Jaramillo Crespo” ofreció atención médica en consulta externa, con más de 65.000 consultas efectuadas en dicho año; dando prioridad al área materno-infantil, atendiendo el 22% de los partos y cesáreas de la provincia del Azuay. Además la Fundación cuenta con Auxiliares de Diagnóstico, cuyas atenciones, en el 2008, llegaron a cerca de 100.000 pruebas y exámenes. La mirada humana contribuye a que los costos sean accesibles y equitativos. Así como el sistema de categorización que permite aplicar un pago diferenciado, acorde a la situación socioeconómica de las familias, esto ha permitido hospitalizar, en el 2008, alrededor de 3.500

pacientes materno-infantiles, siendo su mayor actividad en el campo obstétrico con 1.240 partos ⁽³¹⁾.

4.3. UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: La Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo recibió (2014) diariamente alrededor de 292 pacientes en consulta externa y 12 pacientes en hospitalización, es decir, recibió por mes aproximadamente 5837 pacientes en consulta externa, de los cuales la mayoría correspondieron al área de Ginecología/Obstetricia y Pediatría, 2144 y 2177 respectivamente. Los restantes correspondieron al área de medicina interna (Clínica) 759, Cirugía General 72, Cirugía Plástica 45, Traumatología 147, Dermatología 191, Otorrinolaringología 255 y Cardiología 47.

Muestra: Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula:

$$n = \frac{k^2 N p q}{(N - 1) e^2 + k^2 p q}$$

Se trabajó con un nivel de confianza (k: 1.96) de 95%. El error muestral deseado de (e: 0.05) de 5%, p: 0.5 y q: 0.5. Se obtuvo una muestra de: 361 pacientes, la misma que se distribuyó de acuerdo a la siguiente tabla:

Servicio de Consulta Externa	Universo	Muestra	Porcentaje
Ginecología	2144	133	36,7
Pediatría	2177	135	37,3
Clínica	759	47	13,0
Cirugía	72	4	1,2
Cirugía plástica	45	3	0,8
Traumatología	147	9	2,5
Dermatología	191	12	3,3
Otorrinolaringología	255	16	4,4
Cardiología	47	3	0,8
Total	5837	362	100,00

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión	Criterios de Exclusión
Pacientes de consulta externa	Pacientes inconscientes
Pacientes mayores de 18 años.	Pacientes con incapacidad mental
Pacientes que acepten participar en la investigación y que hayan firmado el consentimiento informado.	Pacientes con psicopatología concomitante

4.5. VARIABLES

1. Edad
2. Sexo
3. Condición socioeconómica.
4. Servicio médico al que acude
5. Calidad clínica
6. Calidad administrativa.
7. Relación Médico-Paciente

4.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Ver anexo 1

4.7. METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS

4.7.1. MÉTODO: encuesta

4.7.2. TÉCNICAS: Aplicación de cuestionarios

4.7.3. INSTRUMENTO

Para realizar esta investigación se seleccionaron dos cuestionarios que permitieron obtener la información para cumplir con los objetivos planteados:

1) Cuestionario de Satisfacción del Usuario de Consultas Externas (SUCE): compuesto por 12 ítems, cada uno de los ítems puntúa en una escala desde 1 hasta 10. Los factores que se determinaron con la aplicación de este cuestionario fueron: “Calidad Clínica”, incluye aspectos relacionados propiamente con la atención recibida durante la consulta desde el personal sanitario, como son: el trato, la información y la protección de la intimidad, así como la calidad científico-técnica. El segundo factor, denominado “Calidad Administrativa” incluye aspectos organizativos y estructurales como la comodidad de las instalaciones, la facilidad de los trámites o los tiempos de espera. Además se incluyen dos ítems: satisfacción global con la atención recibida en consulta externa y si conoce el nombre del médico que le atiende, los cuales sirven como referencia. La puntuación final del cuestionario se obtiene como la media de la puntuación de las dos dimensiones (calidad clínica, calidad administrativa) y se obtiene así el porcentaje de satisfacción de los pacientes (Anexo 2).

2) Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P): en su versión de 9 preguntas, en las que cada respuesta viene contestada en una escala tipo Likert con 5 categorías: 1 (“nada apropiado”), 2 (“algo apropiado”), 3 (“apropiado”), 4 (“bastante apropiado”) y 5 (“muy apropiado”). Se ha mostrado como un instrumento válido desde el punto de vista de su consistencia y de utilidad por su facilidad de aplicación y por la aceptabilidad del paciente (Anexo 3).



4.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos recogidos con la aplicación de los cuestionarios fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 15, que permitió realizar varias pruebas estadísticas para evaluar el grado de satisfacción de los usuarios de la clínica y ver las posibles asociaciones y determinantes más importantes que influyen en la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención.

4.9. ASPECTOS ÉTICOS

La información recolectada en este proyecto de investigación, se guardará con absoluta confidencialidad, la misma fue utilizada sólo para el presente estudio. Para recolectar la información se seleccionó dos cuestionarios los cuales fueron llenados de manera anónima y previa aceptación mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 4) que se adjuntó a dichos instrumentos.

CAPÍTULO 5

5.1. RESULTADOS

5.1.1. Caracterización del grupo de estudio según edad sexo y condición socioeconómica.

Tabla N°1. Distribución de los 362 usuarios que asisten a la consulta externa de la Fundación” Pablo Jaramillo Crespo”, según edad y sexo. Cuenca 2015.

Edad	Masculino	Femenino	Total	%
18-30	17	174	191	52.8
31-45	14	106	120	33.1
46-64	6	37	43	11.9
65-78	3	5	8	2.2
Total	40	322	362	100
%	11.05	88.95		

Fuente: formulario de Recolección de datos. Realizado por: Los autores

En la Tabla N°1 se observa que la muestra seleccionada con respecto al sexo se comporta de acuerdo al tipo de institución de salud, pues al ser un hospital gineco-obstétrico recibe mayoritariamente mujeres, con 322 (88.95 %), mientras que únicamente 40 pertenecen al género masculino (11.05 %). En relación a grupos etáreos, se caracteriza por estar integrada principalmente por el grupo entre 18-30 años con 191 mujeres (52.76 %), seguido del grupo entre 30-45años con 120 mujeres (33.15 %), ambos grupos considerados en edad reproductiva que suman 311 mujeres (85.91 %) y en menor proporción los grupos entre 46-64 años con 43 mujeres (11.88 %) y 65-78 años con tan solo 8 mujeres (2,21 %); esto a su vez corresponde con los fines de esta institución, la cual presta ayuda social a través de servicios integrales de salud con calidad y profundo sentido humanitario cristiano orientado a la atención prioritariamente a mujeres adolescentes y niños/as, en tanto se trata de un hospital de predominio



gineco-obstétrico que recibe mayoritariamente mujeres en edad reproductiva y sus hijos/as.

Tabla N°2. Distribución de los 362 usuarios de la Fundación “Pablo Jaramillo Crespo”, según condición socioeconómica. Cuenca 2015.

Condición Socioeconómica	Frecuencia	Porcentaje
*A	21	5,8
*B	113	31,2
*C	56	15,5
*D	22	6,1
*I	150	41,4
Total	362	100,0

Fuente: formulario de Recolección de datos.
Realizado por: Los autores.

*A: personas que pagan 0 dólares por cada consulta, B: personas que pagan 6 dólares por consulta, I: personas que pagan 7 dólares por consulta, C: personas que pagan 8 dólares por consulta, D: personas que pagan 10 dólares por consulta.

En la Tabla N° 2 se presenta la distribución de la muestra con respecto a la condición socio-económica, observándose que el grupo más representado es la categoría I (pagan 7 \$) con 150 individuos (41.44 % de la muestra), seguido por la categoría B (pagan 6 \$) con 113 pacientes (31.22 %) y la C (pagan 8 \$) con 56 pacientes (15.47 %). En menor proporción encontramos las categorías D (pagan 10 \$) con 22 pacientes (6.08 %) y la A (pagan 0 \$) con 21 pacientes (5.80 %). Es decir la mayoría de los usuarios se categorizan como usuarios de bajos ingresos en tanto no pagan o pagan una cantidad menor, en contraste con otros servicios en Cuenca que cobran entre 20-25 \$ para consultas de ginecología y pediatría respectivamente.

5.1.2. Determinación del grado de satisfacción de los usuarios de la consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo”, con respecto a factores organizativos y ambientales.

Tabla N° 3. Grado de Satisfacción de los usuarios de la consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo” con respecto a factores organizativos y ambientales.

Calidad administrativa	Media (/10)	Insatisfecho n (%)	Satisfecho n (%)
Tiempo que paso desde que pidió cita hasta fecha de consulta	8,03	58 (16.02)	304 (83.95)
Señalización y carteles para orientarse en el hospital	9,05	16 (4.41)	346 (95.58)
Los tramites que tuvo que hacer en admisión	9,00	17 (4.69)	345 (95.30)
Tiempo de espera en consultas	6,95	110 (30.39)	252 (69.61)
Comodidad de la sala de espera	8,72	24 (6.63)	338 (93.37)
Facilidad tramites si ha necesitado volverse a citar	8,66	23 (6.35)	339 (93.65)
Total		248 (11.42)	1924 (88.58)

Fuente: formulario de Recolección de datos.
Realizado por: Los autores.

