

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

**Colegio de Posgrados
Escuela de Salud Pública**

**Relación entre la percepción de la calidad de atención y la
disminución de la asistencia a consultas médicas de los usuarios
que acuden al Centro de Salud de Tambillo del Ministerio de
Salud Pública en el año 2015**

Adriana Constante Andrade

**Jorge Albán Villacís, MD., MPH., ME.
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de Titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Especialista en Gerencia de Salud

Quito, abril del 2015

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Posgrados

Escuela de Salud Pública

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Relación entre la percepción de la calidad de atención y la
disminución de la asistencia a consultas médicas de los usuarios
que acuden al Centro de Salud de Tambillo del Ministerio de
Salud Pública en el año 2015**

Adriana Constante Andrade

Jorge Albán Villacís, MD., MPH., ME.

Director
Proyecto de Titulación

Bernardo Ejgenberg, MD, ESP-SP

Director
Especialización en Gerencia de Salud

Fernando Ortega Pérez, MD., MA., PhD

Decano
Escuela de Salud Pública

Gonzalo Mantilla MD, M.Ed., F.A.A. P.

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Víctor Viteri Breedy, PhD

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, abril del 2015

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Adriana Constante Andrade

C. I.: 1707302277

Lugar: Quito

Lugar y fecha: Quito, abril del 2015

AGRADECIMIENTOS

A: Los/las Docentes del Curso de la “Especialización de Gerencia en Salud” Universidad San Francisco de Quito.

A: AMPC INTERNATIONAL HEALTH CONSULTANTS/SAB (Cooperación Holandesa).

A: Jorge Albán Villacís MD, MPH, ME, PhD(c). Director del Proyecto de Titulación.

A: Mi esposo Edison, mi hijo Daniel, y mis hijas Victoria, Camila y Romina

A: Familia Calvachi Albuja

RESUMEN

Este trabajo se centra en el análisis de aquellos factores que determinan la percepción de la calidad de atención de los usuarios que asisten a consultas médicas y su relación con la asistencia al Centro de Salud de Tambillo del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 2015.

La percepción de los usuarios respecto de la calidad de atención por parte del personal médico tiene relación con determinados factores, entre los principales: capacidad profesional, empatía, confianza, información que se proporciona, capacidad de respuesta, coordinación, trato recibido y dedicación del personal, conocimiento del entorno geográfico y cultural; así como, la capacidad de organización del equipo de salud para la provisión de servicios de salud.

El presente trabajo parte de la definición del concepto de calidad y de cómo este es percibido por el paciente -usuario externo- y por el personal de salud -usuario interno-, y también investiga si la concepción de "calidad" que tienen tanto los usuarios externos como internos se relaciona con la disminución de la asistencia a las consultas médicas en el Centro de Salud de Tambillo durante el año 2015.

Identificada esta relación se propondrá elementos funcionales y estructurales de tipo operativo, conceptual, administrativo, organizativo y actitudinal; encaminados a buscar soluciones a la situación objeto de estudio.

ABSTRACT

This work focuses in the analysis of those factors that determine the perception of the quality of attention of the users that attend to the medical consultations and their relation with the assistance to the Health Centre of Tambillo of The Ministry of Public Health in the year 2015.

The perception of the quality of attention of the users by the medical staff has relation with determined factors, among the main: professional capacity, empathy, trust inspired, information given, capacity of response, coordination, treat received and dedication of the staff, the knowledge level of the patient, knowledge of the geographical and cultural area; as well as, the capacity of organization from the health team for the provision of health services of quality.

This work will begin with the definition of the quality concepts and how these are perceived by the patient – external and internal user- and by the health staff –internal user-, and if it is related with the decrease of the assistance to the medical consultations in the Health Centre of Tambillo during the year 2015.

Once identified this relation, will propose structural and functional elements of operative type, conceptual, administrative, organizative and attitudinal; routed to search solutions to the object situation of studio.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	5
Abstract	6
INTRODUCCIÓN AL TEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1 Objetivo general.....	13
1.1 Objetivos específicos	13
MARCO TEÓRICO	15
2.1 Antecedentes	15
2.2 Marco conceptual	19
2.3 Marco referencial	20
2.4 Información general	27
Ubicación Geográfica.....	27
Talento Humano	28
Información Histórica	29
Información Demográfica.....	30
JUSTIFICACIÓN	32
PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN	33
4.1 Formulación del problema	33
4.2 Sistematización del problema	33
4.3 Hipótesis	33
METODOLOGÍA	34
5.1 Tipo de proyecto.	34
5.2 Diseño.....	34
5.3 Universo y muestra	34
5.4 Técnicas de recolección	36
5.5 Fuentes de información	36
5.6 Plan de trabajo de campo	36
5.7 Plan de análisis.....	37
5.8 Seguridad y almacenamiento de datos	37
5.9 Resultados esperados	37
5.10 Lugar del estudio y período de la investigación	38
5.11 Sistema de variables	38
5.12 Operacionalización de variables	39
5.13 Cronograma de trabajo	40
5.14 Presupuesto del trabajo de investigación	41
BIBLIOGRAFÍA	42

GRAFICOS

Gráfico No. 1	Dimensiones de la Calidad	19
Gráfico No. 2	Centro de Salud Tambillo 2014.....	27
Gráfico No. 3	Equipo de Salud de Tambillo 2014.....	28

TABLAS

Tabla No. 1	Producción Comparativa 2013-2014 Centro Tambillo.....	29
Tabla No. 2	Población según grupos programáticos 2013.....	30
Tabla No. 3	Morbilidad masculina atendida en el Centro de Salud de Tambillo...	30
Tabla No. 4	Morbilidad femenina atendida en el Centro de Salud de Tambillo...	31
Tabla No. 5	Sistema de variables.....	38
Tabla No. 6	Operacionalización de variables.....	39
Tabla No. 7	Cronograma de Trabajo	40
Tabla No. 8	Presupuesto del trabajo de investigación	41

ANEXOS

Anexo 1.	Dimensiones y atributos de la Calidad	44
Anexo 2.	Índice de pobreza de la Parroquia Tambillo	45
Anexo 3.	Índice de analfabetismo de la Parroquia Tambillo	45
Anexo 4.	Indicadores de productividad Parroquia Tambillo	45
Anexo 5.	Consentimiento informado	46
Anexo 6.	Guía de entrevista para el trabajo en grupos focales	49

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN AL TEMA DE LA INVESTIGACIÓN

La calidad de los servicios y su percepción por parte de los usuarios es uno de los temas que más ampliamente preocupan a los gerentes y administradores de salud. Al ser la salud un bien intangible, su abordaje desde los servicios es muy amplio, por lo que hablar de calidad en los servicios de salud abarca un espectro donde no sólo intervienen capacidades del ofertante del servicio sino además temas culturales, de infraestructura, estructura organizacional, acceso geográfico, adaptación del servicio, conocimientos sobre la población objetivo del servicio, entre otros, lo que necesariamente al abordar el tema de calidad en los servicios de salud deben tomarse en cuenta todos estos aspectos.

