

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

PROTOCOLO DE TESIS

(Para la presentación de Tesis de Grado, como requisito para la obtención del título
Máster en Salud Pública)

**SATISFACCIÓN DE LOS/AS USUARIOS/AS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS
FUERZAS ARMADAS EN ECUADOR**

(Estudio realizado en el Servicio de Consulta Externa de nueve centros
hospitalarios de segundo y tercer nivel de complejidad.)

Ibeth Johanna Garcés Ruiz. Ps.

QUITO, 18 Mayo 2010.

DEDICATORIA:

*[Escriba el contenido de la barra lateral.
Una barra lateral es un complemento independiente del documento principal.
Suele estar alineada a la izquierda o a la derecha de la página o situada en la parte superior o inferior de la misma.
Utilice la ficha Herramientas de cuadro de texto para cambiar el formato del cuadro de texto de la barra lateral.]*

*Escriba el contenido de la barra lateral.
Una barra lateral es un complemento independiente del documento principal.
Suele estar alineada a la izquierda o a la derecha de la página o situada en la parte superior o inferior de la misma.
Utilice la ficha Herramientas de cuadro de texto para cambiar el formato del cuadro de texto de la barra lateral.]*

AGRADECIMIENTOS:

[Escriba el contenido de la barra lateral. Una barra lateral es un complemento independiente del documento principal. Suele estar alineada a la izquierda o a la derecha de la página o situada en la parte superior o inferior de la misma. Utilice la ficha Herramientas de cuadro de texto para cambiar el formato del cuadro de texto de la barra lateral.]

Escriba el contenido de la barra lateral. Una barra lateral es un complemento independiente del documento principal. Suele estar alineada a la izquierda o a la derecha de la página o situada en la parte superior o inferior de la misma. Utilice la ficha Herramientas de cuadro de texto para cambiar el formato del cuadro de texto de la barra lateral.]

CONTENIDO:

DEDICATORIA:.....	2
AGRADECIMIENTOS:.....	3
CONTENIDO:.....	4
CONTENIDO DE TABLAS Y GRÁFICOS:.....	7
CONTENIDO DE ANEXOS:.....	13
GLOSARIO DE TÉRMINOS:.....	15
I. INTRODUCCIÓN:.....	18
1. Antecedentes (Estudios anteriores):.....	18
2. Planteamiento del Problema:.....	24
3. Justificación:.....	30
4. Objetivos:.....	33
4.1. Objetivos.....	33
4.2. Objetivos Específicos.....	33
II. MARCO TEORICO:.....	34
1. Historia:.....	34
2. Sistema Nacional de Salud (SNS):.....	35
2.1. Tipología de las Unidades de Salud de FF.AA.:.....	38
3. La Administración y su desarrollo:.....	39
4. Sistemas y Servicios de Salud:.....	41
5. Calidad:.....	42
6. Calidad y Satisfacción:.....	46
7. Satisfacción de Usuario/a:.....	49
3.7.1. Producto:.....	54
8. Variable de Satisfacción de los/las Usuarios/as que Asisten al Servicio de Consulta Externa del Sistema de Salud de FF.AA.	55
III. MATERIALES Y MÉTODOS:.....	58
1. Diseño.....	58
2. Área de estudio.....	58
2.1. Casas de Salud de la Fuerza Terrestre:.....	65
2.2. Casas de Salud de la Fuerza Naval:.....	68
2.3. Casa de Salud de la Fuerza Aérea:.....	69
2.4. Hospital Militar HG-1:.....	69
3. Universo:.....	71

4. Tamaño de Muestra:.....	71
5. Criterios de Inclusión y Exclusión:.....	75
5.1. Criterios de Inclusión:.....	75
5.2. Criterios de Exclusión:.....	75
6. Instrumento:.....	76
7. Variables e indicadores:.....	78
7.1. Variables:.....	78
8. Prueba piloto:.....	79
9. Recolección de información:.....	80
10. Procesamiento de datos:.....	83
10.1. Ingreso de datos:.....	83
10.2. Limpieza de datos:.....	83
11. Plan de análisis:.....	83
12. Consideraciones éticas / Consentimiento Informado:.....	84
III. RESULTADOS:.....	85
1. Univariado:.....	85
1.1. Datos generales:.....	85
1.2. Datos demográficos:.....	89
1.3. Datos socio - demográficos:.....	96
1.4. Uso de los servicios de salud del Sistema de Sanidad de FF.AA.:.....	100
1.5. Necesidades de salud de la población:.....	105
1.6. Evaluación de los Servicios del Sistema de Sanidad de FF.AA.:.....	108
1.7. Evaluación de los espacios físicos:.....	123
1.8. Conocimiento del Sistema de Salud de FF.AA.:.....	126
2. Bivariado:.....	131
2.1. Cruce de dos Variables por Casas de Salud:.....	131
3. Multivariado – Variable “Satisfacción de Usuario/a:”.....	192
IV. DISCUSIÓN:.....	197
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:.....	212
1. CONCLUSIONES:.....	212
1.1. GENERAL:.....	212
1.2. SISFAFA DENTRO DEL SNS:.....	217

1.3. DE CALIDAD:.....	218
1.4. DEL USUARIO/A:	219
1.5. DEL FINANCIAMIENTO:.....	220
2. RECOMENDACIONES:	221
2.1. DISAFA:.....	221
2.2. CLINICAS Y HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL:.....	222
2.3. HG-1:.....	228
2.4. AL PERSONAL Y PROFESIONAL QUE LABORA:.....	229
2.5. EN GENERAL:	230
3. RETOS PARA LA INSTITUCIÓN:	233
VI. ANEXOS:	¡Error! Marcador no definido.
VII. INFORME DE GASTOS:	¡Error! Marcador no definido.
VIII. BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS EMPLEADOS:.....	236

CONTENIDO DE TABLAS Y GRÁFICOS:

Tabla No. 01: "Variables"	87
Tabla No. 02: "Proceso De Recolección De Datos En Las Casas De Salud Escogidas"	92
Tabla No. 03: "Tipo De Usuario/A"	98
Tabla No. 04: "Usuarios/As Según Su Fuerza"	99
Tabla No. 05: "Nivel De Atención (Complejidad)"	100
Tabla No. 06: "Usuarios/As Por Casa De Salud"	101
Tabla No. 07: "Según Su Provincia"	102
Tabla No. 08: "Según Su Cantón"	104
Tabla No. 09: "Según Lugar De Vivienda"	108
Tabla No. 10: "Según Su Género"	109
Tabla No. 11: "Según Su Grupo Etareo"	110
Tabla No. 12: "Según Su Nivel De Educación (Instrucción)"	111
Tabla No. 13: "Según Su Estado Civil"	112
Tabla No. 14: "Según Su Uso De Consulta Externa"	113
Tabla No. 15: "Según Uso De Emergencia Y/U Hospitalización"	115

Tabla No. 16: "Según Uso De Laboratorio"	117
Tabla No. 17: "Según Uso De Imagenología"	118
Tabla No. 18: "Según Auto Concepción Del Estado De Salud"	119
Tabla No. 19: "Según Costo De Servicios Recibidos"	120
Tabla No. 20: "Según Frecuencia De Uso De Servicios De Salud"	121
Tabla No. 21: "Según Asistencia A SISFA"	122
Tabla No. 22: "Según Tiempo De Espera Para Conseguir Una Cita Médica"	123
Tabla No. 23: "Conocimiento De Días De Atención"	124
Tabla No. 24: "Según Tiempo De Espera El Día De La Cita"	125
Tabla No. 25: "Según Tiempo De Traslado"	126
Tabla No. 26: "Según Tiempo Que Da El Médico"	127
Tabla No. 27: "Según Explicación Del Médico"	128
Tabla No. 28: "Según Trato Del Personal"	129
Tabla No. 29: "Según Equipamiento E Instrumental Del Hospital"	130
Tabla No. 30: "Según Insumos Médicos Y Medicinas Del Hospital"	131
Tabla No. 31: "Según Horarios De Atención"	132
Tabla No. 32: "Según Cantidad De Personal"	133
Tabla No. 33: "Según Preparación Y Formación Personal"	134

Tabla No. 34: “Según Espacio Para Sugerencias Y Reclamos”	135
Tabla No. 35: “Según Medios Para Recoger Las Sugerencias Y Reclamos”	136
Tabla No. 36: “Según Calificación De Infraestructura”	137
Tabla No. 37: “Según Principal Problema Del Espacio Físico”	139
Tabla No. 38: “Según Comparación Del Sistema Actual – 2 Años Atrás”	140
Tabla No. 39: “Según Conocimiento De Calidad Y Calidez En Salud”	141
Tabla No. 40: “Según Su Aplicación De Calidad Y Calidez En SISAFa”	142
Tabla No. 41: “Según Conocimiento De Programas De Salud En FF.AA”	143
Tabla No. 42: “Según Imagen Institucional Del SISAFa”	144
Gráfico No. 01: “Hospital – Tipo de usuario/a”	146
Tabla No. 43: “Casas De Salud – Tipo De Usuario/a”.	146
Gráfico No. 02: “Hospital – Tipo de vivienda”	147
Tabla No. 44: “Casa De Salud – Tipo De Vivienda”	148
Gráfico No. 03: “Hospital – Servicios”	149
Tabla No. 45: “Casas De Salud – Servicios/Costo”	150
Gráfico No. 04: “Hospital – Equipamiento”	151
Tabla No. 46: “Casa De Salud – Equipamiento”	152
Gráfico No. 05: “Hospital – Quejas que presentan”	153

Tabla No. 47: Casa De Salud – Quejas Que Presentan	154
Gráfico No. 06: “Hospital – Poseen Calidad y Calidez”	155
Tabla No. 48: “Casa De Salud – Poseen Calidad Y Calidez”	156
Gráfico No. 07: “Hospital – Fuerza a la que Pertenecen”	157
Tabla No. 49: “Casas De Salud – Fuerza A La Que Pertenecen Sus Usuarios/as”.	157
Gráfico No. 08: “Hospital – Género de los/as Usuarios/as”	158
Tabla No. 50: “Casa De Salud – Sexo De Los Usuarios/as”.	159
Gráfico No. 09: “Hospital – Tiempo de Llegada a la Casa de Salud”	161
Tabla No. 51: “Casas De Salud – Tiempo De Llegada A La Casa De Salud”.	161
Gráfico No. 10: “Hospital – Insumos”	163
Tabla No. 52: “Casas De Salud – Insumos”	164
Gráfico No. 11: “Hospital – Grupo Etareo”	166
Tabla No. 53: “Casa De Salud – Grupo Etareo De Los/as Participantes”.	167
Gráfico No. 12: “Hospital – Tiempo dado por el Médico”	169
Tabla No. 54: “Casas De Salud – En La Consulta siente Que El Médico Le Da El Tiempo Que Necesita”.	170
Gráfico No. 13: “Hospital – Infraestructura”	172

Tabla No. 55: “Casas De Salud – Infraestructura De La Casa Hospitalaria”.	173
Gráfico No. 14: “Hospital – Conocimiento Sobre Programas de Salud”	174
Tabla No. 56: “Casas De Salud – Conocimiento Sobre La Existencia De Programas De Salud De FF.AA”	175
Gráfico No. 15: “Hospital – Nivel de Instrucción”	177
Tabla No. 57: “Casas De Salud – Nivel De Instrucción De Los/as Usuarios/as”.	178
Gráfico No. 16: “Hospital – Acceso para un Turno”	179
Tabla No. 58: “Casas De Salud – Acceden A Una Cita Médica”.	180
Gráfico No. 17: “Hospital – Explicación con Claridad”	182
Tabla No. 59: “Casas De Salud – El/la Medico/a Le Explica Con Claridad El Problema De Salud Y El Tratamiento A Seguir”.	183
Gráfico No. 18: “Hospital – Personal”	184
Tabla No. 60: “Casas De Salud – La Cantidad De Personal Que Existe En Los Hospitales”.	185
Gráfico No. 19: “Hospital – Imagen Institucional”	186
Tabla No. 61: “Casas De Salud – Imagen Institucional Del SISFA”.	187
Gráfico No. 20: “Hospital – Estado Civil”	189
Tabla No. 62: “Casas De Salud – Estado Civil De Los/as Usuarios/As”.	190

Gráfico No. 21: “Hospital – Estado de Salud”	191
Tabla No. 63: “Casas De Salud – Cómo Considera El Usuario/A Su Estado De Salud”	192
Gráfico No. 22: “Hospital – Trato Personal”	194
Tabla No. 64: “Casas De Salud – Trato Que Recibe Del Personal De Salud”.	195
Gráfico No. 23: “Hospital – Preparación / Formación”	197
Tabla No. 65: “Casas De Salud – Preparación/Formación Del Personal De Salud Para Prestar Servicio”.	197
Gráfico No. 24: “Hospital – Comparación del Sistema”	199
Tabla No. 66: “Casas De Salud – Comparación Del Sistema De Salud Actual Con El Hace Dos Años”.	200
Tabla No. 67: “Satisfacción De Usuario/a”	
Gráfico No. 25: “Frecuencia de Satisfacción de los/as Usuarios/as Participantes en el Estudio”.	201
Gráfico No. 26: “Porcentaje de Usuarios/as Según Calificación Obtenida en Cruce de Variables Múltiples”.	204

CONTENIDO DE ANEXOS:

Anexo No. 01 “Representación gráfica del SNS, según TTSS.”

Anexo No. 02 “Cuadros de proceso de financiamiento FAE, FT.”

Anexo No. 03 “Unidades de Salud de FF.AA., por niveles de complejidad, según Fuerza, 2008”

Anexo No. 04 “Consultas de Morbilidad brindadas en las Unidades de Salud de las FF.AA., por Unidad de Salud según grupos etáreos, primeras y subsecuentes, año 2008”

Anexo No. 05 “Imagen HD-III-DE”

Anexo No. 06 “Imagen HB-1”.

Anexo No. 07 “Imagen Interna del Hospital HB-7”.

Anexo No. 08 “Imagen Hospital HD-IV-DE”

Anexo No. 09 “Imagen de HOSNAG”.

Anexo No. 10 “Imagen HG-1”

Anexo No. 11 “Usuarios/as atendidos en las Unidades de Salud de las FF.AA., por Unidad de Salud según tipo de usuarios/as, horas trabajadas y promedio de atención hora médico, año 2008”.

Anexo No. 12 “Listado de Unidades de Salud de las FF.AA., año 2008”.

Anexo No. 13 “Muestra – Cálculo”

Anexo No. 14 “Mapa del Ecuador, según su Región”

Anexo No. 15 “Encuesta de Satisfacción de Usuarios/as Externos/as del Sistema de Salud de Fuerzas Armadas”

Anexo No. 16 “Encuesta MSP”.

Anexos No. 17 “Hojas y cartas de aceptación institucional”.

Anexo No. 18 “Cronograma de visitas a las casas de salud a ser estudiadas”

Anexo No. 19 “Instructivo de Encuesta”.

Anexo No. 20 “Hoja de información participante”

Ver Anexo No. 21 “Descripción de levantamiento de datos”.

Anexo No. 22 “Imagen exterior de la Clínica - MANTA”.

Anexo No. 23 “Listado de pacientes - HOSNAG”.

Anexo No. 24. “Cuadro de variables”.

Anexo No. 25 “Base de datos y su codificación de satisfacción”.