En la Tabla N° 3 se presenta el grado de satisfacción en los 362 usuarios encuestados en la consulta externa de la Clínica Humanitaria “Fundación Pablo Jaramillo Crespo” con respecto a factores organizativos y ambientales. A nivel global se evidencian elevados porcentajes de satisfacción, con la excepción del tiempo de espera, en el que se alcanza el menor valor de satisfacción (69.6%), en contraste con la puntuación global que alcanza un 88.58 % de satisfacción. Al valorar grado de satisfacción en este estudio, caracterizado por mujeres jóvenes y de bajos ingresos económicos, pueden estar implícitos algunos factores de valoración como el compromiso con la institución en cuanto su visión de atención a un sector de bajos ingresos; por otro lado, se consideró

que el factor expectativa también puede influir en la valoración positiva en tanto que, por su condición de juventud, muchas de las pacientes pueden estar cursando su primer embarazo, parto y maternidad y teniendo su primera experiencia de acercamiento a este tipo de servicios de salud.

Tabla N° 4. Grado de satisfacción de los pacientes de consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo” por categoría socioeconómica en base a “Tiempo de espera en consultas”.

Categoría	Tiempo de espera en consultas		Total (%)
	Insatisfecho n (%)	Satisfecho n (%)	
*A	4 (19.0)	17 (81)	21 (5.80)
*B	28 (24.8)	85 (75.2)	113 (31.22)
*I	49 (32.7)	101 (67.3)	150 (41.44)
*C	19 (33.9)	37 (66.1)	56 (15.45)
*D	10 (45.5)	12 (54.5)	22 (6.08)
Total	110 (30.39)	252 (69.61)	362 (100)
Tau –c de Kendall	T -1.732		p 0.083

Fuente: formulario de recolección de datos.
Realizado por: los autores

*A: personas que pagan 0 dólares por cada consulta, B: personas que pagan 6 dólares por consulta, I: personas que pagan 7 dólares por consulta, C: personas que pagan 8 dólares por consulta, D: personas que pagan 10 dólares por consulta.

Tabla N° 5. Grado de satisfacción de los pacientes de consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo” por grupo de edades en base a “Tiempo de espera en consultas”.

Edades	Tiempo de espera en consultas		Total (%)
	Insatisfecho n (%)	Satisfecho n (%)	
18-30	62 (32.5)	129 (67.5)	191 (52,76)
31-45	30 (25.0)	90 (75.0)	120 (33,15)
46-64	17 (39.5)	26 (60.5)	43 (11,88)
65-78	1 (12.5)	7 (87.5)	8 (2,21)
TOTAL	110 (30.39)	252 (69.6)	362 (100)
Tau-c de Kendall	T 0.536		p 0.592

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: los autores

Consideramos que el parámetro “tiempo de espera en consultas” merece un análisis particular, ya que como se observa en la tabla N° 3, 4 y 5, los menores porcentajes de satisfacción se alcanzan en esta variable. Es importante evidenciar que, aunque los valores del estadígrafo Tau-c de Kendall ($p = 0.083$) no señalan relación entre la variable condición socioeconómica y el tiempo de espera en consultas, se aprecia una tendencia a presentar mayores grados de insatisfacción en las categorías que pagan más. Aunque tampoco existe relación entre esta variable y los grupos de edades como se refleja en el análisis del estadígrafo Tau-c de Kendall, que proyecta un valor de $p = 0.592$, merece la pena destacar que en el grupo de edad comprendido entre 46 a 64 años existe un porcentaje de insatisfacción importante (39,5%).

5.1.3. Determinación del grado de satisfacción de los usuarios de la consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo”, con respecto a la calidad clínica.

Tabla N° 5. Grado de Satisfacción de los usuarios de la consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo” con respecto a calidad clínica.

Calidad Clínica	Media (/10)	Insatisfecho n (%)	Satisfecho n (%)
El trato por parte de personal de enfermería	9,13	11 (3.04)	351 (96.96)
El trato por parte del personal medico	9,62	4 (1.10)	358 (98.89)
El cuidado con su intimidad durante la consulta	9,50	4 (1.10)	358 (98.89)
La duración de la consulta	8,94	13 (3.6)	349 (96.41)
La información clínica recibida sobre su problema de salud	9,17	10 (2.76)	352 (97.24)
Claridad con la que le explicaron el tratamiento y sus pautas	9,36	8 (2.21)	354 (97.79)
Total:		50 (2.3)	2122 (97.7)

Fuente: formulario de Recolección de datos. Realizado por: Los autores.

En la tabla N° 5 se resume la determinación del grado de satisfacción de los usuarios de la consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo”, con respecto a la calidad clínica, observándose que de manera individual todos los factores relacionados con la calidad clínica muestran elevados porcentajes de satisfacción, mayor a un 96 %, lo cual permite afirmar una excelente valoración de la opinión que muestran los usuarios sobre la calidad del servicio clínico que se brinda en la consulta externa, con puntuaciones globales de satisfacción del 97.7 %.



5.1.4. Determinación del grado de satisfacción de los usuarios de la consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo”, con respecto a la relación médico-paciente.

Tabla N° 6. Grado de Satisfacción de los usuarios de la consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo” con respecto a la relación médico-paciente.

Relación médico-paciente	Media (/5)	Nada Apropiado n (%)	Algo apropiado n (%)	Apropiado n (%)	Bastante Apropiado n (%)	Muy Apropiado n (%)
Mi médico me ayuda	4,69	0	1 (0,3)	17 (4,7)	77 (21,3)	267 (73,8)
Mi médico tiene suficiente tiempo para mi	4,51	0	4 (1,1)	28 (7,7)	110 (30,4)	220 (60,8)
Creo en mi medico	4,7	0	1 (0,3)	19 (5,2)	66 (18,2)	276 (76,2)
Mi médico me entiende	4,64	0	3 (0,8)	14 (3,9)	95 (26,2)	250 (69,1)
Mi médico se dedica a ayudarme	4,65	1 (0,3)	1 (0,3)	21 (5,8)	78 (21,55)	261 (72,1)
Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de los síntomas	4,49	0	2 (0,6)	29 (8)	121 (33,4)	210 (58)
Puedo	4,71	1 (0,3)	2 (0,6)	12 (3,3)	70 (19,3)	277 (76,5)



hablar con mi médico						
Me siento contento						
con el tratamiento	4,73	1 (0,3)	1 (0,3)	14 (3,9)	62 (17,1)	284 (78,5)
de mi médico						
Siento a mi médico						
fácilmente	4,48	5 (1,4)	4 (1,1)	30 (8,3)	98 (27,1)	225 (62,2)
accesible						
Total		8 (0,25)	19 (0,58)	184 (5,6)	777 (23,8)	2270 (69,7)

No satisfechos	Satisfechos
n (%)	n (%)
27 (0,83)	3231 (99,17)

Fuente: formulario de Recolección de datos.
Realizado por: Los autores.

En la tabla N° 6 se resume la determinación del grado de satisfacción de los usuarios de la consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo” con respecto a la relación médico-paciente, observándose que de manera individual todos los elementos analizados con la relación médico-paciente muestran elevados porcentajes de satisfacción. Si consideramos en la relación médico-paciente a los usuarios satisfechos como la suma de los que consideran relaciones Apropriados, Bastante y Muy apropiados, observamos que se alcanza un valor de satisfacción global de 99.17%, lo que es similar al análisis de los demás parámetros comprendidos dentro de la calidad clínica y los factores organizativos y ambientales de los servicios que presta la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo”. Similar a lo que señalamos pueden estar sobreestimando la respuesta de satisfacción por las propias características de la muestra seleccionada.

5.1.5. Determinación del grado de satisfacción global de los usuarios de la consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo”.

Para evaluar la satisfacción de un usuario, ésta debe integrarse, incluyendo los tres elementos considerados en el estándar de satisfacción para los servicios de salud, relacionados con los factores organizativos (ambientales) del servicio al que se acude, la calidad clínica del personal que atiende y las relaciones con el médico, la enfermera y otros en dependencia de cada especialidad.

Tabla N° 7. Grado de Satisfacción de los usuarios de la consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo”.

	Insatisfacción		Satisfacción
	Media (/10)	n (%)	n (%)
Calidad administrativa	8.40	248 (11,42)	1924 (88,58)
Calidad clínica	9.29	50 (2,30)	2122 (97,70)
Relación médico-paciente	4.62	27 (0,83)	3231 (99,17)
Global		325 (4,28)	7277 (95,72)

Fuente: formulario de Recolección de datos.
Realizado por: Los autores.