En este contexto es imprescindible considerar más allá de la definición de “usuario” que se trata de una persona con necesidades y preocupaciones, cuya emoción está muy afectada, especialmente si va por servicios curativos, y probablemente siempre tiene la razón, pero su percepción debe considerarse en primer lugar, si una institución de atención en salud se propone servir con calidad (García, 2010)

En el Centro de Salud de Tambillo del MSP, se ha observado una franca disminución de la cantidad de personas que acuden a las consultas médicas durante el año 2013, por lo que el presente estudio pretende establecer la relación que existe entre la calidad de los servicios con la reducción del número de consulta.

En el año 2013 el Centro de Salud de Tambillo contaba con un equipo de salud, conformado por 2 médicos, 2 enfermeras, 1 odontólogo, 1 obstetriz, 1 asistente de estadística y farmacia y 1 conserje dando un total de 8 personas, entre profesionales y personal de apoyo, con una carga horaria de 8 horas diarias. Coordinaba la atención a través del call center quienes agendaban 10 turnos diarios para dos profesionales médicas en horario de la mañana, mientras durante

las 4 horas de la tarde se atendía únicamente las emergencias médicas, En ese momento se indicaba al usuario que tome turno a través de la línea telefónica para la cita médica, por lo que la población tenía que resolver su problemática de salud de cualquier manera, dado que a través del call center recién se conseguía un turno para medicina general luego de 8 a 10 días posteriores a la llamada, Dicha situación generó insatisfacción y quejas frecuentes del usuario.

El estudio reviste de importancia y utilidad en la medida en que, una vez conocida la percepción de la calidad de la atención y su relación con la disminución de la demanda de consultas médicas, se puede proponer elementos para la elaboración de un Plan de Mejoramiento de la Calidad de Atención del Centro de Salud de Tambillo, el mismo que será construido por el equipo de atención básica con la participación activa de los usuarios e implementado, en un futuro cercano, con el apoyo de la Dirección Distrital.

1.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la percepción de la calidad de atención y la disminución de la asistencia a consultas médicas de los usuarios que acuden al Centro de Salud de Tambillo del Ministerio de Salud Pública en el año 2015.

1.2 Objetivos específicos

1. Determinar las características socio-económico-culturales de la Parroquia Tambillo
2. Establecer cuál es la percepción de calidad de atención de los usuarios que acuden al Centro de Salud de Tambillo
3. Determinar los ámbitos de la dimensión, percepción y calidad de atención en la consulta médica
4. Establecer relaciones entre la calidad de atención con la asistencia a la consulta médica

5. Establecer los elementos funcionales, estructurales y organizacionales que debe contener una propuesta de calidad para mejorar la asistencia a la consulta médica
6. Establecer que se considera mala calidad de atención por parte de los usuarios

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Los esfuerzos por evaluar la calidad datan de antes de Cristo en China e India donde existieron estándares que determinan quien puede practicar la Medicina. (Sánchez, 2005)

Las antiguas civilizaciones del mundo ya eran rigurosas con los problemas de calidad. Fenicios, egipcios y mayas contaban con normas y leyes en relación a la calidad de los productos. Los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras, y los mayas empleaban el mismo método. Los fenicios, famosos por la gran calidad de sus productos, cortaban la mano derecha de los operarios que los elaboraban mal y de esta manera, pretendían evitar la repetición de errores. (Ávalos, 2010)

Otro hecho significativo, es el concepto de *marca*, cómo símbolo de distinción y “buena calidad” que, aunque parece reciente, tiene su origen en la edad media, con propósitos casi idénticos a los actuales, aunque con respecto a productos artesanales, que eran los que aparecían en los mercados de la época. Los gremios establecían normas y ejecutaban las inspecciones. (Ávalos, 2010)

En Europa en el año 1140 en especial en Italia, se hacen esfuerzos para licenciar a todos los médicos. (Sánchez, 2005)

A principios de 1900, la realidad hospitalaria en EEUU indicaba que existían grandes déficits y que los establecimientos no eran más que pensiones para los pacientes carenciados, sin que existiera un responsable del cuidado suministrado, no se examinaba adecuadamente a los pacientes, los registros clínicos eran malos, etc. (Williams, 2005). Estas y otras conclusiones surgen en 1910 del Informe Flexner, así denominado en virtud de que su autor es considerado el iniciador de las grandes transformaciones que tuvo la atención

médica en EEUU en el siglo XX. Dicho documento constituye un importantísimo informe publicado sobre la mala calidad de los servicios médicos de ese país. (Williams, 2005)

En Estados Unidos, en el año de 1912, se crean los primeros estándares mínimos para la actuación profesional de los médicos, que debían ser cumplidos en los hospitales por los miembros del Colegio de Cirujanos; y desde ese momento se han ido incrementando paulatinamente otros criterios que actualmente contempla toda la gestión de los sistemas de salud y de atención.

Al comienzo de los años cincuenta la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, exige cumplir varios estándares a los hospitales y manifiesta que los centros tienen capacidad para hacerlo bien.

El interés por evaluar la calidad y la productividad de los sistemas y centros de atención a la salud se incrementó sustancialmente como producto de las políticas de salud impulsadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las crecientes restricciones presupuestales para lograr los objetivos diseñados. (Salinas & Gonzales, 2008).

La calidad ha evolucionado en la misma medida en que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección de siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la calidad. (Salvador, 2008). Puede afirmarse, sin temor a equivocarse, que las duras críticas formuladas por Flexner, tuvieron eco tanto en las sociedades médicas como en las autoridades de salud. (Williams, 2005).

A partir de la definición de los conceptos de calidad y de salud pública, y de la consideración de las organizaciones de salud pública como organizaciones de servicios, se plantea la conveniencia de poder llegar a establecer un modelo de

referencia de calidad en salud pública basado en criterios objetivos, indicadores y estándares. (Donabedian, A., 1988).

En nuestro país el concepto de calidad, aplicado a los servicios del sector salud, se ha ido incorporando de manera paulatina. Sin embargo, eso no implica que no haya existido una constante y permanente búsqueda de la excelencia en el servicio. Williams (1999), menciona que la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios ha repercutido de forma saludable en los mismos; es decir, que no se trata de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que la misma sea percibida por el usuario.

Williams (1999) señala además:

“En el sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realizan con equidad, es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud”.

El interés de garantizar la calidad en los servicios de salud aparece con la responsabilidad que el médico adquiere con su paciente de buscar lo mejor para él. Es así que de igual forma, la preocupación por la calidad actualmente está asociada a la reducción de la variabilidad innecesaria en los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidados. (Suñol & Bañeres, 1997). Por lo general, en el campo de la atención a la salud, se ha definido a la calidad bajo la consideración de los siguientes criterios básicos:

- Prestar atención de acuerdo al estado actual de la ciencia;
- Prestar los cuidados apropiados a las necesidades;
- Otorgar en forma idónea la atención de cuidados de salud que se es capaz;
- Lograr cuidados que satisfagan al paciente.

Sobre estos criterios, los parámetros de la atención a la salud deben establecerse por la comunidad científica, el profesional, el paciente y la sociedad. Lee, Jones (1993).

En la actualidad la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) considera en su proceso de acreditación además de la estructura, la gestión de los recursos humanos, la orientación al paciente y la mejora de los procesos.