GLOSARIO DE TÉRMINOS:

- **Cadena de Valor:** Permite describir las diferentes actividades desarrolladas en una entidad presencial, donde se crea un valor final para el cliente. (Procesos a seguir con la finalidad de obtener buenos resultados y satisfactorios).
- **Calidad:** La suma de propiedades sea un bien o servicio que tendrá por fin el dar cobertura y satisfacción a las necesidades implícitas como explícitas de sus demandantes-clientes.
- **Cliente:** Es el comprador potencial de los bienes y servicios que una empresa o entidad está generando, así como también es considerado la razón de ser de la entidad y por tanto el motivante principal para pensar en formas y recursos de solventar sus demandas. Sin el cliente no se puede hablar de la existencia de una entidad ofertante
- **Clínica:** Unidad de salud donde se oferta atenciones en consulta externa, departamento de diagnóstico y hospitalización, la diferencia con el hospital es en la capacidad, debido a que es una casa de salud más pequeña que un hospital pero con similares capacidades de resolución.
- **Dependientes:** A este grupo pertenecen las esposas e hijos/as; sumado a los padres de los miembros militares.
- **Derechohabientes:** Son aquellos conocidos como los Montepío, viudas o hijos/as con algún grado de capacidad diferentes de miembros que han fallecido en el ejercicio de su labor profesional.

- **Descentralizado:** Es la transferencia del poder central a los niveles jerárquicos subalternos. Se dice que es manejo de forma horizontal.
- **Desconcentrado:** es una técnica administrativa que consiste en el traspaso de la titularidad o el ejercicio de una competencia que las normas le atribuyan como propia a un órgano administrativo en otro órgano de la misma administración pública jerárquicamente dependiente¹.
- **DISAFA:** Dirección de Sanidad de las Fuerzas Armadas
- **ESNAQUI:** Estación Naval Quito. Centro de atención de salud de primer nivel.
- **Evaluación:** Forma de medición de tareas y actividades desarrolladas, con el fin de conocer su nivel de desempeño y efectividad.
- **Hospital:** Espacio físico de mayor capacidad que un clínica, posee los servicios de consulta externa, internamiento, exámenes y laboratorio, así como área de rehabilitación. Puede ser de segundo o tercer nivel.
- **MDN** = Ministerio de Defensa Nacional
- **Paciente:** Es la persona que sufre el dolor o malestar sea por una o varias razones. Se lo conoce como aquel que recibe la atención médica por el profesional de salud y debe poseer paciencia en el proceso de espera de su atención médica requerida.
- **Percepción:** Información que llega a la persona por medio de sus sentidos y le permite elaborar un imaginario o idea necesario sobre el servicio o el bien recibido. Adicional esto le ayuda a creer un nivel de confianza, así como predisposición para hacer uso en futuras ocasiones.

- **Personal Militar:** Militares tanto en Servicio Pasivo (SP) como Activo (SA); en la actualidad poseen una sub clasificación de: Conscriptos (CONSP), Aspirantes (ASP).
- **Post-consumo:** Luego del consumo.
- **Post.uso:** Seguimiento que se da al servicio recibido, con el fin de conocer su nivel de satisfacción o cobertura de su demanda.
- **Pre pago:** Realizar pagos por adelantado aún sin hacer uso del bien o servicio. En salud es el contrato de servicios de salud por adelantado, donde se cancela una tarifa establecida mes por mes.
- **Satisfacción:** Nivel de agrado o no que puede tener la persona en el cubrimiento de su necesidad o demanda específica.
- **Transformación:** Proceso de cambio.
- **Unidades de Salud:** Casas de salud de diferente nivel de complejidad.
- **Usuario:** Persona que accede y hace uso de los servicios, en este caso de salud. Tiene la potestad de ir o no ir a ese servicio, ya que esta realizando un pago por anticipado.

I. INTRODUCCIÓN:

1. Antecedentes (*Estudios anteriores*):

Los trabajos previos que han dedicado su investigación a resolver la interrogante sobre el nivel de satisfacción de los/as usuarios/as de las casas de salud han sido muchos partiendo desde la década de los ochentas en diferentes latitudes del mundo, por razón de metodología se ha decidido tomar en cuenta estudios que han sido desarrollados en los últimos cinco años.

Qué interrogante se desea despejar. La pregunta planteada para el presente trabajo hace referencia a ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los/as usuarios/as – pacientes de las casas de salud?

En el Ecuador (2008) se ha desarrollado un estudio que busca dar respuesta a este tipo de interrogantes, el mismo fue realizado por el personal técnico perteneciente a FF.AA, dentro de hospitalización a la población que ahí fue atendida por el tiempo que debió ser internada en unidades de salud tanto de segundo como de tercer nivel en todo el territorio ecuatoriano. La población objetivo fueron los/as pacientes hospitalizados en las unidades de salud que pertenecen a FF.AA. El objetivo central refería a determinar el nivel de satisfacción de los/as usuarios/as en hospitalización. Este trabajo fue realizado en febrero del 2008.

Se encontró que el nivel de satisfacción encontrado en el estudio depende de la clasificación psico-social y financiera a la cual corresponde cada uno de los atendidos, esto debido a una categorización realizada de forma previa por el Seguro Social de FF.AA; siendo de mayor énfasis en las personas que corresponden a conscriptos (55.9%) y militares en servicio pasivo (77.2%). Denota que existe la presencia de un riesgo en la presentación de resultados, esto atribuido a la baja supervisión de los responsables y poco financiamiento para el desarrollo del mismo. Entre las características estudiadas fueron tiempo de espera para acceder a una cama aparece como la primera causa de reclamo, trato de personal que labora dentro de la casa de salud valorado con un 74.5% de la población satisfecha. En general manifiesta que los/as usuarios/as mostraron una satisfacción global del 72.48%².

Mientras que en América Latina se han ido desarrollando otros estudios similares, los cuales son:

En México se realizó un estudio sobre el trato a los/as usuarios/as en los servicios públicos (2006). Se encontró en los resultados que el principal factor que determinó la percepción de los/as usuarios/as sobre el trato que recibieron en los servicios de salud en México fue el proveedor. Las instituciones de seguridad social mostraron el peor desempeño, mientras que los servicios del programa destinado a la población rural (IMSS Oportunidades) recibieron las mejores calificaciones. En general, el dominio mejor calificado fue el trato respetuoso, mientras que la mejor calificación se asignó a la capacidad de elección del proveedor. Los hombres consideraron haber tenido mejor comunicación que las mujeres, mientras que el trato respetuoso, la comunicación y el apoyo social tuvieron una asociación significativa inversa con respecto al nivel

educacional. ($P < 0,05$). Se encontraron diferencias en las formas de trato que ofrecen los distintos servidores de salud, independientemente de las características socio-económicas de los mismos. El trato respetuoso es un dominio que presentó calificación alta en todos los proveedores³.

La satisfacción de los/as usuarios/as de los servicios de rehabilitación fue la causa de estudio en 2007, la finalidad del mismo fue diseñar y validar un instrumento que permita evaluar la satisfacción de los/as usuarios/s de dicho servicio. El instrumento utilizado fue validado y constó con 24 preguntas, las que fueron planteadas a 85 personas con una duración de 10 minutos por cada aplicación. Se observó que dicho instrumento mostró una validez y confiabilidad apropiadas para su aplicación en la evaluación de la satisfacción. Entre los parámetros evaluados se tiene: comunicación del proveedor con el paciente, tiempo de espera, tratamiento, competencia profesional, humanidad, acceso, higiene e interés del equipo de salud hacia el usuario. Lo que no se logro establecer es la aplicabilidad del instrumento⁴.

En la consulta externa del hospital Irigoyen de Perú (2007) se realizó un estudio que tenía por fin el evaluar la satisfacción del usuario/a que asiste a los servicios de consulta externa de Pediatría. La finalidad específica fue el determinar el grado de satisfacción de las usuarias.

De las 184 madres de familia encuestadas que acudieron al consultorio de pediatría 69% conoce el nombre del pediatra y en un 47% conocen el nombre del enfermero o enfermera. El 75% manifiesta que el tiempo de atención es correcto, el 87% indica que el

personal casi siempre fue amable y el 83% que casi siempre el personal se interesó por prestarle ayuda. En cuanto a las condiciones físicas en un promedio mayor al 70% las madres percibieron que era como lo esperaban. En la escala numérica del 1 al 10 en la que el paciente señaló el grado de recomendación de servicio, el 66.3% asignó 7 y 8.

En general el servicio de pediatría es recomendable desde el punto de vista de la experiencia de satisfacción de las madres encuestadas en una puntuación media de 7 en la escala de 0 a 10, debiendo mejorar la rapidez en el tiempo de espera, puntualidad en la atención y optimizar el trato amable en todo el proceso de atención⁵.

En Chile se planteó un estudio sobre la calidad percibida a partir de la perspectiva del Marketing (2007). El interés fue explicar la creciente necesidad de conocer las percepciones de calidad y el nivel de satisfacción que pacientes – usuarios obtienen de los servicios de salud. Para medir la calidad se aplicó las escalas SERVQUAL y SERVPERF. En el instrumento final de aplicación se introdujo 19 ítems enfocados en cuatro factores, factor 1 corresponde a la gestión de informaciones y reclamos. Factor 2 gestión de datos del usuario/paciente, factor 3 el trato prestado por el personal y el factor 4 gestión de capacidades y compromisos orientados al usuario. Mientras que los factores 5 y 6 se encuentran ligados a los procesos de Marketing. En los resultados se observó que los aspectos relacionados al trato otorgado por el personal hospitalario fueron los que ejercieron mayor influencia en el nivel de calidad percibida. Al hablar de la satisfacción evaluada con diferentes elementos, se observó que el factor que más influyó es el relativo a los tiempos de atención, es decir, horarios de consulta, ingreso y espera. Esto junto con las comodidades de salas de hospitalización y mantenimiento y limpieza general. Por tanto, son las características o parámetros que deben ser tomados en cuenta para la

modificación o re-organización⁶. Este tipo de trabajo presenta un enfoque más administrativo lo que quiere decir dar el sentido de empresa – producción a las unidades de salud.

En Guadalajara (2007) se evaluó la calidad de la atención y satisfacción de los/as usuarios/as que asisten a medicina familiar, el fin fue evaluar el tipo de servicio, con el uso de un diseño transversal analítico. La muestra de calidad de la atención calificó alta en seis de siete dimensiones, el tiempo de espera en dos de las tres unidades alcanzó el 36% de calidad. La satisfacción del usuario en la dimensión médico familiar fue 79% (no significativo), unidad de medicina familiar mostró calificación 59 ($p=0,00$), otros servicios calificaron 53%. La calidad de atención fue alta, excepto en tiempo de espera. La satisfacción del usuario se asoció con la cita previa⁷.

En el vecino país del norte Colombia (2008) se desarrolló un instrumento validado para medir calidad dentro de los hospitales, esto a partir de la percepción de los/as usuarios/as, con fondos pertenecientes de organismos internacionales se dio cita a un conjunto de selectos profesionales dentro del tema de salud y su administración, los cuales aportaron con sus conocimientos y visiones sobre el tema, tuvieron que hacer una revisión de la literatura existente y de ahí plantearse sus agendas de trabajo que respondan a las demandas recientes sobre la reestructuración, rediseño y modernización de las redes prestadoras de servicios de salud pertenecientes al Ministerio de Salud, el objetivo era dejar instaurado una herramienta que permita de forma gradual, progresiva y permanente el desarrollo de evaluaciones de calidad en salud, con el fin de establecer las mejoras pertinentes y dar respuesta inmediata a la población con respecto de su sentir⁸.

En este tipo de trabajo no se puede hablar de resultado alguno del uso del instrumento puesto que la base fue el crear uno para a posterior ser aplicado.

En Paraguay (2008), se desarrolló un trabajo enfocado en la Calidad de la gestión pública, este tenía por fin ver los elementos para el mejoramiento de los servicios de salud en Paraguay. Se toma a los componentes básicos del modelo de calidad de la excelencia, yendo en búsqueda de la innovación y mejora continua (parte de la Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad). Con esta implementación se pretende dar mayor eficiencia, responder a las necesidades que tiene la organización del sistema de salud de dicho país, donde se cuenta con prestadores públicos y privados, conservando la deficiencia y burocracia del manejo de los mismos⁹. Al igual que en Colombia no hay resultado en esa fecha sobre la medición exclusiva de la percepción de la calidad de los/as usuarios/as con la aplicación de un instrumento exclusivo.

2. Planteamiento del Problema:

La República del Ecuador con una extensión territorial de 256.370Km² se encuentra en la costa noroeste de América del sur, cuenta con una población aproximada de trece millones ochocientos cinco mil noventa y cinco (13' 805,095) habitantes¹⁰ distribuidos en veinte y cuatro (24) provincias ubicadas en cuatro (4) regiones geográficas: Costa, Sierra, Amazonía e Insular (o Islas Galápagos)¹¹.

Es un estado constitucional, organizado en forma de república y gobernado de manera descentralizada¹². La salud es consagrada como un derecho garantizado por el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva¹³.

El sistema de provisión de los servicios de salud se caracteriza por la fragmentación y segmentación, ya que no existe coordinación entre actores ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados¹⁴. La ley del Sistema Nacional de Salud (SNS), garantiza el acceso equitativo y universal a los servicios de atención integral (incluye recuperación y rehabilitación de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades y la promoción de la salud), a través de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada¹⁵.

El subsector público de salud está conformado por los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) - Seguro Social

Campeño (SSC), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional (ISSFA e ISSPOL (dependientes de los Ministerios de Defensa y Gobierno, respectivamente) y los servicios de salud de algunos municipios. La Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúan en el campo de la salud. El sector privado representa 15% de los establecimientos de salud del país.

El Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos guiado por los principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación; y funciona bajo los criterios de calidad, eficiencia, eficacia, transparencia, responsabilidad y participación¹⁶. Dentro de él el Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconociendo la diversidad social y cultural. Se guía además por los principios generales del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional¹⁷. Adicional en el proceso de Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador (TSSE) se menciona a la Calidad como un eje principal a ser desarrollado, siendo la percepción de los/as usuarios/as una forma de su valoración¹⁸.

Mejorar y garantizar la calidad en lo que atañe a los servicios de salud personales y públicos es una de las once funciones esenciales de salud pública (FESP), lo que implica

la promoción de la existencia de los sistemas de evaluación y el mejoramiento de su calidad, el fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad y la supervisión del cumplimiento de los proveedores de servicios que tengan esta obligación así como la definición, explicación y garantía de los derechos de los/as usuarios/as, la existencia de un sistema de evaluación de las tecnologías de la salud que colabore en los procesos de adopción de decisiones de todo el sistema de la salud y contribuya a mejorar su calidad, la utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de diverso grado de complejidad en materia de salud y la existencia de sistemas de evaluación de la satisfacción de los/as usuarios/as y el uso de esta evaluación para mejorar la calidad de los servicios de salud.^{19, 20, 21.}

La calidad de la atención, se ha definido como “la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar los riesgos en forma proporcional. El grado de calidad es, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios”^{22, 23}

La calidad de la atención consta de dos componentes: la dimensión técnica y la dimensión interpersonal. La **Dimensión Técnica**²⁴ es el grado de conocimiento, es decir la aplicación del saber médico, y de las disciplinas relacionadas, para resolver los problemas de salud de los pacientes mientras que la **Dimensión Interpersonal**²⁵ es la interacción que se da entre el profesional de la salud y el paciente al momento de proporcionar la atención. Ambas dimensiones son inseparables y ocurren de manera simultánea cada vez que una

persona entra en contacto con los servicios de salud; por tanto es una manera de análisis del complejo problema de la calidad en salud²⁶.