En la tabla N° 7 se realiza una valoración de los tres elementos que han sido reconocidos como determinantes del grado de satisfacción del usuario, donde se puede observar que de manera integral existe un excelente nivel de satisfacción en los usuarios de la muestra analizada, se obtuvo una media de 8,84 sobre 10 (cuestionario SUCE) y de 4,62 sobre 5 (cuestionario CREM-P), siendo los factores organizativos los que menor porcentaje de satisfacción alcanzaron (88,58%). A pesar de que existen reportes que demuestran la importancia de investigar el grado de satisfacción del usuario en los servicios de salud a través de los factores administrativos, de la clínica y de la relación médico-paciente, resulta importante correlacionarlo con las variables sociodemográficas como la edad, el

sexo, el nivel educacional, el nivel de vida (clase social), el estatus civil, las experiencias previas y otros como el sexo del médico de asistencia.

Tabla N° 8. Grado de Satisfacción Global con la atención recibida en consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo”.

Satisfacción Global	Media (/10)	Insatisfecho n (%)	Satisfecho n (%)
	9,03	5 (8.06)	357 (98.62)

Fuente: formulario de Recolección de datos.

Realizado por: Los autores.

Tabla N° 9. Distribución de los 362 usuarios que asisten a la consulta externa de la Fundación” Pablo Jaramillo Crespo”, de acuerdo a si conocen el nombre del médico que atiende en consulta. Cuenca 2015

Conoce el nombre del médico que le atiende en consulta	n	%
Si	331	91,4
No	31	8,6
Total	362	100

Fuente: formulario de Recolección de datos.

Realizado por: Los autores.

En la tablas N° 8 y 9, se observan los resultados obtenidos de dos preguntas del cuestionario SUCE que son utilizadas como valores de referencia, se evidencian porcentajes similares a los anteriores, lo que demuestra concordancia entre los resultados.

5.1.6 Correlación del grado de satisfacción por categoría socioeconómica según el estadígrafo Tau-c de Kendall.

Tratando de encontrar una justificación a los resultados mostrados en las tablas anteriores, se realizó un análisis de asociación mediante del estadígrafo Tau-c de Kendal (Tabla N^o 10,11) con la edad y el grupo sociodemográfico con cada uno de los factores analizados en administrativos, la clínica y la relación médico-paciente, encontrándose:

Tabla N^o 10. Correlación del Grado de satisfacción de los pacientes de consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo” por categoría socioeconómica con los factores administrativos y factores relacionados con la calidad clínica.

Factores	Variables	Tau-c de Kendall	
		T	p
Organizativos	Tiempo que paso desde que pidió cita hasta fecha de consulta	- 0.479	0.632
	Señalización y carteles para orientarse en el hospital	0,131	0,896
	Los trámites que tuvo que tuvo que hacer en admisión	0.788	0.431
	Tiempo de espera en consultas	-1.732	0.083
	Comodidad de la sala de espera	- 0.269	0.788
	Facilidad trámites si ha necesitado volverse a citar	0.301	0.763
Calidad Clínica	El trato por parte del personal médico	-0.705	0.481
	El trato por parte de personal de enfermería	-0.009	0.993
	El cuidado con su intimidad durante la consulta	-1.848	0.065
	La duración de la consulta	-2.187	0.029
	La información clínica recibida sobre su problema de salud	-0.312	0.755
	Claridad con la que le explicaron el tratamiento y sus pautas	0.277	0.782
	Satisfacción global con la atención recibida en consulta externa	0.334	0.738

Fuente: formulario de Recolección de datos.
Realizado por: Los autores.



Como se observa en la tabla N° 10 no se encontró asociación (≤ 0.05) con ninguno de los factores considerados como “organizativos”, aunque se puede apreciar que solo el tiempo de espera se acerca al valor límite de significancia al alcanzar $p = 0.083$. En cuanto a los factores analizados como de calidad clínica solo se encontró asociación (≤ 0.05) con la duración de la consulta ($p = 0.029$), mientras el resto de los factores analizados no muestran asociación, aunque se puede apreciar que el cuidado de la intimidad ($p = 0.065$) se acerca al valor límite ($p = 0.05$). Es de importancia referirnos al valor que alcanza la Tau-c de Kendall para el tiempo que dura una consulta, así también, vale la pena señalar que en estos resultados pueden estar influyendo las características propias de la muestra analizada; al tratarse de una población de predominio femenino y en edad fértil posiblemente se trató de usuarias con pocas experiencias previas en los servicios de salud. Además es posible cierto grado de condicionamiento en las respuestas debido a las características propias de la clínica que trata de brindar apoyo social a sus usuarios.

5.1.7 Asociación del grado de satisfacción por grupo de edad según el estadígrafo Tau-c de Kendall.

Tabla N° 11. Asociación del Grado de satisfacción de los pacientes de consulta externa de la Clínica Humanitaria Fundación “Pablo Jaramillo Crespo” por edad con los factores administrativos y factores relacionados con la calidad clínica.

FACTORES	VARIABLES	Tau-c de Kendall	
		T	p
Organizativos	Tiempo que paso desde que pidió cita hasta fecha de consulta	0.556	0.578
	Señalización y carteles para orientarse en el hospital	-0.649	0.516
	Los tramites que tuvo que tuvo que hacer en admisión	0.127	0.899
	Tiempo de espera en consultas	0.536	0.592
	Comodidad de la sala de espera	0.427	0.669
	Facilidad tramites si ha necesitado volverse a citar	- 0.555	0.579
Calidad Clínica	El trato por parte del personal médico	- 0.839	0.402
	El trato por parte de personal de enfermería	0.689	0.491
	El cuidado con su intimidad durante la consulta	- 1.062	0.288
	La duración de la consulta	-1.108	0.268
	La información clínica recibida sobre su problema de salud	- 0.643	0.520
	Claridad con la que le explicaron el tratamiento y sus pautas	0.522	0.601
	Satisfacción global con la atención recibida en consulta externa	-1.313	0.189

Fuente: formulario de Recolección de datos.
Realizado por: Los autores.

Al realizar el análisis de los grupos de edades con los factores administrativos, tabla N° 11, no se encontró asociación ($p \leq 0.05$) con ninguno de los factores



analizados, en lo que puede estar incidiendo las características propias del tipo de institución dirigida mayoritariamente a mujeres jóvenes, así como la no equidad en la cantidad de usuarios en cada grupo de edad. Similar resultado, se observa al analizar la correlación entre los grupos de edades con los factores de la calidad clínica, considerando también que en la percepción de los usuarios sobre la calidad clínica deben estar incidiendo además otras variables no analizadas, como son el nivel educacional, la experiencia previa si son mujeres que no han estado embarazadas o parido con anterioridad, el estatus marital, entre otras.

CAPÍTULO 6

6.1. DISCUSIÓN

Al valorar la atención en salud como un servicio que se brinda, la calidad significa ofrecer un rango de servicios que sean seguros y efectivos, de manera que satisfagan las necesidades y las expectativas de los usuarios.

A partir de los años 1970 se comienza a emplear las encuestas de satisfacción de los usuarios de las instituciones de salud como un indicador de calidad de los mismos. Sin embargo no se ha popularizado, quizá por la dificultad en definir los propios términos como “calidad” o “satisfacción” y la variabilidad en la percepción que las personas pueden tener, así como las expectativas que se formulan respecto al servicio o la atención ⁽³⁵⁾.

De otra parte, existe coincidencia en la necesidad de que la atención de salud esté centrada en la persona y derivado de ésta, que los usuarios tengan la posibilidad de dar a conocer sus necesidades y preferencias, retroalimentando a los servicios para el mejoramiento de la calidad de atención.

En una revisión sistemática de instrumentos de medición de la calidad de los servicios de salud, se ha encontrado que los mismos se han aplicado en diversos países del mundo, que no existe consenso entre los conceptos y las escalas de valoración; sin embargo las dimensiones evaluadas son más homogéneas e incluyen: interacción paciente-profesional de la salud, medio ambiente físico, procesos internos de gestión ⁽³⁶⁾. Este hallazgo coincide con la encuesta empleada en nuestro trabajo ya que valoramos calidad clínica, calidad administrativa y relación médico-paciente que engloban las dimensiones mencionadas

En nuestra investigación es preciso evidenciar que se realizó en una institución de salud dirigida fundamentalmente a la atención de salud de mujeres adolescentes y niños/as, con prioridad en el ámbito materno-infantil, lo que condiciona la composición de la muestra, representada fundamentalmente por

el sexo femenino con un 88.95%, de las cuales, se encuentran en edad reproductiva, 18-45 años, un 85.91%.

Adicionalmente la naturaleza humanitaria de los servicios de salud brindados, que se expresa en tarifas diferenciadas según la situación socioeconómica de la familia, hace que la representación mayoritaria sea de los estratos de ingresos medios y bajos, con un costo de la consulta de US \$8 y US \$6 respectivamente.

En una investigación realizada como tesis en la ciudad de Milagro-Ecuador con una muestra de 258 pacientes, compuesta por un 57% de mujeres, se encontró que el 87% de los pacientes indican haber recibido un trato cortés y respetuoso, 89% manifiesta haber tenido una buena comunicación, 79,84% se sintió comprendido, 75% percibió que el médico era sensible a su dolencia, y el 71% confió en su médico. Por otra parte menor porcentaje alcanzó la explicación del médico, un 57%, en tanto que la conformidad y aceptación de procedimientos llegó al 93%, dando un global de satisfacción con la atención del médico del 86% que aunque es alto contrasta con el obtenido en nuestra investigación que alcanzo el 95.72%.