2.2 Marco Conceptual

Calidad: "Medida que se le da a un servicio/producto cuando se ha logrado resolver un problema, satisfacer una necesidad, o formar parte de la cadena por la que se agrega valor". (Donabedian, 1988)

Calidad total: "Es satisfacer las expectativas del cliente. El Proceso de Mejora de la Calidad es un conjunto de principios, políticas, estructuras de apoyo y prácticas destinadas a mejorar continuamente la eficiencia y la eficacia de nuestro estilo de vida". (Ishikawa, 1985)

Calidad en los servicios de salud: Conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas. (Oliver, 2005)

Usuario interno: Todo aquel trabajador o personal que labora dentro de una unidad de salud, y que desempeña un rol principal o secundario en el proceso de la prestación de los servicios de salud.

Usuario externo: Persona que acude en demanda de un servicio de salud específico.

Dimensiones de la calidad: todos los procesos intervinientes en la prestación de los servicios de salud.(Oliver, 2005).

Percepción de la calidad: Idea subjetiva u objetiva que genera el servicio de salud en sus usuarios

2.3 Marco referencial

“El Doctor Avedis Donabedian es muy claro cuando define la calidad en los servicios de salud, nos dice que es el atributo que puede lograrse con los recursos disponibles y con los valores sociales imperantes”. León (2003).

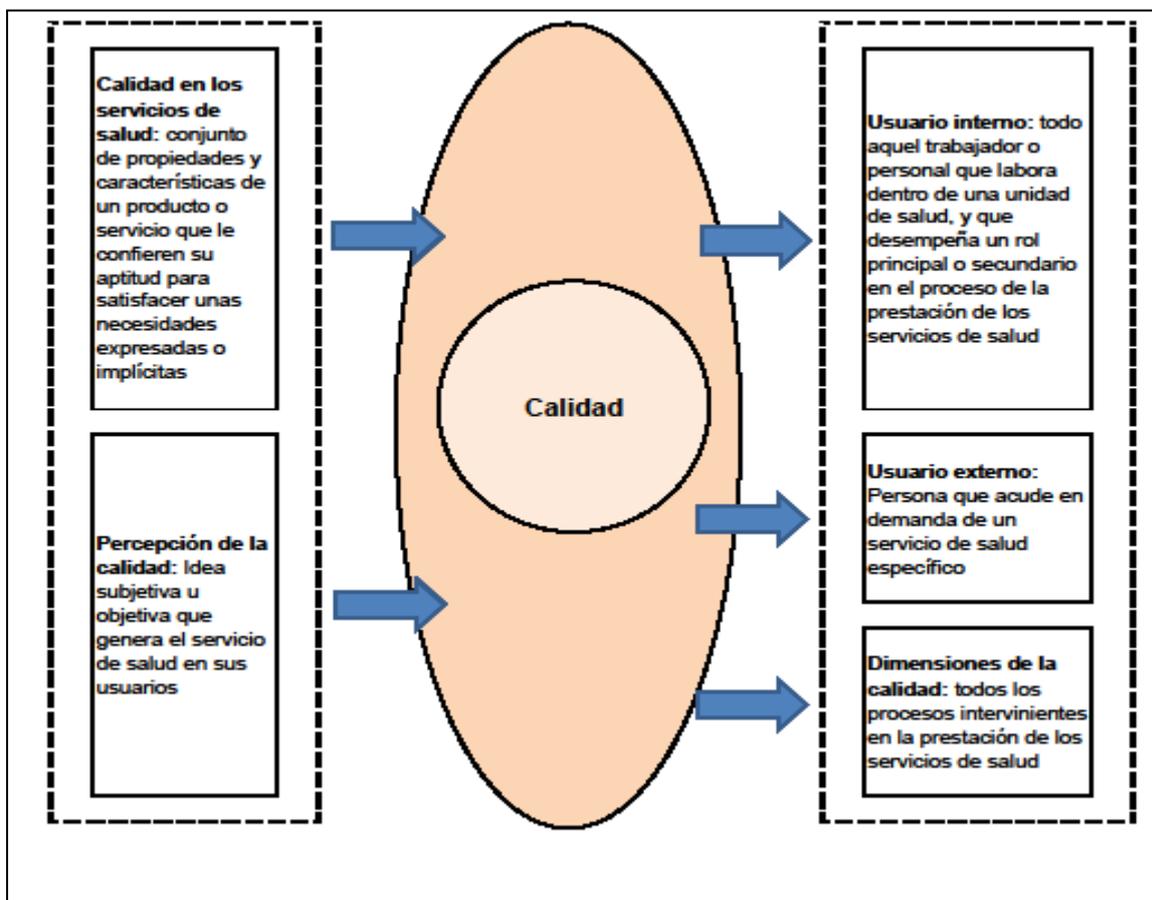
Las organizaciones de servicios de salud, al igual que cualquier organización están formadas por seres humanos y eso implica tener una diversidad de pensamiento y con ello diversidad de actitud y compromiso, por ello los servicios de salud son organizaciones sustentadas por el valor humano que no puede ser dejado de lado, con un marco jurídico legal, porque además de la prestación está el compromiso de hacerlo bien, no puedo dejar de mencionar que la calidad es reto pero también es satisfacción, cuando se logra que sea observable y que sea tangible. Rodríguez (2005).

Según Ishikawa (1985) "Calidad es satisfacer las expectativas del cliente. El Proceso de Mejora de la Calidad es un conjunto de principios, políticas, estructuras de apoyo y prácticas destinadas a mejorar continuamente la eficiencia y la eficacia de nuestro estilo de vida".

La Asociación Americana para el control de la Calidad plantea que la "calidad es el conjunto de características de un producto o servicio orientadas a su capacidad para satisfacer las necesidades del usuario".

Las dimensiones y atributos de la calidad los visualizamos en la tabla de referencia de Evaristo García. Anexo 1. En este sentido es importante considerar otros conceptos relacionados con la calidad:

Gráfico No. 1
Dimensiones de la calidad.



Fuente: García, E. (2010)

Elaborado por: Autora

En este contexto la calidad de atención en la prestación de servicios de salud es en la que más tienen incidencia las expectativas de los usuarios (clientes externos). Las expectativas del servicio si bien están basadas en una necesidad real y concreta “la percepción de la satisfacción de esa necesidad dependerá de quien requiera el servicio en sí” (Otalora& Orejuela, 2007). Aún siendo iguales las prestaciones de servicio, estas tendrán percepciones diferentes para los distintos usuarios, en tanto, cada uno tiene diferentes expectativas al momento de acudir a una unidad de salud en busca de atención.

Es importante tener en cuenta que la primera impresión percibida por los usuarios y las usuarias es el inicio del proceso de calidad. Por tanto, es preciso prestar extremado cuidado en la realización de este proceso.

Verino, Prado, Fernández, & Mariño (2001) establecen 7 puntos básicos para analizar la calidad de atención, a saber:

- 1) Capacidad de respuesta;
- 2) Brindarse en la atención;
- 3) Comunicación fluida, entendible y a tiempo;
- 4) Accesibilidad para quitar incertidumbre;
- 5) Amabilidad en la atención y en el trato;
- 6) Credibilidad expresada en hechos; y,
- 7) Comprensión de las necesidades y expectativas del cliente.