Los servicios médicos de alta calidad se definen como seguros, eficaces, centrados en el paciente y oportunos. Atención **segura** se refiere a no causar a los pacientes daños derivados de una prestación cuyo objetivo es ayudarlos. Atención **eficaz** se refiere a aplicar prácticas o procedimientos médicos acordes con los conocimientos científicos disponibles a todos los individuos y comunidades que puedan beneficiarse de ellos, absteniéndose de brindarlos a quienes probablemente no se beneficiarían (es decir, evitar la subutilización y la sobre utilización). La atención **centrada en el paciente** establece una asociación entre los profesionales y los pacientes para garantizar que las decisiones referidas a la atención respeten los deseos, necesidades y preferencias de estos últimos. Así, debería generarse una satisfacción mayor entre los/as usuarios/as. Por atención **oportuna** se entiende no solo minimizar los retrasos innecesarios en la obtención de la atención sino también proveer atención coordinada entre los diferentes prestadores y establecimientos, y entre todos los niveles de atención, desde los cuidados preventivos hasta los paliativos^{27, 28, 29, 30}.

En octubre del 2001 se efectuó el ejercicio de medición del desempeño de las FESP por la Autoridad Sanitaria Nacional en Ecuador, con la participación de representantes de las instituciones del sector salud. La medición permitió identificar esta como una función con un desempeño mínimo en calidad. Con relación a la satisfacción de usuarios/as, se planteó la inexistencia de instrumentos para recoger su evaluación tampoco instancias para la resolución de reclamos en ninguno de los niveles. En ese

momento existía un proceso de gestación alrededor del tema en las FF.AA., pero no existían estándares de referencia³¹.

Han transcurrido varios años desde la medición, hoy en día el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas (SISFA) presta los servicios de salud a través de prestadores de salud (ISSFA) que está dentro del CONASA (Consejo Nacional de Salud), compuesto por las unidades de salud tanto de primer, como de segundo y tercer nivel, que pertenecen a las tres Fuerzas (Ejército, Aérea y Naval), presentes en las diferentes regiones geográficas del Ecuador. Dado que las casas de salud son empresas y por tanto deben estar pendientes de su productividad así como de la calidad del servicio que se está prestando, a partir de la percepción de los/as usuarios y usuarias que asisten hasta sus instalaciones; por tal razón se desea enfocar el estudio en el contexto del cliente externo sobre el producto que recibe, partiendo del supuesto que en el sistema público de salud ecuatoriano el paciente es visto como un agente pasivo y no como un ser con opción de pedir y exigir una mejor calidad de atenciones y servicios³², esta realidad se pone en confrontación al analizar como el usuario se siente con el servicio recibido, si este es o no el adecuado para su demanda y necesidad real.

La pregunta que se quiere contestar en esta investigación es *¿Cuál es el nivel de Satisfacción de los/as usuarios/as de los servicios de salud del Sistema de Salud de Fuerzas Armadas (SISFA) en el área de Consulta Externa (CE)?*.

Visto desde la funcionalidad dentro del tema de Transformación Sectorial de Salud en el Ecuador, permitiría generar estrategias para lograr una mayor competitividad dentro del sector público donde responda de manera eficaz y eficiente a las expectativas plateadas y a su vez ganar espacio en el mercado privado motivando al cliente interno a

generar compromisos e identificación corporativa, puesto que sentirá que su aporte es representativo dentro de las prestaciones institucionales que se realicen; es decir aportes del personal con el fin de cumplir con la misión y visión establecidos. Lo anterior redundara en un servicio o producto de salud a ofertar de mejor calidad que tratará de satisfacer las expectativas de su población cautiva o de su grupo de clientes – usuarios/as – pacientes.

Se debe decir, que la base de este estudio es determinar el nivel de percepción que poseen los/as usuarios/as que asisten a los centros de atención de segundo y tercer nivel del sistema de salud de FF.AA., debido a que el supuesto fue que la población ahí atendida tiene baja satisfacción e inconformidad con las atenciones recibidas, creyendo así que estas son consideradas como malas e irregulares.

3. Justificación:

El Sistema de Salud Ecuatoriano (SSE) en la actualidad está atravesando un proceso de Transición y Transformación, el mismo que exige la adaptación de las casas de salud que corresponden a diferentes sub sistemas de salud – prestadoras tanto del sector público como privado. Dentro de este proceso se presentan diferentes ejes de trabajo, como el relacionado a la calidad del servicio ofertado por las diferentes casas de salud.

Por su parte la propuesta del Plan Nacional de Desarrollo (PND), dedica a la salud el objetivo 3 y sus metas; así como los indicadores para mejorar el sistema de salud, esto relacionado con el Plan Estratégico Nacional de Salud (PENS.FF.AA) de FF.AA, que cita en su visión y misión ofertar el mejor servicio a sus destinatarios/as; es la causa primordial para desarrollar una actividad de evaluación, la misma que tendrá como fin el conocer la realidad institucional sobre la real satisfacción de los/as usuarios/as; a partir de variables únicas y particulares adaptadas para el efecto^{33, 34}.

Adicional dentro de este proceso transitorio de la transformación se debe decir que: a nivel administrativo el sector salud pretende motivar el desarrollo de prestadores capaces de ser competitivos, ofertando servicios de calidad, con clientes externos satisfechos y por ende miembros activos de las casas de salud, información que permitirá diseñar de manera optima recursos y acciones para fortalecer o mejorar el elemento causante de malestar; como adicional, llevar de la mano a la institución, como en este caso a FF.AA a un nivel competitivo y capaz de responder a las demandas tanto de sus usuarios/as sean o no miembros activos o pasivos de las FF.AA, como de las autoridades estatales; y de

esta forma generar y contribuir con uno de los ejes del TTSS que se promueve en la actualidad.

Para la consecución de dicho logro se debe ver al sector salud y de forma particular a los sub-sistemas; hospitales y casas de salud como empresas que generan costes y por ende la manutención y subsistencia de dichos espacios está ligado proporcionalmente a los niveles de productividad que poseen las diferentes casas asistenciales; esto debido a que sus valores deben ser cubiertos con sus recursos generados por autogestión o conocida como venta de servicios y oferta de sus atenciones. Si se lo observa desde la perspectiva del sujeto destino, cliente o usuario/a; es meritorio decir que a mayor beneficio se observará mayor satisfacción y por tanto se tendrá un usuario satisfecho y deseoso de ser parte de las actividades que las casas de salud puedan promover; debido que las mismas han ido en evolución y por tanto en sus conceptos de administración se da gran valor a lo expuesto por el cliente externo; siendo así la forma más adecuada de concebir la idea que un hospital o centro asistencial debe poseer una dirección enfocada en el crecimiento empresarial.

La razón primordial de realizar esta investigación se debe a experiencias previas vividas dentro de los servicios públicos en general y la falta de espacios o de importancia que se le asigna al usuario/a – cliente o paciente; sino que todo está estrechamente ligado al beneficio institucional y con mera visión médica, dejando de lado al/la usuario/a como un actor pasivo dentro de estas actividades; es así que se consideró de gran valía dar el espacio al cliente externo para que sean ellos los que presenten sus principales molestias tanto con el servicio, con el trato y con los resultados obtenidos.

Por la opinión mencionada con anterioridad todo lo que exprese el usuario/a cliente o paciente, tiene gran peso eso se lo deberá considerar como una fuente de confianza sobre la institución.

Para concluir, es meritorio decir, que al tomar en cuenta la percepción que poseen los/as usuarios/as con respecto del servicios de consulta externa brindado dentro de las casas de salud pertenecientes a FF.AA permitirá tener una base real sobre el efecto que tiene su servicio en la sociedad y por tanto saber cuáles son consideradas sus virtudes y defectos por parte del cliente externo; lo que significaría en tomar conciencia sobre aspectos que deben ser corregidos o modificados.

4. Objetivos:

4.1. Objetivos

- Establecer la percepción de la Satisfacción de los/as Usuarios/as de consulta externa de las casas de salud de segundo y tercer nivel de complejidad pertenecientes al subsistema de salud de Fuerzas Armadas.

4.2. Objetivos Específicos

- Evaluar el grado de satisfacción del usuario/a a partir de los componentes de la atención recibida.
- Identificar los aspectos que influyen en la percepción de los/as usuarios/as que asisten a las unidades de salud pertenecientes a FF.AA.

II. MARCO TEORICO:

1. *Historia:*

La evolución de los hospitales data desde el Siglo XV, hace su aparición el hospital convento con el fin especial de alojar y socorrer a los viajeros y atender a las niñas de la nobleza con cuidados maternos, para posteriormente brindar acogida a los “léperos, locos y crónicos incurables”³⁵ dando cumplimiento con la norma de atención a los desposeídos y sin poder adquisitivo; que eran causa de malestar y en ocasiones de vergüenza para las familias y las clases pudientes; aquí se intensifica la razón de ser de un hospital donde se acoja a todo aquel que está necesitado, también visto como una forma de hacer caridad; por tanto en los hospitales convento se manejó la idea de clausura. Entre los Siglos XVIII y XIX en el periodo de la Revolución Francesa se perfila un nuevo tipo de hospital, siendo este el Hospital Militar, en medio de los procesos revolucionarios, de conquistas y emancipaciones se dio origen a los hospitales cuartel o de campaña y hoy son conocidos como militares, poseían progresos notables en la cirugía. Su principal función fue prestar atención y servicios de salud requeridos a todo el personal que estaba en el campamento militar participando de guerras o conquistas, este tipo de hospitales eran móviles y por tanto no se conocía de un lugar fijo donde se localicen.

A finales del Siglo XIX e inicios del Siglo XX se da inicio a los hospitales escuela, lugares donde se propicia la investigación así como el desarrollo de la docencia y prestación de nuevos servicios basados en sus aportes, como por ejemplo inicio de las actividades de prevención³⁶. A medida que se dan las corrientes de especialización se promueve la idea

de los hospitales hoteles, donde su fin era el lucro, esto es el desarrollo del sector privado que tiene su auge en la presencia de los avances tecnológicos y el notable confort a sus pacientes, así como familiares que llegan de visita³⁷.

En el Siglo XXI con la globalización se hacen presentes los hospitales centros comerciales (bancos), aquí la base es lo monetario traducida como la eficiencia que debía poseer; en su interior existen espacios de área comercial de diverso tipo, tales como de consumo de alimentos; entidades bancarias, con la finalidad de cubrir al máximo las necesidades no solo del usuario sino de los visitantes³⁸.

2. Sistema Nacional de Salud (SNS):

Ecuador posee un Sistema Nacional de Salud, con diferentes actores (no solo prestadores de servicios sino actores que influyen en algún grado dentro de las actividades) que lo conforman, estos son³⁹: (Anexo No. 01 "Representación gráfica del SNS, según TTSS.")

- *Ministerio de Salud Pública y sus entidades adscritas*⁴⁰.

El MSP es el mayor prestador de servicios de salud que está dentro del sistema, posee casas en primer, segundo y tercer nivel de complejidad. Su presencia está a nivel nacional, dando cobertura en todas las regiones, adicional es el ente rector de esta área.

Las entidades adscritas son: INH, SNEH y la Subsecretaría Regional de Salud Costa Insular.

- *Ministerios que participan en el campo de la salud.*

- *IESS, ISSFA, ISSPOL.*

- o IESS⁴¹:

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se encarga de aplicar el sistema del seguro general obligatorio que forma parte del sistema nacional de Seguridad Social. Su población beneficiaria son las afiliación tanto del sector urbano como rural.

- o ISSFA^{42, 43}:

El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) es el organismo ejecutor de esta Ley y su finalidad es proporcionar la seguridad social al profesional militar, a sus dependientes y derechohabientes, a los/as aspirantes a oficiales, aspirantes a tropa y conscriptos, mediante un sistema de prestaciones y servicios sociales⁴⁴.

MISIÓN: “Proporcionar prestaciones médicas, económicas y sociales, con calidad, oportunidad y eficiencia, que procure el bienestar individual y colectivo de la población militar, en un sistema previsional y solidario; con una gestión administrativa óptima de los recursos, para mantener el equilibrio financiero, que asegure la viabilidad futura de la Institución”

- o ISSPOL:

- *Organizaciones de salud de la Fuerza Pública: Fuerzas Armadas y Policía Nacional.*
- *Las Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas y de la Salud de las Universidades y Escuelas Politécnicas.*
- *Junta de Beneficencia de Guayaquil⁴⁵.*

Se especializa en la obtención de recursos económicos para el desarrollo de proyectos de labor social que benefician a la población de escasos recursos económicos del Guayas y otras regiones del país. Posee clínicas y hospitales para el efecto de la atención.

- *Sociedad de Lucha contra el Cáncer, SOLCA⁴⁶:*

SOLCA, es una Institución de derecho privado con finalidad de servicio público, creada con el propósito de efectuar la Campaña Nacional Contra el Cáncer en la República del Ecuador. Su base de campaña se ve enfocada en la enseñanza e investigación cancerológica a fin de alcanzar las metas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de estas enfermedades.

- *Cruz Roja Ecuatoriana⁴⁷.*

Cruz Roja Ecuatoriana, como Sociedad Nacional que forma parte del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, tiene un mandato humanitario claro: aliviar el sufrimiento de todas las personas, sin discriminación.

- *Organismos seccionales: Consejos Provinciales, Consejos Municipales y Juntas Parroquiales.*
- *Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras.*
- *Entidades de salud privadas sin fines de lucro: organizaciones no gubernamentales (ONGs), servicios pastorales y fiscomisionales.*
- *Servicios comunitarios de salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.*
- *Organizaciones que trabajan en salud ambiental.*
- *Centros de desarrollo en ciencia y tecnología en salud.*
- *Organizaciones comunitarias que actúan en promoción y defensa de la salud.*

- *Organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores de la salud.*
- *Otros organismos de carácter público, del régimen dependiente o autónomo y de carácter privado que actúen en el campo de la salud.*

2.1. Tipología de las Unidades de Salud de FF.AA.:

Las unidades de salud que pertenecen a FF.AA., poseen una particular, puesto que por la naturaleza de su función institucional éstas deben acoplarse al ejercicio laboral, es decir romper lo estrictamente esperado en servicios según su nivel de complejidad, por ejemplo en un puesto de salud o políclínico se puede observar la presencia no solo del médico general, sino que también se cuenta con médicos especialistas, y en algunos casos poseen espacios para la hospitalización, como se manifestó anteriormente esto se debe a que deben dar cumplimiento y apoyo al Plan Estratégico Institucional.

De igual forma dentro de las unidades de salud correspondientes a segundo nivel por la necesidad y la demanda poblacional deben solucionar o se ven en la obligación de solucionar cuadros que corresponderían a un tercer nivel de complejidad.

* Primer nivel de complejidad:

- Dispensarios médicos (puestos de salud),

- Policlínicos:

- Clínicas (básicas).

* Segundo nivel de complejidad:

- Hospitales de Brigada.

- Hospitales de División.

**Tercer nivel de complejidad:

Hospital de Especialidades (HG-1)

3. La Administración y su desarrollo:

En el proceso de evolución de las ciencias y las artes se puede mencionar a la Administración la cual se desarrolló conforme el hombre iba adquiriendo nuevos conocimientos, habilidades y capacidades para enfrentar las demandas imperantes de las diferentes épocas.

Se concibe como empresa a toda aquella entidad que persigue una meta puede ser oferta de servicios o bienes; ahora el planteamiento a ser discutido es ¿Un hospital puede ser considerado como una empresa?.

A lo largo de la presentación de los conceptos y definiciones a ser empleadas como teoría se tratará de mostrar que un Hospital si es una empresa, puesto que esta debe generar recursos para su propia manutención y así lograr cubrir al menos los gastos generados por la entrega de sus servicios a sus usuarios y usuarias. Es meritorio recordar que una empresa debe responder a una necesidad presente y por tanto la empresa denominada hospital está cubriendo una de las necesidades básicas objetivas del ser humano que es la salud y cuidado-manutención de la misma.