Al igual que en nuestra investigación los mayores agentes que determinan insatisfacción son el retraso en la atención, además se incluyen otros como la higiene del local y la carencia de medicamentos y por otra parte; la insuficiente o falta de explicación por parte de los médicos sobre exámenes y tratamientos ⁽³⁷⁾.

Así mismo los hallazgos de la nuestra investigación coinciden con la "Evaluación de la Atención Primaria desde la perspectiva de los usuarios: adaptación del instrumento EUROPEP (European Project on Patient Evaluation of General Practice Care) para centros urbanos de Brasil", evaluación que incluyó tres áreas: a) indicadores clave como relación y comunicación, cuidados médicos, cooperación y organización de los servicios, b) indicadores de áreas específicas como la consulta, accesibilidad, condiciones del centro, y c) información sobre los usuarios como datos socio-demográficos y actitud. La muestra estuvo constituida en su mayoría por mujeres 84% y con una media de

edad entre 30 y 39 años y baja escolaridad 53% definida como elemental incompleta ⁽³⁸⁾.

Lo propio sucede con una investigación en Recife Brasil, en 24 unidades de salud familiar, respecto a la caracterización de los encuestados; así, de 936 el 91.1% fueron mujeres, mayoritariamente comprendidas entre 20 y 39 años, con un nivel de instrucción primaria incompleta, de ocupación laboral, amas de casa o empleadas sin contrato laboral ⁽³⁹⁾.

Es claro que los estudios mencionados coinciden en torno a las características sociodemográficas, sin embargo en otras referencias consultadas existen diferencias como por ejemplo en Andalucía-España ⁽⁴⁾, se reporta en un estudio con una muestra de 22.594 entrevistados, un 34.5% de hombres y 65.5% de mujeres; mientras que Granado de la Orden y col, autores del cuestionario SUCE, seleccionan de entre 1.870 encuestas aplicadas, una muestra de 677 pacientes atendidos en el Pabellón de Consultas externas del Hospital General Universitario "Gregorio Marañón" de Madrid, compuesta por 257 hombres (39.4%) y 402 mujeres (59.4%) ⁽⁴⁰⁾, en contra posición con nuestra muestra en la que solo el 11.05% fueron hombres, se observa entonces que la composición de la muestra está condicionada por varios factores, entre ellos el tipo de institución, el país, etc.

En cuanto al grado de satisfacción, en nuestro estudio, el menor porcentaje registrado es el tiempo de espera previo a la consulta, que alcanza un 69%, dentro de los factores organizativos y ambientales de la Fundación; en contraposición los indicadores relacionados con la atención médica oscilan entre el 96 y el 98% de satisfacción y respecto a la relación médico paciente los valores están en 99%. En términos globales, el porcentaje de satisfacción para factores organizativos llega a 88.57%, la calidad clínica a 97.7% y la relación médico-paciente es la más alta con un 99.17%.

Cuando se relacionan con los factores socioculturales, se señala la existencia de relación significativa solo para el tiempo que demora la consulta, al alcanzar la Tau-c de Kendall un valor de $p= 0.029$ y el cuidado de la intimidad durante la

consulta muy cercano a la significación, con un valor de $p= 0.065$, mientras que la asociación con la edad y sexo no mostró valores de significación para ninguno de los elementos valorados.

En Santiago de Cuba, al igual que en nuestra investigación, se encontraron altos niveles de satisfacción, en el orden del 84% en general para la atención de salud ⁽⁴¹⁾.

En Río de Janeiro, en los centros de la Fundación Oswaldo Cruz, se realizó un estudio con personas en su mayoría del sexo femenino 71% y en edades entre los 20 y 59 años, con un ingreso entre uno y dos salarios mínimos vitales en 68%. Los resultados muestran índices de satisfacción general en una escala de 10 situados en 9.1, sobre la atención de los profesionales en 9, facilidad para conseguir información 8.4 y tiempo de espera 6.8. Para esta investigación el aspecto de mayor descontento fue el tiempo de espera. Al igual que en nuestro trabajo, los usuarios valoran muy bien los servicios, en particular en aspectos como la confidencialidad de las historias clínicas, la privacidad en la consulta y sin duda la atención de los profesionales resulta clave para la satisfacción de los pacientes ⁽⁴²⁾.

En Caaguazú-Paraguay, fueron evaluados dos centros hospitalarios con una encuesta con 30 afirmaciones valoradas en una escala de 1 a 4 (muy falso, falso, cierto, muy cierto), aplicadas a 250 pacientes en cada centro, se observó: en cuanto a las características socio demográficas que en ambos casos, hubo predominancia del sexo femenino, para el caso A de entre 31 a 44 años, preparación universitaria y de la zona urbana; para el centro B, mujeres más jóvenes entre 21 a 30 años, menor escolaridad e igualmente de la zona urbana que asistieron a consulta de gineco-obstetricia, siendo nuestra muestra similar ya que también hubo predominio de usuarias en edad fértil (18 a 45 años: 85.91%). El grado de satisfacción no tuvo diferencias en cuanto a sexo, sí en relación a la edad y a escolaridad: resultando mayor grado de satisfacción mientras mayor edad y menor escolaridad, esto a su vez contrasta con algunos de nuestros resultados pues se observó en algunas variables (tiempo de espera en consulta) porcentajes elevados de insatisfacción en uno de los

grupos de mayor edad. En ambos casos hubo satisfacción de las usuarias hacia los servicios prestados por los centros, al igual que en nuestro estudio que de manera general alcanzó el 95.72% de satisfacción ⁽⁴³⁾.

En un estudio realizado en 8 países europeos, sobre la percepción en atención de medicina general, se encontró que con el cuestionario EUROPEP, que tiene en cuenta 5 dimensiones: a) la relación y comunicación; b) información y apoyo; c) atención médica, d) continuidad y cooperación, y e) disponibilidad y accesibilidad; más del 80% realizaron evaluaciones positivas (entre 4 y 5 de una escala de Likert) para todas las preguntas, una menor satisfacción coincide con el presente estudio en relación al tiempo de espera, que se sitúa en 72.1%. Como se mencionó antes, el cuestionario incluye aspectos administrativos del centro como: tiempos de espera, cómo acceder a una cita, plazo entre la cita y la consulta y la confidencialidad de los registros; aspectos de la atención médica como: examen físico, servicios de prevención, alivio de síntomas; aspectos de la relación entre el personal de salud y los pacientes como: ayuda para entender su problema de salud, amabilidad, explicación de los signos y síntomas así como de los procedimientos, entre otros ⁽⁴⁴⁾.

En China, un estudio sobre satisfacción de los pacientes con los servicios médicos, se encontró que en una escala de 1 a 5, los promedios para cada una de las siguientes consideraciones fueron: satisfacción general con la prestación de servicios médicos 3,6, evaluación del proceso de tratamiento médico 3,5, evaluación de la comunicación médico paciente 3,4, evaluación del tiempo de espera para el servicio médico 3,1, evaluación de la instalación y medio hospitalario 3,3, evaluación de los costos 3,4, confianza en la institución médica 2,7, confianza en el médico 4,1, confianza en la prescripción 3,4. Siendo 5 muy satisfecho, 4 relativamente alto, 3 medianamente, 2 relativamente bajo y 1 bajo grado de satisfacción o confianza en ese aspecto ⁽⁴⁵⁾.

Al igual que en nuestra investigación uno de los parámetros donde se alcanza un menor promedio es el tiempo de espera, en contraste uno de los puntajes más elevados, se alcanza en el parámetro “confianza en el medico” con una

media de 4.1, observándose un valor cercano al de nuestra investigación; variable “creo en mi médico” que alcanzó una media de 4.7.

Otro estudio, aplicando la encuesta EUROPEP, en Zenica – Bosnia con una muestra de casi 2.000 usuarios, con 47% de mujeres, la mayoría entre 30 y 53 años, 47% de procedencia urbana y 69% con educación media o superior, con situación financiera buena 44.8% y 21% mala o regular. Respecto a la satisfacción de los pacientes, una de las variables de mayor disgusto es el tiempo de espera en la consulta, al igual que en nuestra investigación, en tanto que el tiempo de permanencia en la consulta con el médico es un predictor de satisfacción en el 69% en este estudio, tanto para el examen como para el tratamiento clínico. Existe también una asociación entre pacientes de mayor edad y mayor satisfacción ⁽⁴⁶⁾.

En Alemania, con el mismo cuestionario EUROPEP, al evaluar la percepción de los pacientes refugiados procedentes de Turquía en una escala de 1 a 5 (5 excelente), se encontró que estaban satisfechos con la confidencialidad de los datos en 73.4%, la atención de urgencias 69.9%, atención médica 67%. Las más negativas en tanto fueron para disponibilidad y accesibilidad 46.8% y el tiempo de espera 31%, porcentaje comparable con el de nuestra investigación, en la que el 30,39% de los encuestados estuvo insatisfecho con el tiempo de espera en las consultas. En este caso además se midió la comunicación y la influencia respecto al manejo de los idiomas alemán y turco entre los usuarios y los médicos, fundamental en el proceso de comunicación ⁽⁴⁷⁾.