Uno de los aportes fundamentales para el estudio de la calidad asistencial se refiere a su carácter multifactorial y a la identificación de tres elementos que facilitan su análisis (Donabedian, 1988)

Santandreu (2000) identifica 3 dimensiones de la calidad en la prestación de servicios de salud:

- 1) Dimensión técnico-científica
- 2) Dimensión administrativa
- 3) Dimensión humana

En las últimas décadas ha existido un boom de las teorías de la calidad en la administración de los servicios de salud y se han invocado a diferentes teorías administrativas como una especie de "tabla de salvación" de las organizaciones de salud ante la implementación de reformas en el sector, la globalización de la economía y la exigencia de calidad en los servicios de salud. Con la implementación de estas "modas administrativas" solo se han logrado cambios puntuales que de por sí no se sostienen en el tiempo, ni profundizan sobre los

verdaderos aspectos de la calidad en la atención en salud, convirtiéndose en intentos parciales y desintegrados que obedecen más a satisfacer el ego gerencial que a una genuina transformación institucional en búsqueda de la calidad de sus servicios.”(Santandreu, 2000)

En lo referente al sector salud se han difundido varias definiciones de calidad, tales como, “Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores)” (Santandreu, 2000)

Es importante entonces plantear algunas reflexiones sobre estos diferentes aspectos de la calidad en la atención en salud y su importancia, pero principalmente sobre los aspectos relevantes de la atención en salud que nunca son tenidos en cuenta cuando se trata el tema de la calidad en la asistencia sanitaria, una dimensión desconocida e ignorada pero no por esto menos importante como es la parte relacional y humanista de la atención en salud.

La dimensión técnico científica

“Se refiere a la práctica de los mejores estándares técnico científicos verificados en la atención en salud, se ha tratado desde los mismos comienzos de la medicina, siempre en búsqueda de las mejores acciones y procedimientos seguros y comprobados a realizar sobre el paciente en la relación calidad-ética, riesgo-beneficio, dichos principios que inspiraron trabajos como los de Nightingale cuando consiguió disminuir las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados durante la guerra de Crimea. O como el del análisis de la efectividad de las intervenciones quirúrgicas que era el interés fundamental de Codman a principios de siglo” (Verino, Prado, Fernández & Mariño, 2001)

“En esta dimensión técnico científica de la calidad, el usuario tiene poca capacidad y posibilidad de evaluar y calificar, por lo cual presupone que la

institución como mínimo garantiza estos aspectos y son las entidades de control y las agremiaciones científicas las llamadas a verificar que los profesionales y las instituciones de salud cumplan con parámetros mínimos que garanticen a la sociedad servicios seguros y con un mínimo de estándares”. (Santandreu, 2000)

La dimensión administrativa

Se refiere a las relaciones prestadores-usuarios que hacen relación a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles. “Solo hasta los últimos años se ha venido a tratar este aspecto, que con las diferentes reformas en el sector salud y la entrada del sector en el mundo empresarial del libre mercado y la libre competencia, se empezó a evaluar este tema. Inicialmente se pasó por una etapa en la cual la demanda era mayor que la oferta por lo tanto se le daba muy poca importancia a este aspecto y adicionalmente se cargaba el sobre costo de la atención al usuario, las ineficiencias de las entidades y tenía poca importancia el concepto que el usuario tenía del servicio (dictadura de las instituciones), situación que fue cambiando con el aumento en la oferta y la globalización, llegando en muchos casos a una situación opuesta en donde es mayor la oferta que la demanda quedando como única opción para las organizaciones afrontar el reto de competir ofertando servicios de mayor calidad a menor precio”. (Verino, Prado, Fernández & Mariño, 2001).

En esta dimensión el usuario tiene mayor capacidad de evaluar la calidad, situación que ha generado que las organizaciones prestadoras de servicios de salud hayan trabajado más sobre los procesos de prestación de servicios buscando hacerlos más eficientes y eficaces, impulsado cambios destacados en estos últimos años.

La calidad de los servicios de salud entonces es la característica con que se prestan dichos servicios, determinada por la estructura y los procesos de atención a costos razonables y sostenibles que deben buscar optimizar los

beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario, convirtiéndose en un imperativo social y económico en la mayor parte de los países del mundo.

La dimensión humana

Pero hay una dimensión o un aspecto de la calidad de la atención en salud que a pesar de ser la más importante, prioritaria y fundamental ha sido por completo olvidada y relegada, esta es la dimensión humana, ya que la razón de ser de los servicios de salud es brindarle atención y garantizar la salud de un ser humano.

La salud definida como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social que implica un normal funcionamiento orgánico y una adaptación biológica del individuo a su ambiente, lo que le permite su desarrollo integral (OMS,1946), implica un conjunto de factores asociados que determina su relación con la enfermedad, entre los cuales cabe citar a los estilos de vida, servicios de salud, medio ambiente y biología humana. Por lo tanto, la medicina y los servicios de salud no solo son una disciplina científica y mecánica, sino que tiene un componente humanista y social fundamental.

En este contexto “...Los servicios de salud deben ser enfocados a los pacientes” (León, 2000):

El sistema de atención en salud debe hacer honor al paciente como individuo, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y familiar y su estructura de preferencias y necesidades específicas, teniendo como pilares fundamentales en la atención la individualidad, la información (definida como la posibilidad de conocer el qué, entender por qué y comprender el para qué), respeto por la intimidad del paciente, sus valores culturales, etnia, valores sociales que hacen a cada paciente un ser único y variable que se comportará diferente de acuerdo a las condiciones fisiológicas, emocionales y del entorno concomitantes con su proceso salud enfermedad, lo cual lo llevan a tener necesidades y expectativas diferente al momento de acudir a los servicios de salud. (León, 2000).

En el Ecuador el Ministerio de Salud Pública ha establecido: “El objetivo de los servicios de salud debe ser personalizar la atención en salud” (MSP, 2009), de acuerdo a las necesidades del individuo y de su entorno humano (familiares, amigos etc.), deseos y circunstancias propias de cada momento, en que el paciente utiliza los servicios de salud moldeando los servicios de acuerdo a las necesidades y expectativas de éste...”, pero además “...debemos pensar en satisfacer también las necesidades y expectativas de los familiares del paciente y de su entorno social y laboral (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, empresa, etc.) que se convierten en parte fundamental de la relación médico-paciente o institución paciente como consta en el Modelo de Atención Integral de Salud . (MSP, 2009)

“El sistema de salud debe proporcionar la información, el tiempo y la libertad a los pacientes y sus familias que les permita tomar decisiones acertadas cuando seleccionen el plan de salud, el hospital y la práctica clínica y cuando escogen entre alternativas de tratamiento, respetando los principios éticos de justicia, respeto, equidad, autonomía, autodeterminación, protección, beneficio, y no maleficencia, evaluando cada caso particular buscando que la relación médico-paciente gire hacia confianza informada y no hacia la confianza ciega.” (León, 2000)

En este sentido la Calidad no solamente está ligada a los medios, no es solo cuestión de automatización, tecnología, equipos, conocimientos habilidades, si no que está ligada fundamentalmente a la aptitud y a la actitud de quienes prestan el servicio, conscientes de que lo verdaderamente importante son las personas a quienes están orientados los medios de la prestación del servicio. De nada sirven los conocimientos profesionales, las habilidades técnicas y la utilización de la tecnología de punta, si la atención no se centra en el paciente como eje fundamental y razón de ser de los servicios de salud y de la práctica médica.