Ahora retomando el proceso evolutivo de la administración cabe decir que ésta presentó algunos actores y fases, los mismos que serán presentados en una secuencia.

Las primeras nociones desarrolladas y creadas por el hombre sobre el tema tuvieron su origen en el periodo conocido como antes de Cristo, en las civilizaciones: Sumeria y Egipticia, los cuales pusieron en vigencia el control administrativo de una forma arcaica^{48, 49}.

A la par se iban dando otros adelantos en el tema por parte de las civilizaciones China, Babilonia y Hebrea, hasta llegar a la evolución de los Griegos y Persas, seguidos por los Romanos⁵⁰. Los mismos que pusieron en vigencia elementos y recursos que en su momento fueron muy óptimos y hasta hoy en día se los ve como una base importante de administración en especial de la doméstica y cobertura de sus necesidades.

Pasado la etapa del nacimiento de Cristo, fueron personajes individuales los cuales dieron sus aportes o pulieron los ya existentes, hasta llegar al periodo de la Revolución Industrial, donde no solo transformó la fuerza de trabajo y la manera de producir más, sino también el concepto de administración y costo-producción. Siendo esto la puerta de ingreso a la era de la Administración como un arte y una ciencia, donde el grupo humano, planifica, ejecuta y evalúa (Propuesta diseñada por Taylor⁵¹) las propuestas o actividades desarrolladas, con el fin de dar mayor rentabilidad a su capital invertido y mejorar sus ganancias. Sumado a los catorce principios administrativos planteados por Fayol⁵² y de gran ayuda en la organización de actividades de una entidad, para posteriormente Mary Parker Follet mencionar sobre la necesidad de tener en cuenta el campo de las relaciones humanas y de la estructura de la organización. Esto se enriqueció con algunos de los fundamentos tomados del evento “Segunda Guerra Mundial”, como es el desarrollo de una planificación estratégica, la misma que es usada hasta la actualidad, llegando hasta el proceso de producción en serie⁵³, pasando hora – producción y terminando en la

optimización de los recursos, relacionando menor tiempo de uso en producir, con menor costo y mayor beneficio del cliente, hasta llegar al compromiso e identificación con la institución por parte del cliente interno⁵⁴. Al conseguir esto se está generando calidad y bienestar en el consumidor final, ligado a altas retribuciones tanto profesionales, personales, organizacionales y porque no monetarias. Entonces con esto se puede decir, que Administración está ligado estrechamente a la Calidad y sus procesos así como la gestión desarrollada, teniendo como uno de los elementos de interés en los procesos de planificación estratégica y valoración de la calidad del servicio a partir de la percepción del cliente externo.

Administración: Es el arte de coordinar y comandar actividades y tareas dentro de una institución⁵⁵ con el fin de lograr la entrega de un servicio ofertado⁵⁶ (cuidados de la salud), teniendo como base un trabajo desconcentrado y descentralizado donde se conciba el concepto de organización y se maneje de forma coherente el proceso de planeación, organización, dirección y control en los diferentes niveles⁵⁷ institucionales, así como de las unidades de salud, sin dejar de lado la naturaleza humana⁵⁸ y la responsabilidad social⁵⁹.

4. Sistemas y Servicios de Salud:

El sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es promover, restablecer y mejorar la salud, responder a las expectativas de las personas, y brindar protección

financiera contra los costos de la mala salud⁶⁰. Por sistema de atención sanitaria, en cambio, entendemos las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos.⁶¹

5. Calidad:

Los servicios de salud deben ser competitivos, manejar un enfoque de calidad y por tanto tener la concepción de satisfacción de usuario/a, es fundamental definir qué se entiende por calidad en los servicios de salud en perspectiva de la Salud Pública. No existe una definición única de lo que es calidad, de hecho han sido múltiples los autores centrados en el tema. La calidad de un producto, bien o servicio; es el anhelo del usuario/a y la búsqueda permanente del productor. La ciencia ha tratado de definirla en términos objetivos mientras los/as usuarios/as en términos subjetivos.

Calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto y/o servicio para ser de utilidad a quien se sirva de él. Es decir, un producto o servicio es de calidad cuando sus características, tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades y expectativas de sus usuarios/as, entonces se dice que calidad es difícil de definir y por ello origina diferentes acepciones; es dinámica y evolutiva; abarca muchas cualidades; integra variables, determinadores, indicadores y factores; busca la satisfacción del cliente⁶².

La **calidad** es “ofrecer los mayores beneficios, con la menor cantidad de riesgos a la salud, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles”⁶³. Mientras que

por su parte la OMS plantea que calidad es “el desempeño adecuado (según los estándares) de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición⁶⁴”. Implica por tanto 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 salud*⁶⁵”.

Donabedian define la calidad de la atención como “aquella que se espera que pueda proporcionar al/la usuario/a el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”⁶⁶. Años más tarde la International Organization for Standardization (ISO) definió que: “Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”

Adicionalmente propone que la atención a la salud tiene tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente (comodidades) en el que se lleva a cabo el proceso de la atención; y que la exploración “empírica” de la experiencia de cada día, con el fin de extraer de las opiniones expresadas por pacientes, médicos y administradores, los juicios que comparten sobre la calidad, así como aquellos en los que difieren, quizá sea una forma de empezar a traducir las grandes abstracciones de la formulación inicial de los conceptos, en los atributos más detallados de la atención que van a representar su calidad⁶⁷.

La **Calidad de los servicios de salud** puede ser considerada como el resultado de diferentes factores o dimensiones, que resultan ser instrumentos útiles tanto en la

definición y análisis de los problemas como en la evaluación del grado de cumplimiento de las normas técnicas, sociales y humanas del personal de salud, esto sumado a la competencia profesional, accesibilidad, eficacia – eficiencia y la satisfacción de los usuarios⁶⁸. Específicamente la calidad de la atención médica que proporcionan las instituciones del sector de la salud influye en la utilización y continuidad de los servicios médicos⁶⁹. Debe concebir algunas características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, con el fin de alcanzar la mayor cantidad de efectos para obtener el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógica-científica, costo-efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los/as usuarios/as⁷⁰. Evaluación de calidad de la atención es la medición del nivel de calidad de una actividad procedimiento o guía de atención integral”⁷¹.

De otra parte calidad es un concepto que depende de forma directa de la presencia de características o variables propias de los pacientes como son: la edad, el sexo, nivel educativo y socio-económico, así como los cambios de ánimo y de estado de salud (esto influye de forma directa en la percepción final que pueda tener). En efecto de doble vía se puede decir que estas características si influyen en la actitud de los profesionales⁷² o del personal que labora en la casa de salud.

Histórica y científicamente el concepto avanzó en tres etapas: primero la evaluación de la calidad del “**producto**”, luego se incluyó la del proceso, denominándose “**garantía de calidad**”, y más tarde la “**calidad total**”. El control de calidad del producto

se da mediante un grupo de especialistas que lo analizan con muestras aleatorias, mientras en la garantía de calidad estos mismos inspeccionan los criterios y normas de las diversas fases. La calidad total incluye básicamente dos componentes: la calidad de la gestión y los círculos de participación de los trabajadores para mejorarla. Finalmente apareció la calidad subjetiva **“juzgada por el usuario”**. Éste, que inicialmente había observado objetivamente el producto, lo valora ahora de manera subjetiva. La normalización científico técnica de la calidad da paso, entonces, a nuevos valores de la publicidad y el mercado⁷³

Entre los elementos a tener en cuenta cuando se pretende evaluar la calidad de la atención médica se mencionan los siguientes:

- Conocimientos y destrezas del personal sanitario.
- Accesibilidad, rapidez y continuidad en la atención.
- Calidad de la tecnología instalada.
- Funcionalidad de la estructura física de las instalaciones.
- Comunicación e información en un lenguaje entendible, trato cortés, amable y respetuoso.
- Seguridad y confiabilidad en la atención.

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad^{74, 75}. La satisfacción puede referirse como mínimo a tres aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado. Desde el

punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al centro de salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso⁷⁶.

6. Calidad y Satisfacción:

Rust y Oliver sostienen que la calidad es antecedente de la satisfacción y de forma inversa. Oliver (1980), mencionó que la satisfacción se ve reforzada por la calidad y por tanto la calidad que el/la cliente puede percibir se transforma en la única herramienta de juzgamiento que posee el/la usuario/a con la finalidad de evaluar el servicio obtenido.

La calidad de la atención en salud se basa en un conjunto de factores que no son fáciles de medir. Algunos autores señalan que los principales determinantes de la calidad en salud son: *“talento humano, recursos físicos y financieros, políticas y programas, tecnología, procesos médicos y administrativos, desempeño y eficacia en el servicio e interacción con el sistema general de seguridad social en salud”*⁷⁷.

La satisfacción de los/as usuarios/as es uno de los resultados más importantes de prestar atención, dentro del análisis de calidad, puesto que en el campo de la salud puede generar uno de los siguientes resultados^{78, 79}:

- Que el/la usuario/a procure o no procure la atención ofertada.
- Mantenga o modifique el lugar al cual acude para recibir dicha atención.
- La disposición de realizar el pago por los servicios dados.
- Que el/la usuario/a siga o no siga las instrucciones dadas por su médico.

- El regreso o no del usuario/a a su médico y prestador de salud.
- Publicidad directa, es decir recomiende o no su uso y visita.

El papel que juega la opinión de los/as usuarios/as, sus percepciones y los juicios que realizan sobre los servicios recibidos son aspectos claves en la definición de la calidad y su valoración es imprescindible para prestar una correcta asistencia sanitaria^{80, 81}.

La necesidad de lograr establecer o encontrar un instrumento para con la cual se pueda medir la calidad en salud se debe a una expresión manifestada por OPS -1992 sobre el tema que dice: "... no existe ninguna otra organización (aparte de un hospital) cuya administración sea tan frustrante e ineficaz debido a su incapacidad para juzgar la calidad de su producto". Y así retomando la gran interrogante sobre cuál es el factor independiente y el dependiente como lo manifiesta Bigné "...se observa que la satisfacción con el servicio está influenciada por la calidad global, pero también con el servicio esencial, es decir, con el servicio médico..., por lo que la conclusión básica que se desprende, es que la calidad percibida del servicio es un antecedente de la satisfacción, no observándose ninguna relación en sentido inverso"⁸².

Las encuestas de satisfacción a usuarios/as de servicios de salud, constituyen un indicador de calidad de la atención sanitaria que evalúa fundamentalmente el resultado del sistema sanitario y también su proceso y estructura. Por tanto, satisfacción incluye aspectos de accesibilidad, trato personal, valoración técnica... por lo que se consideran más fiables aquellos estudios que relacionan más de un solo aspecto'.⁸³ Entonces la calidad puede ser medida en parámetros de la satisfacción del usuario/a que asiste al

servicio de salud, esto a su vez tomando en “cuenta que la calidad de la misma consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de una manera que rinda el máximo de beneficio con el mínimo de riesgos, garantizar la calidad significa, entonces, asegurar que las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención médica sean las más propicias para lograr que el/la paciente reciba el mayor beneficio con el menor riesgo y costo”⁸⁴.

Con lo anteriormente anotado sobre la calidad y los servicios es indispensable empezar a hacer una evaluación de la calidad y el servicio ofertado por el sistema prestador de salud.

Es este sentido la satisfacción del usuario/a es el aspecto fundamental de medición de la calidad e implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio y está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. En toda entidad que oferta bienes o servicios al conglomerado humano le interesa conocer cómo se sienten sus usuarios/as, clientes o en el caso tradicional de las unidades de salud, de sus pacientes, ante esto es que se inserta la necesidad de poder controlar este indicador, para lo cual se observa que dicha evaluación como lo propone Pascoe (1983; Ibern, 1992) realizarlo al paciente, y dándole la denominación de Satisfacción del Paciente (SP) la cual es vista como una medida más del resultado de las intervenciones sanitarias; con esto lo que se pretende es considerar la SP como el resultado de comparar la percepción que posee el paciente/usuario/cliente

sobre el proceso asistencial, con los estándares personales de lo que él considera una atención mínimamente aceptable (Mira y Aranaz, 2000).

7. Satisfacción de Usuario/a:

La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad⁸⁵. El principal problema en la definición del mismo y del análisis de la satisfacción se enfoca en la naturaleza subjetiva y el contexto; es decir un conjunto de antecedentes socio-culturales⁸⁶.

El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios/as, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de atención. Esta medición permite tener en cuenta las necesidades y expectativas del usuario/a a la hora de tomar decisiones clínicas⁸⁷. La importancia de la medición de la satisfacción del usuario/a ha sido demostrada en diferentes estudios por su estrecha relación con elementos como el cumplimiento en el tratamiento y la mejora en el estado de salud, tal como lo demuestran investigadores como Yancy⁸⁸, McKinley⁸⁹ y Ross⁹⁰.

Relmen, plantea que “satisfacción del usuario/a es el aspecto fundamental de medición de la calidad e implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio y está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan

que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios/as, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de atención. Esta medición permite tener en cuenta las necesidades y expectativas del usuario/a a la hora de tomar decisiones clínicas^{91, 92}.

La definición o conceptualización que tiene el/la usuario/a al respecto de la calidad, “depende principalmente de su interacción con el profesional de salud, de atributos tales como el tiempo de espera y la privacidad, la accesibilidad de la atención y, lo más básico, de que obtenga el servicio que procura”⁹³. En conclusión es de gran interés para el presente estudio saber cómo definir y medir la satisfacción del usuario/a, esto debido a que él/ella es quien se verá beneficiado con el servicio de salud que se le otorgue dentro del Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas.

Habitualmente se utilizan diversos métodos para conocer las opiniones de los pacientes⁹⁴, aunque las encuestas de satisfacción constituyen la forma tradicional de conocer el punto de vista del paciente sobre la asistencia sanitaria (Hall y Dornan, 1988a, 1988b⁹⁵). Las encuestas son sencillas de realizar, permiten conocer las opiniones de gran número de pacientes a un coste razonable y su interpretación suele requerir menos tiempo y recursos que otros métodos”⁹⁶.

La calidad de atención en la consulta externa debe ser uno de los objetivos importantes del sistema sanitario nacional, debido a que ésta registra siempre un alto volumen de pacientes produciendo largas colas de espera que generan insatisfacción.⁹⁷ Sin embargo en los servicios hospitalarios es frecuente este tipo de evaluaciones mediante encuestas⁹⁸. Si esto se lo pone en la realidad del SISFA, se podrá observar que ISSFA pone en práctica una evaluación a los/as usuarios/as del servicio de

hospitalización en todos los centros de salud que ofertan esta atención, mientras que el resto de usuarios/as no son considerados dentro de estas evaluaciones, es decir una sectorialización del análisis de los clientes externos sobre los servicios ofertado.

La **satisfacción del paciente** es un componente destacado de la calidad de la atención médica que influya directamente en la utilización de los servicios y el grado de cumplimiento terapéutico^{99, 100}.

Satisfacción: Se refiere a la complacencia del usuario/a (en función de sus expectativas) por el servicio recibido y la del trabajador de salud por las condiciones en las cuales brinda el servicio. Se puede dividir en tres grados:

- *Satisfacción completa:* Cuando las expectativas del usuario/a son cubiertas en su totalidad.
- *Satisfacción intermedia:* Cuando las expectativas del usuario/a son cubiertas parcialmente.
- *Insatisfacción:* Cuando las expectativas del usuario/a no son cubiertas¹⁰¹.