En un estudio en Zambia, entre pacientes que reciben atención para VIH y otro grupo que no incluye esta condición, de 2.870 pacientes, mayoritariamente mujeres con educación primaria, y aplicando una escala de 1 a 10 para medir satisfacción en 20 aspectos, agrupados en 5 dominios, se encontró que el mejor puntaje se refiere al costo 96% entre excelente y muy bueno, la percepción sobre su salud aproximadamente el 75%, la participación en toma de decisiones 64% igual la percibe como excelente a muy buena, menor puntaje ha recibido la adecuación de las instalaciones y accesibilidad con valores entre 44 a 46%. Los pacientes VIH positivos calificaron de muy bueno y

excelente al equipo médico, la disponibilidad y calidad de medicamentos así como a la eficacia del tratamiento. Los valores más bajos coinciden en prácticamente todos los estudios, incluido el nuestro, sobre el tiempo de espera para la consulta y en este caso para la limpieza de los locales ⁽⁴⁸⁾.

Otra investigación en un hospital de Sari-Irán, con una muestra mayoritariamente femenina 70.4% empleando una escala de 1 a 5, las medias en las diferentes dimensiones encontradas son: médica 3.78, garantía o fiabilidad 3.85, habilidad 3.66, capacidad de respuesta 3.74, comportamiento de los profesionales 3.76, accesibilidad y asequibilidad 3.26. Los autores justifican algunos de sus hallazgos negativos, como el de comportamiento de los profesionales por el elevado número de pacientes que deben atender y el cansancio ⁽⁴⁹⁾. Aunque la muestra al igual que en nuestro estudio es de predominio femenino, aquí se analizaron parámetros no incluidos en nuestra investigación, como el caudal de pacientes, que puede explicar de cierto modo los prolongados tiempos de espera.

En Turquía, de un total de 1.290 pacientes, 54.3% de mujeres, con un promedio de edad de 36.9 años, los aspectos con mejor valoración, esto es con 4 o 5 en una escala sobre 5, los resultados encontrados son: la confidencialidad de los registros el 88.8% (mantiene en secreto tu información y su registro) la relación médico paciente 85.8% (él/ella te escucha) y sobre la atención médica (él/ella hacen bien su trabajo) y los con menor puntuación corresponden a acceso 10.4% y tiempo de espera en la consulta con 8.4% entre 4 y 5. Semejante a lo ocurrido en nuestro trabajo no se registraron diferencias estadísticamente significativas según la edad, no así para el grado de escolaridad, parámetro no valorado en nuestra investigación, en una relación directa; mejores evaluaciones mientras mayor nivel educativo ⁽⁵⁰⁾.

En Marruecos, en un estudio que midió dos dimensiones: calidad en la información médica (sobre los síntomas, propósito de las pruebas, resultados, propósito de los tratamientos, efectos secundarios, señales de advertencia que debe observar, sobre la actividad luego del alta) y relación con el personal de salud y “rutina diaria” (identifique al médico, privacidad en la atención, ayuda en

la rutina diaria, asistencia para el dolor, prontitud para acudir ha llamado por las enfermeras, organización de la sala) con 16 aspectos en total, que se califican de 1 a 5 (pobre, moderado, bueno, muy bueno y excelente), para explorar la satisfacción de los pacientes con hospitalizaciones cortas, para la atención médica y de enfermería⁽⁵¹⁾. El menor porcentaje recibido entre muy bueno y excelente (4 y 5) lo obtuvo el ítem sobre la información de la reanudación de actividades al alta con 6.1%, luego qué señales de advertencia debe observar 8%, y sobre los efectos secundarios de los tratamientos 9.4%; dentro de esta dimensión de información la mejor puntuada fue la de seguimiento médico 20.1% y la explicación del propósito de las pruebas con 19.6%. En referencia a la relación con el personal de salud y la rutina diaria todos los ítems son mejor valorados que para el caso anterior, oscilando entre 16.8% hasta 46.7% que obtuvieron entre 4 y 5. También el estudio encontró una mejor valoración mientras mayores ingresos tuvieron los pacientes y residencia urbana ⁽⁵¹⁾. Diferente de nuestros resultados que aunque no alcanzaron niveles de asociación significativos, se observó una tendencia a presentar mayores grados de insatisfacción en las categorías que pagan más (tabla 5).

Los datos más discordantes se han encontrado en Perú en Apurímac, donde el porcentaje de satisfacción de un centro hospitalario, es de 24% para fiabilidad, 11% capacidad de respuesta, 24% seguridad, 38% empatía, 22% aspectos tangibles, dando un promedio global de satisfacción de 24%, muy inferior al alcanzado en nuestra investigación (95.72%). Para el efecto se empleó la encuesta SERVQUAL (A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality), que incluye 5 dimensiones de calidad: “tangibles, confiabilidad, responsabilidad, comunicación y conocimientos” en 22 preguntas de percepción y expectativas ⁽⁵²⁾.

En Perú igualmente, al evaluar la satisfacción entre usuarios de consulta externa, se ha encontrado un promedio de satisfacción global con la atención de 46.8% y para emergencias de 52.9%, nuevamente contrastan con el porcentaje (95.72%) de satisfacción global alcanzado en nuestra investigación, siendo lo más deficiente la facilidad para obtener citas, demora en atención en farmacia, inadecuado trato por el personal, falta de información sobre los pasos

para ser atendido, se empleó igualmente la encuesta SERVQUAL, con dos modificaciones que incluyen las características de calidad desde la percepción de los usuarios y actividades en el proceso de atención ⁽⁵³⁾.

En Lima, en una investigación a lo largo de 3 años, aplicando una encuesta de insatisfacción, y el Software para Evaluación de Encuestas de Usuarios de Salud SEEUS, que valora: capacidad médica (explicación de diagnóstico, tratamientos, exámenes, comunicación, dedicación al paciente), higiene, aspectos tangibles (señalización, confort, equipos), trato al paciente (tanto en la parte administrativa como del personal), tiempo (duración de la espera, de la consulta, en la realización de exámenes), disponibilidad de medicamentos, privacidad. La escala va de 0 a 1, siendo insatisfacción leve de 0 a 0.2, moderada de 0.2 a 0.4, severa de 0.4 a 1. Se encontraron los siguientes datos: la insatisfacción global en consulta ambulatoria desde el 2008 fueron: 0.22, 0.15 y 0.09 y en emergencia de 0.19, 0.24 y 0.24. Evidenciando para el primer caso una disminución de la insatisfacción siendo muy leve. En tanto que para emergencia hubo un ligero incremento llegando a insatisfacción moderada ⁽⁵⁴⁾. Los datos obtenidos de la consulta ambulatoria, se asemejan entonces a los nuestros, con bajos niveles de insatisfacción.

El grado de satisfacción de un usuario ha sido definido como la coincidencia entre las expectativas del paciente y los resultados que obtiene, aspecto harto complejo y multidimensional, que integra varios componentes, en los que se incluyen: la percepción del usuario sobre el servicio, las competencias del personal del sistema de salud al que acude y la evaluación del resultado obtenido por parte del propio usuario. Como es lógico pensar el usuario valorará sus expectativas y el resultado alcanzado en base a su experiencia personal sobre la atención de salud recibida, condicionada a su vez por sus características individuales.

CAPÍTULO 7

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

Al valorar los resultados analizados y discutidos en los capítulos 5 y 6 podemos formular las siguientes conclusiones:

1. La muestra según el sexo se distribuye en 322 femeninos (88.95 %) y 40 masculinos (11.05 %),
2. La muestra según la edad se caracteriza por presentar una composición de 191 usuarios del grupo de 18-30 años (52.76 %), 120 de 31-45 años (33.15 %), 56 de 46-64 años (15.45 %) y 8 entre 65-78 años (2.21 %)
3. La muestra analizada en cuanto a clase socioeconómica se caracteriza por estar distribuida en orden decreciente por los grupos I con 150 usuarios (41.42 %/), B con 113 usuarios (31 %), C con 56 usuarios (15.47 %), D con 22 usuarios (6.08 %) y A con 21 usuarios (5.8 %).
4. El grado de satisfacción con respecto a los factores organizativos y ambientales presentó un grado de satisfacción global de 88.58 %.
5. El grado de satisfacción en los aspectos relacionados con la calidad clínica obtuvo un 97,70%
6. El grado de satisfacción con respecto a la relación médico-paciente alcanzó un porcentaje global de 99.17% (rango entre 98.9-99.7 %).
7. El valor del estadígrafo Tau-c de Kendall solo señala relación entre la variable categoría socioeconómica con el tiempo de duración de la consulta ($p= 0.029$).
8. Finalmente debemos indicar que el grado de Satisfacción Global alcanzó un elevado porcentaje de 98,62%.