En la actualidad para dar una atención de calidad, la unidad de salud debe disponer de las instalaciones, equipamientos adecuados, pero sobre todo debe asegurar el bienestar de los pacientes, con un activa participación de sus familias

y un contacto directo con el entorno social, en la lógica de que una unidad de salud debe brindar atención sin ningún tipo de discriminación.

De manera adicional, la labor del personal a cargo de los usuarios es desarrollar el sentido de la convivencia, el respeto, creencias y la conciencia de pertenecer a su comunidad.

2.4 Información General

Grafico No.2
Centro de Salud de Tambillo



Fuente: Autora

a. Ubicación Geográfica

La parroquia Tambillo se encuentra situada al norte del cantón Mejía, en la Provincia de Pichincha, limita al Norte con la parroquia Cutuglagua; al Sur con la Parroquia Alóag; al Este con las faldas del volcán Pasochoa y, al Oeste con los páramos de la Viudita.

Su ubicación geográfica es 78 grados 30 minutos de longitud oeste y 00 grados, 29 minutos de latitud sur Tambillo tiene una extensión territorial de 49,83 Km². Se halla a 8°C de latitud occidental, a 15 km de Machachi y a 3000 m sobre el nivel del mar. La temperatura ambiental promedio es de 13.8 ° C. El río San

Pedro forma parte de la cuenca hidrográfica importante de la Parroquia. El régimen de lluvia se encuentra entre el mes de octubre a diciembre y el régimen de sequía entre marzo y agosto, pese a que Tambillo es siempre verde.

En cuanto a las vías de acceso, se puede ingresar a la parroquia por la Panamericana Sur y por la Autopista General Rumiñahui. La Parroquia cuenta con una vía de primera orden, pavimentada en su totalidad, que pasa por medio de la Parroquia y la une con Quito y Machachi.

El Distrito 17D11 Mejía-Rumiñahui, se encuentra conformado por los Hospitales Básicos de Machachi y de Sangolquí, que a su vez tienen varias unidades de primer nivel de atención en su jurisdicción.

b. Talento humano

En el año presente esta unidad operativa incrementó de 8 talentos humanos en el año 2013, a 15 talentos humanos, conformados de la siguiente manera: 3 médicas generales, 3 licenciadas en enfermería, 1 obstetriz, 2 odontólogas, 1 Psicóloga itinerante -que acude 2 días por semana-, 1 asistente de estadística, 1 asistente de farmacia, 1 conserje, 1 vacunadora y 1 auxiliar de enfermería.

Gráfico No.3
Equipo de Atención



Fuente: Autora

Tabla No. 1
Producción comparativa Centro Tambillo años 2013-2014

Profesionales	N° Profesionales	Producción 2013	N° Profesionales	Producción 2014
Médicos Generales	2	2.000 pacientes	4	6.000 pacientes
Sicólogo	1x1 día semana	500	1 x 5 días x semana	700
Odontólogo	1	1200	1	2200
Obstetriz	1	2000	1	2500
TOTAL		5.700 pacientes		11.400 pacientes

Fuente: Proceso de Estadística Distrito 17D11 Mejía-Rumiñahui
Elaborado por: Autora

La producción comparativa del cuadro anterior refleja la atención a través del Call Center, a la misma que se deberá incrementar un flujo en la unidad de pacientes que asisten por diferentes causas como las siguientes:

- a) Emergencias**, en promedio de 10 x día.
- b) Servicios complementarios**, como inyecciones, vacunas, nebulizaciones, certificados, etc., en promedio de 15 al día.
- c) Citas previas de obstetricia**, en promedio de 4 x día.

Actualmente la unidad presta servicios 8 horas diarias de lunes a domingo.

c. Información Histórica

Tambillo es en castellano el diminutivo de Tambo. Los tambos fueron estructuras estratégicas utilizadas durante la expansión del incanato. Normalmente era una infraestructura construida en piedra y con arquitectura de diseño inca, en el cual albergaban o daban hospedaje y alimentación a los famosos chasquis y a las tropas del Inca, se ofertaba no solo comida y albergue sino ropa y armas. Antes de ascender a la loma de Turubamba, este pequeño tambo era posada obligada de quienes querían llegar en buena forma a la ciudad de los Quitus. Como dato histórico importante cabe destacar que el tren llegó a Tambillo el 27 de febrero de 1908.

d. Información Demográfica

Según el último Censo de Población y Vivienda la población total de la Parroquia Tambillo es de 9.085 habitantes (INEC, 2010)

Tabla No. 2
Población según grupos programáticos año 2013

Edad	Número
Menores de 1 año	169
12 a 23 meses	164
1 a 4 años	553
5 a 9 años	913
10 a 14 años	880
15 a 19 años	911
20 a 64 años	4828
65 a 74 años	410
75 y más	256
Embarazadas	116
MEF 10-45 años	2642
MEF 15 a 45 años	2219
DOC Mamario	2096
DOC Uterino	1365

Fuente: Estadística del Centro de Salud Tambillo, 2013
Elaborado por: Autora

Tabla No. 3
Morbilidad masculina atendida en el Centro de Salud Tambillo 2013

Patología	Frecuencia	Porcentaje
Resfriado Común	168	27%
Faringitis Aguda	120	19%
Parasitosis	90	14%
Infección de vías respiratorias	84	13%
Amigdalitis Aguda	59	9%
Enfermedades diarreicas agudas	34	5%
Gastroenteritis Aguda	27	4%
Amebiasis	24	4%
Gastritis Simple	11	2%
Infección de vías urinarias	12	2%
Total	629	100%

Fuente: Estadística del Centro de Salud Tambillo, 2013
Elaborado por: Autora

Tabla No. 4
Morbilidad femenina atendida en el Centro de Salud 2013

Patología	Frecuencia	Porcentaje
Faringitis Aguda	170	19%
Resfriado Común	153	17%
Infección de vías urinarias	134	15%
Parasitosis	129	14%
Amigdalitis Aguda	76	9%
Infección de vías respiratorias	75	8%
Gastritis Simple	49	5%
Amebiasis	48	5%
Enfermedades diarreicas agudas	33	4%
Gastroenteritis Aguda	27	3%
Total	894	100%

Fuente: Estadística del Centro de Salud Tambillo, 2013
Elaborado por: Autora

CAPÍTULO III

JUSTIFICACIÓN

La calidad de los servicios de salud es uno de los puntos álgidos para los prestadores, usuarios y servicios sanitarios.

La presente investigación se justifica en la necesidad de generar conocimiento nuevo sobre la relación que podría existir entre la calidad de atención que se oferta en la unidad de salud y la disminución de la asistencia a la consulta médica en el Centro de Salud Tambillo en el período enero a mayo del 2015.

El escenario mundial se caracteriza por ser cambiante permanentemente, afectando todos los sectores y por ende las instituciones que lo conforman, en el sector salud la globalización, modernización tecnológica, científica, las nuevas enfermedades, el comportamiento epidemiológico, son factores que han influido directamente en el comportamiento tanto de los profesionales como del personal que brinda servicios de salud, y que han incidido en el debilitamiento del aspecto humanitario de la relación médico-paciente.