La satisfacción de los/as usuarios/as es un buen índice para determinar la calidad de los servicios, sin embargo "...se observa que la satisfacción con el servicio está influenciada por la calidad global, pero también con el servicio esencial, es decir, con el servicio médico..., por lo que la conclusión básica que se desprende, es que la calidad percibida del servicio es un antecedente de la satisfacción, no observándose ninguna relación en sentido inverso." (Bigné et al, 1997)^{102, 103}.

Se considera a la satisfacción como un antecedente para medir la calidad, es así que el definir la satisfacción es plantear un concepto complejo y multisectorial¹⁰⁴ compuesto por varios factores se ven dentro de la prestación de los servicios, elementos tangibles e intangibles; los mismos que tienen evaluación postconsumo o postuso tomando en cuenta dentro del resultado los procesos psicosociales tanto cognitivo y afectivo, así como la propia percepción que posea el/la usuario/a sobre la calidad¹⁰⁵, siendo esto el de mayor peso. Fitzpatrick¹⁰⁶ menciona que la satisfacción es la relación con la afectividad de la atención médica; y el número de veces que concurre el paciente a la unidad de salud en lo posterior.

Como parte final es necesario mencionar lo expuesto por Carr-Hill¹⁰⁷ quien probó que la satisfacción con la atención médica está influenciada por el grado en que la actuación del médico se corresponde con la expectativa del paciente. El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. Es así que las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio. Vale la pena decir que una experiencia “mala” será más representativa en un paciente que una experiencia “buena¹⁰⁸”. En conclusión; la falta de pericia del investigador puede generar resultados erróneos más el sesgo generado por la experiencia previa.

Existen diferentes métodos que permiten aproximar el conocimiento del nivel de satisfacción del usuario/a con el sistema sanitario, como el análisis de quejas y sugerencias¹⁰⁹ o la realización de estudios empleando metodología cualitativa¹¹⁰. Sin embargo los estudios de satisfacción con los servicios sanitarios se realizan, habitualmente, mediante técnicas de investigación cuantitativa: cuestionarios o encuestas de satisfacción^{111, 112}.

El factor denominado "**calidad subjetiva**" engloba los aspectos relacionados con la amabilidad, la empatía o si al paciente le pareció adecuado el tiempo de consulta que se le dedicó²¹¹³. Cuando se mide la calidad en los servicios de salud con algún instrumento consensuado ésta se vuelve más objetiva. Las dimensiones medibles pueden agruparse en tres principales categorías: la calidad científico técnica; la satisfacción de los/as usuarios/as; y la accesibilidad al servicio. La satisfacción del paciente constituye uno de los más versátiles indicadores de calidad; es la medida en que la atención médica y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario/a¹¹⁴.

Es ya una práctica común, al menos en las sociedades occidentales desarrolladas, evaluar la calidad de los servicios sanitarios públicos y privados mediante la medición del nivel de satisfacción de sus usuarios/as. Se ha comprobado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud¹¹⁵.

Las razones para medir la satisfacción pueden resumirse en cuatro:¹¹⁶

1. Proporciona un *feedback* imprescindible para la gestión y optimización de los recursos sanitarios.
2. Proporciona una medida legítima de la capacidad de la organización para dar cuenta de las necesidades de los/as usuarios/as, pudiendo ser utilizado como un indicador en el Control de Calidad del servicio.
3. Es uno de los activos con los que cuentan las organizaciones para lograr mejoras competitivas y resultados estables a medio plazo; y por último,

4. Predice las reacciones o comportamiento de los/as usuarios/as (lealtad, prescripción, adherencia al tratamiento, etc.).

3.7.1. Producto:

El **marketing** establece que un producto es cualquier objeto que es ofrecido en un **mercado** con la intención de satisfacer¹¹⁷ un deseo o una necesidad del consumidor. En este sentido, el producto trasciende su propia condición física e incluye aquello que el consumidor percibe en el momento de la compra (atributos simbólicos, psicológicos, etc.). El producto no material, por su parte, se denomina **servicio**¹¹⁸. Está compuesto por elementos tangibles e intangibles¹¹⁹.

Por ejemplo: la consulta ginecológica es un servicio, al igual que el chequeo ejecutivo.

Un producto es un conjunto de características y atributos tangibles (forma, tamaño, color...) e intangibles¹²⁰ (marca, imagen de empresa, servicio...) que el comprador acepta, en principio, como algo que va a satisfacer sus necesidades. Por tanto, en marketing un producto no existe hasta que no responda a una necesidad¹²¹, a un deseo. La tendencia actual es que la idea de servicio acompañe cada vez más al producto, como medio de conseguir una mejor penetración en el mercado y ser altamente competitivo¹²². Se puede decir, que la diferenciación está marcada principalmente por la tangibilidad o no del bien. Los productos de consumo, industriales... se pueden ver y tocar. Los servicios financieros, turísticos, de ocio, salud..., no. En cualquier caso, las diferentes teorías que se aplican al producto son perfectamente utilizables en el servicio.¹²³

Por tanto, producto o servicio es aquella idea que generó una empresa con el fin de dar cobertura y satisfacción a una necesidad específica de un grupo de personas, los cuales poseen características similares y con expectativas parecidas, ya que sus deseos son de hallar una satisfacción al corto, mediano o largo plazo con el producto ofertado, el mismo que deberá tener aspectos tangibles e intangibles.

8. Variable de Satisfacción de los/las Usuarios/as que Asisten al Servicio de Consulta Externa del Sistema de Salud de FF.AA.

Las encuestas de satisfacción a usuarios/as de servicios de salud, constituyen un Indicador de calidad de la atención sanitaria que evalúa el resultado del sistema sanitario; por tanto el concepto de satisfacción incluye aspectos de accesibilidad, trato personal, valoración técnica; es así que hay mayor fiabilidad donde se relacionan más de dos aspectos. Adicionalmente la opinión de los/as usuarios/as dentro de la evaluación de los servicios de salud, permitirá el planteamiento de reformar o planificaciones posteriores a los mismos^{124, 125, 126}.

Donabedian (1990) considera la interacción entre el personal de salud y el paciente desde dos puntos de vista: “las prestaciones técnicas y la relación personal con el paciente”, los cuales son los aspectos de la percepción de los/as pacientes acerca de la calidad del servicio, según dicen Melum & Sinioris (1992). *“Las percepciones de la calidad están influenciadas tanto por los aspectos interpersonales como clínicos de la atención de*

salud... Ambos son importantes, la calidad del servicio es intrínsecamente subjetiva y personal y depende de la relación entre el proveedor y el cliente¹²⁷.”

La perspectiva del paciente puede estar limitada en algunos factores, es así que una evaluación exhaustiva sobre la calidad de los servicios de salud no tendría que olvidar ni el punto de vista técnico, ni el resultado clínico, ni la utilización apropiada de recursos¹²⁸.

La satisfacción del usuario/a es el aspecto fundamental de medición de la calidad e implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio y está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias¹²⁹.

Para fin del presente estudio, se considerará como variable Satisfacción de Usuario a la suma de las siguientes características:

- Tiempos de espera del usuario/a: es decir, el tiempo que debe esperar para que le asignen una cita médica y el tiempo que debe esperar para ser atendido el día de su cita médica.
- Trato recibido por el personal que labora dentro de la casa de salud: aquí tomará en cuenta la forma de comunicación del profesional, es decir el nivel de explicación con claridad y de forma concisa sobre el estado de salud del usuario/a, como será su tratamiento y cubrir sus preguntas. Sumado a la valoración que asigno el/la usuario/a sobre el trato recibido por el personal que labora dentro de la casa de salud.

- El conocimiento previo sobre los servicios o productos que oferta el SISFAFA a nivel nacional, partiendo de la imagen institucional que el/la usuario/a tenga de la misma.
- Si el/la usuario/a ha presentado o no quejas, reclamos o sugerencias sobre el servicio recibido.
- Infraestructura y dotación: La estructura y espacio físico de las casas de salud, así como si el/la usuario/a considera que no existe problema alguno en dicho espacio. Sumado a la presencia del equipo y recursos médicos apropiados y suficientes para la realización de las atenciones.

III. MATERIALES Y MÉTODOS:

1. Diseño

Es un estudio de corte transversal.

Este tipo de estudio permite recoger información y describir la distribución de frecuencias de las características de salud de la población y de las asociaciones de estas con otras variables. Provee de claves importantes para determinar las causas del problema. Es realizado a partir de una observación hecha en una sola oportunidad y en un punto en el tiempo, se puede asemejar a una “fotografía instantánea” de un problema dinámico¹³⁰.

Es aplicado este modelo en la investigación desarrollada porque va a permitir tener una panorámica de la realidad de la satisfacción de los/as usuarios/as de las unidades de salud, aquí se obtendrá información clave del problema y sus posibles causas.

2. Área de estudio

El Sistema de Salud de FF.AA (SISAFSA) en el Ecuador está conformado por representantes y personal de salud pertenecientes tanto a las Fuerzas Terrestre (FT), Naval (FN) y Aérea (FA)¹³¹; a sus inicios fue creado bajo la concepción de apoyo estratégico dentro de las líneas militares, puesto que por su naturaleza de acciones debían poseer el personal y equipo necesario que dé respuesta inmediata a sus

demandas específicas de salud. En la actualidad FF.AA está aportando y apoyando a la ejecución de dos objetivos de los doce expuestos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND 2007-2010), siendo el cinco de función inherente y directa de FF.AA, mientras que el tres responde a las demandas sociales de la nación, es decir, apoyar en las funciones y actividades a desarrollarse en salud y en el sector social.

Históricamente se señala que desde el 1809 se vio al personal médico enrolado en las filas militares, pero aún sin conformarlo como un sistema estructurado. Para 1821 se genera la necesidad de dar cabida a la internación de los pacientes militares, se crea el Hospital de la Caridad en Guayaquil, el mismo que luego pasará a ser el primer Hospital Militar (1822). En 1910, un 13 de Mayo se organiza el Servicio de Sanidad Militar en la República¹³², El 20 de septiembre del mismo año por medio del Decreto Ejecutivo se aprueba el Reglamento Interno para los Hospitales Militares¹³³. En 1944 se estructura orgánicamente el servicio de Sanidad de la Fuerza Naval que venía actuando conjuntamente con el servicio médico de la Fuerza Terrestre, para el año de 1946 se incorpora el orgánico de la salud de la Fuerza Aérea, en este año el Congreso Nacional establece los servicios de consulta externa y organiza la Junta Administradora de Consulta Externa (JACE) la misma que se financiaba con el descuento del 1% del sueldo de todo el personal militar, rubro con el cual se podía proveer de medicinas, en 1963 por medio de un Decreto Ejecutivo se dispone de un "*Reglamento de la Dirección de Sanidad*", a partir de este año se fortalece la oferta de servicios de calidad tanto al "personal militar¹³⁴", como a sus "dependientes¹³⁵" y "derechohabientes¹³⁶". El 7 de agosto de 1992 se crea el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas¹³⁷ (ISSFA), el mismo que tiene como potestad velar por el bienestar de todos sus afiliados. Su proceso de creación y construcción del mismo parte del 9 de Julio 1925 a partir de la Ley de Retiro Militar en la presidencia del Dr. Isidro Ayora, para el 2 de Marzo de 1939 por medio de un

decreto legislativo promulgar la Ley de Pensiones de las FF.AA., lo que hace extender los beneficios brindados por la institución. Mediante un decreto legislativo el 29 de octubre de 1957 se da origen a la Caja Militar (Pensiones), dando paso a un gran logro no solo institucional sino en América Latina, ya que es el primer país en lograr dicho mérito. Finalmente tras varios intentos y búsquedas de apoyo en 1992 un 7 de agosto; se publica en el Registro Oficial no. 995 la Ley de Seguridad Social de las FF.AA¹³⁸; dando con este paso la legalización del ejercicio pleno de funciones institucionales.

En este sistema, DISAFA¹³⁹ ejerce el rol de rector, es decir que su potestad y función es diseñar, ejecutar y controlar programas nacionales de salud, realizados dentro de la institución, tanto en el área de promoción como de prevención, dar seguimiento a los casos aislados y particulares de salud en los diferentes niveles de atención, adicional esta sección debe cumplir con la dotación de determinados fármacos, así como de capacitaciones específicas al personal de salud y por último de dotar con equipo específico para el funcionamiento tanto de cada Dirección de Fuerza de Salud¹⁴⁰.

Las Direcciones locales de Salud que posee cada Fuerza a su vez ejercen el rol de entidades rectoras respectivas de su Fuerza y para sus casas de salud, teniendo de esta manera tres subdirecciones lo que hace notar un trabajo desconcentrado y descentralizado, pero a su vez con un matiz descoordinado, ya que las acciones no siempre son planificadas a nivel macro, sino que son respuesta inmediata a las necesidades propias de cada Fuerza, de cada región o de la localidad donde se acentúan las casas de salud, dando la pauta de cierta autonomía de acción y libertad en la toma de decisiones y ejecución de programas que den respuesta directa e inmediata a sus necesidades. Este tipo de trabajo se lo lleva a cabo bajo el concepto y naturaleza propia

de cada Fuerza, es así que pueden llegar a diferir en algún grado en los Planes Estratégicos de cada Dirección, es importante decir que todos apoyan y dan su aporte a la ejecución y consecución de las metas y objetivos del Plan Estratégico de Salud de FF.AA¹⁴¹.

Al hablar del financiamiento es indispensable decir, que una parte porcentual mínima es dada del presupuesto general que el Estado ecuatoriano asigna a FF.AA, es decir, que en la administración institucional solo un valor bajo se da a al Sistema de Salud de FF.AA. (MEF¹⁴²), ISSFA, por ser una entidad aseguradora y responsable de la seguridad social (equivalente al IESS) da un aporte al SISFA con el financiamiento con el mantenimiento en cierto grado de las casas de salud. Pero no son cubiertos en un cien por ciento.

El financiamiento de cada Dirección de Salud de Fuerza es con una partida presupuestaria mínima asignada de los valores anuales dados para los Planes Operativos por cada Fuerza (Ejército, Marina y Aérea). El mayor rubro de financiamientos (Anexo No. 02 "Cuadros de proceso de financiamiento FAE, FT.") de las actividades a ser realizadas dentro de las casas de salud es dado por medio de la autogestión, es decir, la venta de productos y servicios a los/as usuarios/as de cada localidad. El rubro (Fondo Fiscal) dado de forma indirecta por el Estado a cada una de las Direcciones de Salud, es empleado para el pago de los sueldos, viáticos y subsistencias del personal; para el desarrollo de las capacitaciones y por último se establece un rubro denominado como fondo de emergencia, el mismo que es empleado para el mantenimiento y adquisición de equipos. Sobre cada una de estas direcciones en cada Fuerza existe un departamento denominado como Dirección de Desarrollo Institucional (D.D.I.); el mismo que tiene como fin autorizar o negar la inversión o ejecución de algún programa, esto a partir de análisis

financieros y si estos están o no como recurrentes y de total beneficio para la entidad militar. Todo el dinero o el fondo que posee cada DDI dentro de cada Fuerza es conocido bajo el nombre de cuenta única, es decir que los diferentes sectores institucionales que sean generadores de valores deben ingresar sus aportes monetarios, solo que esto no garantiza que el dinero ahí capitalizado sea devuelto a la brevedad posible a cada casa de salud, ya que si este DDI considera que no es meritorio la inversión que se desea desplegar, simplemente no son asignados los valores.