7.2. RECOMENDACIONES

El presente estudio permite caracterizar la muestra evaluada para todas las variables incluidas en el estudio, con grandes diferencias en la cantidad de usuarios por sexos, grupos de edades y categorías socioeconómicas, lo cual nos permitió realizar una valoración principalmente para pacientes de sexo femenino (un 89%), con edades comprendidas entre los 18 y 45 años (86%) y de clase socioeconómica con bajos ingresos. Los resultados por lo tanto son comparables para poblaciones con características similares. Entre otras proponemos las siguientes recomendaciones:

- 1- Realizar un estudio en el que se incremente la diversidad y cantidades de usuarios entrevistados por sexo, grupo de edades y categoría socioeconómica.
- 2- Realizar un estudio en el que se incluya las siguientes variables a analizar en cada usuario: nivel educacional, el estatus laboral, el estado civil, la cantidad de hijos del usuario (medir experiencia), lugar donde reside (rural/ciudad), la auto identificación étnica.
- 3- Incluir en el estudio el sexo y los años de experiencia del especialista que atiende al usuario.
- 4- Realizar estudios similares en unidades de atención de salud de la Red Pública Integral de Salud, sobre todo del Ministerio de Salud y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- 5- Así mismo sería pertinente realizar estudios comparativos entre los servicios de la red pública, de los servicios de salud privados y de los servicios humanitarios como el presente.
- 6- Sería deseable que los hallazgos del presente estudio y otros sirvan para la discusión en los procesos de formación de profesionales de la salud y al interior de los comités de ética de los servicios de salud en donde éstos han sido conformados.



Consideramos que este estudio descriptivo es la base para profundizar en un análisis que evidencie la determinación social en la atención de los servicios de salud y que analice las condiciones diferenciales de clase social, relaciones de poder, de género, generacionales y de nacionalidad. La valoración de la calidad en los servicios de salud debe comprenderse articulada a la población que accede a los mismos y a sus condiciones individuales, de su grupo social (modos de vida) y de sus contextos económicos, políticos, culturales, laborales.

CAPÍTULO 8

8. BIBLIOGRAFÍA

8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández TM, Rodríguez A, Jardines Ochoa M. Instrumento para medir el nivel de satisfacción de los usuarios. In Aplicación en los Servicios de Urgencias y Cirugía General; La Habana; 2009.
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud; Quito; 2012.
3. Citado en: Fajard -Dolci, G. Meljem Moctezuma, J. Rodríguez Suárez, X. Recomendaciones para prevenir el error médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. Rev CONAMED [revista en internet]. 2012; [citado el 20/nov72016] 17(1):30-43. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-RecomendacionesParaPrevenirElErrorMedicoLaMalaPrac-3884719.pdf>
4. Citado en: Serrano-del-Rosal Rafael, Ranchal-Romero Julia. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. Index Enferm [revista en la Internet]. 2010 Mar [citado 2016 Ene 18];19(1):9-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100002&lng=es.
5. Citado en: Borré Ortiz Yeis Miguel, Vega Vega Yolanda. CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR PACIENTES HOSPITALIZADOS. Cienc. enferm. [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Ene 18] ; 20(3): 81-94. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300008>.
6. Elleuch A. Patient satisfaction in japan. Intern J Health Care Quality Assurance. 2009; 21: p. 692-705.

7. Breilh, Jaime., “Las tres S de la determinación de la vida y el triángulo de la Política”, en el seminario Rediscutiendo a questão da determinação social da saúde; Brasil, marzo, 2010, p. 19-20.
8. Citado en: Morales, C. Niveles de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de salud. Universidad Javeriana. [Internet] 2009. [citado el 20/nov/2015] Bogotá. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis12.pdf>
9. Warnecke E. The art of communication. Australian Family Physician. 2014 Mar; 43(3): p. 156-8.
10. Citado en: Soler Santana Raxy, Malfrán García María Dolores, Carbonell García Isabel Cristina, Soler Santana Ángel Luís, Díaz Cantún Carlos Luís. Calidad de la atención médica a las personas que viven con VIH/sida. MEDISAN [revista en la Internet]. 2013 Ago [citado 2016 Ene 18]; 17(8):3010-3017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000800004&lng=es.
11. Hamui, L. Fuentes, R. Aguirre, R. Ramírez de la Roche, O. Un estudio de satisfacción con la atención médica. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México. [Internet] Mexico. 2013. [citado el 27/nov/2015] disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>
12. Delgado-Gallego ME, Vázquez-Navarrete M. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Rev. salud pública. 2010; 12(4). p. 533-545.
13. Murillo, C. Saurina C. Medida de la importancia de las dimensiones de la satisfacción en la provisión de servicios de salud. Gac Sanit. [Internet] 2013 [citado el 27/nov/2015]; 27(4):304–309. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v27n4/original3.pdf>
14. Cruz, O. Fragoso, M. González, I. Sierra, D. Labrada, J. La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico. MediSur.

- [revista en internet]. 2010. [citado el 12/11/2015]; volumen: 8, núm. 5. Páginas 110-120. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098021>
- 15.** Suarez Cuba MA. MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE. Rev. Méd. La Paz. [revista en internet]. 2012. v.18. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S172689582012000100011&script=sci_arttext
- 16.** Clinica Humanitaria Fundacion Pablo Jaramillo Crespo. Informacion general. [Online].; 2009 [cited 2015 febrero 2. Available from: disponible en: http://www.clinicahumanitaria.com/home.html#Escena_1.
- 17.** Citado en: Delgad, M. Vázquez, M. Moraes, L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Rev. salud pública. 12 (4): 533-545, [Internet] 2010. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n4/v12n4a01>
- 18.** Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LÁ. Satisfacción de los pacientes con la comunicación en las consultas de medicina de familia: comparación de tres métodos para investigar necesidades no satisfechas. Rev. Esp. Salud Publica . 2011 Jun; 85(3): p. 315-322.
- 19.** Gonzáles B, López P, Marín I, Haro L, Macías A. Satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el trabajo. Rev Med IMSS2002. 2009; 40: p. 301-4.
- 20.** López Portilla J, Pilataxi-Sánchez S, Rodríguez E. Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2013; 12(24): p. 209-225.
- 21.** Eveleigh R, Muskens E, Ravesteijn H, Dijk I. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. Journal of Clinical Epidemiology. 2012; Vol 6.
- 22.** Citado en: Díaz M. Satisfacción acerca de la atención de enfermería recibida. Universidad nacional de Córdoba. [Internet] 2010; [citado el

- 25/nov/2015].23(1):37-42. Disponible en:
http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/diaz_maria_celeste.pdf
- 23.** Citado en: Ruiz, P. Romero, G. Trejo J. Martínez-Olivares, M. Cueva J. Satisfacción del adulto mayor con el cuidado de enfermería en un hospital de segundo nivel. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*[Internet] 2015; [citado el 25/nov/2015].23(1):37-42. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151g.pdf>
- 24.** Ríos Gutiérrez Mariela L. Ética, Bioética y Deontología. *Rev. Act. Clin. Med 2014* [revista en la Internet]. [citado 2015 Nov 17]. Disponible en:
http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000500003&lng=es.
- 25.** Citado en: Matthew Ridd, Alison Shaw, Glyn Lewis, Chris Salisbury. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *British Journal of General Practice.* [Internet] 2009. [citado 2015 nov 18] disponible en:
<http://bjgp.org/content/59/561/e116.short>
- 26.** Suarez Cuba M. Medicina centrada en el paciente. *Rev. Méd. La Paz.* 2012; 18.
- 27.** Citado en: Carmen Losada Gloria Marín. Encuentros difíciles en atención primaria: una aproximación mediante grupos focales. *Análisis y Modificación de Conducta.* [Internet]. 2011, Vol. 37, Nº 155-156, 115-126. Disponible en:
<http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/viewFile/1322/1791>
- 28.** Citado en: Jesús Martín-Fernández. M. Isabel del Cura-González, Tomás Gómez-Gascón, Eva Fernández-López, Guadalupe Pajares-Carabaja, Bernardo Moreno-Jiménez. Patient satisfaction with the Patient-Doctor Relationship measured using the Questionnaire (PDRQ-9). Vol. 42. Núm. 04. Abril 2010. [Internet]. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-satisfaccion-del-paciente-con-relacion-13147991>

29. Mingote J, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R. Psychometric validation of the Spanish version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Esp Psiquiatr.* 2009; 37: p. 94-100.
30. Martín-Fernández J, del Cura González MI. Atención Primaria Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria.* 2010; 42(4): p. 196-205.
31. Márquez Hernández M. Empatía y satisfacción de la “Relación médico-paciente” en la UMF. 2014;(66).
32. Citado en: Arrabal Duran Paula, Romero Jiménez Rosa María, Cuerda Compes Cristina, Cambor Álvarez Miguel, Bretón Lesmes Irene, Lorenzo Pinto Ana de et al . Nutrición Parenteral Domiciliaria: satisfacción de los pacientes y sus cuidadores con la Unidad de Nutrición Clínica y el Servicio de Farmacia. *Nutr. Hosp.* [revista en la Internet]. 2014 Mayo [citado 2015 nov 18];29(5):1123-1131. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000500023&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.29.5.7371>.
33. Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría R, Castillo A, Hidalgo Montesinos M, Gomis Cebrián R, Calle Urra J. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *GacSanit.* [revista en la Internet]. 2012;26(2):159–165. Disponible en <http://www.gacetasanitaria.org>
34. Levites M, González-Blasco P. Competencia y humanismo: la Medicina Familiar en busca de la excelencia. 2009; 9(2): p. 2-9.
35. Hernández, P. La importancia de la satisfacción del usuario. (CUIB) UNAM México. [Internet] 2011, [citado 2015 Nov 17]. vol. 34, 349-368. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/DCIN/article/viewFile/36463/35311>
36. Almeida Renato Santos de, Bourliataux-Lajoinie Stephane, Martins Mônica. Satisfaction measurement instruments for healthcare service