Hoy en día las instituciones de salud se encuentran día a día esforzándose por cambiar y mejorar la percepción de la calidad de atención, tomando en cuenta que esta de igual manera ha evolucionado; y, los usuarios ya no requieren únicamente resolver su problema de salud sino que reclaman otros valores agregados

El usuario hoy cuenta con mayor acceso a la información, maneja gradaciones y percepciones distintas de lo que significa para él la calidad; donde interactúan varios elementos importantes efectividad, eficacia, calidez y valores éticos.

CAPÍTULO IV

PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la percepción ciudadana y la disminución de la asistencia a las consultas médicas de los usuarios que acuden al Centro de Salud de Tambillo del Ministerio de Salud Pública en el año 2015?

4.2 Sistematización del problema

1. ¿Cuáles son las características socio-económico-culturales de la población de la Parroquia Tambillo?
2. ¿Cuál es la percepción de calidad de atención de los usuarios que acuden al Centro de Salud de Tambillo?
3. ¿Cuáles son los ámbitos de la dimensión, percepción y calidad de atención en la consulta médica?
4. ¿Qué relación tiene la calidad de atención con la asistencia a la consulta médica?
5. ¿Cuáles son los elementos funcionales, estructurales y organizacionales a considerar en una propuesta de calidad para mejorar la asistencia a la consulta médica?
6. ¿Qué se considera mala calidad de atención por parte de los usuarios?

4.3 Hipótesis

La percepción ciudadana de una mala calidad de atención ha disminuido la asistencia a las consultas médicas en el centro de salud de Tambillo del Ministerio de Salud Pública en el año 2015

CAPÍTULO V

METODOLOGÍA

5.1 Tipo de proyecto

Se realizará una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo, de corte transversal, complementada con ciertos elementos de la investigación cualitativa.

5.2 Diseño

Para la investigación cuantitativa el diseño será descriptivo, de corte transversal; mientras que para la investigación cualitativa será de tipo exploratorio.

5.3 Universo y muestra

El universo de estudio corresponde a 116 embarazadas que asisten al Centro de Salud de Tambillo del Ministerio de Salud Pública. Se calculará la muestra requerida con la siguiente fórmula:

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

Donde:

$$n = \frac{N}{E^2(N-1) + 1}$$

n= Tamaño de la muestra
N= Población o Universo
E= Error admisible (0.05)

Cálculo de la muestra de padres de familia

n= 116

$$n = \frac{(0,05)^2 (116 - 1) + 1}{(0,0025) (115) + 1}$$

$$n = \frac{116}{1,2875}$$

$$n = 90$$

La muestra de estudio corresponde a 90 embarazadas que acuden al Centro de Salud de Tambillo

Técnica de muestreo y de selección de participantes para el grupo focal

Para escoger la muestra correspondiente a 90 embarazadas, se utilizará un muestreo aleatorio estratificado, sobre la base de los registros estadísticos del Centro de Salud.

Para la información cualitativa se realizará un grupo focal con 10 usuarias que acudan a realizarse el DOC uterino, previamente contactadas e informadas sobre el propósito de la investigación.

Tanto para las encuestas como para la guía para el trabajo con el grupo focal se necesitará el consentimiento informado de las usuarias siendo su participación voluntaria y se resaltaré el hecho de que su identidad se mantendrá anónima durante la investigación. Las encuestas y las guías de entrevistas deberán ser aprobadas de manera previa por el Comité de Ética de la USFQ y serán validadas antes de su aplicación.

- **Criterios de Inclusión**

- 1) Que residan en Tambillo.
- 2) Embarazadas que tengan por lo menos a un control prenatal en los últimos 3 meses al Centro de Salud de Tambillo

- **Criterios de Exclusión**

Se excluirán las madres que acudan a cita médica por otra causa distinta a control de embarazo.

5.4 Técnicas de recolección de información

Encuesta

Guía para el grupo focal

5.5 Fuentes de información

Primaria (encuestas y entrevista al grupo focal) y secundaria (revisión bibliográfica)

5.6 Plan de trabajo de campo

Para la aplicación del estudio el investigador contará con el apoyo de 2 recursos humanos en salud con experiencia en la aplicación de entrevistas. Se cuenta con la autorización de la Responsable del Centro de Salud de Tambillo para organizar reuniones de grupos focales de usuarios. La codificación de datos se estima llevar a cabo durante el mes de mayo del 2015, posterior a la aprobación del instrumento por parte del Comité de Bioética.

Para la aplicación de la guía de entrevista se realizarán un grupo focales con 10 usuarias que acudan al Centro de Salud de Tambillo a realizarse el DOC uterino, previo consentimiento informado, siendo su participación voluntaria y se resaltaré el hecho de que su identidad se mantendrá en el anonimato durante toda la investigación.

5.7 Plan de análisis

El recurso técnico, será el paquete estadístico R Studio, software libre, por lo que no se requerirá de licencia para su aplicación. En este programa se realizará el almacenamiento y la tabulación de los datos cuantitativos obtenidos de las encuestas.

El análisis de las entrevistas se lo realizará a través del método de triangulación.

5.8 Seguridad y almacenamiento de datos

En el momento de la recolección de datos, no se solicitará la identificación de los participantes en la investigación, asegurando de esta manera la confiabilidad de los resultados para su análisis y posterior publicación. No se registrará ningún dato personal en archivos o bancos, y se prohibirá hacerlo al equipo humano que apoyará el trabajo.

Se adoptarán además medidas técnicas y organizativas necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales, como el manejo por parte del investigador de los mismos.

5.9 Resultados esperados

De manera inicial se analizará la información cuantitativa a través de un análisis univariado, tablas de frecuencia (número y porcentajes), de la relación entre la percepción de la calidad de atención y la disminución de la asistencia a consultas médicas de los usuarios que acuden al Centro de Salud de Tambillo, para posteriormente realizar un análisis bivariado, con cruces de la variable independiente (percepción de la calidad de atención) y de la variable dependiente (disminución de la asistencia a consultas médicas).