En cada una de las casas de salud perteneciente a las diferentes Fuerzas se genera la autogestión económica y financiera, a partir de la venta de servicios, sean estos consulta externa, valores de hospitalización, valores de emergencia, exámenes de laboratorio y de imagenología, así como paquetes especiales (Chequeo Ejecutivo, paquetes institucionales o comunitarios, etc.)¹⁴³. Con este capital recolectado las diferentes casas de salud pueden dar cobertura a los siguientes costos: medicina asistencial y preventiva, gestión administrativa, fortalecimientos de equipos y accesorios. De la misma manera el Hospital General de las FF.AA (HG-1) realiza una autogestión para la cobertura de sus necesidades, como adicional ellos crearon junto con ISSFA y la ESPE un Sistema de Aseguradora, el mismo que se denomina ALFA MEDICAL, este vende los servicios y funciona con la alianza estratégica con otras unidades de salud del sistema privado, cobrando un valor diferencial por cada uno de ellos.

Al hacer una descripción de la misión y la visión del Sistema de Salud de FF.AA se tiene:

Misión: “**Conservar el potencial humano**” *“Proporcionar servicios de sanidad en apoyo a las operaciones militares y brindar un servicio integral de salud, con calidad y*

calidez al personal militar del sistema de sanidad, así como a las personas que lo requieran.”

Visión: *“Ser un Sistema de Sanidad Militar sólidamente integrado, efectivo, sostenible, sustentable, soportando en el marco jurídico institucional; con talento humano capacitado, comprometido y con conciencia ambiental; que cuente con infraestructura y equipamiento modernos, para brindar atención médica integral que garantice el bienestar de la comunidad militar y civil.”¹⁴⁴*

Cada una de estas son adaptadas y acopladas a la necesidad y realidad de cada Fuerza, así como al nivel de complejidad al cual se está prestando el servicio. En conjunto FF.AA posee ciento seis unidades de salud, repartidas entre unidades de salud de primer nivel, segundo y tercer nivel, entre estas se localizan casas que pertenecen a Fuerza Terrestre (FT), Fuerza Naval (FN), Fuerza Aérea (FA), Comando Conjunto (CC), Ministerio de Defensa Nacional (MDN) y Unidades adjuntas. En forma descriptiva se tienen en el Comando Conjunto cuatro unidades de salud, de las cuales una es de tercer nivel con localización en la ciudad de Quito, siendo el Hospital de especialidades HG-1; y por tanto el de mayor complejidad tanto en intervenciones como en estructura¹⁴⁵, las otras tres unidades de salud son pertenecientes a unidades de salud de primer nivel. (Anexo No. 03 “Unidades de Salud de FF.AA., por niveles de complejidad, según Fuerza, 2008”)

A la Fuerza Aérea (FA) le corresponden trece unidades de salud, de las cuales diez pertenecen a primer nivel y tres son de segundo nivel, con una presencia geográfica en las cuatro regiones, a este número se le suma cinco unidades de salud anexas (dispensarios o policlínicos ubicados dentro de las instituciones educativas).

La Fuerza Naval (FN) tiene a su cargo catorce casas de salud, de estas; dos son hospitales de segundo nivel localizados en la Región Costa (Guayaquil y Esmeraldas), y doce pertenecen a primer nivel.

Mientras que la Fuerza Terrestre (FT) posee cincuenta y nueve unidades de salud con una presencia en las tres regiones geográficas continentales del Ecuador, ocho son hospitales de segundo nivel y cincuenta y uno son de primer nivel. Adicional cuenta con once unidades de salud - puestos de salud y/o policlínicos que son considerados como anexos (centros o puestos de salud ubicados en dentro de las instituciones educativas - COMILes).

El perfil de salud de la población que acude al SISAFa durante el año de análisis 2007¹⁴⁶ con respecto de las diferentes unidades de salud de las FF.AA y el HG-1 con respecto a Fomento (actividades preventivas) fueron: 56% en hombres y 44% a mujeres. Si de las atenciones registradas en este año se basa a las brindadas exclusivamente al personal militar se tiene que a FT. le corresponde 32%, a FN. 29 % y a FA. 39%. A su vez el porcentaje de acciones de fomento registrados fueron: en población civil (Particular 81% y Convenio 19%), al grupo familiar (Derechohabiente 1%, Servicio pasivo 12% y Servicio activo 88%) y personal militar (Conscripto 2%, Aspirantes 9%, Servicio pasivo 1% y Servicio activo 89%). Estos valores han sido extraídos del total de acciones según el grupo poblacional al que corresponden y como es su distribución interna¹⁴⁷.

La distribución de las atenciones realizadas según el tipo de actividad o programa de salud realizado es el siguiente: 25.4% de atenciones a la mujer (Atención prenatal 50%, Partos 3%, Planificación familiar 19% y DOC¹⁴⁸ 27%). En primera consulta se generó un 48% (Niños 10%, Adolescentes 23% y Adultos 63%), en las consultas

subsecuentes se observó 26.7% de las atenciones (Niños 31%, Adolescentes 5% y Adultos 64%)¹⁴⁹.

En cuanto a la morbilidad las atenciones mayores fueron reportadas en número más alto en la población de familiares con un 54.5% con respecto del resto de grupos. Mientras que el grupo etareo que presenta más atenciones o asistencias a las diferentes unidades de salud se ubica en personas de 20-35 años con un 21%, seguido de un 19% de atenciones en el grupo de 36-49 años. Las edades con picos o mayor número de atenciones generados según épocas específicas del año corresponden a personas de 15-19 años y a personas que superan los 65 años de vida. (Anexo No. 04 “Consultas de Morbilidad brindadas en las Unidades de Salud de las FF.AA., por Unidad de Salud según grupos etáreos, primeras y subsecuentes, año 2008”)

De los datos expuestos anteriormente el principal causal de consulta hospitalaria está vinculado a las especialidades de: Traumatología, Medicina interna, Ginecología y Cardiología. Sus diferencias entre el número de registros mostrados según el sexo de usuario/a no es muy notoria entre sí, a más que no se encasilla a una edad propia o casi exacta.

2.1. Casas de Salud de la Fuerza Terrestre:

En la ciudad de Cuenca, provincia de Azuay se localiza el **Hospital de la Tercera División del Ejército “TARQUI”** (HD-III-DE), se conoce que la existencia de este hospital data del 5 de marzo de 1822, pasando por varias transformaciones y adaptaciones propias y necesarias a la realidad de la Fuerza y de la nación, esta casa de salud se

compacto en 1941 durante el conflicto de Ecuador – Perú, solo en el año 2007 por disposición del Ministerio de Defensa, adopta el nombre de Hospital de la Tercera División de Ejército “Tarqui”¹⁵⁰ (Anexo No. 05 “Imagen HD-III-DE”). Se encuentra situado en la zona centro de la ciudad con una estructura física limitada, posee los servicios de consulta externa, hospitalización, emergencia y cuidados intensivos. Tiene personal muy profesional pero no de planta y presencia de pocos médicos (4) militares que prestan sus servicios en esta dependencia; con equipos de atención moderados, presta los servicios al personal militar, a los/as usuarios/as dependientes, así como en gran cantidad a la población civil (en especial de recursos económicos limitados), esto debido a su gran imagen profesional que posee en la población, puesto que su cuerpo médico civil es considerado como un recurso humano de excelencia y por tanto su fama va en aumento; claro está que el hospital en su gran mayoría hace un trabajo mixto, es decir, presta las instalaciones y los médicos civiles lo hacen uso; por tanto los recursos de ingreso que percibe este hospital son por cuestión de arrendamiento del espacio físico, cuyo valor es muy irrisorio y por tanto poco competitivo. A este hospital se lo considera como un centro de segundo nivel de referencia para los policlínicos, puestos de salud y Hospitales de Brigada (HB) situados en la zona sur del territorio y que pertenezcan a la Fuerza Terrestre; esto se debe a que se cree que su nivel de resolución es mejor que los HB.

En la ciudad de Pasaje provincia de El Oro, en la zona sur del territorio nacional se ubica el **Hospital de Brigada 1 “EL ORO”** (HB-1) (Anexo No. 06 “Imagen fachada – HB-1”), situado a las afueras de la población contiguo al hospital público, con una infraestructura pequeña y una capacidad de hospitalización limitada, es un centro que realiza prácticas quirúrgicas y atención de emergencia, así como presta el servicio de hospitalización, estudios clínicos y por supuesto consulta externa.

El HB-1 a sus inicios en el año de 1954, solo era una Sala Militar, la misma que fue cedida por el Hospital Civil “San Vicente de Paúl”. En la tercera presidencia del Sr. José María Velasco Ibarra, se dio inicio a la construcción de este hospital, el mismo que fue inaugurado como tal el 25 de mayo de 1957¹⁵¹. Este hospital ha venido desde entonces funcionando con limitaciones propias a la ubicación geográfica y más a las inherentes a las asignaciones económicas dadas por la Fuerza.

En la ciudad de Loja, capital de la provincia de Loja se ubica el **Hospital de Brigada No. 7 “LOJA”** (HB-7) (Anexo No. 07 “Imagen Interna del Hospital” HB-7), está situado en el centro de la ciudad a una cuadra al sur de la Catedral de Loja, con una estructura física limitada e inadecuada para el desarrollo de sus actividades, está proveyendo de servicios tanto de consulta externa, emergencia, hospitalización y laboratorio.

En el año de 1956 se organiza la Sala Militar, la misma que funciona anexa al Hospital Civil “San Juan de Dios”, al observar que la demanda tanto del personal militar como de sus familiares va en incremento se decide fundar el Hospital Territorial No. 6, el cual funcionará en una casa previamente alquilada y refaccionada para estos fines. El 6 de agosto de 1980 se realiza la compra del inmueble ubicado en el Parroquia El Sagrario¹⁵², en esta edificación se crea el Hospital de Brigada No. 7 “LOJA”.

El **Hospital de la Cuarta División del Ejército “AMAZONAS”** (HD-IV-DE) (Anexo No. 08 “Imagen Hospital” HD-IV-DE), en la actualidad se acentúa en la ciudad Puerto Francisco de Orellana (Coca) perteneciente a la provincia de Orellana, sector norte de la Región Oriental o Amazónica. A este hospital se lo considera como estratégico para las funciones y actividades que desarrolla la Fuerza, por tal razón ha debido ir en constante cambio. El 24 de marzo de 1974 se funda un puesto de enfermería en Coca, para el 8 de

septiembre de 1995 se funda el Hospital de Brigada-19 “Napo”, esto debido al incremento en el número de asistencias médicas tanto del personal militar como de sus dependientes en este sector, mientras que el primero de enero del 2008 por orden superior se denomina a esta casa de salud como HOSPITAL DE LA CUARTA DIVISIÓN DEL EJERCITO (HD-IV-DE), lo que coloca a esta casa de salud como centro hospitalario de referencia para las otras casas de salud pertenecientes a este sistema y se sitúan en esta zona del país. Posee los servicios de consulta externa, hospitalización, emergencia, quirófanos, laboratorios.

El **Hospital de Brigada No.17 “PASTAZA”** (HB-17 “Pastaza”), está ubicado en la ciudad del Puyo provincia de Pastaza, en la zona céntrica de la Región Oriental. En el año de 1969¹⁵³ inicia las labores el Hospital No. 11, en uno de los terrenos donados por el MDN¹⁵⁴; en el año 1987 se cambia el nominativo del Hospital, llamándose Hospital No. 20 “Pastaza”. en mayo de 1990 se inicia la construcción del nuevo Hospital Militar, el 8 de agosto de 1994, abre sus puertas a la población civil, militar y familiar, dando así paso al funcionamiento de este hospital, el cual a un inicio fue denominado como el HD-IV-DE, solo que desde el 2007 adopta el nombre final con el cual funciona de HB-17 “Pastaza”.

2.2. Casas de Salud de la Fuerza Naval:

En la ciudad de Guayaquil se localiza el **Hospital Naval Guayaquil** (HOSNAG) (Anexo No. 9 “Imagen de HOSNAG”), el cual es el más grande tanto en estructura física, como en número de personal y atenciones registradas por año, por tanto este es considerado como el hospital insigne, se localiza en la zona sur de la ciudad cerca del

puerto marítimo. Su trabajo está direccionado en lograr la Visión “Ser una organización de confianza y credibilidad por su gestión y la calidad de sus servicios de salud¹⁵⁵.”

2.3. Casa de Salud de la Fuerza Aérea:

Clínica FAE ALA DE COMBATE No. 12, situado en la ciudad de la Latacunga provincia de Cotopaxi; fue creada en 1990 el 27 de octubre, para el año 1997¹⁵⁶ empezó a funcionar como centro de hospitalización y quirúrgico, cuanta con once especializaciones para dar atención en consulta externa, a más del servicio de laboratorio, rayos X, emergencia y ambulancia medicalizada.

Clínica FAE ALA DE COMBATE No. 23, ubicada en la ciudad de Manta provincia de Manabí, fue creada de forma simultánea a la clínica ALA 12, posee similares características de servicios que las ofertadas en la clínica anteriormente descrita, en su personal y estructura es ligeramente superior a la que posee la casa de salud de Latacunga.

2.4. Hospital Militar HG-1:

En la ciudad de Quito, capital de la República del Ecuador se localiza el ***Hospital General de las FF.AA*** (HG-1), la única casa asistencial de tercer nivel y por tanto exclusiva para la resolución de problemas de salud de gran complejidad que no pudieron

ser resueltos en las otras unidades de salud de donde fueron referidas. Anexo No. 10
"Imagen HG-1"

Este hospital posee una administración directa al DISAFA, por tanto es el hospital que está bajo las normas de CC.FF.AA y debe responder a las acciones combinadas de los profesionales médicos militares que pertenecen a las tres Fuerzas. A su vez es el hospital más importante de este sistema, los costos son referentes al tarifario diseñado por el ISSFA.

La reseña histórica de esta casa de salud data de 1918, donde funcionaba en una edificación antigua (Actual Caja del Seguro) localizada en el sector de El Ejido¹⁵⁷, puesto que en ese sector se acentuaba la Escuela Militar. En 1961, se plateó la construcción del actual hospital, en 1966 el Sr. Presidente Clemente Yerovi asigna el 3% del presupuesto general dado al Ministerio de Defensa a Sanidad Militar y de ahí el 35% es el rubro proporcionado para la edificación del HG-1, la construcción de dicha casa de salud duró diez años, razón por la cual en 1977 se realiza la inauguración del nuevo hospital. En estas instalaciones empieza a funcionar de forma incompleta y por fases debido a que aún faltaban completar algunas áreas de la edificación o dotar de lo necesario para su completa operatividad; siendo el primero de junio de 1977 cuando su funcionamiento lo realiza a plenitud. Actualmente el hospital a tenido modificaciones esto frente a las modificaciones y transformaciones propias de la era y causa de la globalización, es así que cuenta con la presencia de un seguro propio que lanzó al mercado cautivo que posee, dicho producto es ALFAMEDICAL¹⁵⁸.

3. Universo:

Durante el año 2008 se registraron setecientos treinta y dos mil cuatrocientos veinte y seis (732.426) atenciones en las casas de salud pertenecientes a FF.AA¹⁵⁹., correspondientes a primer, segundo y tercer nivel en las cuatro regiones geográficas, Tanto a usuarios/as militares, familiares como particulares, de todos los grupos atareos, y con presencia de hombres como de mujeres. (Anexo No. 11 “Usuarios atendidos en las Unidades de Salud de las FF.AA., por Unidad de Salud según tipo de usuarios, horas trabajadas y promedio de atención hora médico, año 2008”)

4. Tamaño de Muestra:

El total de la muestra tomado para el presente estudio fue 766 participantes que corresponden a los nueve hospitales.

En el Sistema de Salud de FF.AA., se encuentran unidades de salud tanto de primer como de segundo y tercer nivel; en total son 90 centros asistenciales. (Anexo No. 12 “Listado de Unidades de Salud de las FF.AA., año 2008”).