- users: a systematic review. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 Jan [cited 2015 Nov 03] ; 31(1). 11-25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000100011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00027014>.
- 37.** Garzón Lasso N. Evaluación de satisfacción del paciente con la calidad del proceso de la atención médica recibida en el área consulta externa del hospital león becerra de la ciudad de milagro. [Internet] Guayaquil - Ecuador. 2014. [citado 30/Dic/2015] disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/7194/1/GARZ%C3%93Nnarcisa.pdf>
- 38.** Brandão Ana Laura da Rocha Bastos da Silva, Giovanella Ligia, Campos Carlos Eduardo Aguilera. Evaluation of primary care from the perspective of users: adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban centers. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Jan [cited 2016 Jan 03] ; 18(1): 103-114. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100012>.
- 39.** Florêncio Santiago R, Mendes da Cruz A, Duarte Miranda G, Duarte P, Furtado Alencar Sousa Macau B, Vieira de Souza W. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Sep 04] ; 18(1): 35-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100005>.
- 40.** Citado en: Maldonado Rojas Mónica, Nuñez Nuñez Carmen, Vásquez Rojas Marcela, Toro Opazo Carla. Instrumento para medir la calidad de atención en donantes de sangre que acuden a colectas móviles. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2015 Septiembre 18]; 27(3): 321-332. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892011000300008&Ing=es. .

- 41.** Banegas Cardero Juan Enrique. Nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia del Centro de Diagnóstico Integral "Los Arales". MEDISAN [revista en la Internet]. 2014 Jul [citado 20/Sep/2015];18(7):942-947. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700009&Ing=es.
- 42.** Hollanda E, Venâncio de Siqueira A, Rieveres Borges G, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfacción y capacidad de respuesta de los servicios de salud a la Fundación Oswaldo Cruz. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet], 2012 [citado 20/Dic/2015] 17(12):3343-3352. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/19.pdf>
- 43.** Bellenzier M, González E. Satisfacción usuaria en dos centros hospitalarios de caaguazú durante el segundo semestre del año 2010. *Eureka* [Internet]. 2011, vol.8, n.2 [citado 20/Dic/2015], pp. 183-199. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000200005
- 44.** Petek D, Künzi B, Kersnik J, Szecsenyi J, Wensing M. Patients' evaluations of European general practice—revisited after 11 years. *International Journal for Quality in Health Care*. [Internet]. 2011. [citado: 25/Sep/2015]; 23 (6): 621 – 628. Disponible en: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/23/6/621>
- 45.** Tang L. The influences of patient's satisfaction with medical service delivery, assessment of medical service, and trust in health delivery system on patient's life satisfaction in China. *Health and Quality of Life Outcomes*. [Internet] 2012; [citado: 25/Sep/2015]; 10 (111). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487997/>
- 46.** Spasojevic N, Hrabac B, Huseinagic S. Patient's Satisfaction with Health Care: a Questionnaire Study of Different Aspects of Care. *Materia Socio-*

- Medica*. [Internet] 2015; [citado: 02/Dic/15]; 27(4):220-224. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487997/>
47. Goetz K, Bungartz J, Szecsenyi J, Steinhäuser J. How do patients with a Turkish background evaluate their medical care in Germany? An observational study in primary care. *Patient preference and adherence*. [Internet] 2015; [citado: 25/Sep/2015]; 9:1573-1579. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4639516/>
48. Dansereau E, Masiye F, Gakidou E, Masters S, Burstein R, Kumar S. Patient satisfaction and perceived quality of care: evidence from a cross-sectional national exit survey of HIV and non-HIV service users in Zambia. *Bmjopen* [Internet] 2015; [citado: 02/Dic/15]; 5 (12). Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/5/12/e009700.long>
49. Abedi G, Rostami F, Ziaee M, Siamian H, Nadi A. Patient's Perception and Expectations of the Quality of Outpatient Services of Imam Khomeini Hospital in Sari City. *Materia Socio-Medica*. [Internet]; 2015; [citado: 02/Dic/15]; 27(4):272-275. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610638/>
50. Bulut A, Oguzoncul AF. Evaluating the level of satisfaction of patients utilizing first-level health facilities as a function of health system performance rating in the province of Elazig, Turkey. *Dovepress*. [Internet] 2014. [citado: 15/Nov/15] vol 8: 1483—1492. Disponible en: <https://www.dovepress.com/evaluating-the-level-of-satisfaction-of-patients-utilizing-first-level-peer-reviewed-fulltext-article-PPA#T3>
51. Soufi G, Belayachi J, Himmich S, et al. Patient satisfaction in an acute medicine department in Morocco. *BMC Health Services Research*. [Internet] 2010; [citado: 15/Nov/15]; 10:149. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2900260/>
52. Sihuín Tapia E; Gómez Quispe O; Ibañez Quispe V. Satisfacción de usuarios hospitalizados en un hospital de Apurímac, Perú. *Rev. perú. med. exp. salud pública* [Internet]. 2015 [citado 2015-10-23], 32 (2): 299-302. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000200014&lng=es&nrm=iso

- 53.** Cabello E , Chirinos J; Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Rev Med Hered.* [Internet] 2012; [citado 2015-10-23] 23(2):88-95. Disponible en: [http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view File/1037/1003](http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/File/1037/1003)
- 54.** Shimabuku R, Huicho L, Fernández D, Nakachi G, Maldonado R, Barrientos A. Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima, Perú. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* [Internet]. [citado 2015-10-23]. 2012, 29 (4): 483-489 . Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000400010&lng=es&nrm=iso
- 55.** The Free Dictionary by Farlex [internet] Copyright © 2003-2015 Farlex, Inc [citado 10 febrero 2015] disponible en <http://es.thefreedictionary.com/edad>
- 56.** Observatorio laboral del Ecuador aspectos metodológicos. Ministerio de trabajo y empleo. [internet] [citado el 3 febrero 2015] disponible en <file:///C:/Users/USER/Downloads/clases-sociales.pdf>
- 57.** Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo, Manual de Trabajo Social: Políticas de Categorización. Cuenca Ecuador; 2014.
- 58.** Medical Service. (n.d.) *Segen's Medical Dictionary.* (2011). Retrieved February 10 2015 from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/medical+service>
- 59.** Physician-patient relationship. (n.d.) *Segen's Medical Dictionary.* (2011). Retrieved February 10 2015 from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/physician-patient+relationship>

8.1. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Alonso González M, Ruiz Hernández I, O Ricardo Alonso. Habilidades comunicativas para la relación médico paciente en estudiantes de Medicina desde la percepción de profesores. *EducMedSuper*. [revista en la Internet]. 2012;26(1): 74-82 Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000100008
- Crowe R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*. 2002;6:1–224. Tomado de Rebollo P, Cuervo J, Villa G, Barred MJ, Tranche S, Sanchez Baragan MA. Desarrollo y validación de un cuestionario genérico para la evaluación de la satisfacción de los pacientes crónicos: Cuestionario SAT-Q. *Rev. ElsevierDoyma, Atención Primaria*. [internet] 2010Vol 42(12):612–619 disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-desarrollo-validacion-un-cuestionario-generico-13188681>
- Jaráiz E, Lagares N, Pereira M. Los componentes de la satisfacción de los pacientes y su utilidad para la gestión hospitalaria. *Revista Española de Ciencia Política*. [revista en la Internet]. Núm. 32, Julio 2013, pp. 161-181. Disponible en <file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-LosComponentesDeLaSatisfaccionDeLosPacientesYSuUti-4358980.pdf>
- Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. 2010 Ago; 138(8): 1047-1054.
- Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría R, Castillo A, Hidalgo Montesinos M, Gomis Cebrián R, Calle Urra J. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *GacSanit*. [revista en la Internet]. 2012;26(2):159–165. Disponible en <http://www.gacetasanitaria.org>