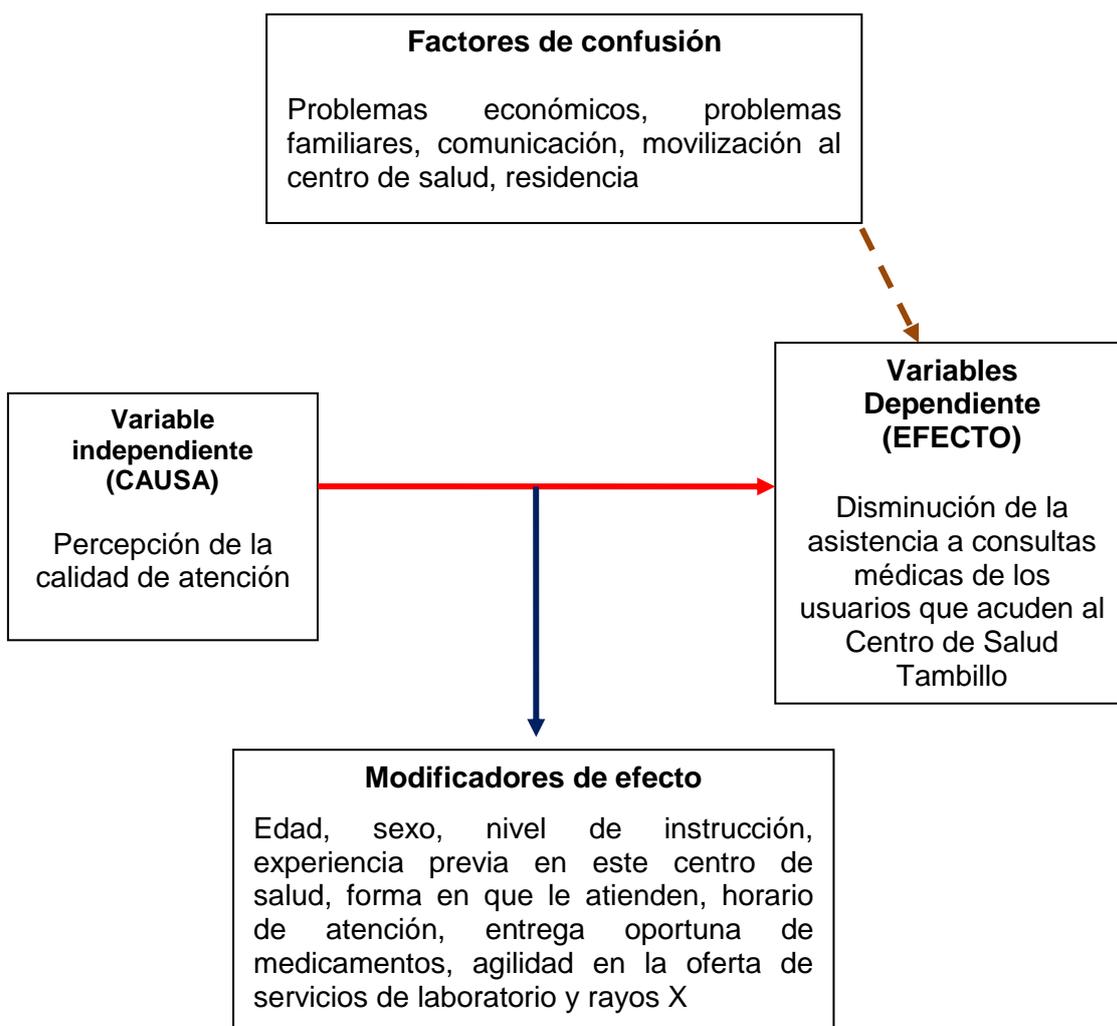
Con información del grupo focal se aspira obtener información a profundidad de la relación que existe entre la percepción de la calidad de atención y la disminución de la asistencia a consultas médicas de los usuarios que acuden al Centro de Salud Tambillo del Ministerio de Salud Pública en el año 2015.

5.10 Lugar del estudio y período de la investigación

Centro de Salud de Tambillo durante los meses de enero a mayo del 2015

5.11 Sistema de variables

Tabla No. 5
Sistema de variables



Elaborado por: Autora

5.12 Operacionalización de variables

Tabla No. 6
Operacionalización de variables

Categoría	Variable Conceptual	Variable Real	Indicadores	Escala
CALIDAD	Calidad de atención Categoría	Características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas	Presencia de Calidad	Nominal
	Dimensión de la calidad Categoría	Todos los procesos que son inherentes a la unidad donde se realiza la prestación de los servicios de salud	Cumplimiento de Estándares	Nominal
	Percepción de la calidad Categoría	Idea subjetiva u objetiva que genera el servicio de salud en sus usuarios	Grado de Satisfacción	Nominal

Elaborado por: Autora

5.13 Cronograma de trabajo

Tabla No. 7
Cronograma de trabajo

	Actividad	Año 2015																											
		Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Revisión bibliográfica																												
2	Metodología																												
3	Reunión Director Trabajo Titulación																												
4	Gestión institucional																												
5	Anteproyecto																												
6	Comité de Bioética																												
7	Grupo focal 1																												
8	Grupo focal 2																												
9	Análisis información																												
10	Resultados																												
11	Conclusiones y recomendaciones																												
12	Presentación informe final																												

Elaborado por: Autora

5.14 Presupuesto del trabajo de investigación

Tabla No. 8
Presupuesto del trabajo de investigación

Ingresos	USD
Fondos propios	700.00
Total	700.00
Egresos	USD
<i>Diseño y elaboración del proyecto</i>	
Recopilación de información	30.00
Material de escritorio e impresión	20.00
<i>Subtotal</i>	<i>50.00</i>
<i>Proyecto de Investigación</i>	
Honorarios por tutoría	600.00
Material de escritorio e impresión	50.00
<i>Subtotal</i>	<i>650.00</i>
Total	700.00

Elaborado por: Autora

BIBLIOGRAFÍA

Ávalos, M. (2010). Calidad y Gestión de los Servicios de Salud. Horizonte Sanitario , 10-12.

Donabedian, A. (1988). Calidad en el Servicio. JAMA , 1743-1748.

García, E. (2010). Calidad de la Atención en Salud. Hospital Universitario del Valle, Colombia .

Ministerio de Salud, (2013). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Ecuador

Ninfa León. (2000). Boletín Atención Primaria de Salud- Sistema Nacional de Salud. Quito: MSP.

Oliver, J. G. (2005). Calidad en la Salud Pública. Gaceta Sanitaria , 325-330.

Otalora, M. L., & Orejuela, A. R. (2007). Calidad del Servicio de Salud: Una revisión a la Literatura desde la perspectiva del Marketing. Redalyc. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 239-243.

Salvador, S. M. (2008). Recuperado el 16 de Junio de 2014, de http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10974/CAPITULO_4.pdf?sequence=6

Sánchez, A. L. (Noviembre de 2005). uaeh.edu.mx. Recuperado el 16 de Junio de 2014, de http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/icsa/licenciatura/documentos/Satisfaccion%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf

Santandreu, J. P. (2000). Calidad Total y logística integral: Introducción a la calidad total en el proceso logístico. Barcelona: Logis-Book.

Subsecretaría de Desarrollo Institucional. (2009). Gestión para la calidad en Unidades de Salud Descentralizadas. Quito: MSP.

Unidad de Garantía de la Calidad. (2009). Diagnóstico Situacional para la Gestión de Salud. Quito: MSP.

Verino, R., Prado, J. C., Fernández, A. J., & Mariño, A. (2001). La calidad como estrategia: Una experiencia. Madrid.: AENOR.

Williams, D. G. (2005). Universidad Nacional del Noreste de Argentina. Recuperado el 3 de Junio de 2014, de <http://med.unne.edu.org/catedras/aps/clases/28/calidad.pdf>

Anexos

Anexo 1. Dimensiones y atributos de la calidad. Tomado de Evaristo García, 2010.

Dimensión	Atributos
Elementos Tangibles	<ol style="list-style-type: none"> 1) Estado físico de instalaciones 2) Limpieza de las instalaciones y elementos físicos 3) Presentación personal de empleados 4) Atractivo de los materiales de comunicación 5) Comodidad de áreas físicas de espera
Fiabilidad	<ol style="list-style-type: none"> 1) Cumplimiento en la prestación de los servicios programados 2) Oportunidad de la atención de urgencias 3) Continuidad y orden lógico en la atención 4) Interés en la resolución de problemas de los usuarios 5) Cuidado en el registro de información de los usuarios
Capacidad de respuesta	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sencillez de los trámites para la atención 2) Oportunidad en la asignación de citas médicas 3) Disposición para atender preguntas 4) Agilidad del trabajo para atención más pronta 5) Cooperación entre funcionarios 6) Oportunidad en la respuesta a quejas y reclamos
Seguridad	<ol style="list-style-type: none"> 1) Confianza transmitida por empleados 2) Efectividad en la solución de necesidades 3) Recibimiento de los medicamentos adecuados 4) Ubicación apropiada del usuario para reducir riesgos y complicaciones 5) Idoneidad del personal de salud 6) Conocimiento de los empleados para responder preguntas de los usuarios 7) Cumplimiento de medidas de seguridad
Empatía	<ol style="list-style-type: none"> 1) Amabilidad en el trato, por parte de médicos, enfermeras, auxiliares y otros profesionales de salud 2) Amabilidad en el trato, por parte del personal administrativo de apoyo 3) Atención individualizada al usuario 4) Conveniencia de horarios de trabajo 5) Claridad en orientaciones brindadas al usuario, sobre la enfermedad, cuidados, tratamiento y uso de medicamentos 6) Comprensión de las necesidades específicas de los usuarios.

Anexo 2. Índice de pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas de la Parroquia Tambillo. Tomado de Censo de Población y Vivienda 2010. INEC, 2013.

Parroquia	Población no pobre	Población pobre	% Población pobre
Tambillo	4141	4161	50.12

Anexo 3. Índice de analfabetismo de la Parroquia Tambillo. Tomado de Censo de Población y Vivienda 2010. INEC, 2013.

Parroquia	Tasa de analfabetismo mayor o = a 10 años	Tasa de analfabetismo mayor o = 15 años
Tambillo	5.33	6.01

Anexo 4. Indicadores de productividad. Tomado de Departamento de Estadística Centro de Salud de Tambillo, 2014.

Servicio	Periodo enero-abril 2014
Medicina General	
1-4 años	1265
5-9 años	1113
Adolescentes 10-19 años	2011
Tuberculosis Sintomáticos Respiratorios(SR)	100
HTA.	101
Diabetes	50
Embarazadas	236
MEF	2642
DOC Mamario	2100
DOC Uterino	1400
Adulto joven 20-64 años Control y morbilidad	200

Anexo 5: Consentimiento informado

Formulario Consentimiento Informado
Universidad San Francisco de Quito
Comité de Bioética

Título de la investigación.- Relación entre la percepción de la calidad de atención y la disminución de la asistencia a consultas médicas de los usuarios que acuden al Centro de Salud Tambillo del Ministerio de Salud Pública en el año 2015

Fecha: 14 de abril del 2015

Organización del investigador:	Universidad San Francisco de Quito
Nombre del investigador principal:	Dra. Adriana Constante Andrade
Número telefónico:	3187100- Móvil 0995092775
Dirección de correo electrónico:	adricami21@hotmail.com
Co-investigadores:	Dr. Jorge Aurelio Albán Villacís

Usted está invitado a participar en un estudio de investigación sobre la **Relación entre la percepción de la calidad de atención y la disminución de la asistencia a consultas médicas de los usuarios que acuden al Centro de Salud Tambillo del Ministerio de Salud Pública en el año 2014**

1. Su participación es una elección; tome el tiempo necesario para tomar la decisión y analícela con su familia y sus amigos. Este formulario incluye un resumen de la información que los investigadores analizarán con usted. Si usted decide participar en el estudio, usted recibirá una copia de este formulario. Haga todas las preguntas que tenga sobre el estudio.
2. Su participación en el presente estudio es voluntaria y muy valiosa para el investigador ya que nos permitirá detectar causas de la no calidad en los

servicios de salud y la disminución de la asistencia de los usuarios al centro de salud.

3. Este estudio pretende detectar causas para que la percepción de la calidad sea deficiente e insatisfecha mediante la aplicación de una encuesta y posteriormente proponer programas de intervención para incidir sobre el mejoramiento continuo de la calidad.
4. El tiempo de duración de la fase de intervención será de dos meses, tiempo en el cual se analizarán los datos obtenidos de la encuesta.
5. No existe ningún riesgo al participar en este estudio.
6. La información obtenida de la encuesta será de absoluta confidencialidad y solo será utilizadas para fines del estudio, su privacidad es importante para nosotros. Haremos todo lo posible para mantener en forma confidencial toda la información personal sobre usted. Se aplicaran todas las medidas de seguridad necesarias para proteger la información que usted nos proporcione.
7. Para participar en este estudio no deberá cancelar ningún valor económico.
8. Usted no recibirá ningún pago por participar en este estudio.
9. Si usted tiene alguna pregunta acerca del estudio, llame al o escriba al correo electrónico adricami21@hotmail.com

El consentimiento informado

Comprendo mi participación y los riesgos y beneficios de participar en este estudio de investigación. He tenido el tiempo suficiente para revisarlo y el lenguaje del consentimiento fue claro y comprensible. Todas mis preguntas

como participante fueron contestadas. Me han entregado una copia del este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente el participar en este estudio de investigación.

Fecha: 14 de abril de 2015

Nombre del participante

Firma del participante

Dra. Adriana Constante Andrade

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento

Firma del investigador

Anexo 6: Guía de entrevista para el trabajo con grupos focales

Relación entre la percepción de la calidad de atención y la disminución de la asistencia a consultas médicas de los usuarios que acuden al Centro de Salud Tambillo del Ministerio de Salud Pública en el año 2015

Importante: La información obtenida a través de esta guía de entrevista es confidencial y servirá únicamente para la investigación sobre las “**Relación entre la percepción de la calidad de atención y la disminución de la asistencia a consultas médicas de los usuarios que acuden al Centro de Salud Tambillo del Ministerio de Salud Pública en el año 2015**” que se está desarrollando en el marco de la Especialización de Gerencia de Servicios de Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad San Francisco de Quito

1. ¿Cómo definiría la calidad? Argumente y ponga un ejemplo.
2. ¿Cómo definiría la calidad en los servicios de salud? Por favor explique.
3. ¿Cuáles son los principales elementos que debería tener un servicio de salud de calidad? Ponga ejemplos y explique.
4. ¿Existe calidad en la atención médica en el Centro de Salud de Tambillo? Favor argumente.
5. ¿Considera que la percepción de calidad por parte de los usuarios influye en la asistencia a la consulta médica en el Centro de Salud de Tambillo? Por favor explique.
6. ¿Qué debería hacerse para mejorar la calidad de atención y la asistencia de los usuarios al Centro de Salud de Tambillo? Favor argumente.

7. ¿Siendo usted un funcionario de esta Institución, que entiende por Calidad en los servicios de salud, y que haría para mejorarla si esta requiere mejorar o cambiar?

Gracias por su valiosa colaboración