Se escogió a los centros de estudio bajo la modalidad de estratificación y según uso de valor porcentual. Las unidades de salud a ser objeto de estudio son los centros hospitalarios de segundo y tercer nivel, esto a partir del número de atenciones registradas por año, que sean representativas para su respectiva Fuerza y región geográfica donde se ubican. Se trató además de buscar los hospitales que estén cubriendo en su totalidad

al Ecuador, por tal razón se ubicaron en diferentes provincias tanto en las zonas norte, sur, occidente y oriente.

Se escogió ocho centros hospitalarios de segundo nivel del total de los trece existentes, de estas cinco corresponden a la Fuerza Terrestre, dos a la Fuerza Aérea y una a la Fuerza Naval; y la única casa de salud que corresponde a tercer nivel.

El valor calculado de la población objeto de estudio pertenece a los registros del año 2008 por concepto de atención en consulta externa (datos de morbilidad, primera consulta y consulta subsiguiente). Es así, que en ese periodo de tiempo en las trece unidades de salud que corresponden a los centros de atención de segundo nivel se identificó doscientos ochenta y siete mil quinientos noventa y siete (287.597) atenciones o reportes de atención, y en la única casa de salud de tercer nivel se conoció que se realizaron ciento noventa y tres mil seiscientos noventa y cuatro (193.694) atenciones.

Con estos datos se procedió a aplicar la fórmula con la previa identificación de las unidades asistenciales con mayor representatividad tanto para la región, como la Fuerza a la que pertenecen y a su vez que respete el peso proporcional de participación según su aporte del total de casas de salud.

Para realizar el cálculo del tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula: (con tamaño de población conocido)

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

Donde **pq** significa Varianza de la variable de referencia para el cálculo del tamaño de la muestra. En el cálculo se aplicó 0.5

K corresponde al nivel de confianza, esto determina que el resultado que arroje la muestra es aceptable en un porcentaje determinado. El mismo que fue de 5%.

e = es el error esperado de la muestra (0.05).

n = es el tamaño de la muestra a investigar.

N = tamaño de la población sujeta a estudio.

$$n = \frac{(1.96)^2 * ((0.5)*(0.5)) * 287.597}{((287.597-1) * (0.05)^2) + 1.96^2 * ((0.5)*(0.5))}$$

n = 383

Por tanto; el número de encuestas a ser tomado en cuenta para que sean representativos de las casas de salud de segundo nivel fue de trescientos ochenta y tres (383). De este número de encuestas se asignó el valor porcentual a las ocho unidades de salud según la cantidad de producción anual registrado. Mientras que en la única casa de salud de tercer nivel se estableció el mismo procedimiento solamente que este número de encuestas será aplicada de forma pura a la única casa de salud de este tipo que es el

HG-1 de la ciudad Quito, cuya muestra fue de trescientos ochenta y tres (383). Anexo No. 13 "Muestra – Cálculo". Es decir, que el total de la muestra fue de 766 participantes.

Las ciudades que fueron tomadas como base para el levantamiento de datos fueron en la Región Costa: Guayaquil (FN), Manta (FA) y Pasaje (FT), en la Región Sierra: Latacunga (FA), Cuenca (FT) y Loja (FT) y en la Región Oriental: Francisco de Orellana (Coca) (FT) y Puyo (FT), con estas ocho ciudades se completó el trabajo de estudio y análisis neto a las casas de salud de segundo nivel. Anexo No. 14 "Mapa del Ecuador, según su Región"

Por su parte otra sección del trabajo y de forma independiente es el estudio a ser realizado en el HG -1 de la ciudad de Quito, esto por ser la única casa de salud que corresponde al tercer nivel. Completando de esta manera las nueve casas de salud en nueve lugares, que se torna representativo a las tres Fuerzas, las tres regiones y de los dos niveles de atención. Con una población participante de 383 (trescientos ochenta y tres personas)

Se aplicó una encuesta adaptada previamente con la realización de dos pilotos llevados a cabo en el ESNAQUI (Estación Naval Quito – Unidad de salud de primer nivel) y dentro de las instalaciones del Comando Conjunto con el personal que asistió al servicio médico, estas pruebas fueron aplicadas en dos días diferentes, puesto que el cuestionario original aplicado por una consultora en el Ministerio de Salud Pública en el mes de enero del año 2009, estaba compuesta por ochenta y cinco preguntas lo que expandía mucho

en tiempo de elaboración, aproximadamente de sesenta minutos por persona, incluso abarcando temas que salían del ámbito central sobre la calidad del servicio.

5. Criterios de Inclusión y Exclusión:

5.1. Criterios de Inclusión:

- Persona usuarias tanto hombres como mujeres mayores de 15 años.
- Personas que sepan leer y escribir o que su acompañante lo sepa y preste su ayuda para la realización de la encuesta.
- Personas que hayan asistido con anterioridad a los respectivos centros de atención.
- Personas que tengan conocimiento o hayan ido a al menos una casa de salud perteneciente al SISFAFA adicional a la cual fueron encuestados.

5.2. Criterios de Exclusión:

- Personas que asisten por vez primera a las casas de salud de FF.AA.
- Asistentes que han ido con baja frecuencia a los servicios o que llevan poco tiempo de asistir a los mismos.
- Personas menores de quince años.

6. Instrumento:

El instrumento que fue utilizado en el desarrollo del estudio satisfacción de los/as usuarios/as de los servicios de salud de FF.AA, fue un instrumento adecuado a las necesidades de la población y razón de ser de la investigación. El texto original fue empleado para medir la accesibilidad por parte del Ministerio de Salud Pública en el Ecuador.

El diseño utilizado posee treinta y seis preguntas, las mismas que están situadas en siete bloques de interés. (Anexo No. 15 “Encuesta de Satisfacción de Usuarios/as Externos del Sistema de Salud de Fuerzas Armadas”)

- Datos demográficos:

Tiene tres preguntas, de estas dos son abiertas y una de doble opción de respuesta.

Aquí se busca identificar el lugar de origen de la persona encuestada y a qué sector de residencia corresponde.

En la parte superior de la primera hoja de la encuesta se pedía a los señores encuestados que identifiquen a qué tipo de usuario corresponde, es decir colocando una M= Militar, una F=Familias o una C=Civil.

- Datos socio-demográficos:

Compuesta por cuatro preguntas, son preguntas cerradas de opción.

- Uso de los servicios de salud del Sistema de Salud de FF.AA.:

Contiene cuatro preguntas, las mismas que son de opción Si/No. Este bloque es fundamental para continuar o no con el resto de la encuesta. Su fin es conocer el uso y asistencia de los servicios de salud.

- *Necesidades de salud de la población:*

Está compuesta por tres preguntas cerradas de opción múltiple. La finalidad de este grupo de preguntas es determinar la frecuencia de uso de las unidades de salud y a que prestador corresponde.

- *Evaluación de los servicios del Sistema de Salud de las FF.AA.:*

Contiene quince preguntas, de las cuales una es de opción Si/No, una pregunta abierta. Y las trece preguntas restantes son de opción múltiple siendo la pregunta 29 se secuencia si contesto que sí en la pregunta 28. La finalidad de estas preguntas ha sido determinar tiempos de espera, tipo de atención que el usuario ha recibido y aspectos que son de interés con el servicio que FF.AA da a sus usuarios/as.

- *Evaluación de los espacios físicos:*

Compuesta por dos preguntas de opción múltiple, donde se evalúa el tipo de edificación y el principal problema del mismo.

- *Conocimiento del Sistema de Salud de FF.AA.:*

Compuesta por cinco preguntas de opción múltiple, la finalidad conocer si los/as usuarios/as conocen aspectos institucionales y de prestación de los servicios que tiene FF.AA.

7. Variables e indicadores:

7.1. Variables:

TABLA No. 01: "VARIABLES".

<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Medida</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Fuente</i>	<i>Análisis</i>
Institución	Lugar donde ocurre el evento	Nombre	Categórica	Encuesta	Porcentaje
Tipo de institución	A qué nivel corresponde	Segundo nivel Tercer nivel	Categórica	Encuesta	Porcentaje
Edad	A que grupo etareo corresponde el usuario		Categórica	Encuesta	Porcentaje
Nivel de educación	Tipo de instrucción formal del participante.	Ninguna Primaria Bachillerato Universidad Posgrado Técnico	Categórica	Encuesta	Porcentaje
Tipo de usuario.	Si es civil, familiar o militar.	Civil Familiar Militar	Categórica	Encuesta	Porcentaje
Género	Sexo del participante	Hombre Mujer	Categórica	Encuesta	Porcentaje
Lugar de residencia	Donde se localiza su casa.	Urbano Rural	Categórica	Encuesta	Porcentaje
Estado civil	Cómo es considerado el participante dentro del	Soltero Casado	Categórica	Encuesta	Porcentaje

	estudio.	Divorciado			
		Unión libre			
		Viudo			

8. Prueba piloto:

El instrumento inicial fue aplicado por el MSP a inicios del año 2009 a modo de entrevista casa a casa, este superó las setenta preguntas, las mismas que incluían aspectos de percepción política y de aceptación así como de calificación tanto al gobierno, como a sus ministros. (Anexo No. 16 “Encuesta MSP”)

En el primer piloto se validó las preguntas y se disminuyó a cuarenta y cinco con una duración de treinta minutos, esta fue aplicada de forma indistinta en el personal tanto militar como de servidores públicos del CC.FF.AA., los mismos que aportaron con su percepción sobre el instrumento, dando a notar que el excesivo tiempo que tomaba para responder las preguntas hacia que pierdan el interés y por tanto puedan llegar a dejar sin contestar más de una interrogante. Esta prueba se realizó en la última semana del mes de julio del año 2009.

La segunda aplicación piloto desarrollada en el ESNAQUI¹⁶⁰ fue de treinta y seis preguntas en un tiempo promedio de quince minutos, las mismas que fueron de opción múltiple. Por tanto, se pudo llegar a la conclusión que esta cantidad de preguntas y tiempo

de aplicación era el adecuado y respondía a los intereses del estudio. Esta prueba se llevó a cabo durante la primera semana del mes de agosto a un total 119 personas tanto militares, familiares como civiles.

9. *Recolección de información:*

Una vez realizada las adaptaciones correspondientes al instrumento se realizó la programación de visitas a los diferentes hospitales, las mismas que fueron programadas durante el mes de agosto. Previamente se dio conocimiento tanto a las Direcciones de Salud de cada Fuerza (los documentos de respaldo se podrán observar en los Anexos No. 17 “Hojas y cartas de aceptación institucional”. Anexo No. 18 “Cronograma de visitas a las casas de salud a ser estudiadas”) y a su vez a cada uno de los hospitales y de las clínicas a ser estudiadas por medio de comunicados internos enviados por el sistema de “cero papeles” y uso de oficios y/o memorándum. Adicional se dio un instructivo con anticipación a cada uno de los hospitales y clínicas esto con el fin de exponer de forma clara y concreta el objetivo del trabajo, la forma de administración del instrumento y el manejo de los datos recolectados. (Anexo No. 19 “Instructivo de Encuesta”).

Junto con el instrumento se procedió a la entrega de un texto explicativo de la información a solicitar, en el cual se pedía la autorización de uso de datos y a su vez aceptación de participación, esto con el fin de dejar en constancia la veracidad de los datos recabados. Anexo No. 20 “Hoja de información participante”

Tabla No. 02: “Proceso de recolección de datos en las unidades de salud escogidas”.

(Anexo No. 21 “Descripción de levantamiento de datos”).

Entidad:	Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	Duración:	Comentarios:
Clínica FAE “Ala de Combate # 12”. (Latacunga - Cotopaxi)	Lunes 17 de agosto del 2009	Lunes 17 de agosto del 2009.	Un día en horas de consulta.	17 encuestas, el 4.44% del total de la muestra de casas de salud de segundo nivel.
Clínica FAE “Ala de Combate # 23” (Manta - Manabí)	Miércoles 19 de agosto del 2009. (Anexo No. 22 “Imagen exterior de la Clínica - MANTA”)	Miércoles 19 de agosto del 2009.	Un día en horas de consulta.	22 encuestas, el 5.74% del total de la muestra de casas de salud de segundo nivel.
Hospital Naval Guayaquil “HOSNAG” (Guayaquil - Guayas)	Jueves 20 de agosto del 2009.	Viernes 21 de agosto del 2009.	Dos días enteros, tanto en las consultas de la mañana como en la tarde.	187 encuestas, 48.82% del total de la muestra de casas de salud de segundo nivel. Se utilizó el listado de los asistentes a las diferentes especializaciones. (Anexo No. 23 “Listado de pacientes - HOSNAG”,)
HD-III-DE “Tarqui” (Cuenca - Azuay)	Lunes 24 de agosto del 2009.	Martes 25 de agosto del 2009.	Dos días completos, en jornada matutina y	58 encuestas, 15.14% del total de la muestra de casas de salud en

			vespertina.	segundo nivel.
HB – 1 (Pasaje – El Oro)	Miércoles 26 de agosto del 2009.	Miércoles 26 de agosto del 2009.	Un día, en jornada matutina y vespertina.	32 encuestas, 8.35% del total de la muestra de casas de salud en segundo nivel.
HB - 7 (Loja - Loja)	Jueves 27 de agosto del 2009.	Viernes 28 de agosto del 2009.	Dos días de levantamiento de datos en jornada matutina.	33 encuestas, 8.62% del total de la muestra de casas de salud en segundo nivel.
HD-IV-DE “Amazonas” (Coca - Orellana)	Lunes 31 de agosto del 2009.	Martes 01 de septiembre del 2009.	Dos días de levantamiento de datos en jornada matutina.	12 encuestas, 3.13% del total de la muestra de casas de salud en segundo nivel.
HB – 17 (Puyo - Pastaza)	Miércoles 2 de septiembre del 2009.	Jueves 3 de septiembre del 2009.	Dos días de trabajo.	22 encuestas, 5.74% del total de la muestra de casas de salud en segundo nivel. Mayor participación de usuarios civiles.
HG – 1 (Quito - Pichincha)	Lunes 14 de septiembre del 2009.	Viernes 18 de septiembre del 2009.	Una semana de trabajo en el levantamiento de datos, tanto en jornada matutina como vespertina.	383 encuestas. La población muestral es del 100% tomada en esta casa de salud puesto que es la única perteneciente a tercer nivel dentro del Sistema de Salud de FF.AA.

10. Procesamiento de datos:

10.1. Ingreso de datos:

Para facilitar el proceso de entrada de datos y reducir errores se utilizó el programa EPIINFO® versión 6.0^{clxi}. Con el fin de incrementar la confiabilidad del proceso se realizó doble digitación; es decir se creó también una tabla lisa de datos en el programa Excell. El autor trabajó personalmente en este proceso.

Se utilizó doble digitación para realizar mejor manejo de datos al momento de su análisis tanto en programa EPIINFO, EXCELL Y R

10.2. Limpieza de datos:

Se chequearon errores mediante la impresión de los datos en forma de tablas, buscando inconsistencias. Adicional se usó la herramienta Filtro dentro de cada una de las columnas de datos registrados en Excell.

11. Plan de análisis:

Se diseñó una base de datos en Epi-info® que se exportó posteriormente a STATA versión 6.0^{clxii} (59). Se realizaron análisis univariado y bivariado según el nivel de

medición. Se determinaron los factores relacionados con la satisfacción a través de regresión logística; la variable dependiente fue el grado de satisfacción. Con el método stepwise se agregaron una por una las variables independientes y las co-variables y se evaluaron en términos de la significancia de su OR y mediante el test de Chi cuadrado del Log-likelihood $\{X^2: -2\ln(L2/L1)\}$ para definir su inclusión en el modelo final^{clxiii} (60). La creación de la función satisfacción fue diseñada por medio de la combinación de varias variables las mismas que fueron cruzadas dentro de Excell con el uso de fórmulas de razón.

12. Consideraciones éticas / Consentimiento Informado:

Con el fin de garantizar aspectos éticos en esta investigación se solicitó el consentimiento escrito de los/as usuarios/as, de participar en el estudio explicando los objetivos y propósitos del estudio, la duración y la libertad que tenían de retirarse en el momento que lo desearan. Adicionalmente la confidencialidad fue mantenida mediante la asignación de códigos a los formatos.

III. RESULTADOS:

1. Univariado:

Se presentará de forma individual a cada una de las preguntas realizadas dentro de la Encuesta de Satisfacción de Usuario del Sistema de Salud de FF.AA, en el Ecuador. (Anexo No. 24. "Cuadro de variables".) Con el fin de conocer cuál ha sido el porcentaje de participación de la población en cada una de estas variables.

1.1. Datos generales:

1.1.1. Tipo de usuario/a:

Tabla No. 03: "Satisfacción de usuarios/as de las unidades de salud de las FF.AA., según el tipo de usuario/a"

usuario	Freq.	Percent	Cum.
Civil	158	20.63	20.63
Familiar	349	45.56	66.19
Militar	232	30.29	96.48
No Responde	27	3.52	100.00
Total	766	100.00	

Fuente y elaboración: Autora.

En la muestra total recolectada en las nueve casas de salud (766 personas), se encontró que trescientas cuarenta y nueve (45.56%) correspondían a usuarios/as del tipo familiar (es decir a los dependientes, padres, esposa e hijos/as), siendo este valor el porcentaje mayor.

1.1.2. Usuario según a la Fuerza que pertenece:

**Tabla No. 04: “Satisfacción de usuarios/as de las unidades de salud de las FF.AA.,
Usuarios/as según su Fuerza”**

fuerza	Freq.	Percent	Cum.
CC.FF.AA	383	50.00	50.00
Ejército	157	20.50	70.50
Fae	39	5.09	75.59
Marina	187	24.41	100.00
Total	766	100.00	

Fuente y elaboración: Autora.

De igual forma que en el cuadro anterior se observó que del total de participantes un 50% respondió ser del CC.FF.AA o a su vez no especificó a que Fuerza corresponde. Un 24.41% de los/as participantes indicó estar relacionados con la Fuerza Naval, un 20% indicó que perteneció a la Fuerza Terrestre y un 5.09% mencionó ser de la Fuerza Aérea.

Vale decir que la población en especial se identificó con la Fuerza o la rama militar a la cual pertenece de forma directa la casa de atención.

1.1.3. Usuarios según el nivel de atención:

**Tabla No. 05: “Satisfacción de usuarios/as de las unidades de salud de las FF.AA.,
Nivel de atención (complejidad)”**

nivel	Freq.	Percent	Cum.
Segundo	383	50.00	50.00
Tercer	383	50.00	100.00
Total	766	100.00	

Fuente y elaboración: Autora.

Con respecto de la proporción de participantes según el nivel de complejidad, dentro del estudio se tomó en cuenta un 50% tanto para las ocho casas de segundo nivel (tanto clínicas como hospitales pertenecientes a las tres Fuerza: Ejército, Aviación y Naval) y un 50% para la única casa de tercer nivel, esto en respuesta proporcional a la afluencia de atenciones observadas durante el año 2008.

1.1.4. Usuarios según la casa de salud:

**Tabla No. 06: “Satisfacción de usuarios/as de las unidades de salud de las FF.AA.,
Usuarios/as por casa de salud”**

hospital	Freq.	Percent	Cum.
ALA MANTA	22	2.87	2.87
ALA-12	17	2.22	5.09
HB 1 "El Oro"	32	4.18	9.27
HB 7 "Loja"	33	4.31	13.58
HB-17 "Pastaza"	22	2.87	16.45
HD-III-DE	58	7.57	24.02
HD-IV-DE	12	1.57	25.59
HG-1	383	50.00	75.59
HOSNAG	187	24.41	100.00
Total	766	100.00	

Fuente y elaboración: Autora.

Del 100% de los participantes, un 50% de la muestra corresponde al HG-1, es decir a la unidad de salud de tercer nivel de complejidad y situada en la ciudad de Quito, del 50% restante se observó el siguiente porcentaje de participación.

El 24.41% de la muestra es del HOSNAG, el 7.57% corresponde al HD-III-DE, el 4.31% es el aporte HB 7 “Loja”, seguido por el 4.18% perteneciente al HB 1 “El Oro”, el 2.87% fue el aporte igualitario dado tanto por el Ala de Combate Manta y el HB 17 “Pastaza”, mientras que el ALA 12 representó en la muestra total el 2.22% y el 1.57% le perteneció al HD-IV-DE.

En suma todos los valores porcentuales anteriormente mencionados representan la totalidad de la muestra requerida para la realización del estudio nacional sobre la satisfacción de usuario del servicio de consulta externa del subsistema de salud de FF.AA.

1.2. Datos demográficos:

1.2.1. Provincia de dónde es procedente:

**Tabla No. 07: “Satisfacción de usuarios/as de las unidades de salud de las FF.AA.,
Según su provincia”**

prov_	Freq.	Percent	Cum.
Azuay	55	7.18	7.18
Bolívar	17	2.22	9.40
Carchi	14	1.83	11.23
Cañar	1	0.13	11.36
Chimborazo	14	1.83	13.18
Cotopaxi	59	7.70	20.89
El Oro	57	7.44	28.33
Esmeraldas	17	2.22	30.55
Guayas	160	20.89	51.44
Imbabura	18	2.35	53.79
Loja	63	8.22	62.01
Los Ríos	14	1.83	63.84
Manabí	30	3.92	67.76
Morona Santiago	2	0.26	68.02
NR	2	0.26	68.28
Napo	2	0.26	68.54

Orellana		21	2.74	71.28
Pastaza		25	3.26	74.54
Pichincha		159	20.76	95.30
Sta. Elena		4	0.52	95.82
Sto. Domingo de los Tsáchilas		10	1.31	97.13
Sucumbíos		5	0.65	97.78
Tungurahua		13	1.70	99.48
Zamora Chinchipe		4	0.52	100.00

Total		766	100.00	

Fuente y elaboración: Autora.

Al hablar sobre la representatividad de las regiones geográficas según la procedencia del participantes se tiene que del total de personas. En la Región Sierra se contó con 423 personas que corresponden a las once provincias, con una presencia en la población total de la muestra del 55.23%.

Los/as participantes que refirieron ser oriundos de las provincias de la Región Costa, se encontró a 282 personas que corresponden a las seis provincias de esta región, con una representatividad del 36.66%.

59 participantes corresponden a la Región Oriental u Amazónica, son oriundos de cinco de las seis provincias que hay en esta región, dentro del estudio poseen una representatividad de 7.67% (59 personas). Y un 0.26% fueron de dos personas que no indicaron su lugar de origen.

Mientras que al hacer referencia a las provincias que poseen mayor número de representatividad dentro del estudio, debido a los/as usuarios/as participantes en el mismo; se tiene que Guayas contó con el 20.89% (160 personas originarias de dicha

provincia); Pichincha con 20.76% (159 personas); Loja con el 8.22% (63 personas); Cotopaxi con un 7.70% (59 personas) y Azuay con el 7.18% (55 personas).

1.2.2. Cantón de dónde usted es oriundo:

**Tabla No. 08: “Satisfacción de usuarios/as de las unidades de salud de las FF.AA.,
Según su cantón”**

canton	Freq.	Percent	Cum.
Alamor	1	0.13	0.13
Ambato	8	1.04	1.17
Arenillas	3	0.39	1.57
Babahoyo	7	0.91	2.48
Baños	1	0.13	2.61
Cariamanga	1	0.13	2.74
Catacocha	1	0.13	2.87
Catamayo	7	0.91	3.79
Cayambe	13	1.70	5.48
Chaguarpamba	2	0.26	5.74
Chone	8	1.04	6.79
Chota	1	0.13	6.92
Colla	1	0.13	7.05
Cuenca	48	6.27	13.32
Cumbaya	4	0.52	13.84
Célica	1	0.13	13.97
Daule	2	0.26	14.23
Durán	3	0.39	14.62
El Carmen	2	0.26	14.88
El Empalme	2	0.26	15.14
El Guabo	1	0.13	15.27

El Ángel		1	0.13	15.40
Esmeraldas		14	1.83	17.23
Flavio Alfaro		1	0.13	17.36
Guabo		1	0.13	17.49
Guachí		1	0.13	17.62
Guaranda		13	1.70	19.32
Guayaquil		125	16.32	35.64
Huaquillas		2	0.26	35.90
Ibarra		8	1.04	36.95
Jambelí		2	0.26	37.21
Jame		1	0.13	37.34
Julio Andrade		1	0.13	37.47
La Concordía		1	0.13	37.60
La Unión		1	0.13	37.73
Lago Agrío		2	0.26	37.99
Las Cajas		1	0.13	38.12
Latacunga		37	4.83	42.95
Libertad		3	0.39	43.34
Loja		41	5.35	48.69
Loreto		1	0.13	48.83
Lumbisí		2	0.26	49.09
Macará		7	0.91	50.00
Macas		1	0.13	50.13
Machala		16	2.09	52.22
Manta		15	1.96	54.18
Mejía		9	1.17	55.35
Milagro		15	1.96	57.31
Morona		1	0.13	57.44
NR		4	0.52	57.96
Nobol		1	0.13	58.09
Orellana		18	2.35	60.44
Otavalo		7	0.91	61.36
Pasaje		22	2.87	64.23

Paute		3	0.39	64.62
Pelileo		3	0.39	65.01
Penipe		1	0.13	65.14
Pillaro		1	0.13	65.27
Playas		5	0.65	65.93
Portoviejo		2	0.26	66.19
Pto. Quito		3	0.39	66.58
Puerto Bolívar		1	0.13	66.71
Pujilí		2	0.26	66.97
Putumayo		1	0.13	67.10
Puyo		26	3.39	70.50
Quevedo		4	0.52	71.02
Quito		116	15.14	86.16
Riobamba		12	1.57	87.73
Sacha		2	0.26	87.99
Salcedo		16	2.09	90.08
Salinas		5	0.65	90.73
Salitre		3	0.39	91.12
San Lorenzo		1	0.13	91.25
San Miguel		1	0.13	91.38
San Rafael		3	0.39	91.78
Sangolquí		10	1.31	93.08
Santa Rosa		7	0.91	93.99
Sapotillo		1	0.13	94.13
Saquisilí		3	0.39	94.52
Sevilla de Oro		1	0.13	94.65
Sigchos		1	0.13	94.78
Shushufindi		2	0.26	95.04
Sigsig		1	0.13	95.17
Simiatug		1	0.13	95.30
Sta. Ana		1	0.13	95.43
Sta. Isabel		2	0.26	95.69
Sto. Domingo		9	1.17	96.87

Súa		1	0.13	97.00
Tena		1	0.13	97.13
Tulcán		13	1.70	98.83
Valencia		1	0.13	98.96
Ventanas		2	0.26	99.22
Yaguachi		1	0.13	99.35
Yambo		1	0.13	99.48
Zamora		3	0.39	99.87
Zumba		1	0.13	100.00
-----+-----				
Total		766	100.00	

Fuente y elaboración: Autora.

Los/as participantes en el estudio fueron provenientes de diferentes cantones siendo cuatro los de mayor número de personas que participaron.

La ciudad de Guayaquil contó con 16.32% lo que significa 125 personas.

Seguido, por la ciudad de Quito con 15.14% siendo 116 personas.

La ciudad de Cuenca con 6.27% o con la presencia de 48 personas participantes originarias de ahí.

Y la ciudad de Loja con 5.25% siendo en total 41 personas originarias de dicho cantón.

El resto de cantones poseen nivel porcentuales menores de participación de personas originarias.

1.2.3. Lugar de vivienda:

**Tabla No. 09: “Satisfacción de usuarios/as de las unidades de salud de las FF.AA.,
Según lugar de vivienda”**

vivienda	Freq.	Percent	Cum.
NR	39	5.09	5.09
Rural	105	13.71	18.80
Urbana	622	81.20	100.00
Total	766	100.00	

Fuente y elaboración: Autora.

Según el lugar de residencia de los/as participantes se observó que el 81.20% del total de los participantes corresponde a vivienda en la zona urbana (es decir 622), a la zona rural se le asignó el 13.71% de personas que participaron en esta consulta (es decir, 105 personas), un grupo poblacional menor se acogió al derecho de no responder, este grupo fue de 5.09% (es decir 39 personas). Lo que quiere decir, que en gran mayoría la población encuestada pertenece a la zona urbana.

1.3. Datos socio - demográficos:

1.3.1. Sexo (Género):

**Tabla No. 10: “Satisfacción de usuarios/as de las unidades de salud de las FF.AA.,
Según su género”**

sexo	Freq.	Percent	Cum.
Hombre	343	44.78	44.78
Mujer	423	55.22	100.00
Total	766	100.00	

Fuente y elaboración: Autora.

Dentro del proceso de encuestas aplicado a nivel nacional en las casas de salud pertenecientes a FF.AA se tiene que la cantidad de usuarios/as según su sexo/género es de 55.22% corresponden a mujeres (población femenina) y el 44.78% corresponden a hombres (población masculina). En esta ocasión no se presentó la opción de respuestas en blanco.

1.3.2. Grupo de edad (Grupo etareo):

**Tabla No. 11: “Satisfacción de usuarios/as de las unidades de salud de las FF.AA.,
Según su grupo etareo”**

edad	Freq.	Percent	Cum.
De 15-27 años	119	15.54	15.54
De 28-40 años	323	42.17	57.70
De 41-64 años	256	33.42	91.12
De 65 o más años	65	8.49	99.61
NR	3	0.39	100.00
Total	766	100.00	

Fuente y elaboración: Autora.

Según el grupo etareo al que corresponden los/as participantes se observó que el grupo poblacional con mayor representatividad corresponde a las personas de 28 – 40 años, con el 42.17%, seguidas por el grupo de 41 – 64 años con el 33.42%, siendo estos dos grupos los más grandes de la muestra.

1.3.3. Nivel de educación:

**Tabla No. 12: “Satisfacción de usuarios/as de las unidades de salud de las FF.AA.,
Según su nivel de educación (instrucción)”**

educaci	Freq.	Percent	Cum.
Bachillerato-secundaria	373	48.69	48.69
Básico-primaria	106	13.84	62.53
Cuarto nivel	15	1.96	64.49
NR	5	0.65	65.14
Ninguno	14	1.83	66.97
Superior-universitaria	246	32.11	99.09
Técnica-artesano	7	0.91	100.00
Total	766	100.00	

Fuente y elaboración: Autora.

Del total de la muestra requerida para la realización del estudio se observó que un 48.69% (373 personas) afirmaban haber cursado la educación secundaria o bachillerato. El 32.11% (246 personas) indicó que su nivel de instrucción se localiza en la educación superior o universitaria. Siendo estos dos grupos los que mostraron mayor número de respuestas del total dadas.

1.3.4. Estado civil:

**Tabla No. 13: “Satisfacción de usuarios/as de las unidades de salud de las FF.AA.,
Según su estado civil”**

e_civil	Freq.	Percent	Cum.
Casado/a	491	64.10	64.10
Divorciado/a	52	6.79	70.89
NR	7	0.91	71.80
Separado/a	20	2.61	74.41
Soltero/a	108	14.10	88.51
Unión libre	40	5.22	93.73
Viudo/a	48	6.27	100.00
Total	766	100.00	

ERROR: undefined
OFFENDING COMMAND: m

STACK:

/Helvetica-BoldOblique
true
/256
0
/F3
false