- Ríos Álvarez M, Acevedo Giles O, González Pedraza A. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. Rev Endocrinología y Nutrición [revista en la Internet]. 2011. Vol. 19, No. 4. pp 149-153 Disponible en <http://www.medigraphic.com/endocrinologia>
- Rodríguez J, Dackiewicz N, Toer D. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. Arch. argent. pediatr. vol.112 no.1 Buenos Aires feb. 2014. Disponible en <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.55>
- Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LA, Muñoz Alamo M, Jiménez García C, González Nebauer V, Alba Dios A, et al. Satisfacción de los pacientes con la comunicación en las consultas de medicina de familia: comparación de tres métodos para investigar necesidades no satisfechas. Rev Esp Salud Pública [revista en internet] 2011 Vol. 85, N.º 3: 315-322 disponible en http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n3/10_original_breve3.pdf
- Suarez Cuba MA. MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE. Rev. Méd. La Paz. [revista en internet]. 2012. v.18. Disponible en http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S172689582012000100011&script=sci_arttext
- Warnecke E. The art of communication. Australian Family Physician. 2014 Mar; 43 (3) 156-8. Cuestionario tomado de: Granado de la Orden S, Rodríguez Rieiro C, Olmedo Lucerón M, Chacón García A, Vigil Escribano D, Rodríguez Pérez P. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2007.81: 637-645 N.º 6. Disponible en <file:///C:/Users/USER/Downloads/satisfaccion-validacion-sub.pdf>

CAPÍTULO 9

9.1. ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido un ser desde su nacimiento. ⁽⁵⁵⁾		Edad en años cumplidos.	o 18 a 30 años o 31 a 45 años o 46 a 64 años o Más de 65 años
Sexo	Condición física que distingue hombres de mujeres. ⁽⁵⁵⁾	Masculino	Ser vivo que está dotado de órganos para fecundar. ⁽⁵⁵⁾	Hombre
		Femenino	Ser vivo que posee órganos para ser fecundados. ⁽⁵⁵⁾	Mujer
Condición socioeconómica	Situación de pobreza de un hogar, con base al consumo mensual por habitante. ⁽⁵⁶⁾	A	Ingreso por carga familiar de 0 a 68\$, ingresos totales (5 cargas) 0 a 340 \$. ⁽⁵⁷⁾	A
		B	Ingreso por carga familiar de 69 a 100\$, ingresos totales (5	B



			cargas) 341 a 500\$. ⁽⁵⁷⁾	
		I	Ingreso por carga familiar de 101 a 130\$, ingresos totales (5 cargas) 501 a 650 \$ ⁽⁵⁷⁾ .	I
		C	Ingreso por carga familiar de 131 a 160\$, ingresos totales (5 cargas) 651 a 800\$ ⁽⁵⁷⁾ .	C
		D	Ingreso por carga familiar de 161\$ o más , ingresos totales (5 cargas) 801\$ o más ⁽⁵⁷⁾ .	D
Servicio Médico al que acude	Cualquier servicio relacionado con la asistencia sanitaria. ⁽⁵⁸⁾	Pacientes de Consulta Externa	Paciente que acude al hospital por tratamiento pero no se queda durante la noche. ⁽⁵⁵⁾	Consulta Externa



Calidad clínica	Alto nivel de excelencia profesional, usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción por parte de éste y produciendo un impacto final positivo en la salud (OMS).	trato por parte del personal	Apreciación por parte de los pacientes del grado de empatía	Valoración: sobre 10, siendo 1 la respuesta peor valorada y 10 la respuesta mejor valorada.
		Cuidado con su intimidad.	Apreciación del paciente del grado de respeto hacia su intimidad.	
		La duración de la consulta.	Apreciación del paciente de la efectividad del tiempo asignado a su consulta.	
		Información clínica recibida.	Valoración del paciente de la calidad de la información clínica recibida.	
Calidad administrativa	Incluye aspectos organizativos y estructurales se reúnen aspectos de tipo burocrático más	Comodidad de las instalaciones.	Apreciación de la comodidad de las instalaciones por parte del paciente.	Valoración: sobre 10, siendo 1 la respuesta peor valorada y 10 la respuesta mejor valorada.
		Facilidad de los trámites.	Valoración por parte del	

	relacionados con la gestión. (40)		paciente de la facilidad de realizar trámites.	
		Tiempos de espera.	Apreciación del paciente sobre el tiempo de espera	
		Señalizaciones y carteles para orientarse en el hospital.	Valoración por el paciente de la facilidad de dirigirse y encontrar los sectores en la clínica.	
Relación Médico paciente.	Relación formal o inferida entre un médico y un paciente, que se establece una vez que el médico asume o se compromete a brindar atención médica o tratamiento a un paciente (59).		Percepción del paciente de los aspectos de su interacción con el médico.	1. Nada apropiado 2. Algo apropiado 3. Apropiado 4. Bastante apropiado 5. Muy apropiado



Anexo 2

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

FECHA: ____/____/____

EDAD: ____

SEXO: M___ F___

CONDICIÓN SOCIOECONOMICA ASIGNADA PREVIAMENTE EN LA CLÍNICA:

A___ B___ C___ D___ I___

Cuestionario de Satisfacción del Usuario de consultas externas (SUCE)

Por favor puntúe de 1 a 10 las siguientes preguntas, siendo el 10 la respuesta mejor valorada y el 1 la respuesta peor valorada

Calidad administrativa										
1. El tiempo que pasó desde que pidió la cita hasta la fecha de consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Las señalizaciones y carteles para orientarse en el hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Los trámites que tuvo que hacer en Admisión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. El tiempo de espera en consultas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. La comodidad de la sala de espera	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. La facilidad de los trámites que ha tenido que hacer si ha necesitado volver a citarse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Calidad Clínica										
7. El trato por parte del personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. El trato por parte del personal médico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. El cuidado con su intimidad durante la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



10. La duración de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. La información clínica recibida sobre su problema de salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. La claridad con que le explicaron el tratamiento y pautas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Satisfacción global con la atención recibida en consultas externas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Conoce el nombre de médico que le atiende en consulta?	SI					NO				

La puntuación final del cuestionario se obtiene como la media de la puntuación de las dos dimensiones (calidad clínica, calidad administrativa), se obtiene así el porcentaje de satisfacción de los pacientes.



Anexo 3:

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

FECHA: ____/____/____

EDAD: ____

SEXO: M___ F___

CONDICION SOCIOECONOMICA ASIGNADA PREVIAMENE EN LA CLINICA:

A___ B___ C___ D___ I___

Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P)

**Por favor puntúe de 1 a 5 las siguientes preguntas, siendo el 5 la
respuesta mejor valorada y el 1 la respuesta peor valorada**

1. Mi médico me ayuda	1	2	3	4	5
2. Mi médico tiene suficiente tiempo para mí	1	2	3	4	5
3. Creo en mi médico	1	2	3	4	5
4. Mi médico me entiende	1	2	3	4	5
5. Mi médico se dedica a ayudarme	1	2	3	4	5
6. Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas	1	2	3	4	5
7. Puedo hablar con mi médico	1	2	3	4	5
8. Me siento contento con el tratamiento de mi médico	1	2	3	4	5
9. Siento a mi médico fácilmente accesible	1	2	3	4	5

Cada respuesta viene contestada en una escala tipo Likert con 5 categorías: 1 (“nada apropiado”), 2 (“algo apropiado”), 3 (“apropiado”), 4 (“bastante apropiado”) y 5 (“muy apropiado”).

Las respuestas se trataron como variables continuas y el resultado final se obtiene como la media de todas las respuestas.



Anexo 4

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO
DE DETERMINACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EN UNA MUESTRA
DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE LA CLÍNICA HUMANITARIA
PABLO JARAMILLO CRESPO, MARZO 2015 – AGOSTO 2015.**

Nosotros: María José Montesinos y Rubén Eduardo Soliz, estudiantes de Décimo ciclo de la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Cuenca, a quienes se nos ha concedido el permiso de realizar un estudio sobre el grado de satisfacción de la atención recibida en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo, nos dirigimos con un cordial saludo hacia ustedes, usuarios de la Fundación Pablo Jaramillo, para solicitarles de la manera más comedida nos concedan permiso para aplicar una encuesta sobre el grado de satisfacción de la atención recibida.

El estudio busca identificar las áreas vulnerables del establecimiento. Por nuestra parte, compartiremos toda la información recopilada a las autoridades de Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo quienes tomaran las medidas pertinentes de acuerdo a los resultados obtenidos.

Debemos aclarar que este estudio y su encuesta a aplicar no presentan fines de lucro, es decir no habrá remuneración alguna tanto para el encuestado como para el encuestador, no representa peligro alguno para la salud, su deseo o no de participar no será reflejado la atención que recibirá, toda la información recaudada será confidencial y será tratada de manera general mediante gráficos, pasteles, barras, etc. de acuerdo a la necesidad, no se usará un nombre en particular, en caso de ser necesario tomar fotografías no se revelaran los rostros.



Yo _____ he leído/se me ha leído la información precedente y entiendo que este estudio y su encuesta a aplicar no presentan fines de lucro, no representa peligro alguno para la salud, mi deseo o no de participar no será reflejado en la atención que reciba, toda la información recaudada será confidencial y será tratada de manera general mediante gráficos, pasteles, barras, etc. de acuerdo a la necesidad, no se usará un nombre en particular, en caso de ser necesario tomar fotografías no se revelaran los rostros.

Por lo que de mi libre voluntad acepto participar en el estudio.

Firma:
