

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

**Evaluación de la Satisfacción del Usuario en la Atención Primaria de
Salud de las Clínicas Móviles del Gobierno Autónomo Descentralizado
Zona 8**

AUTORA:

ACURIA LOZANO ELIZABETH MARÍA

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TUTORA:

CPA. VERA SALAS LAURA GUADALUPE, MGS.

Guayaquil, Ecuador

2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO**

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Lcda. Elizabeth María Acuria Lozano**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CPA. Vera Salas, Laura Guadalupe, Mgs.

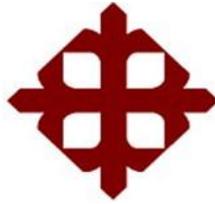
REVISORA

Ing. Zerda Barreno, Elsie Ruth, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. Lapo Maza, María del Carmen Mgs.

Guayaquil, a los 17 días del mes de septiembre del año 2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Elizabeth María Acuria Lozano** DECLARO QUE:

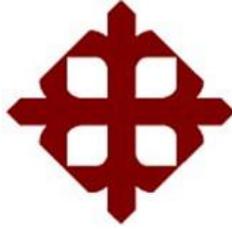
El Proyecto de Investigación “**Evaluación de la Satisfacción del Usuario en la Atención Primaria de Salud de las Clínicas Móviles del Gobierno Autónomo Descentralizado Zona 8**” previo a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 17 días del mes de septiembre del año 2018

LA AUTORA:

Elizabeth María Acuria Lozan



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

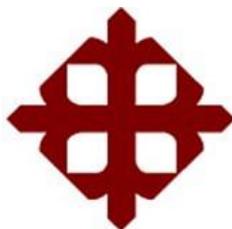
Yo, **Elizabeth María Acuria Lozano**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud titulado “Evaluación de la Satisfacción del Usuario en la Atención Primaria de Salud de las Clínicas Móviles del Gobierno Autónomo Descentralizado Zona 8”** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de septiembre del año 2018

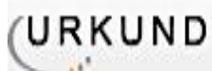
LA AUTORA:

Elizabeth María Acuria Lozano



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Informe de Urkund



Documento [Tesis Acuria E. \(Corrección de revisor\) Septiembre 5.pdf \(D41227873\)](#)

Presentado 2018-09-06 10:09 (-05:00)

Presentado por elizabethacuria@hotmail.com

Recibido maria.lapo.ucsg@analysis.arkund.com

Mensaje TESIS ELIZABETH ACURIA [Mostrar el mensaje completo](#)

2% de estas 53 páginas, se componen de texto presente en 8 fuentes.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios en primer lugar.

A mi madre y hermanos por su apoyo incondicional y sincero. En especial a mi hermana Ing. Ivonne Acuria Lozana mi eterno agradecimiento.

Al Sr. Alcalde Ab. Jaime Nebot Saadi por su apoyo constante.

Al Plan Más Salud de la Dirección de Salud Municipal, a todos sus profesionales por haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de este proyecto de investigación.

Debo agradecer de manera especial y sincera a mi tutora Mgs. Laura Vera por su apoyo y confianza, también a todas las personas que de una u otra forma me ayudaron para culminar mi investigación.

Estoy segura que mis metas planteadas darán fruto en el futuro inmediato

Elizabeth Acuria Lozano

DEDICATORIA

Con cariño para mi mejor inspiración mi hija Romina.
Fuiste mi motivación más grande para concluir con éxito este proyecto de
investigación.

Elizabeth Acuria Lozano

Índice General

Índice de tablas	XI
Índice de figuras	XII
Resumen	XIII
Abstract.....	XIV
Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Problema de Investigación	4
Formulación del Problema	5
Justificación.....	5
Preguntas de investigación	7
Objetivos de la investigación.....	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos.....	8
Hipótesis.....	8
Variables de estudio	8
Capítulo I.....	9
Marco Teórico - Conceptual.....	9
Fundamentación Teórica	9
Calidad de servicio	9
Relación entre Calidad de Servicio y Satisfacción Usuaría	12
Teoría en el Sector de los Servicios de Salud.....	14
Calidad en servicios de salud	16
Calidad en la Atención Primaria de Salud (APS).....	19
Marco Conceptual	20

Marco Legal.....	24
Capítulo II.....	27
Marco Referencial	27
Estudios de calidad de servicios en unidades médicas	27
Avances en la Atención Primaria en Salud	31
Sistema de Salud en Ecuador.....	35
Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)	35
Objetivos.....	37
Componentes de la Política de Salud Municipal	38
Plan Más Salud	39
Objetivos del Plan Más Salud.....	39
Modelo de Gestión de las Clínicas Móviles	41
Capítulo III	43
Metodología y análisis de resultados.....	43
Alcance de la investigación	43
Diseño de la investigación.....	44
Instrumentos de investigación	44
Procedimiento de aplicación de instrumento.....	46
Población y muestra.....	48
Métodos y técnicas estadísticas aplicadas	49
Análisis de resultados	50
Caracterización de la muestra.....	50
Medidas de fiabilidad de instrumento de medición.....	53
Evaluación de calidad de la atención de clínicas móviles	55
Comparación de calidad entre sector norte y sur.....	58

Comprobación de la hipótesis de estudio	61
Principales resultados	63
Capítulo IV	64
Propuesta	64
Marco Estratégico para la mejora de la Atención Médica en Clínicas Móviles.....	64
Introducción.....	64
Planteamiento de estrategias.....	66
Estrategias de perfeccionamiento de calidad centrado en el ciudadano	66
Estrategias para la mejora del desarrollo profesional del personal de las clínicas móviles	69
Asignación de responsabilidades.....	71
Cronograma y presupuesto	77
Conclusiones.....	80
Recomendaciones	82
Referencias	84
Apéndices	90
Apéndice A Cuestionario aplicado	90
Apéndice B Autorización para uso de escala	93
Apéndice C Autorización para levantamiento de información	94
Apéndice D Levantamiento de datos.....	96

Índice de tablas

Tabla 1 Número de personas atendidas en clínicas móviles	41
Tabla 2 Tipos de atención médica en las unidades de clínicas móviles.....	42
Tabla 3 Operacionalización de variables.....	45
Tabla 4 Alfa de Cronbach para las dimensiones de calidad de servicio.....	46
Tabla 5 Correlaciones total de ítems	47
Tabla 6 Población total por parroquia	48
Tabla 7 Criterios para valores de Alfa de Cronbach	49
Tabla 8 Alfa de Cronbach para las dimensiones del modelo Servqual	53
Tabla 9 Correlaciones de los ítems de la escala de modelo Servqual	54
Tabla 10 Alfa de Cronbach para subdimensiones de escalas de calidad percibida y calidad esperada	55
Tabla 11 Promedio de ítems de calidad esperada, calidad percibida y brecha de calidad	56
Tabla 12 Determinación de brechas de calidad por sector: norte y sur.....	59
Tabla 13 Correlaciones entre las dimensiones de calidad de servicio.....	62
Tabla 14 Asignación de responsabilidades.....	75
Tabla 15 Actividades específicas para las Direcciones Municipales	76
Tabla 16 Cronograma de actividades	78
Tabla 16 Presupuesto estimado para actividades	79

Índice de figuras

Figura 1 Modelo de calidad percibida de Gronroos.....	10
Figura 2 Modelo de brechas o gaps	11
Figura 3 Porcentaje de la muestra recogida de acuerdo a sector: Norte y Sur	50
Figura 4 Porcentaje de muestra de acuerdo a género	51
Figura 5 Nivel de escolaridad de la muestra.....	51
Figura 6 Porcentaje de la muestra de acuerdo a estado civil	52
Figura 7 Número de encuestados según número de personas que viven en el hogar.....	52
Figura 8 Distribución de la muestra de acuerdo a edad.....	53
Figura 9 Calidad esperada frente a calidad percibida.....	57
Figura 10 Brecha para cada dimensión de modelo Servqual y para calidad total	58
Figura 11 Comparación de brechas en ítems por sector: norte y sur.....	60
Figura 12 Comparación de brechas por sector: norte y sur	60
Figura 13 Direcciones Municipales de Guayaquil	72

Resumen

La Atención Primaria de Salud (APS) representa un esfuerzo importante para lograr la garantía del derecho de salud en la población. En la ciudad de Guayaquil, la implementación de clínicas móviles es un ejemplo de dicha iniciativa. Sin embargo, estos servicios como características esenciales deben reflejar accesibilidad y calidad. La satisfacción de los pacientes puede ser una medida fiable de la calidad de los servicios médicos. Así, el presente estudio tuvo como objetivo principal evaluar la calidad de servicio mediante la aplicación del modelo Servqual para conocer la satisfacción de los usuarios atendidos en las Clínicas Móviles. Entre los principales hallazgos se pudo determinar que existe una brecha entre las expectativas y percepciones de los usuarios, siendo esta más amplia en los aspectos relativos a los elementos tangibles del servicio. En base a los resultados y a los diversos avances encontrados a nivel internacional en la APS se propone un marco estratégico con acciones dirigidas a mejorar la eficiencia y calidad de las clínicas móviles con las Direcciones Municipales como los principales gestores de dichas acciones.

Palabras claves: Calidad de servicio, clínicas móviles, Servqual, Atención Primaria de Salud, satisfacción, usuario.

Abstract

Primary Health Care (PHC) represents an important effort to achieve the guarantee of the right to health in the population. In the city of Guayaquil, the implementation of mobile clinics is an example of this initiative. However, these services as essential features should reflect accessibility and quality. Patient satisfaction can be a reliable measure of the quality of medical services. Thus, the main objective of this study was to evaluate the quality of service through the application of the Servqual model to know the satisfaction of the users served at the Mobile Clinics. Among the main findings, it was possible to determine that there is a gap between the expectations and perceptions of the users, being more extensive in the aspects related to the tangible elements of the service. Based on the results and the various advances found at the international level in the PHC, a strategic framework is proposed with actions aimed at improving the efficiency and quality of mobile clinics with the Municipal Directorates as the main managers of said actions.

Keywords: Quality of service, mobile clinics, Servqual, Primary Health Care, satisfaction, user.

Introducción

Desde sus inicios, la salud ha tenido como plataforma filosófica la solidaridad, la integridad y la equidad. En un comienzo, la acogida de servicios era suficiente para compensar las demandas de los usuarios a un costo sostenible; sin embargo, con el tiempo el incremento de la población y sus demandas de salud han aumentado de forma exponencial poniendo en riesgo la sobrevivencia del sistema de salud en el Ecuador.

En el caso de la ciudad de Guayaquil, el Gobierno Autónomo Descentralizado ha asumido ciertas competencias para la atención de las necesidades de salud; esta competencia se ejecuta, entre otras acciones, a través de las clínicas móviles que brindan asistencia a los usuarios sin costo alguno.

El incremento de la población y el cambio en los estilos de vida, demanda aumentar la productividad de todos los sectores de la economía, y el sector salud no es la excepción a esta realidad. En el Ecuador, el Sistema Nacional de Salud está regido por el Ministerio de Salud Pública y comprende todas las entidades públicas y privadas que se encargan de prestar dichos servicios, los cuales deben regirse bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética.

Sin embargo, atender la demanda de atención salud no es suficiente. Cuando se brinda asistencia sanitaria a la población se genera un flujo de actividades con el objetivo de mejorar su bienestar. Estas actividades deberán siempre estar regidas por principios de eficiencia y eficacia que de acuerdo a Ventura (2008), reflejan la calidad de la asistencia sanitaria brindada. Es necesario identificar los factores que determinan la satisfacción o insatisfacción de los usuarios, así por ejemplo, el tiempo de espera, los elementos tangibles de la prestación del servicio, la interacción con el recurso humano que presta el servicio en una consulta de las entidades públicas de salud genera satisfacción o insatisfacción en los usuarios. Por tanto, hablar de la satisfacción de los usuarios que son atendidos en las clínicas móviles resulta un

tema de gran relevancia porque, la satisfacción del paciente es sin lugar a dudas el mejor reflejo del nivel de la calidad de la atención médica que se presta.

La presente investigación se desarrollará en los siguientes capítulos:

Capítulo I desarrolla el marco teórico con el propósito de definir las principales teorías de calidad, la calidad en ambientes de atención sanitaria, sus modelos de medición y su relación con la satisfacción usuaria.

Capítulo II se elabora el Marco Referencial donde se presentan estudios similares al tema de investigación planteado. Adicionalmente, se describe el contexto de la investigación, la estructura del Sistema de Salud en el país, sus instituciones y modalidades.

Capítulo III constituye el Marco Metodológico el cual describe de manera detallada los métodos, alcance y diseño de investigación, la determinación de la muestra, los instrumentos de evaluación, procedimientos y herramientas estadísticas empleadas. Posteriormente, se presentan los resultados obtenidos que sirven de base para la propuesta de mejora.

Capítulo IV se elabora la propuesta de acuerdo a los resultados de la evaluación en busca de brindar un esquema con estrategias para una mejora en la calidad de la atención sanitaria en clínicas móviles.

Antecedentes

Las desigualdades sanitarias pueden estar determinadas por las desigualdades en cuanto a la disponibilidad, el acceso y la calidad de los servicios; de hecho, las inequidades en salud hunden sus raíces en la forma en que los sistemas de salud excluyen a las personas, como las inequidades en la disponibilidad, el acceso y la calidad de la atención (Organización Mundial de la Salud, 2008). El objetivo de todos los sistemas de salud, a nivel nacional y local, es cubrir la demanda de servicios sanitarios de toda la población.

Es así que el Estado, en varios países, interviene en la oferta de servicios de salud de diferentes formas. En Ecuador, una parte de la cobertura sanitaria se da por el lado del Estado a través de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD). En Guayas, se han llevado a cabo diferentes esfuerzos en busca de satisfacer las demandas sanitarias de su población, pues existe una proporción importante rezagada. Entre los mecanismos se encuentran el Plan Más Salud, dentro del cual se implementó la oferta de atención médica a través de clínicas móviles con el objetivo de dar acceso al servicio a las poblaciones periurbanas y rurales del cantón.

Sin embargo, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), la atención médica no solo sienta su base en la accesibilidad y cobertura, sino también en la calidad del servicio entregado. La calidad de servicio ha sido un tema ampliamente tratado a nivel del sector de los servicios, sobre todo su forma de medición. Es así que existe una base teórica bastante sólida en cuanto al tema, en particular la calidad de servicio ha sido medida y teorizada bajo un enfoque de percepciones y expectativas (Parasuraman, Berry & Zeithmal, 1985).

Este enfoque ha permitido considerar las mismas variables a la evaluación de la calidad de servicio en el sector de la salud. Muchos autores se han basado en las primeras teorías propuestas entorno a la calidad de servicio para adaptarlas a la realidad de los ambientes en la atención médica. De hecho, los antecedentes de la calidad en los servicios de la salud sugieren que la percepción del paciente respecto a la atención médica recibida es uno de los

indicadores más importantes, dado que las personas no son capaces de identificar la calidad técnica del servicio médico (Wysong & Driver, 2009). Es así que uno de los mejores enfoques para la evaluación de la calidad en ambientes hospitalarios es el de la percepción del usuario respecto al servicio ofrecido, enfoque teorizado por autores clásicos como Parasuraman et al. (1985) y Gronroos (1988).

Problema de Investigación

En las Clínicas Móviles del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Zona 8 (Municipio de Guayaquil), la atención que se brinda a los pacientes está dirigida a la obtención del bienestar integral y la satisfacción de las necesidades de los mismos. Para ello se debe conseguir una buena organización con calidad y eficiencia que permitan mejorar continuamente la atención del usuario, de tal manera que los usuarios logren transmitir la satisfacción del buen servicio que se brinda en estas instituciones de salud.

Algunas consideraciones que se dan en la atención en las Clínicas Móviles del Gobierno Autónomo Descentralizado de la zona 8 (Municipio de Guayaquil), es la complacencia de los usuarios y de sus acompañantes en cuanto a la calidad de atención, la confianza del personal y la información que se ofrece en el proceso asistencial. Generalmente los usuarios cuando asisten a estas Clínicas Móviles buscan ayuda, atención y comprensión, pero pocas veces lo consiguen en su totalidad, lo que exige un esfuerzo y mejor desempeño en los profesionales de la salud, para poder satisfacer los requerimientos en la asistencia con los pacientes. Rico (1996, citado por Centurión, 2014) mencionó que la satisfacción es “un estado de ánimo que crea agrado y complacencia por la realización completa de las necesidades y expectativas creadas” (p. 58).

Por consiguiente, la calidad de la atención en las clínicas móviles es fundamental para los servicios de Atención Primaria en la Salud (APS); la calidad de atención que se ofrezca a los usuarios deben establecerse objetivos y estrategias que viabilicen el cumplimiento de sus necesidades e intereses; aunque pocas son las organizaciones que logran complacer las

necesidades de sus usuarios ya sean estos en cuanto a la calidad, eficiencia o servicio personal. Brito, Clasen & Otero (1994) señalaron que la calidad se manifiesta en todos los procesos, la calidad del producto y la satisfacción del cliente. En este sentido la calidad comprende todas las funciones y actividades de la organización e involucra y compromete la participación de todos, la calidad es idea y esfuerzo de todos.

Por esta razón, de acuerdo a la calidad de atención que se brinde se espera que las argumentaciones de los usuarios sean favorables; con el propósito de obtener conocimiento integral de las responsabilidades mediante un proceso investigativo que beneficien a las Clínicas Móviles del Gobierno Autónomo Descentralizado de la zona 8, y a los propios usuarios, de tal manera sean una garantía de calidad de la atención en salud basada en sus necesidades.

Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel de satisfacción de los usuarios en las clínicas móviles del GAD zona 8?

Justificación

En los ambientes Móviles de las Clínicas del GAD Zona 8, la atención que se brinda a los pacientes está dirigida a la obtención del bienestar integral y de las exigencias y necesidades de los mismos. Para que estas instituciones de salud consigan alcanzar una buena organización con eficiencia y de calidad es fundamental mejorar continuamente tanto el servicio como la atención en los usuarios.

Tomando en consideración la perspectiva de los usuarios, se deben mejorar estos servicios con la finalidad de obtener percepciones de integralidad de los trabajos mediante un proceso investigativo que favorezcan a las Clínicas Móviles, como garantía de la calidad en la atención de salud con respecto a sus necesidades y perspectivas. Dichos resultados y conocimiento, permitirán sentar bases e implementar un sistema de gestión de calidad, de esta forma lograr una mejora continua y cumplir con las normas establecidas, para obtener la acreditación de calidad en los servicios de salud de las Clínicas Móviles del GAD Zona 8.

La Constitución Política de la República del 1998 además de delinear los derechos a la salud de todos los ciudadanos, dice que “El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa” (Sección 4, Art. 45). La emisión de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) en 2002 y su Reglamento en 2003 afirma que la Constitución dispone esta meta, y que “en el país se ha iniciado un proceso de descentralización y desconcentración tendiente a lograr una mejora fundamental en los servicios públicos, con la participación de los organismos seccionales proceso en el que es necesario contar con un marco legal que preserve la integridad de la atención de salud” (p.1).

Según Revilla, González, Fonseca y Magda (2016) “para la OMS , la calidad en salud asegura que los pacientes reciban un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados, para conseguir una atención sanitaria óptima” (p. 314). Esto se da considerando todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico; y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción en el proceso (Revilla et al., 2016).

Así mismo, para cumplir con la acreditación de la Norma ISO 9001-2008, ha optado como una estrategia principal el “Enfoque al Cliente”. Para ello se requiere un estudio de satisfacción de los usuarios de sus servicios, que llevarán a la implementación de un sistema de Gestión de Calidad con procesos para optimizar el desempeño de los usuarios internos.

Esta investigación beneficiará en primer lugar a los pacientes que acuden a las clínicas móviles del GAD Zona 8, a las autoridades encargadas de la prestación de servicios de salud puesto que podrán tomar medidas correctivas para garantizar la calidad en sus servicios y también a la población en general que podrá recibir servicios de salud con calidad, calidez y eficiencia. De tal forma, este estudio se alinea con el eje 1 planteado en el Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021 relacionado a la garantía de los derechos para todos para toda la vida y entre ellos en primer lugar una salud inclusiva y preventiva.

Por último, el presente trabajo se enfoca en la línea de investigación establecida por el Sistema de Posgrado en la Maestría en Gerencia en Servicios de Salud de la universidad: Calidad de Atención de Salud; lo cual permite generar un aporte en un creciente campo de investigación y en constante desarrollo en la institución. Además, dichos aportes académicos permitirán trascender de la academia a la práctica tratando de proveer de análisis e información útil a organismos competentes como el Estado o ministerios. El conocimiento y dominio en líneas de investigación importantes como la calidad en atención de salud permitirá aportar en el diario ejercicio de los profesionales y adicionalmente a fomentar e incentivar la investigación en su medio.

Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es la teoría relacionada a la calidad de atención desde el enfoque de la satisfacción del cliente?
2. ¿Qué instrumentos de medición son los adecuados para medir la calidad de servicio percibida en el contexto de la atención de salud primaria?
3. ¿En qué medida se relacionan los elementos de la calidad de servicio percibida con la satisfacción usuaria?
4. ¿Qué estrategias se pueden implementar para la mejora de la atención de salud primaria ofrecida por las clínicas móviles

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Evaluar la calidad de servicio mediante la aplicación del modelo Servqual para conocer la satisfacción de los usuarios atendidos en las Clínicas Móviles del Gobierno Autónomo Descentralizado de la Zona 8.

Objetivos específicos

1. Elaborar el marco teórico y referencial que sustente la investigación y permita conocer la situación actual del tema.
2. Describir la actual situación de la atención médica primaria brindada en las clínicas móviles del GAD Zona 8.
3. Aplicar el cuestionario al grupo de estudio para la medición de las variables pertinentes mediante el uso de técnicas estadísticas.
4. Establecer la relación la calidad del servicio en Clínica Móvil del GAD Zona 8 (Municipio de Guayaquil) con la satisfacción de sus usuarios.
5. Desarrollar un marco estratégico que permita mejorar la calidad de atención en las clínicas móviles de GAD Zona 8

Hipotesis

La calidad de atención determina la satisfacción de los pacientes en las Clínicas Móviles del GAD Zona 8

Variables de estudio

Variable Independiente: Calidad de la Atención Primaria en Salud

Variable Dependiente: Satisfacción del usuario de la clínica móvil

Capítulo I

Marco Teórico - Conceptual

El presente trabajo de investigación se orienta analizar las bases teóricas y conceptuales de varios autores respecto a la calidad y su relación con la satisfacción usuaria, específicamente en ambientes de atención sanitaria. Para ello, en el presente capítulo se realiza un acercamiento a la teoría de calidad de servicios en general. Posteriormente, se enfoca estas teorías a la atención sanitaria. Finalmente, se relaciona estos conceptos con la satisfacción usuaria y su forma de medición.

Fundamentación Teórica

Calidad de servicio

Las teorías de la calidad nacen por las características únicas y atribuibles de la oferta de un servicio. De esta forma, Gronroos (1988) plantea su teoría en base a atributos específicos del servicio, entre los que establece: (1) su intangibilidad, (2) su forma de producción y consumo dadas de forma simultánea; (3) son actividades en lugar de objetos; y (4) sus consumidores se vuelven partícipes del proceso de producción. A partir de estos puntos, su teoría establece que la calidad es medible a través de las percepciones y que, por tanto, una buena calidad es alcanzada cuando la experiencia del cliente alcanza sus expectativas (Gronroos, 1988). Una vez establecido este concepto el autor resume su modelo teórico bajo seis criterios, cuales representan una lista de factores determinantes de la calidad que pueden ser útiles para propósitos administrativos:

1. Profesionalismo y habilidades: el cliente nota que los empleados tienen la capacidad para atender sus demandas.
2. Actitudes y comportamiento: el cliente siente que el contacto con el empleado refleja amabilidad y un interés genuino para resolver sus necesidades o problemas.

3. Accesibilidad y flexibilidad: el cliente siente que la localización, las horas de atención y el sistema operacional están diseñados de tal manera que el acceso es fácil y están preparados para ajustarse a sus demandas y deseos de una manera flexible.
4. Confiabilidad y seguridad: el cliente sabe que cualquiera la situación sea, pueden confiar en el servicio. Los empleados están comprometidos por desempeñar sus tareas siempre con el mayor interés.
5. Recuperación: el cliente sabe que cualquier defecto o problema con el servicio, el empleado dará una acción correctiva de manera inmediata y activa.
6. Reputación y credibilidad: el cliente cree que las operaciones de los empleados pueden ser confiadas y siempre ofrece un buen desempeño y valores que puede ser compartidos por ellos (criterio relacionado a la imagen).

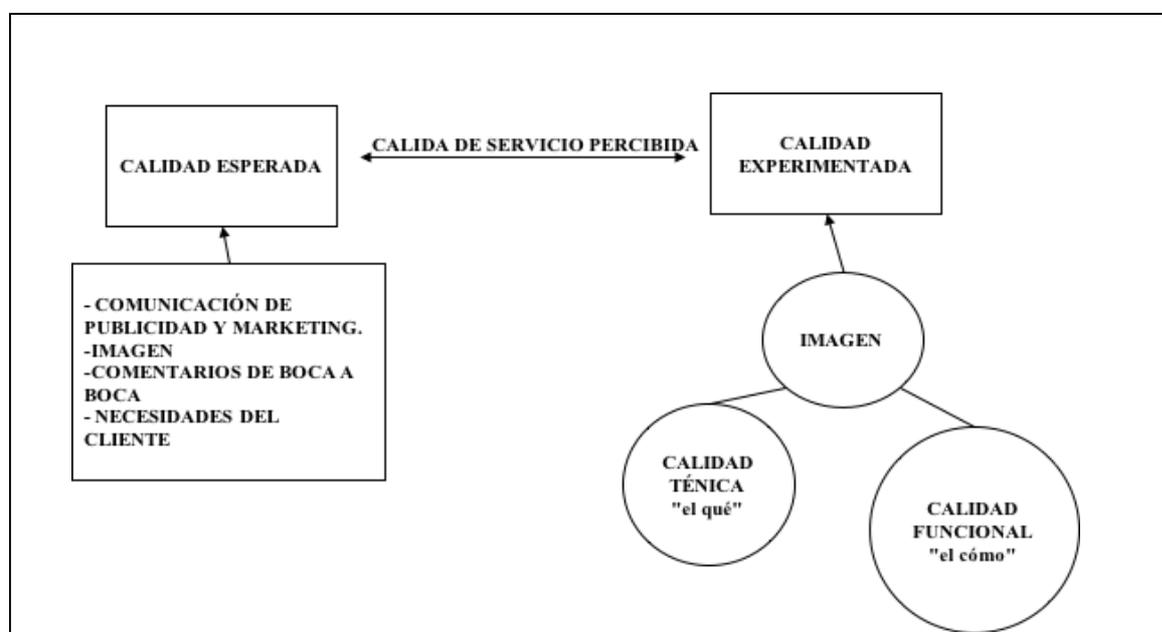


Figura 1 Modelo de calidad percibida de Gronroos. Adaptado de Gronroos (1988). Service quality: The six criteria of good perceived service. Review of business, 9(3)

Sin embargo, el modelo de Gronroos (1988) nace de la teoría explicada en primer lugar por Parasuraman, Zeithmail y Berry (1985). El modelo de los autores es conocido como el Modelo de *Gaps* o Modelo de brechas y se basa en teorías de marketing anteriormente

desarrolladas (Deshpande, 1983; Peter & Olson, 1983), de manera que el modelo describe la calidad como el resultado de la brecha entre lo que la publicidad y marketing ofrece del servicio con la percepción del cliente del servicio dado. Inicialmente, Parasuraman et al., (1985) a diferencia de Gronroos (1988) establecieron su modelo con diez dimensiones o factores para evaluar la calidad. Estas se presentan en la Figura 2.

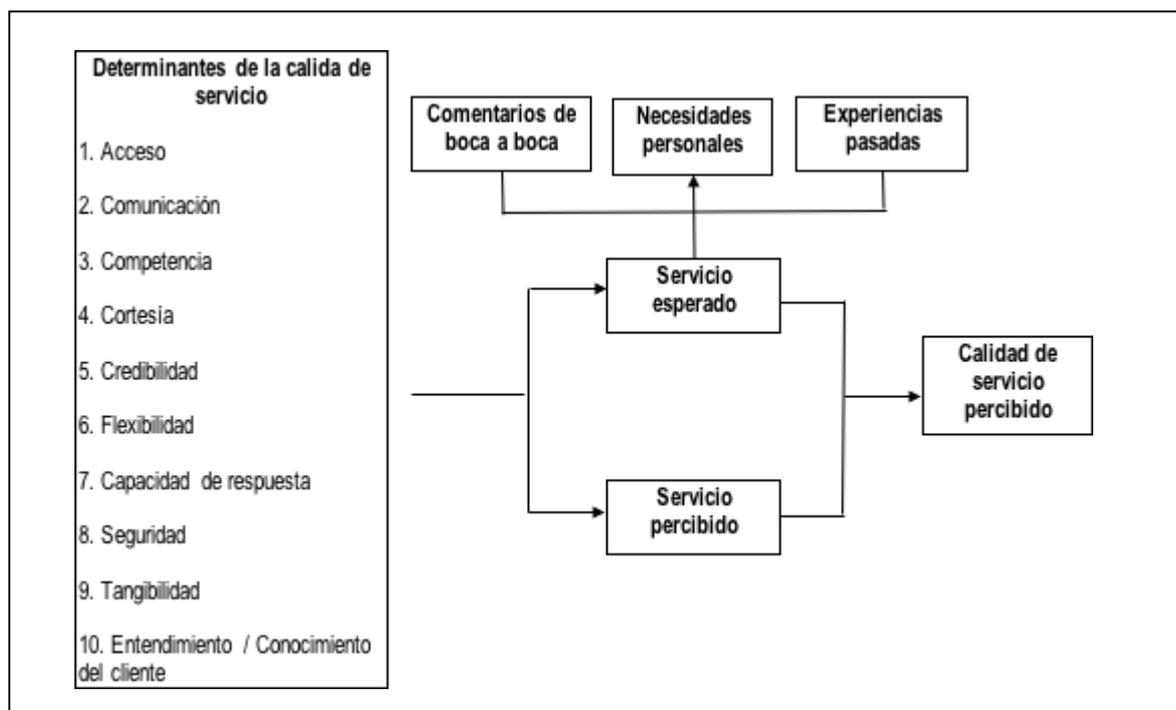


Figura 2 Modelo de brechas o gaps. Adaptado de Parasuraman, Zeithmail y Berry (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *The Journal of Marketing*

El modelo de brechas desarrollado por Parasuraman et al. (1985) fue posteriormente plasmado en una escala multi ítems denominado Servqual. En su artículo SERVQUAL: A Multi-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, Parasuraman, Zeithmal y Berry (1988), establecen diez dimensiones a partir de las cuales se generan 97 ítems inicialmente. Posteriormente, después de un proceso iterativo estos reactivos son reducidos a 54 ítems y luego 34 ítems. Finalmente, los reactivos quedan reducidos a 22 ítems

condensados en las cinco dimensiones que actualmente son las que se conservan en el cuestionario SERVQUAL:

Las dimensiones conservadas fueron tres originalmente planteadas y dos combinadas del resto. Así, Parasuraman et al (1988) sugieren las etiquetas y sus definiciones para las siguientes dimensiones:

1. Tangibles: instalaciones físicas, equipo, y apariencia del personal.
2. Fiabilidad: habilidad para desempeñar el servicio prometido confiable y exactamente.
3. Capacidad de respuesta: disposición para ayudar a los clientes y proveer un servicio pronto.
4. Seguridad: Conocimiento y cortesía de los empleados y su habilidad para inspirar confianza en los clientes
5. Empatía: Cuidado, atención individualizada que la empresa provee a sus clientes.

A partir de estas bases teóricas, surgen un gran número de modelos que pretenden establecer factores de la calidad de servicio. Shafiq, Naeem, Munawar y Fatima (2017) identificaron al menos 17 modelos teóricos de calidad de servicio. Los autores caracterizan los modelos más conocidos como el de Cronin y Taylor (1992) y Mattsson (1992). Además, entre otros comienzan a surgir nuevos modelos que relacionan la calidad percibida con la satisfacción como el modelo de Spreng y Makoy (1996) u Oh (1999).

El presente trabajo se basa en la teoría inicial propuesta por Parasuraman et al. (1985). Sin embargo, se revisa diferentes adaptaciones que permitan determinar de mejor forma la calidad dentro de ambientes de servicios médicos.

Relación entre Calidad de Servicio y Satisfacción Usuaría

Las relaciones entre la calidad de servicio y la satisfacción del consumidor o usuaria han sido extensamente discutidas, en especial por Parasuraman et al. (1988) y Cronin y Baker (1994). Parte de la literatura sugiere que la calidad de servicio y la satisfacción del

consumidor son conceptos interdependientes, constructos que comparten una relación cercana (Cronin & Taylor, 1992).

La satisfacción usuaria fue en primera instancia vista simplemente como una respuesta del cliente de cumplimiento con su demanda. Sin embargo, Oliver (1993) argumentó que la satisfacción no solo corresponde a un sentimiento de saciedad, pues puede ser descrito como todo un proceso. Así, el autor plantea que la satisfacción puede estar determinada por dos factores: (1) una respuesta emocional afectiva positiva o negativa; y (2) una aprobación o rechazo cognitivo.

Por el contrario, la calidad de servicio se ha mostrado consistente en la literatura como un constructo único derivado de la satisfacción del consumidor (Cronin & Baker, 1994). Para el soporte de esta aseveración, de acuerdo a Taylor (1993), otros estudios han aportado elementos claves para la distinción entre los dominios de calidad de servicio y satisfacción usuaria, tales como:

- Las dimensiones bajo los criterios de calidad son específicos, mientras la satisfacción puede resultar de una infinidad de dimensiones (sean o no relacionadas a la calidad)
- Las expectativas de calidad están basadas en ideales o percepciones de excelencia del servicio, mientras un gran número de aspectos no relacionados a la calidad pueden formar los criterios de satisfacción (por ejemplo, necesidades, equidad, percepciones, etc).
- Las percepciones de calidad no requieren una experiencia pasada con el proveedor del servicio, mientras los criterios de satisfacción sí.
- La calidad tiene más antecedentes conceptuales que el constructo de satisfacción.

Sin embargo, un número importante de evidencia respecto al tema de servicios apoya la postura de que la calidad y la satisfacción del cliente se conceptualizan de mejor manera como un único constructo, pero no deberían ser tratados como equivalentes en modelos de toma de decisión de consumidores (Cronin y Baker, 1994). Sin embargo, el presente estudio

no pretende construir un modelo de toma de decisiones de consumo, si no obtener un método apropiado de evaluación. De tal forma que se toma el punto de vista de varios autores antes mencionados y se establece la calidad y satisfacción como conceptos similares.

Teoría en el Sector de los Servicios de Salud

Reconocer la importancia de la teoría exige nuevas expectativas en la práctica de la investigación de los servicios de salud (Brazil, Ozer, Cloutier, Levine & Stryer, 2005). Así mismo, existe una constante atención para la mejora de la aplicación de la teoría en estos servicios. Sin embargo, hay una variedad de teorías que pueden ser trasladadas a la realidad del sector de la salud.

Entre las teorías que han sido trasladadas a los sistemas de salud se encuentra la teoría de la complejidad. Esta teoría ha sido usada en las instituciones de salud como medio para explicar las tasas de rotación del personal, para conceptualizar el ambiente de trabajo y para conceptualizar las organizaciones de atención primaria (Thompson, Fazio, Kustra, Patrick & Stanley, 2016). Para Fajardo, Fernández, Ortiz y Olivares (2015), este enfoque de la complejidad resulta aún más pertinente en el sector de la salud pues al hablar de complejidad en los sistemas y organizaciones de salud existen un sin fin de posibilidades, por ejemplo, las interacciones entre los componentes de dicho sistema, la integración entre las diferentes organizaciones y la diversidad de estructuras (Fajardo et al., 2015). A esto se puede agregar todos los factores sociales y culturales organizacionales de la salud, pues este sector enfrenta también el estado de salud-enfermedad de la población el cual depende de una serie de condiciones sociales y económicas como su nivel de ingreso, su nivel educativo, sus estilos de vida y, otros factores como el medio ambiente de cada región, los recursos gubernamentales y los programas destinados a la atención en salud, por mencionar algunos (Fajardo et al., 2015). Todo esto hace que surjan una serie de fenómenos difíciles de predecir que pueden tener un efecto potencial sobre el estado de salud de toda una población y que por tanto no pueden ser

visto desde un enfoque reduccionista, el paradigma de complejidad puede proporcionar mayor claridad y entendimiento del sistema de salud y su constante adaptabilidad y ajuste a los nuevos entornos (Fajardo et al., 2015).

Entre los diferentes elementos de la salud, la accesibilidad también es vista como un asunto complejo. De tal forma, algunas teorías se han centrado en introducir un enfoque para el tratamiento de la accesibilidad en la salud. Entre las teorías de accesibilidad dirigidas o adaptadas a los sistemas de salud se puede mencionar a la teoría de Petchansky y Thomas (1981), su teoría postula que el acceso se optimiza contabilizando cada una de las siguientes dimensiones: accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, asequibilidad y adecuación; estas dimensiones de acceso son independientes, pero están interconectadas y cada una es importante para evaluar el logro del acceso. Petchansky y Thomas (1981 citado por Saurman, 2016) sostuvieron que el acceso es central para los servicios de salud y que estas dimensiones no se pueden separar de él.

Por otro lado, un concepto aún más complejo dentro del tema de la salud es la equidad en el acceso a los servicios de salud. En la teoría, un esquema bastante estructurado es el de Goddard y Smith (2001) quienes establecen que dentro del concepto de equidad en la salud se encuentran tres términos esenciales: necesidad, acceso y utilización. Los autores revelan que el concepto de necesidad de salud es bastante ambiguo, este se puede referir a la capacidad de un individuo de beneficiarse de un tratamiento o al estado de salud reportado por el enfermo. A pesar de ello, muchos autores han considerado que la inclusión de la necesidad para la mejora en la equidad de salud no es adecuada pues los niveles de necesidad son los mismos en cada grupo que se estudia, lo que significa que no es necesaria una consideración explícita de la necesidad, además que esta es una variable latente que no puede ser medida. Sin embargo, para Goddard y Smith (2001) la omisión de esta variable representa una deficiencia que puede dar origen a potenciales fallas en los resultados. Por tanto, los autores la integran a

su marco teórico midiéndola como el nivel de específico de circunstancias clínicas de un individuo.

En su teoría Goddard y Smith (2001) también operacionalizan la variable acceso. El acceso surge como un problema del lado de la oferta e indica el nivel de servicio que el sistema de atención médica ofrece a la persona. Para los autores, en resumen, las variaciones en el acceso ofrecido por el lado de la oferta pueden surgir por las siguientes razones:

- * Disponibilidad: ciertos servicios de atención médica pueden no estar disponibles para algunos grupos de población, o los clínicos pueden tener diferentes propensiones a ofrecer tratamiento a pacientes con necesidades idénticas de diferentes grupos de población;
- * Calidad: la calidad de ciertos servicios ofrecidos a pacientes idénticos puede variar entre grupos de población;
- * Costos: los servicios de atención médica pueden imponer costos (financieros u otros) que varían entre los grupos de población;
- * Información: los servicios de atención médica pueden no garantizar que la disponibilidad de ciertos servicios sea conocida con la misma claridad por todos los grupos de la población.

Calidad en servicios de salud

De acuerdo a Muhammad et al. (2017), el servicio de salud, al igual que en el enfoque de Gronroos (1988), se puede dividir en dos dimensiones de calidad: calidad técnica y calidad funcional. La calidad técnica en la atención médica se relaciona principalmente los análisis y técnicas médicas, mientras que la calidad funcional se refiere a cómo se proporciona el servicio de atención médica a los pacientes (Lam, 1997). Así, la calidad técnica se trata de lo que obtienen los clientes, mientras que la calidad funcional se trata de cómo la obtienen. Esta distinción entre las dos dimensiones de calidad es importante ya que, a través de un enfoque sistémico, los estándares de calidad se formulan según las necesidades, pero la mayoría se

centran solo en la prestación técnica de servicios e ignoran el punto de vista del paciente (Alaloola, 2008).

La perspectiva técnica se centra en la precisión del diagnóstico, el éxito de los procedimientos y la satisfacción de los requisitos profesionales en el establecimiento (Rashid & Jusoff, 2009). Sin embargo, como clientes, los pacientes describen la calidad de los servicios prestados de forma limitada porque no tienen suficiente conocimiento sobre los aspectos técnicos del servicio. No obstante, en función de las percepciones, expectativas y observaciones de los clientes, se pueden evaluar los aspectos técnicos y no técnicos de los servicios. Wysong y Driver (2009) señalan que los sentimientos de los pacientes son cruciales para mejorar los servicios. Los argumentos de los pacientes son importantes, en línea con el "concepto de marketing", que se enfoca en asegurar la satisfacción del cliente (Mpinganjira, 2011).

La calidad del servicio y la satisfacción del paciente tienen un impacto significativo en la atención médica. Las percepciones de los pacientes sobre las instalaciones hospitalarias afectan la imagen y la relación costo-efectividad del hospital (Donabedian, 1980).

Es así que entre las teorías más importantes de calidad atención médica destaca la propuesta por Donabedian (2015) quien establece que la calidad asistencial está dada por las diferentes actividades encaminadas a garantizar unos servicios accesibles y equitativos; con unas presentaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida. Además, enfatiza el estudio de la calidad mediante los enfoques de estructura, proceso y resultado; así como su análisis mediante tres dimensiones: calidad técnica, calidad interpersonal y comodidades.

Donabedian (1980) diferenció entre dos dominios primarios de la calidad en la gestión de la atención de la salud, procesos técnicos e interpersonales. De acuerdo con su teoría, la atención técnica se refiere la aplicación de la ciencia médica y la tecnología de cuidados de la

salud, mientras que el cuidado interpersonal representa la interacción que ocurre entre el proveedor del servicio y el consumidor. Dentro de esta conceptualización, un tercer elemento, las comodidades de la atención, también contribuye a la calidad de la atención médica. Las comodidades de la atención describen las características del entorno en el que se proporciona la atención.

Brook y Williams (1975) presentan una conceptualización similar a la propuesta por Donabedian (1980), en el que la atención técnica refleja qué tan bien se da el diagnóstico y se aplican los procesos terapéuticos. Y, por otro lado, los cuidados interactivos se refieren al comportamiento del personal médico con el paciente

De la misma forma, Ware, Davies-Avery y Stewart (1978) también identificaron la interacción entre un proveedor de servicios y un paciente, la calidad técnica de la atención y el medio ambiente como dimensiones importantes de la satisfacción del paciente. Estos autores también proporcionaron apoyo para la inclusión de una cuarta dimensión que refleje los aspectos administrativos de la prestación del servicio.

Por otro lado, Ávalos (2013) menciona que la calidad de atención o asistencia médica está dada por la propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diferentes medidas. Esta propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.

Así, el servicio al paciente ha sido definido hace ya algún tiempo como un determinante de calidad en instituciones médicas por varios autores (Crane & Lynch, 1988). Y varios de estos estudios han señalado la importancia del servicio al paciente como una estrategia de marketing en varias instituciones de salud (Reidenbach & Sandifer-Smallwood, 1990). Es así que debido al aumento del enfoque de considerar las expectativas del paciente, el sector de la

salud comenzó a fijar sus estándares de calidad incluyendo la satisfacción del paciente como uno de los indicadores (Shafiq et al., 2017).

Calidad en la Atención Primaria de Salud (APS)

La calidad en la APS usualmente recurre a la evaluación por indicadores de eficiencia, eficacia o resultados. En especial, las medidas de resultados han sido expuestas por diversos autores y las mismas instituciones. Estos indicadores pueden incluir criterios sobre la estructura de la institución médica, la eficiencia de sus procesos y sus resultados sobre el usuario (Gardner & Mazza, 2012). A su vez, estas medidas o indicadores de evaluación se espera que deban ser desarrollados bajo un enfoque correcto y sistémico, de tal manera que se garantice su transparencia y confiabilidad para la toma de decisiones en la mejora de los estándares de calidad (De Labry, Mochón & Tamayo, 2017).

Las fichas clínicas y los registros de los procesos diarios en las unidades médicas primarias sirven como una fuente de información fiable para la elaboración de indicadores sencillos primarios de calidad los cuales deberán ser seguidos en el tiempo para posteriormente tomar decisiones o implementar políticas de intervención (Prado, Valdebenito & Salinas, 2015). Sin embargo, los indicadores por resultados en salud pueden llegar a representar un esfuerzo más complejo y también un proceso con un gasto más considerable (De Labry et al., 2017). A pesar de ello, este tipo de indicadores pueden proporcionar un diagnóstico más real y potente de la calidad de la asistencia de salud primaria.

Así mismo, para la evaluación del desempeño de la APS a nivel macro se recurre a evaluar sus elementos claves a través del cumplimiento de los Índices de Actividad de APS, las metas sanitarias y las garantías explícitas de salud (Ramírez, Mendoza & Moraga, 2015). En términos de eficiencia, los indicadores desarrollados por el Instituto de para Información de Salud de Canadá (Webster, 2005) y el análisis envolvente de datos para la estimación de una frontera eficiente en los sistemas de salud propuesto por la OMS (Nevárez, Constantino &

García, 2007) están entre los métodos de evaluación más reconocidos a nivel mundial. A pesar de ello, estos métodos no toman en cuenta a la persona como el elemento central, una característica esencial en el Modelo de APS (Ramírez, Mendoza & Moraga, 2015). Es por ello que este estudio se centra en el resultado sobre el usuario, recurriendo a medidas de percepción para evaluar la calidad de atención de salud primaria ofrecida.

Marco Conceptual

Una vez explicada la teoría de calidad de servicio, su enfoque en ambientes médicos y su relación con la satisfacción usuaria, es necesario presentar la definición de las variables mencionadas en los modelos teóricos expuestos.

En primer lugar, resulta esencial definir a que refiere específicamente los servicios de salud. De acuerdo a Chasin y Galvi (1998) los servicios de salud se refieren a una amplia lista de servicios incluidos los de enfermedades físicas y mentales; servicios dirigidos a prevenir enfermedades y promover salud y bienestar; cuidados intensivos, a largo plazo, de rehabilitación y paliativos; finalmente la definición se aplica a muchos tipos de profesionales de la salud (por ejemplo, médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud) y a todos los entornos de atención (desde hospitales y hogares de ancianos hasta consultorios médicos, sitios comunitarios e incluso hogares privados).

Sin embargo, este estudio está dirigido específicamente a los servicios de atención de salud primaria. De acuerdo a la declaración del Alma Ata la Atención Primaria de Salud (APS) la define como

el cuidado esencial de la salud en base a métodos científicos y socialmente aceptables y a tecnologías universalmente accesibles a toda persona y familia de la comunidad a través de una participación plena y de unos costos que estén al alcance de la Nación y la comunidad, para que mantengan en todas las etapas de su desarrollo el espíritu de autonomía e independencia. Constituye una parte integral del sistema sanitario del

país, siendo su función central y principal objetivo, el progreso general social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de la persona, la familia y la comunidad con el sistema sanitario nacional, que lleva los servicios de salud lo más cerca que sea posible de los lugares en que viven y trabajan las personas y constituye el primer elemento del proceso constante del cuidado de la salud (Ase & Buriyovich, 2009, p.34)

Esta definición se la puede establecer de manera más concreta, según menciona Rosas, Zarate y Cuba (2013, p. 43) que la APS

es la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un costo aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo.

La estrategia de atención primaria está compuesta por tres componentes esenciales: los servicios de salud, la acción intersectorial por la salud y la participación social comunitaria y ciudadana (Franco, 2015). Por tanto, la APS también puede ser vista como

la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios (Franco, 2015, p. 415).

Los *indicadores de calidad en la atención de salud* se definen como “elementos medibles que se refieren a las estructuras, procesos y resultados de la atención, e implican un juicio sobre la calidad de la atención prestada” (Kotter, Blozik & Scherer, 2012 citado por De Labry et al., 2017, p. 279). Entre los indicadores, resalta los indicadores por resultados, los *resultados de la APS* se refieren a “aquellos cambios en el estado de salud actual o futuro de las personas o

comunidades, positivos o negativos, atribuibles a la atención en salud previa o actual, siendo de difícil valoración” (Ramírez et al., 2015) o también puede ser vistos como “la valoración definitiva para dar validez a la eficacia y la calidad de la atención médica” (Donabedian, 1966 citado por De Labry et al., 2017).

La calidad de servicio presenta un número de definiciones particularmente abundante. Oliver (1993) la define como la satisfacción del desempeño versus la expectativa. Mientras, Lewis y Booms (1984) la definen como una medida de cómo el nivel de servicio desarrollado iguala a las expectativas del cliente.

Por otro lado, la calidad para Holbrook, Corfman y Olschavsky (1985) es un modo de evaluación o juicio de un servicio similar en muchos casos, a una actitud.

Entre los términos definidos en la teoría de Parasuraman et al. (1995), el autor explica los conceptos de *calidad percibida* versus *calidad objetiva*. El autor explica que el significado conceptual de la *calidad objetiva* involucra el mecanismo o forma como se provee un servicio, mientras la *calidad percibida* es la respuesta de la persona a dicha provisión del servicio.

En otros estudios estos términos de objetivo o percibido se los puede encontrar como *calidad técnica* la cual es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio favorable de riesgo y beneficio y *calidad sentida* es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución, está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos (Wong, Levinson, & Shojania, 2012).

Además, dentro de las dimensiones de los modelos teorizados son coincidentes una serie de variables. Estas son definidas por Suárez (1997, citado por Massip, Ortiz, Llantá, Peña & Infante, 2008, p. 2), tales como:

- Confiabilidad*: Consistencia en el rendimiento y en la práctica.
- Receptividad*: Disposición y prontitud de los trabajadores para proporcionar el servicio y la oportunidad.
- Competencia*: Significa la posesión de habilidades y los conocimientos necesarios para ejecutar el servicio.
- Accesibilidad*: Implica el aprovechamiento y la facilidad del contacto.
- Cortesía*: Es la amabilidad, la urbanidad y la amistad del personal que presta el servicio.
- Comunicación*: Escuchar a los usuarios y mantenerlos informados con un lenguaje que puedan entender.
- Credibilidad*: Significa honestidad, dignidad y confianza.
- Seguridad*: Estar libres de peligros, riesgos y dudas.
- Entender y conocer al cliente*: Estudiar y conocer las necesidades de este para satisfacerlas.
- Aspecto tangible del servicio*: Apariencia personal, condiciones del lugar, herramientas, instrumentos y equipos, así como la privacidad del usuario.
- Efectividad*: Es un indicador fundamentalmente de análisis, síntesis y no operativo por cuanto representa una calificación final que se logra relacionando el resultado.
- Eficiencia*: Es la calificación de la forma en que utilizan los recursos humanos, materiales y financieros por la estructura y el proceso determinado para un servicio. Se determina por el volumen y características de los recursos, así como también por la manera como están organizados, coordinados y son utilizados.
- Eficacia*: Es la calificación de la forma como un servicio responde a los requerimientos, expectativas y necesidades del sujeto o medio sobre el cual actúa. Mide la calidad del producto resultante.

En particular, la *accesibilidad* involucra una serie de aspectos. Saurma (2016) considera que un servicio accesible está dentro de una proximidad razonable al consumidor en términos de tiempo y distancia; es decir, el término está directamente ligado a la localización del servicio. La disponibilidad tiene que ver con la oferta y demanda, y un servicio se puede categorizar como disponible si tiene suficientes servicios y recursos para satisfacer el volumen y las necesidades de los consumidores y las comunidades atendidas (Saurman, 2016).

Saurman (2016) también define aceptabilidad, asequibilidad y adecuación de un servicio. La aceptabilidad tiene que ver con la percepción del paciente, y un servicio es aceptable si responde a la actitud del proveedor y del consumidor con respecto a las características del servicio y las preocupaciones sociales o culturales.

La asequibilidad se refiere a los aspectos de financiamiento y costos, para Saurman (2016). Los servicios asequibles examinan los costos directos tanto para el proveedor del servicio como para el consumidor. Por último, un servicio adecuado está bien organizado para aceptar clientes y que estos puedan usar los servicios, las consideraciones de adecuación incluyen las horas de operación (atrasos), los sistemas de referencia o cita, y las estructuras de las instalaciones (acceso en silla de ruedas) (Saurman, 2016).

Marco Legal

En primer lugar, la Constitución de la República establece en su artículo 32 que “la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir”.

Además, que en el mismo cuerpo legal se manifiesta

el Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin

exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Constitución de la República, 2008).

Por otro lado, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2012) en su artículo 3 explica que la salud es un derecho humano “inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos, y estilos de vida saludables”.

Esta misma ley, en su artículo seis establece que son responsabilidades del Ministerio de Salud Pública

- Diseñar e implementar programas de Atención Integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares,
- Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respecto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, 2012, Art. 6).

Además, el Acuerdo Ministerial 5169 (2015) explica la estructura del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud, el cual como parte del Plan Integral de Salud tendrá como propósito los siguientes ejes

- Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de

Desarrollo para el Buen Vivir; - Mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana, a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), que incluye la estrategia de Promoción de la Salud;

- Transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano; e,

- Incidir sobre los determinantes de la salud, a través de una acción articulada y complementaria con los otros sectores del desarrollo para el mejoramiento de la calidad de vida y salud a nivel individual y colectivo (Acuerdo Ministerial 5169, 2015, p. 10).

Finalmente, es importante señalar que la investigación se enmarca bajo el eje de Derechos para toda una vida del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 pues “en esta línea, los temas abordados a nivel nacional fueron la implementación de sistemas de salud inclusivos para todos” (Senplades, 2017, p.41). Además, el mismo texto señala que “para lograr un desarrollo integral de la población, es fundamental garantizar una vida saludable y promover las condiciones para una vida digna para todos” (Senplades, 2017, p.50).

Capítulo II

Marco Referencial

El presente capítulo está dedicado a dar una revisión al actual estado de la investigación en la línea de calidad de servicios en ambientes de atención médica. Así, se parte con la exposición de estudios de referencia a nivel internacional y a nivel local, estos sirven como base y guía para la consecución del tema de estudio planteado que pretende evaluar la calidad de servicio en unidades médicas móviles.

Además, en orden de enfocar y orientar de manera más precisa la investigación, el capítulo continúa con una descripción del Sistema de Salud a nivel del país. Luego, se expone el modo de prestación de servicios de salud a nivel de GAD, dentro del cual se implementó la atención de salud mediante clínicas móviles.

Estudios de calidad de servicios en unidades médicas

El instrumento SERQUAL ha sido extensamente utilizado para evaluar la calidad de servicios en diferentes sectores empresariales. El número de estudios se ve reducido cuando se enfoca el uso de esta escala específicamente al sector de la salud. Sin embargo, se encontró también investigaciones dedicadas a evaluar la validez y confiabilidad del SERQUAL para la evaluación de la calidad en ambientes hospitalarios o de atención médica.

En Colombia, Zapata (2014) tuvo por objetivo comprobar la relación entre las dimensiones de la calidad operacional y la general percibida por los usuarios. Además, la autora logra explicar el comportamiento de las ecuaciones estructurales y el modelo Servqual en las organizaciones que buscan proporcionar una mayor aplicabilidad de este instrumento en las empresas prestadoras de servicios de salud en Manizales, Colombia, donde no ha sido estudiado hasta ahora y no se hallaron mayores referencia e informes sobre el mismo, aspecto que lo convierte en un tema de interés (Zapata, 2014).

Así mismo, en Latinoamérica, Mendes et al. (2018) también identificaron las expectativas y percepciones de 172 pacientes internos por cirugía a través del Servqual en Brasil. La mayoría de su muestra estuvo constituida por pacientes mayores de 60 años, estos reportaron percepciones más altas a sus expectativas; es decir, se obtuvo una alta satisfacción de los pacientes. Los autores, en base a sus resultados, sugieren que futuras evaluaciones de los servicios de salud son sobretodo importantes para averiguar cómo el servicio es ofrecido por parte de las enfermeras; es decir, se resalta que el liderazgo del personal de enfermería podría mejorar las expectativas del paciente.

De la misma forma, Kalaja, Myshketa y Scalera (2016) plantean el objetivo de evaluar la calidad de los servicios en el hospital regional público de Durres en Albania, considerando que la calidad es un parámetro clave en la evaluación del rendimiento. Los autores manifiestan que los pacientes son los principales actores en la evaluación de la calidad y así su estudio se basa en un cuestionario completado por 200 pacientes hospitalizados entre julio y septiembre de 2015. La encuesta se basa en el modelo SERVQUAL utilizando cinco dimensiones de calidad del servicio como: La empatía, la tangibilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad y la confiabilidad son esenciales para medir las percepciones y expectativas de los pacientes en cada uno de ellos. Su principal hallazgo fue que los factores principales que afectan las preferencias generales de los pacientes demuestran resultados positivos hacia servicios de calidad sin diferencias significativas entre las expectativas y las percepciones reales de los pacientes.

Un estudio muy similar se lleva a cabo en Rumania, cuyo objetivo fue evaluar la aplicabilidad de la escala SERVQUAL en los servicios públicos de salud. Sus autores, Purcărea, Gheorghe y Petrescu (2013) evalúa la consistencia interna, confiabilidad y validez de la escala mediante el índice de Alfa de Cronbach y análisis factorial. Sus principales

hallazgos sugieren que la brecha más significativa se dio en la dimensión de tangibilidad, seguida por la capacidad de respuesta y seguridad.

En China, los autores Li et al. (2015) llevaron a cabo un macro estudio, aplicando la escala SERVQUAL en nueve ciudades asiáticas. Su objetivo principal fue Investigar la percepción de los pacientes sobre la calidad del servicio en los hospitales de nueve ciudades chinas y proponer algunas medidas de mejora. Los autores basaron sus análisis estadísticos en estadísticas descriptivas, análisis de factores, análisis de confiabilidad, correlaciones producto-momento, t-tests de muestras independientes, ANOVA de una vía y análisis de regresión. Los principales resultados fueron que los visitantes de las instalaciones ambulatorias informaron una percepción más positiva que los visitantes a las instalaciones hospitalarias sobre los elementos tangibles y la fiabilidad. Los pacientes de 60 años o más reportaron una percepción más positiva que aquellos entre 40 y 49 sobre confiabilidad, seguridad y empatía. Para las cinco dimensiones de la escala, los pacientes en Laibin, Guangxi informaron la calidad de servicio percibida más positiva, seguida por los pacientes en Shanghai.

En Pakistán, Shafiq et al. (2017) manifestando una necesidad de investigación para desarrollar una escala que mida la calidad del servicio hospitalario en hospitales asiáticos, independientemente de su naturaleza o propiedad adaptan el instrumento SERVQUAL. Se recogieron datos de pacientes hospitalizados y ambulatorios en 9 hospitales diferentes, y la escala se desarrolló utilizando modelos de ecuaciones estructurales. La escala desarrollada se validó luego identificando las brechas de calidad del servicio y clasificando las áreas que requieren esfuerzo gerencial. Los resultados de los autores indicaron que las brechas fueron estadísticamente significativas; por lo tanto, los administradores del hospital deben enfocarse en cada una de estas áreas. Al centrarse en las áreas de mejora identificadas, las autoridades

de atención médica, los gerentes, los profesionales y los responsables de la toma de decisiones pueden generar cambios sustanciales dentro de los hospitales (Muhammad et al., 2017).

La escala Servqual también fue aplicada y validada por Meesala y Paul (2018) en la industria de salud en India. Su estudio tuvo como objetivo principal identificar los factores más críticos en los hospitales relacionados a la calidad de servicio que podrán asegurar el éxito de estas instituciones en el futuro. Los autores recogieron una muestra en 40 hospitales privados. Un aspecto innovador de su investigación es que, al ser unidades privadas de salud, los autores agregan una variable a su modelo: la lealtad del usuario, a partir de la misma escala de medición. A través de un análisis de sendas, los principales hallazgos sugieren que solo la fiabilidad y capacidad de respuesta son predictores significativos de la satisfacción del usuario y que la satisfacción está directa y significativamente relacionada con la lealtad de los clientes de los hospitales privados en India.

Finalmente, uno de los estudios más recientes fue el de Teshnizi, Aghamolaei, Kahnouji, Teshnizi y Ghani (2018). Este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad de los servicios de salud en Irán a través de un metanálisis de todos los estudios iraníes que utilizaron la herramienta SERVQUAL. Los autores realizan una revisión sistemática de la literatura en Web of Science, PubMed, Scopus, Google Scholar, Irán Medex, Magiran y Scientific Information Database y seleccionaron todos los estudios pertinentes en inglés o persa publicados entre enero de 2009 y abril de 2016. Solo se consideraron los artículos si consideraban las cinco dimensiones de la herramienta SERVQUAL para evaluar la calidad de los servicios de atención médica.

Además, en esta investigación de Teshnizi et al. (2018), dos revisores extrajeron de forma independiente la media y la desviación estándar de cinco dimensiones y características de los estudios, de 315 estudios identificados inicialmente, 12 se incluyeron en su metanálisis. Sus principales resultados fueron que las percepciones de los pacientes fueron inferiores a sus expectativas; la responsabilidad y la confiabilidad tuvieron las

brechas más bajas, y la tangibilidad y la empatía tuvieron las brechas más grandes; excepto por el género, otras variables no tenían asociaciones significativas con las brechas; los pacientes en las ciudades de Arak y Shiraz tuvieron las mayores deficiencias. Por tanto, los autores concluyen que todas las dimensiones de la calidad del servicio fueron negativas, lo que implica que la calidad de los servicios de salud en Irán no ha sido satisfactoria para los pacientes y debe mejorarse.

Avances en la Atención Primaria en Salud

La Declaración Alma-Ata definió la Atención Primaria de Salud (APS) como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2008). Además, la OMS (2008) resalta que la atención primaria de salud acepta la resistencia e inventiva del espíritu humano y da lugar a soluciones creadas por las comunidades que cuentan con la adhesión y el apoyo.

La atención de salud es cada vez más ineludible, porque hay que proporcionar respuestas a sus demandas, que cada día se vuelven más informados y exigentes (Organización Panamericana de la Salud, 2011). Se puede decir que la atención primaria en salud es una determinante favorable a la comunidad porque brinda ayuda de calidad en sus servicios, satisfaciendo así las necesidades prioritarias de los usuarios en salud (OMS, 2008).

Uno de los aspectos mayormente tratados por los investigadores en este campo, radica en la eficiencia de los servicios dentro de la APS. A nivel mundial, diversos países han elaborado estrategias en busca de mejorar sus indicadores tanto de calidad como de eficiencia. Romano y Choi (2016), en busca de evaluar la eficiencia en atención primaria en Barcelona, incorporan en su estudio indicadores de características cualitativas a través de un análisis envolvente los cuales les permitieron medir la productividad y eficiencia relativa de las

unidades analizadas. Los autores calculan una frontera de mejores prácticas y logran clasificar las unidades médicas ineficientes y eficientes. Además, como principal conclusión, Romano y Choi (2016) manifiestan que la calidad asistencial es uno de los resultados más relevantes a la hora de plantear criterios de racionalización de los servicios en asistencia primaria de salud, la ausencia de esta consideración podría llevar a reasignaciones de recursos ineficientes. Este estudio se caracterizó por ser puramente cuantitativo pues se lo realizó a través de especificación de modelos.

Por el contrario, Haggerty, Yavich y Báscolo (2009) elaboran un estudio de tipo cualitativo con el objetivo principal de determinar la adaptabilidad de la estrategia canadiense de evaluación de la atención primaria de salud (APS) en el contexto de América Latina en busca de proponer una serie de modificaciones y llegar a un consenso latinoamericano. Los autores utilizan el método Delphi con cuatro rondas de entrevistas en un medio virtual y presencial. Tras la evaluación por expertos, estos concluyen que dicho modelo canadiense es altamente pertinente para el contexto latinoamericano. Esta estrategia de evaluación canadiense está compuesta por 105 indicadores los cuales permiten evaluar los siete objetivos establecidos de la APS y seis factores condicionantes de desarrollo (Haggerty & Martin, 2005; Canadian Institute for Health Information, 2006 citado por Haggerty et al. 2009).

Por su parte, Giraldo y Vélez (2014) parten de un método mixto en su estudio que plantea como objetivo central “identificar las características del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de los usuarios y los factores que se relacionan con la utilización de los servicios” (p. 232). Los autores evaluaron 393 beneficiarios de la estrategia, y utilizaron como técnicas la encuesta y grupo focal. Entre principales hallazgos que las principales razones para acudir la atención sanitaria fueron tanto para recuperarse y prevenir la enfermedad y que la edad es un factor determinante para solicitar esta atención (Giraldo y Vélez, 2014). Los autores además concluyen que los medios

por los que los usuarios más se beneficiaron fueron la visita familiar, la jornada de salud, las unidades móviles y las reuniones comunitarias (Giraldo y Vélez, 2014).

En la misma línea, Da Silva, Baitelo y Fracolli (2015) evaluaron los atributos de la APS en cuanto al acceso, longitudinalidad, integralidad, coordinación, orientación familiar y orientación comunitaria a través de un análisis triangular y comparando el punto de vista de los actores sociales que participan en este sistema. Los autores parten de un enfoque cuantitativo y diseño transversal en una muestra de 527 usuarios adultos, 34 profesionales sanitarios y 330 niños. Entre los principales resultados se pudo detectar que el atributo menos valorado fue la orientación comunitaria, la orientación familiar, la integralidad de los servicios prestados y los servicios recibidos (Da Silva et al., 2015).

También es importante mencionar que dentro de la APS los profesionales de la salud son un factor clave para su progreso y calidad de servicio. Este punto es abordado por Franco (2015) quien a través de una revisión crítica busca desentrañar el rol de los profesionales de la salud en la APS. El autor utiliza como método la revisión narrativa de varios conceptos de APS, sus relaciones con otros modelos de salud y el papel del personal sanitaria desde diferentes enfoques, todo esto lo lleva a cabo en el contexto de Colombia. Todo ello permite al autor a proponer un boceto para la formación de futuros profesionales sanitarios a partir de las nuevas demandas en tres dimensiones: micro, macro y meso de la realidad socio sanitaria sin obviar las actuales limitaciones estructurales del sistema de salud colombiano (Franco, 2015).

Por otro lado, la implementación de tecnologías también ha sido revisada para verificar su potencial aporte en la mejora de la eficiencia en la APS. Casasola, Casasola, Guerra y Pérez (2017) evaluaron la accesibilidad del servicio en APS a través de un mecanismo de cita previa por Internet. Sin embargo, de los 18 sitios web evaluados solo seis declararon un nivel de conformidad alto, esto sugiere que el nivel de accesibilidad web, según requisitos legales en

España, es bajo (Casasola et al., 2017). A pesar de ello, autores como González y Cardentey (2016) sugieren que el alcance de la tecnología, y su uso adecuado y justo ofrecen a los trabajadores y a los usuarios una posibilidad de mejora en su calidad de vida. Sin embargo, para ello es necesario identificar las necesidades tecnológicas de la comunidad, incentivar su uso adecuado, evaluar su factibilidad y resultados positivos a través de la observación o encuestas (González & Cardentey, 2016).

La APS en América Latina

En su mayoría, los sistemas de salud en Latinoamérica están organizados en tres subsistemas: el público, el privado y la seguridad social (Haggerty et al., 2009). Sin embargo, entre ellos difieren aspectos como los servicios ofrecidos, la calidad de la atención, la estructura organizacional y aún más relevante diferencias en su monto y forma de financiamiento (Lewis, Eskeland & Traa-Valerezo, 2004). Esta realidad, es casi generalizable a todos los países de esta región.

Así, en América Latina, la orientación de la APS no ha sido homogénea entre países puesto que en muchos casos es concebida como una estrategia para regular el acceso al segundo y tercer niveles de atención sanitaria y así controlar los costos (Haggerty et al., 2009). Por tanto, de acuerdo a Prado et al. (2015) en Latinoamérica la APS tiene un rol fundamental en la red de atención pública que cubre al menos al 75% de su población. Sin embargo, este sector presenta grandes desafíos, entre ellos destacan la cobertura universal, la accesibilidad, la equidad en recursos y la calidad de su servicio, todo ello ligado a la capacidad de gestión del Estado (Haggerty et al., 2009).

La estructuración de los sistemas de salud que integran la APS se ha dado en los últimos años en el contexto latinoamericano. Así, diversos investigadores comenzaron a identificar los obstáculos a superar para lograr dichos sistemas relativamente nuevos basados en la APS. Entre estos se pueden mencionar: la fragmentación entre el sector público y privado, la falta

de sostenibilidad financiera, la desigualdad en salud entre poblaciones, las discrepancias entre salud y desarrollo, las reformas de salud ineficientes, la poca participación comunitaria y ciudadana, la discontinuidad de políticas públicas, la debilidad en la gestión y rectoría estatal, la ausencia de mecanismos de evaluación, la poca capacidad resolutive, la rigidez en los procesos y gestión (Osorio & Álvarez, 2013).

Sistema de Salud en Ecuador

Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)

El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2015) define: “El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAISFCI) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permite la integralidad en los niveles de atención en la red de salud” (p. 53). Por tanto, el MAIS-FCI define como interactúan el sector público y privado, cada miembro de la red de servicios de salud y la misma comunidad llevan juntos acciones que permiten dar soluciones integrales a las necesidades y problemas de salud de la población en la cual permite mejorar la calidad de vida.

El propósito del MAIS, de acuerdo al MSP (2015) plantea los siguientes ejes:

- Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir (MSP, 2015).
- Mejorar las condiciones de vida y salud de los ecuatorianos, a través de la implementación del Modelo Integral de salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAISFCI), bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada (APS-R) que incluye la estrategia de Promoción de la Salud (MSP, 2015).

- Transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano (MSP, 2015).
- Incidir sobre los determinantes de la salud, a través de una acción articulada y complementaria con los otros sectores del desarrollo para el mejoramiento de la calidad de vida a nivel individual y colectivo (MSP, 2015).

Así, de acuerdo al Ministerio de Salud Pública (2015) este modelo de atención desarrolla en el primer nivel de atención un

proceso planificado y organizado que permite articular cuatro elementos: la demanda en salud de la comunidad, la experiencia y el conocimiento de la realidad del área geográfica – poblacional, epidemiológica que poseen los equipos de salud, las normas de atención y los programas sociales impulsados por las instituciones gubernamentales, GADS y organizaciones no gubernamentales y de la comunidad (p. 111).

El GAD de Guayaquil en la prestación de servicios de salud

La Municipalidad de Guayaquil decide bajo un imperativo moral involucrarse en el impulso del sector de la salud desde 1992. Esto quiere decir que, si bien no existe una forma de obligatoriedad legal de los municipios en el área de la salud, su participación se da por un compromiso moral y humanista.

En concordancia, leyes como la Ley del Régimen Municipal en su artículo 164 confiere a las Municipalidades el deber de establecer mecanismos y ordenanzas que mantengan la higiene y la salubridad de los cantones. Además de mantener y organizar los servicios de asistencia social, como dispensarios para complementar las acciones del Ministerio de Salud Pública.

Políticas de Salud del Municipio

La política de salud del Municipio se basa en la Atención Primaria, la cual maneja las ocho

actividades identificadas como elementos básicos en la declaración Alma-Ata de 1978:

- Educación para la salud
- Nutrición apropiada
- Agua potable y saneamiento básico
- Atención de salud materno infantil/inmunización.
- Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas
- Tratamiento básico de los problemas de salud.
- Suministro de medicamentos esenciales.

Además, su misión dicta que

la Dirección de Salud Pública e Higiene es el departamento del Municipio de Guayaquil con personal capacitado y comprometido, y los medios tecnológicos necesarios para la promoción de estilos, condiciones y modos de vida saludables, que fomenten la preservación de la salud de la población más vulnerable y con mayor riesgo de contraer enfermedades, de las comunidades urbano-marginales y rurales del Cantón, mediante acciones de educación, promoción, curación y rehabilitación en Atención Primaria en Salud (Dirección de Salud e Higiene Municipal, 2017, p.5).

Mientras su visión es

ser la Dirección de Salud Municipal referente a nivel nacional, que brinde universalidad, equidad, eficiencia y eficacia en la atención de salud, determinando una mejor calidad de vida para la población del Cantón Guayaquil, preferentemente de las comunidades urbano-marginales y rurales más vulnerables a los problemas de salud y excluidas de la prestación de servicios médicos-quirúrgicos, odontológicos, veterinarios y de laboratorio clínico; mediante un enfoque interinstitucional, sostenible y sustentable de planes, programas y proyectos de salud (Dirección de Salud e Higiene Municipal, 2017, p. 5).

Objetivos

- Brindar Atención Primaria de Salud, entorno a la prevención, curación de enfermedades y fomento de la salud, mediante programas que permitan incrementar la cobertura, la equidad y la calidad de los servicios con el fin de mejorar el nivel de la salud de la población (GAD Municipalidad de Guayaquil, 2018).
- Capacitar a toda la población para mejorar sus habilidades, capacidades y conocimientos en el tema de prevención de enfermedades (GAD Municipalidad de Guayaquil, 2018).
 - Prevenir las enfermedades infecto-contagiosas.

Adicionalmente, de acuerdo a la Municipalidad de Guayaquil nueve son los principios que la definen:

-Gratuidad: Todos los servicios de salud prestados por nuestras unidades son gratuitos, incluyendo la entrega de medicamentos;

-Equidad: Nuestra atención se brinda principalmente en los lugares con mayor carencia de servicios de salud y con mayores problemas de salud;

-Calidad: Excelente prestación de servicios gracias a la preparación y actualización de conocimientos de nuestro personal, así como al mantenimiento permanente de nuestros equipos e instalaciones;

-Cobertura: Conforme a las necesidades y aumento demográfico del Cantón;

-Calidez: Buena atención no solo por la calidad de los servicios sino por la consideración y respeto a los usuarios;

-Eficiencia: Disminución de estadísticas negativas, evaluación de resultados, rapidez, seriedad y responsabilidad al menor costo;

-Eficacia: Oportuna prestación de servicios dependiendo de las necesidades de la población;

- Sostenible: Autofinanciado para realizar una labor permanente;
- Sustentable: Permanencia en el tiempo sin perjuicio de las comunidades presentes y futuras (GAD Municipalidad de Guayaquil, 2018, parr. 3) .

Componentes de la Política de Salud Municipal

Para lograr resultados de una Política de Salud, es indispensable tomar acciones en los cuatro componentes principales: educación sanitaria, programas sanitarios, salud pública y saneamiento. De no hacerlo la visión integral de salud no estará completa y el malgasto de los recursos humanos, tecnológicos y económicos utilizados sería imperdonable. El Municipio de Guayaquil está implementando los siguientes proyectos y programas:

- Salud pública basada en la Atención Primaria en Salud: Programa de atención integral de salud
- Prevención de enfermedades: Programa Educación para la Salud – Charlas de Salud e Higiene.
- Promoción de la Salud: proporcionara a los pueblos, comunidades, los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control de la misma, mediante cinco estrategias fundamentales que son: Elaboración de una política pública de salud, Creación de ambientes favorables, Reforzamiento de la acción comunitaria, Desarrollo de aptitudes personales y Reorientación de los servicios sanitarios

Plan Más Salud

El Plan Más Salud, brinda atención primaria en salud en todas sus unidades, sean estas Clínicas Móviles, Centros de Salud, Dispensarios y Hospitales. Cabe destacar que en los puntos considerados de nivel II, con médicos generales se brinda la atención primaria en salud. Por motivos de la complejidad de la topografía, las clínicas móviles no pueden ingresar, el Municipio de Guayaquil envía brigadas médicas odontológicas y veterinarias a estas zonas, como por ejemplo en la Isla Puná que atienden un promedio de 130 pacientes por

brigada, donde predominan enfermedades como respiratorias, digestivas y dérmicas que son tratados con cremas, antibióticos, analgésicos y las medicinas necesarias para cada caso (Dirección de Salud e Higiene Municipal, 2006).

Objetivos del Plan Más Salud

- Contribuir a disminuir incidencia y prevalencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Facilitar el acceso a servicio de salud en áreas periurbanas y rurales del Cantón Guayaquil.
- Contribuir a preservar la salud del ser humano.

El programa municipal “Más Salud”, del Municipio de Guayaquil, cumple con más de 10 millones de atenciones médicas y medicaciones gratuitas en 18 años de existencia, en beneficio del pueblo porteño para mejorar la calidad de vida. A esta cifra se deben agregar más de tres millones de atenciones odontológicas que se han realizado y el un millón y medio de consultas veterinarias, en defensa de los animales que se viene llevando a cabo hace 18 años. Además, este programa municipal cuenta con 8 hospitales del día, dos centros de salud, 36 clínicas móviles, brigadas de salud y atenciones especializadas gratuitas a través de los clubes de diabéticos, donde se inyecta insulina; de hipertensos, con los medicamentos correspondientes; de embarazadas, donde se hacen ecos, exámenes de laboratorios, a más de operaciones laparoscópicas, todo con la última tecnología en implementos y absolutamente gratis.

En conclusión, el plan Más Salud, brinda atención especializada en las áreas de ginecología, pediatría, cardiología, odontología y medicina general, además servicio veterinario. Clubes de diabéticos, hipertensos y de mujeres embarazadas.

Clínicas Móviles

Las clínicas móviles tienen como propósito principal brindar atención de salud en

Medicina General y Odontología en las áreas periurbanas y rurales del Cantón, especialmente en aquellas donde no existen prestadores de estos servicios, igualmente en aquellos sectores donde la comunidad no tiene un acceso fácil a la asistencia médica y odontológica por múltiples causas (vías de acceso, transportación, costo de los servicios, pobreza, etc.). En cada clínica móvil cuentan con dos Médicos generales, un Odontólogo, una Auxiliar de Enfermería y todos los instrumentos necesarios para brindar una atención primaria de calidad a un promedio de 100 pacientes diarios. Las primeras Clínicas Móviles atienden desde el año 2000 y desde el año 2003 hasta la actualidad existen 36 Clínicas Móviles operativas, que funcionan en los sectores populares de las parroquias urbano marginales de: Letamendi, García Moreno, Urdaneta, Ximena y Tarqui popular. Todas las personas pueden acceder a los siguientes beneficios.

Tabla 1 Número de personas atendidas en clínicas móviles

Año	Atención médica	Atención odontológica	Total
2001	219.425	79.185	298.610
2002	530.155	124.982	655.137
2003	407.236	142.957	550.193
2004	453.071	129.300	582.371
2005	614.644	198.961	813.605
2006	698.495	246.142	944.637
2007	539.399	189.357	728.756
2008	480.818	184.061	664.879
2009	497.459	185.722	683.181
2010	513.172	200.182	713.354
2011	484.995	194.774	679.769
2012	482.451	187.641	670.092
2013	402.879	190.990	593.869
2014	387.139	183.275	570.414
2015	350.277	169.230	519.507
2016	363.872	185.411	549.283
2017	373.133	156.684	529.817
TOTAL	7.798.620	2.948.854	10.747.474

Adaptado de Plan "Más Salud" Dirección De Salud E Higiene Municipal (2017).

Modelo de Gestión de las Clínicas Móviles

Las clínicas móviles tienen una estructura descentralizada en cuanto a los servicios de salud que se detalla a continuación:

- Estructurar la eficiencia, transparencia y calidad de los servicios a la ciudadanía.
- Desarrollar e implementar estándares de atención, de ofertas, servicios y distribución de recursos aplicando principios de equidad, transparencia y eficacia.

Busca fortalecimiento de la rectoría del Ministerio organizando y racionalizando la distribución de funciones institucionales (Dirección de Salud e Higiene Municipal, 2017)

Tabla 2 Tipos de atención médica en las unidades de clínicas móviles.

ATENCIÓN MÉDICA	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
Medicina General	Odontología
Atención Primaria	
Atención a pacientes diabéticos	Restauraciones con resina 3M
Atención a pacientes hipertensos	
Atención a niños	Profilaxis
Enfermedades respiratorias	Tratamiento periodontal
Enfermedades digestivas	
Parasitosis	Fluorizaciones
Enfermedades de la piel (dérmicas)	
Emergencias de poca complejidad (deshidratación-cirugía menor)	Extracción dental
Enfermedades renales (infecciones urinarias, cálculos renales)	Cirugía de dientes retenidos
Enfermedades ginecológicas (vaginitis)	Estética dental
Problemas osteo-articulares	Rayos X

Adaptado de Plan "Más Salud" Dirección De Salud E Higiene Municipal (2017).

Capítulo III

Metodología y Análisis de Resultados

El presente capítulo describe el diseño de investigación y los métodos utilizados para el alcance de los objetivos planteados. El estudio, de acuerdo a los procesos de investigación seguidos, se sitúa dentro de un enfoque cuantitativo. La naturaleza de este enfoque parte del método deductivo, basado en el positivismo lógico (Pita & Pértegas, 2002). Por tanto, en la investigación se determina la importancia de la medición de datos para la definición y evaluación de las variables de estudio: (1) Calidad de servicio; y (2) Satisfacción usuaria.

Así, este acápite también presenta los resultados obtenidos a través de análisis puramente cuantitativos. El uso de este enfoque logra obtener resultados generalizables, por lo que los hallazgos obtenidos en cuanto a la calidad de servicios en el objeto de estudio, clínicas móviles, logra detectar puntos concretos sobre las deficiencias de calidad en el servicio de atención médica para la toma de acciones que se reflejarán en la propuesta del siguiente capítulo.

Alcance de la investigación

El principal objetivo de la investigación es analizar la calidad de servicio médico para determinar la satisfacción del paciente, es así que al especificar dos variables el estudio presenta un alcance descriptivo y correlacional. El alcance descriptivo permitirá describir las características de los individuos de la muestra, este paso resulta ineludible en la investigación. Por otro lado, el alcance correlacional es útil al momento de determinar si la satisfacción usuaria está asociada a la calidad de servicios, y a qué factores específicamente.

De esta manera, estos dos alcances permitirán complementar el estudio. Los individuos serán caracterizados en términos socio económicos y niveles de satisfacción. Mientras, el análisis correlacional permite identificar a qué factores o dimensiones se encuentra mayormente asociada la satisfacción del paciente. Esta complementación es importante, tal

como señala Hernández, Fernández y Baptista (2014) “los estudios descriptivos son la base para las investigaciones correlacionales” (p. 90).

Diseño de la investigación

El estudio se desarrolla bajo un esquema no experimental transversal. Definir estos términos en la investigación representa trazar la estrategia o plan para el alcance de los objetivos planteados y la comprobación de las hipótesis (Hernández et al., 2014).

Los diseños no experimentales se los puede definir como “la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables” (Hernández et al., 2014, p. 152). Dentro de este diseño, la especificación de transeccional o transversal permite explicar que el estudio se lleva a cabo en un momento dado del tiempo; es decir, los datos son recogidos en un solo momento (Hernández et al., 2014).

Además, de acuerdo al alcance de investigación definido, el presente estudio puede ser categorizado de manera más detallado como un Diseño transeccional correlacional.

Instrumentos de investigación

El principal instrumento de investigación es el método de medición de datos, el cual es definido como aquel que registra datos observables que representan las variables de estudio (Hernández et al., 2014). En este caso, el estudio se basa en la recogida de datos a través de fuentes primarias, como la encuesta. Este instrumento, al igual que cualquier otro, de acuerdo Hernández et al. (2014) debe cumplir con los criterios de confiabilidad, validez y objetividad. Estos tres aspectos son los adecuados para obtener resultados fiables.

Bajo estos tres términos, el cuestionario diseñado para la recolección de información evaluará los conceptos o variables establecidas en la fundamentación teórica. Para su mejor comprensión, la Tabla 3 presenta las variables a evaluar en términos de operacionalización de los conceptos teóricos y sus respectivos indicadores a partir de la adaptación del cuestionario

Servqual propuesta por Babakus y Mangold (1992) además de una segunda parte que evalúa aspectos socioeconómicos de la muestra.

Tabla 3 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Tipo de variable	Indicador	Valoración
Socio demográfica	Conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población, a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de su comportamiento en el campo (De Tejada, 2012)	Género	Cualitativa Nominal	Ítem 1 (tercera parte)	0: Femenino; 1: Masculino
		Edad	Cuantitativa discreta	Ítem 2 (tercera parte)	Número de años
		Número de personas que vive en el hogar	Cuantitativa discreta	Ítem 3 (tercera parte)	Número de personas
		Nivel escolaridad	Cualitativa Nominal	Ítem 4 (tercera parte)	0: Primaria incompleta hasta 6: Universidad completa
		Estado civil	Cualitativa Nominal	Ítem 5 (tercera parte)	1: Soltero hasta 5: Casado
Calidad esperada	Son función de factores como la comunicación de marketing, recomendaciones (comunicación boca-oido), imagen corporativa/local y las necesidades del cliente (Gronroos, 1988).	Elementos tangibles	Cualitativa Ordinal	Ítem de 1 a 3	1: Totalmente en desacuerdo hasta 5: Totalmente de acuerdo
		Fiabilidad	Cualitativa Ordinal	Ítem de 4 a 6	
		Capacidad de respuesta	Cualitativa Ordinal	Ítem de 7 a 9	
Calidad percibida	Respuesta de la persona a la provisión de un servicio (Parasuraman et al., 1985); al juicio del consumidor sobre la excelencia y superioridad de un producto (Zeithmal, 1998)	Seguridad	Cualitativa Ordinal	Ítem de 10 a 13	
		Empatía	Cualitativa Ordinal	Ítem 14 y 15	

Procedimiento de aplicación de instrumento

Una vez de haber definido las variables conceptualmente y sus indicadores, la siguiente fase consiste en la prueba piloto para corroborar su pertinencia y eficacia y determinación de los criterios de confiabilidad y validez (Hernández et al., 2014). El cuestionario construido (Apéndice A), fue aplicado a un total de 25 individuos para su evaluación inicial. De esta manera, se obtuvo indicadores de confiabilidad generales como alfa de Cronbach (1951) y correlaciones entre elementos.

La confiabilidad se la puede definir como “el grado en que un instrumento de varios ítems mide consistentemente una muestra de la población” (Oviedo & Arias, 2005). En consecuencia, su evaluación resulta necesaria al inicio del proceso de levantamiento de información a través del análisis pertinente en una prueba piloto.

La prueba piloto reporto niveles de confiabilidad de superiores a $\alpha = .70$ (Ver Tabla 4) y correlaciones superiores a $r = .50$ a excepción de cinco ítems cuyos índices se reportan bajos (Ver Tabla 5).

Tabla 4 Alfa de Cronbach para las dimensiones de calidad de servicio

Escala	Alfa de Cronbach
Calidad esperada	0,75
Calidad percibida	0,77
Satisfacción usuaria (brecha)	0,72

Entre algunos otros de los resultados pertinentes de la prueba piloto se encontró que dos de los elementos evaluados presentaron varianza igual a cero. Por lo que sus correlaciones no fueron calculadas.

Una vez realizado este proceso se realizó la emisión de autorizaciones para el inicio de recolección oficial. La adaptación del instrumento fue tomada de Babakus y Bangold (1992), los cuales a través de correo electrónico confirmaron su permiso para la aplicación del

cuestionario (Apéndice B). Por otro lado, se emitió una carta de autorización para las autoridades pertinentes a cargo de la administración de clínicas móviles (Apéndice C).

Tabla 5 Correlaciones total de ítems

Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Las clínicas móviles tienen equipos actualizados y modernos	,51	,76
Las instalaciones físicas de las clínicas móviles son visualmente atractivas	,60	,75
El personal de las clínicas móviles luce impecables (arreglado, limpio).	,70	,75
Las clínicas móviles proveen sus servicios al momento que acordaron	,24	,79
Cuando usted tiene algún problema, el personal de las clínicas móviles es considerado y tranquilizador	,51	,76
El personal de la clínica móvil es preciso o certero en la entrega de su servicio	,69	,76
Usted es atendido con prontitud por el personal de la clínica móvil	,16	,79
Usted se siente seguros durante la atención en la clínica móvil	,21	,79
El personal de la clínica móvil está totalmente capacitado y es profesional	,08	,80
El personal de la clínica móvil es amable	,14	,80
El personal de la clínica móvil tiene el apoyo adecuado de las autoridades para realizar correctamente su trabajo	,60	,75
El personal de la clínica móvil le brinda atención personalizada a cada paciente	,60	,75
El personal de las clínicas móviles pone todo su interés cuando lo atienden	,60	,75

Población y muestra

La población objeto de estudio está conformada por los habitantes de las parroquias donde las clínicas móviles ofrecen su servicio de atención médica que son en total seis parroquias. Así, la población total alcanza un total de 2'093 645 individuos.

La muestra es de tipo aleatorio por conglomerados con afijación porcentual fijada en la población. De acuerdo a Casal y Mateu (2003) este muestro consiste en dividir la población en varios grupos de características parecidas entre ellos para analizarlos individualmente, pues dentro de cada conglomerado existe una variación importante y frecuentemente los conglomerados se aplican a zonas geográficas. La tabla 6 presenta la población por parroquia. Sin embargo, se toman en consideración dos conglomerados: (1) norte con las parroquias de Tarqui; (2) sur con las parroquias de Febres Cordero, Ximena, Letamendi, García Moreno y Bolívar. Así, cada conglomerado acumula aproximadamente el 50% de la población total. Con dichos datos se determina que la muestra total, con un nivel de confianza de 95%, una probabilidad de acierto de 50% y un error de 5%, es igual a 384 individuos a ser encuestados. De los cuales aproximadamente 192 será recogidos del sector norte y el restante del sector sur.

Tabla 6 Población total por parroquia

Parroquias	Población	Peso % de la población	Número de clínicas móviles
Parroquia Tarqui	1.050.826	50,19%	16
Parroquia Febres Cordero	343.836	16,42%	7
Parroquia Ximena	546.254	26,09%	8
Parroquia Letamendi	95.943	4,58%	2
Parroquia García Moreno	50.028	2,39%	1
Parroquia Bolívar	6.758	0,32%	1
Total	2.093.645	100%	35

Adaptado de INEC Censo 2010 y Municipalidad de Guayaquil

<http://www.guayaquil.gob.ec/Paginas/Clinicas-Moviles.aspx>

Métodos y técnicas estadísticas aplicadas

Las técnicas estadísticas aplicadas se basan en análisis descriptivos y correlacionales. Para la caracterización de la muestra se utiliza estadística descriptiva como tablas de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión, diagramas de barras, entre otros.

En particular, la media o promedio es utilizada para la evaluación de los niveles de calidad. De acuerdo a otros estudios realizados revisados (Kalaja et al., 2016; Purcărea et al., 2013), los promedios son calculados por ítem y posteriormente restados uno del otro para determinar la brecha en cada uno de los reactivos del Servqual. Posteriormente, los promedios de los ítems correspondientes a una dimensión son promediados para obtener el nivel de calidad por constructo; finalmente, se obtiene el promedio de todos los ítems para obtener el nivel de calidad total.

Entre las técnicas correlacionales se encuentran los índices de confiabilidad y validez basados en correlaciones como el Alfa de Cronbach (1951) el cual es un índice usado para medir la consistencia interna de una escala y evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados (Oviedo & Arias, 2005). La tabla 7 presenta los valores adecuadas para la determinación de la confiabilidad de la escala usada.

Tabla 7 Criterios para valores de Alfa de Cronbach

Coeficiente	Criterio
> .90	Excelente
> .80	Bueno
> .70	Aceptable
> .60	Cuestionable
> .50	Pobre
< .50	Inaceptable

Análisis de Resultados

Los resultados se basan en el análisis de un total de 374 cuestionarios válidos. A pesar de que se aplicaron 409 encuestas alrededor de los seis sectores, se descartaron todos aquellos que contaban con errores importantes en las respuestas, tales como: numerosos ítems sin respuesta o respuestas con patrones iguales en todos los ítems. Así se descartó un total de 35 cuestionarios es decir un 8% de la muestra total recogida.

El análisis de resultados se estructura en (1) caracterización de la muestra; (2) medidas de fiabilidad del instrumento de medición; (3) evaluación de calidad de la atención de clínicas móviles; (4) comparación de calidad entre sector norte y sur.

Caracterización de la muestra

Al realizar el muestro por conglomerados se tomó como criterio el peso porcentual en la población por sector. Así se pretendió recoger un 50% de la muestra en el sector norte y el resto en el sector sur. Sin embargo, el número de cuestionarios descartados dio como resultado un total de 205 encuestados en el norte y 169 en el sur, aproximadamente la mitad de muestra en cada sector como se deseaba.

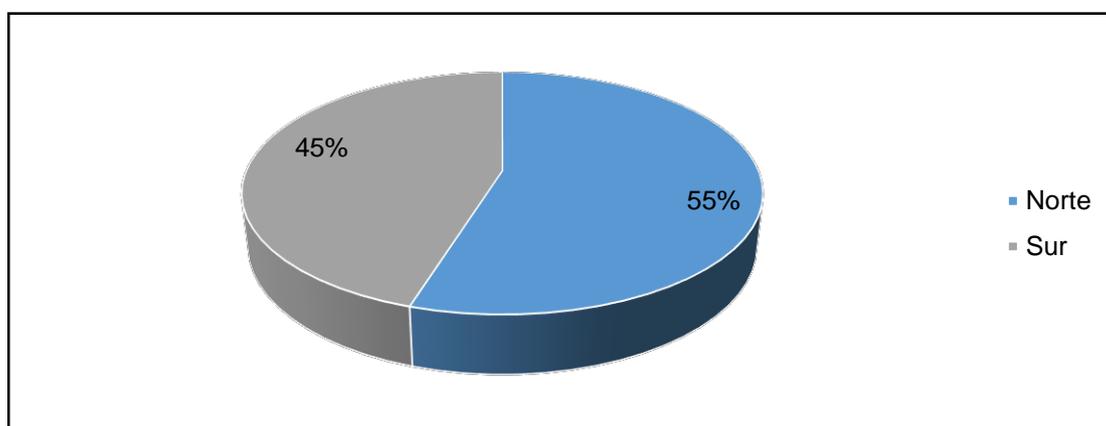


Figura 3 Porcentaje de la muestra recogida de acuerdo a sector: Norte y Sur

Entre los demás aspectos sociodemográficos cabe mencionar que la muestra quedó constituida por una mayoría importante de género femenino ($n = 254$) mientras menos de la mitad de la muestra pertenece al género masculino ($n = 113$).

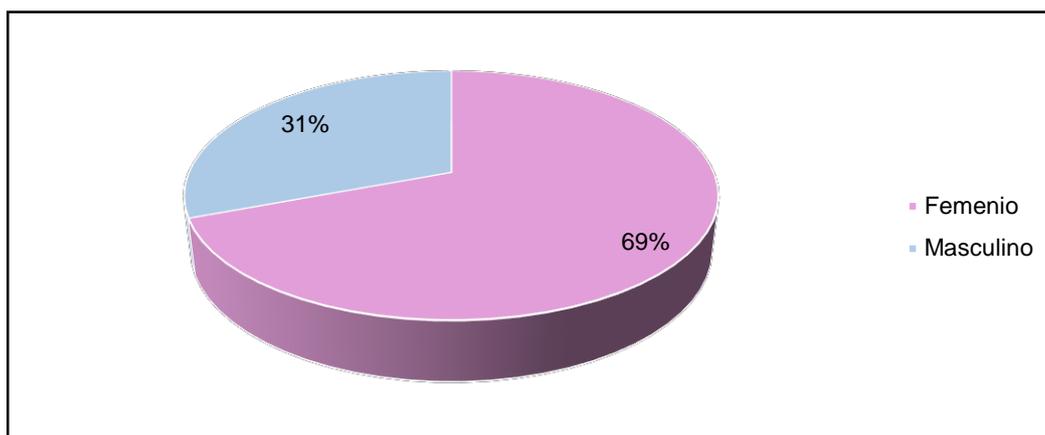


Figura 4 Porcentaje de muestra de acuerdo a género

También los individuos muestreados presentan un nivel de escolaridad mayoritariamente de bachillerato ($n = 113$), seguido de primaria ($n = 76$); y, un bajo porcentaje reportó estudios concluidos de tercer nivel ($n = 35$). Es importante señalar que al menos el 10% reportó no haber concluido los estudios primarios.

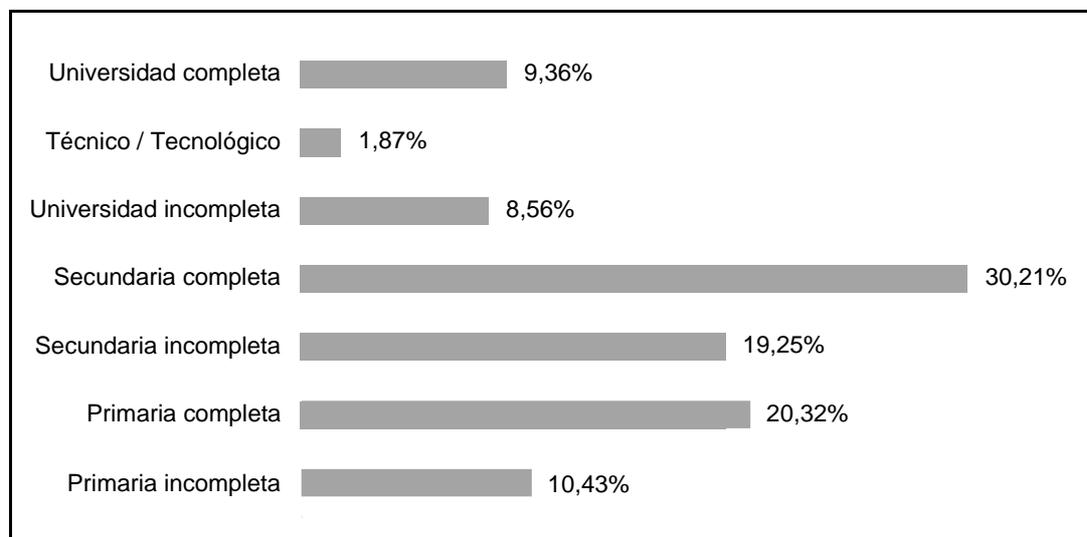


Figura 5 Nivel de escolaridad de la muestra

Respecto al estado civil, la mayoría de la muestra estuvo compuesta por individuos casados ($n = 115$), seguidos de aquellos en unión libre ($n = 108$), y solteros ($n = 92$).

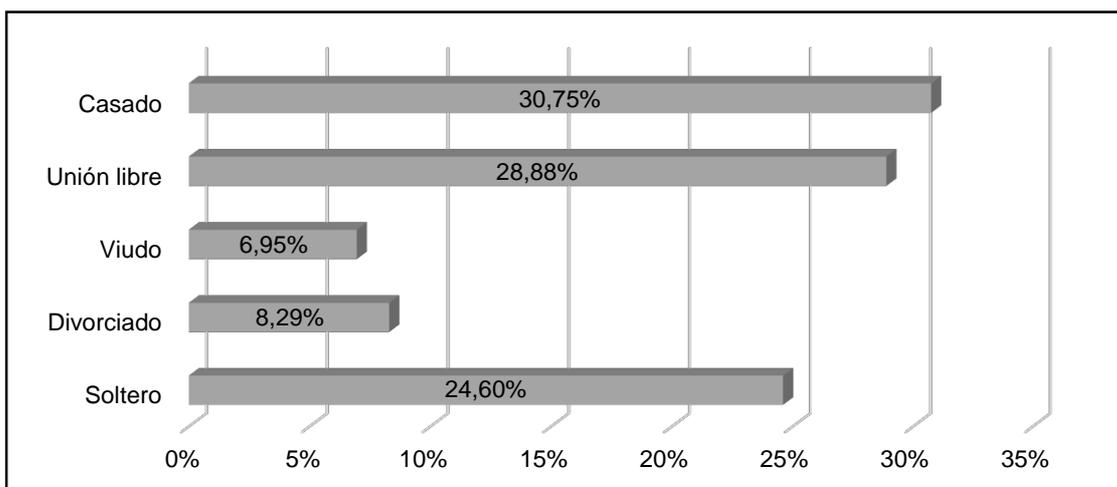


Figura 6 Porcentaje de la muestra de acuerdo a estado civil

Otro aspecto sociodemográfico tomando en cuenta fue la estructura del hogar medida por el número de personas que viven en el hogar. Este indicador es uno de los índices de estándar de vida. En particular, más de la mitad de la muestra (60%) reportó tener un hogar conformado por entre 4 y 6 personas; seguidos de aquellos con entre 1 a 3 personas en el hogar (29%).

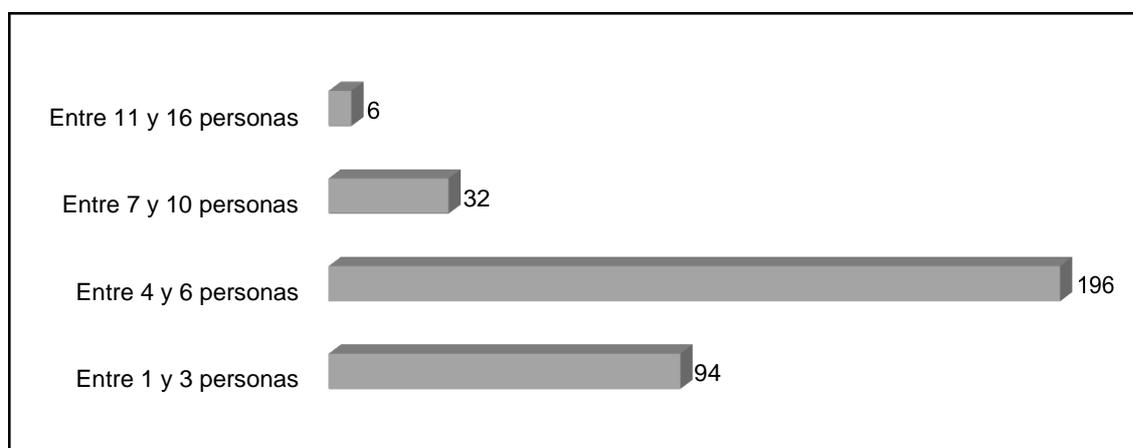


Figura 7 Número de encuestados según número de personas que viven en el hogar

Finalmente, el promedio de la edad de la muestra se ubicó en 42 años. Sin embargo, fue evidente que la población atendida por las clínicas móviles incluye personas desde menores de edad hasta aquellos de tercera edad, dado que el mínimo de edad reportada fue de 16 años

y el máximo hasta de 87 años. Sin embargo, la muestra se acumula en su mayoría entre los rangos de edad entre 25 a 50 años.

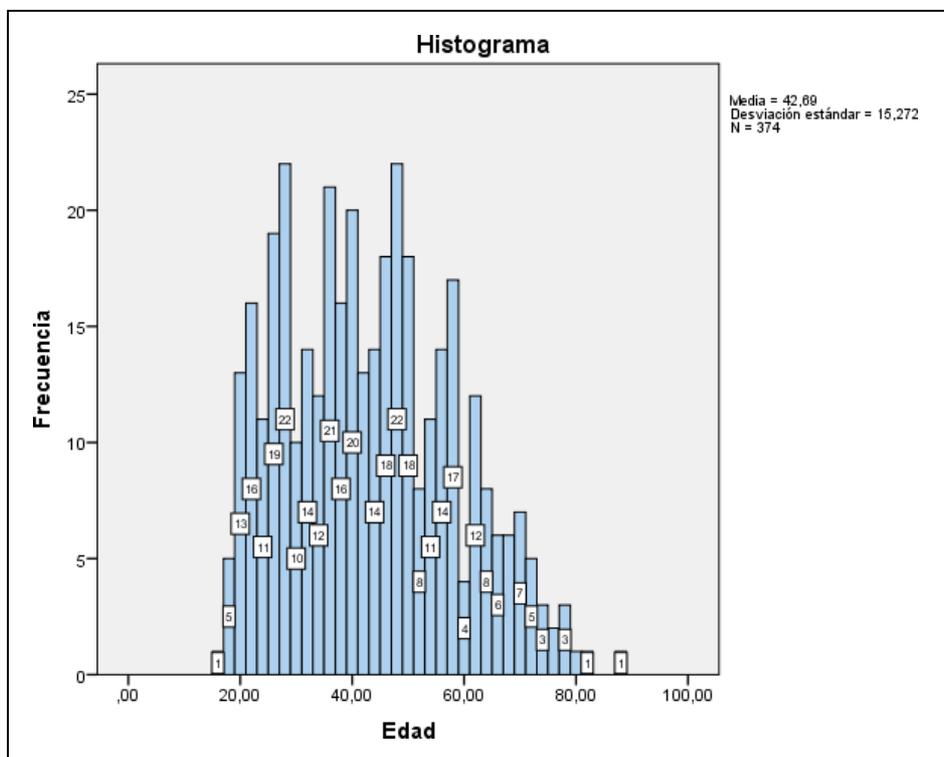


Figura 8 Distribución de la muestra de acuerdo a edad.

Medidas de fiabilidad de instrumento de medición

Los resultados de fiabilidad se obtienen para cada una de las dimensiones del modelo de Servqual: (1) calidad esperada; (2) calidad percibida; (3) satisfacción usuaria, que corresponde a la resta de las dos anteriores. La tabla x presenta los resultados para cada uno de los constructos. En todos los casos el Alfa de Cronbach supera $\alpha > .90$.

Tabla 8 Alfa de Cronbach para las dimensiones del modelo Servqual

Escala	Alfa de Cronbach
Calidad esperada	0,97
Calidad percibida	0,97
Satisfacción usuaria (Brecha)	0,92

Por otro lado, también fue verificada la correlación de cada ítem sobre el puntaje total de la escala y el Alfa de Cronbach si se retirara el ítem (Tabla 9). Los resultados muestran que todas las correlaciones de los ítems con respecto a la escala son altas y significativas. Además, el Alfa de Cronbach no aumenta su valor de $\alpha = .92$ con la eliminación de ningún ítem. Por tanto, los resultados sugieren conservar todos los ítems propuestos inicialmente en la escala.

Tabla 9 Correlaciones de los ítems de la escala de modelo Servqual

Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Brecha1	,586	,924
Brecha2	,536	,925
Brecha3	,698	,919
Brecha4	,730	,918
Brecha5	,699	,919
Brecha6	,659	,920
Brecha7	,724	,918
Brecha8	,660	,920
Brecha9	,671	,920
Brecha10	,534	,924
Brecha11	,608	,922
Brecha12	,732	,919
Brecha13	,591	,922
Brecha14	,714	,919
Brecha15	,694	,919

Finalmente, se evaluó la fiabilidad por los subdimensiones de las escalas de calidad esperada y calidad percibida. La tabla 10 presenta los índices de confiabilidad para cada constructo. En todos los casos las escalas superaron $\alpha > .80$.

Tabla 10 Alfa de Cronbach para subdimensiones de escalas de calidad percibida y calidad esperada

Dimensión	Calidad esperada	Calidad percibida	N. ítems
Elementos tangibles	,889	,862	3
Fiabilidad	,874	,924	3
Capacidad de respuesta	,843	,908	3
Seguridad	,946	,932	4
Empatía	,905	,921	2

Evaluación de calidad de la atención de clínicas móviles

Una vez verificada la fiabilidad del instrumento aplicado se procede a analizar la calidad de servicio de manera global. En primera instancia, se determina las brechas por ítem y posteriormente se presentan las brechas por dimensión del modelo Servqual. Para ello, se obtiene el promedio muestra de cada ítem para cada escala; es decir, calidad esperada y calidad percibida. Una vez calculados, son restados para determinar la brecha en cada reactivo.

La tabla 10 presenta los resultados para cada ítem. El ítem 1 referente a la modernidad de los equipos usados en las clínicas móviles, presentó la brecha más amplia. Esto revela una insatisfacción de los usuarios respecto a la adecuación del equipo usado en las clínicas.

Tabla 11 Promedio de ítems de calidad esperada, calidad percibida y brecha de calidad

N. ítem	Calidad esperada	Calidad percibida	Brecha
Ítem 1	4,54	4,12	-0,43
Ítem 2	4,53	4,20	-0,33
Ítem 3	4,61	4,40	-0,20
Promedio elementos tangibles			-0,32
Ítem 4	4,51	4,34	-0,17
Ítem 5	4,53	4,38	-0,15
Ítem 6	4,57	4,44	-0,14
Promedio fiabilidad			-0,15
Ítem 7	4,50	4,34	-0,16
Ítem 8	4,49	4,37	-0,11
Ítem 9	4,56	4,43	-0,13
Promedio capacidad de respuesta			-0,13
Ítem 10	4,58	4,51	-0,07
Ítem 11	4,62	4,52	-0,09
Ítem 12	4,60	4,51	-0,09
Ítem 13	4,60	4,46	-0,14
Promedio seguridad			-0,10
Ítem 14	4,56	4,47	-0,09
Ítem 15	4,58	4,50	-0,07
Promedio empatía			-0,08
Promedio calidad total			-0,16

En segundo lugar, el ítem 2 reportó la segunda brecha más grande. Esto revela que también los usuarios se sienten inconformes respecto al resto de las instalaciones de las clínicas. Por último, el tercer ítem se ubicó con la tercera brecha más amplia y este también refiere a una insatisfacción respecto a elementos tangibles del servicio como lo es la presentación del personal.

Por otro lado, al evaluar la calidad por dimensión del modelo de calidad Servqual, la brecha más amplia se encontró en elementos tangibles. Esto debido a que los ítems que lo componen también obtuvieron la brecha de mayor valor. Así, los usuarios presentan mayor nivel de insatisfacción respecto a aspectos que incluyen los equipos, instalaciones y elementos físicos en general.

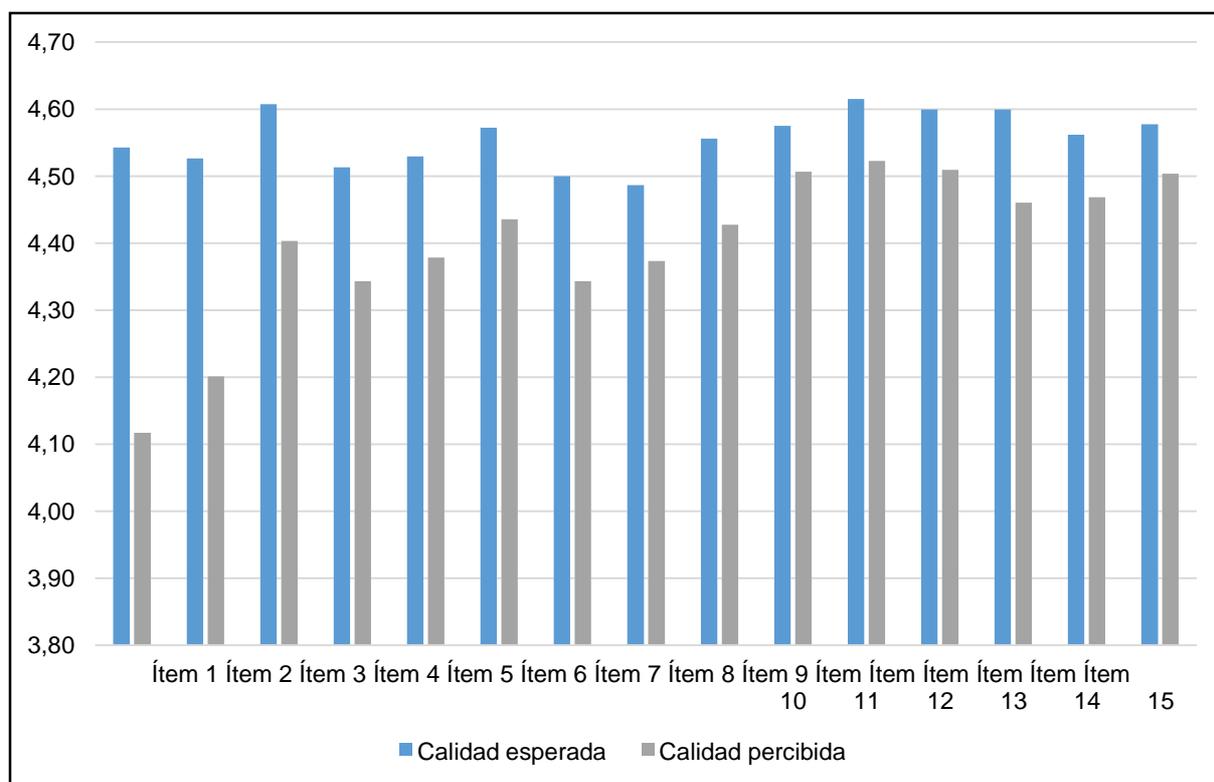


Figura 9 Calidad esperada frente a calidad percibida

Finalmente, al determinar la brecha para la calidad total se promedia las brechas obtenidas en cada dimensión. De tal forma, a pesar de que en todos los casos los valores registrados fueron negativos, las brechas no superaron la unidad negativa (-1).

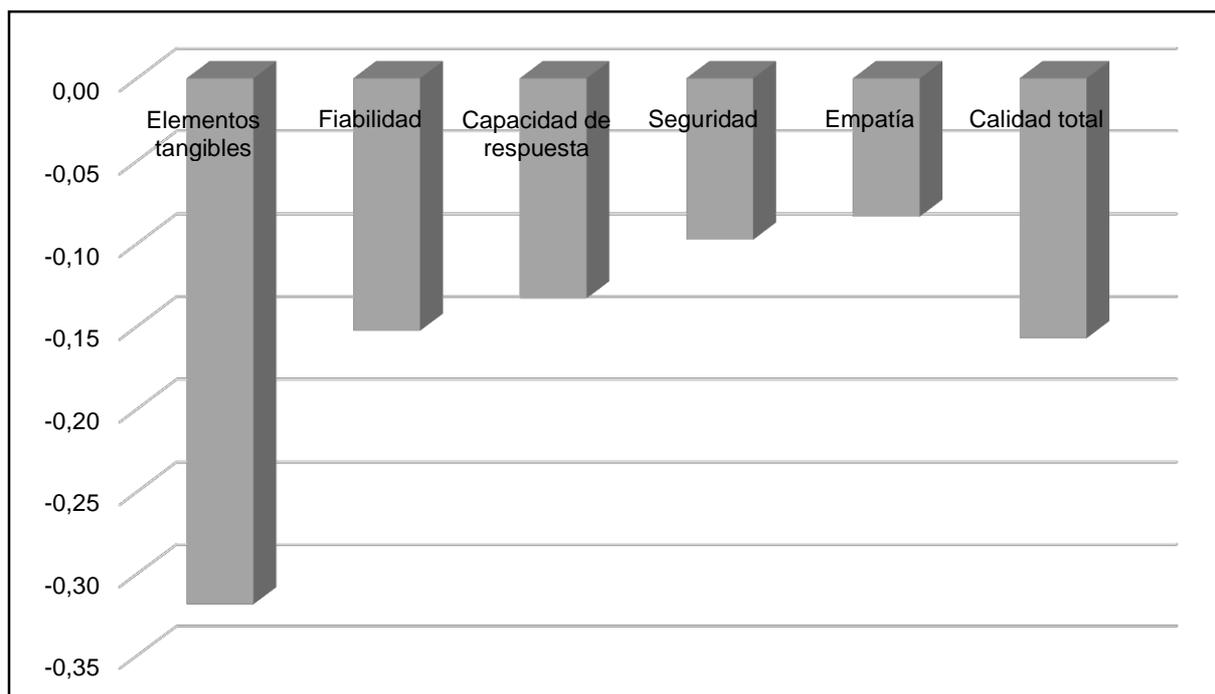


Figura 10 Brecha para cada dimensión de modelo Servqual y para calidad total

Comparación de calidad entre sector norte y sur

De la misma forma se determinó las brechas de calidad para cada ítem por conglomerado: norte y sur. Así, se pudo identificar las deficiencias con mayor valor por sector. En particular, las brechas de los ítems de calidad son mayores en el sector sur. Mientras los ítems 5, 6, 7, 8 y 12 presentan una brecha mayor en el sector norte.

En consecuencia, los resultados muestran una mayor insatisfacción respecto a los elementos físicos de las clínicas móviles que brindan servicio en el sector sur. Mientras, los aspectos de fiabilidad y capacidad de respuesta presentan mayores deficiencias en el norte.

Tabla 12 Determinación de brechas de calidad por sector: norte y sur

ítem	Norte	Sur
Ítem 1	-0,34	-0,53
Ítem 2	-0,24	-0,42
Ítem 3	-0,17	-0,24
Promedio elementos tangibles	-0,25	-0,40
Ítem 4	-0,18	-0,15
Ítem 5	-0,19	-0,10
Ítem 6	-0,18	-0,08
Promedio fiabilidad	-0,19	-0,11
Ítem 7	-0,19	-0,11
Ítem 8	-0,20	-0,01
Ítem 9	-0,14	-0,11
Promedio capacidad de respuesta	-0,18	-0,08
Ítem 10	-0,03	-0,11
Ítem 11	-0,07	-0,12
Ítem 12	-0,12	-0,06
Ítem 13	-0,13	-0,15
Promedio seguridad	-0,09	-0,11
Ítem 14	-0,11	-0,07
Ítem 15	-0,08	-0,07
Promedio empatía	-0,09	-0,07
Promedio calidad total	-0,16	-0,15

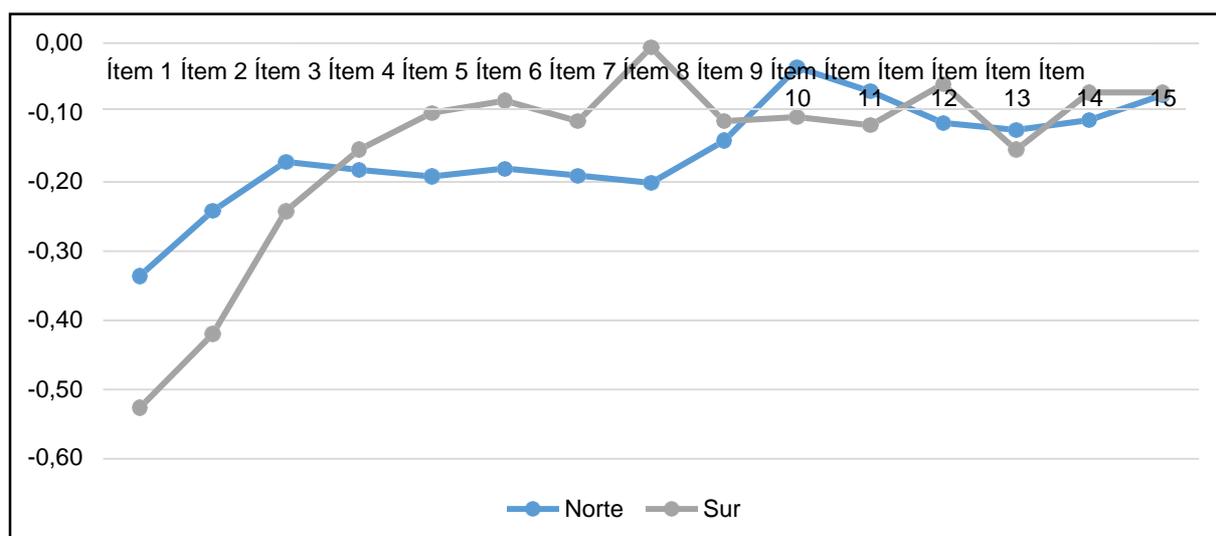


Figura 11 Comparación de brechas en ítems por sector: norte y sur

En el sector sur los aspectos mejor percibidos fueron la empatía y la capacidad de respuesta del personal. Mientras en el norte, la dimensión seguridad fue la que presentó la menor brecha de calidad. Finalmente, al determinar la brecha de calidad total se observa que el nivel de insatisfacción es aproximadamente igual en los dos sectores con valores que difieren a penas por 0,01 (Figura 12).

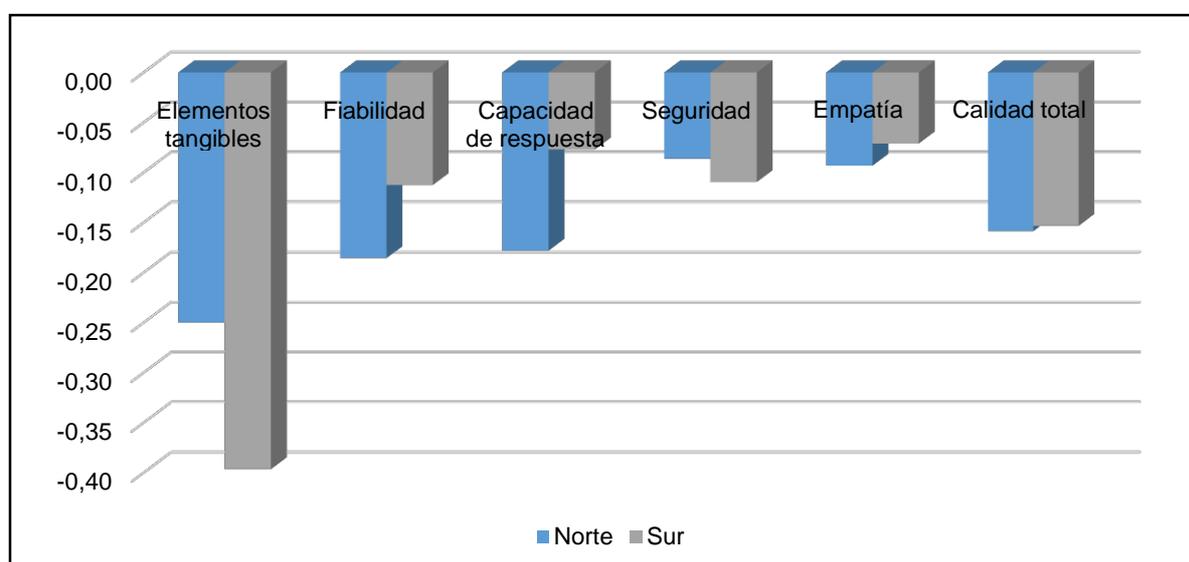


Figura 12 Comparación de brechas por sector: norte y sur

Comprobación de la hipótesis de estudio

Para la comprobación de la hipótesis de estudio se establecen correlaciones entre las variables latentes elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y calidad de servicio percibida.

Todas las correlaciones resultaron significativas al 99% de nivel de confianza. Sin embargo, las asociaciones más fuertes con respecto a la calidad de servicio fueron las dimensiones de fiabilidad, seguridad y capacidad de respuesta. Estas variables fueron las que menor brecha de satisfacción presentaron. Es decir, que los resultados revelan que estos aspectos son los que actualmente más contribuyeron en la satisfacción de los pacientes atendidos en las clínicas móviles.

Por otro lado, los elementos tangibles, aspecto que presentó la mayor brecha, se ve reflejado con la menor correlación directa con la calidad del servicio. Es decir, que este elemento necesita ser mejorado para que contribuya de manera más importante en la satisfacción del paciente.

Además, entre otras correlaciones importantes se encuentran el índice obtenido entre las variables fiabilidad y capacidad de respuesta. Esto sugiere que estos dos conceptos son bastantes cercanos, de tal manera que si se trabaja en estrategias de mejora respecto a la fiabilidad esto ayudará en la capacidad de respuesta del personal. De hecho, este hallazgo se puede deber a que en los dos aspectos juega un papel importante la disponibilidad de tiempo para atender la demanda o solicitudes de los pacientes.

Finalmente, es importante resaltar la fuerte asociación entre las dimensiones de empatía y seguridad. Este hallazgo sugiere que una actitud de interés y consideración hacia los usuarios de parte del médico puede generar una percepción de confianza y seguridad en los pacientes al ser atendidos.

Tabla 13 Correlaciones entre las dimensiones de calidad de servicio

	Elementos tangibles	Fiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía	Calidad de servicio percibida
Elementos tangibles	1					
Fiabilidad	,661**	1				
Capacidad de respuesta	,635**	,875**	1			
Seguridad	,680**	,832**	,824**	1		
Empatía	,615**	,839**	,836**	,869**	1	
Calidad de servicio percibida	,845**	,914**	,903**	,909**	,878**	1

Nota. Las correlaciones son calculadas a través del coeficiente Rho de Spearman. **p < 1%

Principales resultados

A nivel general:

- La mayor parte de la muestra estuvo constituida por pacientes de género femenino, con un nivel de escolaridad de bachillerato completo, estado civil casado o unión libre y la muestra se compone de individuos con una edad promedio de 42 años.
- Los ítems con mayor brecha de calidad fueron aquellos que componen la dimensión de elementos tangibles con un valor promedio de -0.32
- Las brechas con menor brecha fueron capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

En el sector norte:

- Las brechas fueron mayores en los ítems 5, 6, 7, 8 y 9; es decir, aquellos que componen la dimensión de fiabilidad y capacidad de respuesta

En el sector sur:

- Se observaron brechas más amplias en los ítems de la dimensión de elementos tangibles.

En términos globales la calidad de servicio presenta una brecha aproximadamente igual en ambos sectores: norte = -0.16 y sur = -0.15.

Finalmente, se comprueba la hipótesis planteada en el estudio ya que las dimensiones de elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía se relacionan significativamente con la calidad de servicio de la atención médica prestada en las clínicas móviles del GAD.

Capítulo IV

Propuesta

Las clínicas móviles representan un claro avance en el camino a lograr la plena accesibilidad y gratuidad de la salud, aspecto contemplado como un derecho en la Constitución Nacional y un eje importante en el Plan Nacional del anterior y actual gobierno. Sin embargo, a pesar de que su implementación puede convertirse en un modelo a seguir por otros municipios en otros lugares, donde todavía existen poblaciones sin acceso al servicio sanitario, este estudio ha permitido poner a la luz deficiencias que suponen un obstáculo para convertir a este sistema de atención primaria en un modelo referencial a nivel nacional.

En consecuencia, el capítulo cuarto desarrolla una propuesta a manera de Marco Estratégico el cual expone vías para que este sistema de atención médica supere sus actuales debilidades y a su vez impulse sus fortalezas y se convierta en un ejemplo para el resto del país.

Marco Estratégico para la mejora de la Atención Médica en Clínicas Móviles

Introducción

El municipio de Guayaquil en reconocimiento de su papel gestor para ejecutar acciones de la salud desarrolló una serie de planes de salud que han permitido brindar atención médica en áreas marginales, tanto rurales como urbanas. Entre estos planes, la creación de clínicas móviles y clínicas móviles autopropulsables han sido destinadas a ofrecer servicios médicos y odontológicos en la ciudad e incluso en otros cantones.

A pesar de ello, las autoridades y directivos reconocen que su compromiso continúa. Compromiso que manifiesta “mejorar nuestra imagen y calidad de nuestros servicios” (Dirección de Salud e Higiene Municipal, 2017, p. 19).

Bajo esta concepción, se ha reconocido que aún queda acciones a ejecutar para lograr que este sistema de atención primaria brinde un servicio con la más alta calidad y se convierta en un modelo a seguir. En consecuencia, es necesario que los servicios de clínicas móviles

cuenten con recursos suficientes para reforzar su papel en las actividades no solo de atención de salud sino en la prevención, reconocer la importancia de mantener altos estándares de calidad a través de continuas evaluaciones, capacitación y formación de los profesionales que trabajan en este sistema.

La elaboración de un marco estratégico permite dejar en claro qué acciones son esenciales y urgentes a ejecutar para el logro de un objetivo en concreto: Lograr que las clínicas móviles brinden atención médica de calidad, donde el ciudadano sea el elemento central, con una alta capacidad resolutive y que garantice la asistencia primaria continua, mediante el trabajo de profesionales comprometidos y motivados en un sistema participativo, eficiente y eficaz.

En este objetivo queda claro que los dos elementos centrales son: el ciudadano y el profesional sanitario. En primera instancia el ciudadano, ya que como explica el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) en España, el ciudadano es “el objeto y la razón de ser de las organizaciones sanitarias y, por ello, todas sus actividades deben ir encaminadas a satisfacer sus necesidades y demandas” (p. 29). Y, en segundo lugar los profesionales ya que son “los principales artífices y gestores de las organizaciones sanitarias y principal nexo de unión con los ciudadanos” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p. 29).

Finalmente, es importante señalar el rol fundamental de las autoridades y directivos que tienen en sus manos las decisiones de coordinación y ejecución de acciones en todo el Sistema de Salud, por lo que las clínicas móviles como parte del mismo deben lograr su total integración aportando con actuaciones sanitarias significativas. Esto se logra mediante la propuesta y ejecución de políticas óptimas para aprovechar al máximo la disposición de recursos y mejorar cada vez más las formas de gestión actual dentro del sistema de Atención Primaria en general.

Planteamiento de estrategias

Estrategias de perfeccionamiento de calidad centrado en el ciudadano

Estrategia 1. Reconocer la importancia de la continua innovación para la mejora de la accesibilidad a atención médica a través de las clínicas móviles

El propósito de esta estrategia es lograr que los servicios ofrecidos por las clínicas móviles tengan un mayor alcance a la población a través de la implementación de nuevos mecanismos de organización y el uso eficiente de recursos. Así, las acciones a tomar serían:

- Realizar una revisión constante de las agendas y proponer posibles mejoras para la optimización de horarios y priorización de sectores más necesitados.
- Innovar en nuevos sistemas de agenda, como agendas inteligentes, o plataformas web, correo electrónico, teléfono donde los usuarios puedan solicitar atención urgente.
- Desarrollar un sistema de evaluación de sectores más y menos necesitados para evitar la frecuentación y movilización innecesaria.

Estrategia 2. Adecuar la dotación de recursos materiales, humanos y tiempo para la atención médica óptima

Esta estrategia pretende prevenir el uso ineficiente de recursos en términos de tiempo y materiales. De esta forma, también se pretende garantizar que la población del sector visitado sea atendida en su totalidad. En consecuencia, las líneas de actuación son:

- Establecer estándares de tiempo por consulta.
- Evaluar constantemente el tamaño poblacional del sector para elaborar un pronóstico del número de consultas diarias de tal forma que se pueda asegurar que los profesionales dispongan el tiempo suficiente para la atención de cada paciente.
- Implantar un sistema de clasificación de pacientes para prever el número posible de usuarios con diagnósticos que requieren mayor consumo de recursos sanitarios.

Estrategia 3. Fortalecer la imagen de la atención médica en las clínicas móviles

El propósito de esta estrategia es dar un paso al reconocimiento del plan municipal de clínicas móviles como un modelo de atención primaria eficiente digno de ser implementado en otros sitios. A su vez, lograr que los ciudadanos perciban este mecanismo de atención médica con confianza y seguridad para acudir a sus instalaciones cuando su sector sea visitado. De esta forma, se puede tomar en cuenta las siguientes medidas:

- Elaborar estrategias de marketing que formen una imagen buena del servicio de clínicas móviles, tales como: menciones en radio, revistas, etc. Las cuales deben dar a conocer los avances que se han logrado mediante este mecanismo de atención médica.
- Informar claramente los servicios disponibles en las clínicas móviles.
- Promover las continuas evaluaciones por agentes internos y externos a la institución de tal forma que se puedan dar a conocer los resultados obtenidos en cuanto a los beneficios obtenidos por las poblaciones visitadas por las clínicas móviles.

Estrategia 4. Perfeccionar los servicios ofrecidos en las clínicas móviles para mejorar la respuesta a la necesidad de los ciudadanos.

El objetivo de esta estrategia es garantizar que los pacientes tengan la seguridad de que su problema o necesidad será cubierta. No permitir que la falta de algún recurso o equipo impida que el usuario no pueda mejorar su salud o condición. Bajo esta concepción, la línea de actuación sería:

- Ejecutar estudios que evalúen cada cierto tiempo las necesidades reales de los habitantes de cada sector para adaptar los equipos y materiales de acuerdo a los cambios demográficos y tecnológicos en las clínicas móviles.
- Revisar constantemente la eficiencia y eficacia de los servicios, materiales y equipos usados para incorporar aquellos que presenten los mejores resultados.

- Solicitar a las autoridades la breve incorporación de nuevas tecnologías que garanticen una alta eficacia, eficiencia y seguridad para los habitantes atendidos y representen también un ahorro en términos de recursos para las instituciones que las provean.

Estrategia 5. Fomentar mecanismos de evaluación y difusión de los resultados obtenidos por las clínicas móviles en salud

Los sistemas de evaluación comprenden un eje importante, pues permiten la medición de resultados obtenidos a través del avance en la implementación de las estrategias. En consecuencia, esta estrategia tiene como propósito principal proponer guías para la instauración de un sistema de evaluación de resultados eficaz. Así, las principales acciones propuestas son:

- Promover la continua evaluación por las autoridades pertinentes programadas para cada sector o clínicas móviles.
- Fomentar entre docentes o profesionales de diversos campos de disciplina la investigación en torno al servicio de Atención Primaria ofrecido por las clínicas móviles para que dichas evidencias se vuelvan publicables en libros o revistas científicas y divulgadas en distintas comunidades.
- Desarrollar bases de datos clínicos obtenidos a partir de los servicios en las clínicas móviles las cuales deberán estar disponibles para la academia y comunidades científicas que puedan explotar dicha información para la propagación de resultados de sus investigaciones realizadas.
- Establecer un método de integración de datos, información e investigaciones donde se pueda conservar y organizar todos los resultados para facilitar la revisión de la evolución de las evaluaciones y sirvan de base para la toma de decisiones y divulgación de dichos avances con un sustento técnico – teórico.

Estrategia 6. Innovar en nuevas formas de gestión para la mejora en la eficiencia de la organización del sistema de clínicas móviles

Esta estrategia está dirigida a la mejora del modelo actualmente establecido en las clínicas móviles en cuanto a aspectos de gestión y logística. Al ser un modelo que durante este tiempo ha probado ser un método eficaz para la accesibilidad a la salud para poblaciones rezagadas, es necesario pensar en nuevas formas de gestión que permitan ampliar su cobertura sin disminuir sus estándares de calidad. Bajo esta premisa, la guía de acciones sugiere:

- Trabajar en un modelo de gestión de calidad adecuado para las necesidades del sistema sanitario de las clínicas móviles.
- Realizar periódicamente estrategias de salud de acuerdo a las necesidades detectadas en los sectores visitados.
- Articular las estrategias internas planteadas con los objetivos propuestos por las entidades estatales.
- Realizar procesos de monitoreo, revisión, actualización y corrección de estrategias planteadas.
- Desarrollar planes basados en objetivos propuestos para cada uno de los miembros del sistema de las clínicas móviles que definan de manera clara sus responsabilidades individuales y grupales.

Estrategias para la mejora del desarrollo profesional del personal de las clínicas móviles

Los miembros del equipo médico y administrativo que trabajan en la red de atención médica a través de las clínicas móviles, son el elemento más importante y determinante del éxito de este modelo de servicios médicos, el cual requiere un esfuerzo extra del personal para poder llegar con la atención sanitaria a los sectores rezagados y poblaciones de difícil acceso. En consecuencia, este personal debe tener las condiciones óptimas para desempeñar su rol de

la manera más completa, asumiendo una posición pro social y empática que logre ser percibida por los pacientes y se traduzca en un bienestar físico y satisfacción total.

Con este reconocimiento se ha identificado estrategias claves para el logro de un personal médico lo suficientemente comprometido y motivado que entregue un servicio de calidad durante todo el proceso de la consulta médica.

Estrategia 7. Incrementar el compromiso y motivación del personal a través de un clima organizacional adecuado

Esta estrategia se ha planteado como la fundamental para el logro de un equipo de trabajo con actitudes de empatía, confianza y compromiso frente a los pacientes atendidos en las clínicas móviles. Es uno de los elementos que permitirá superar las deficiencias encontradas a través de la evaluación presentadas en el capítulo anterior en torno a las dimensiones de empatía, seguridad y fiabilidad. Así, las principales acciones propuestas son:

- Desarrollar entre los miembros un sistema de reconocimientos o incentivos en base a los resultados logrados por el personal médico y enfermeras de las clínicas móviles en los sectores visitados.
- Establecer indicadores medibles de los resultados para la determinación de los incentivos adecuados para el personal de las clínicas móviles.
- Desarrollar un modelo de reconocimientos basado en cumplimiento de objetivos por el personal médico y administrativo.
- Contribuir a la formación de un clima laboral propicio para un personal motivado a través de las mejoras en las condiciones laborales en todos los aspectos, el fomento de la toma de decisiones participativa, mayor libertad y flexibilidad en la formación de equipos de trabajo, entre otros.

- Revisar que los horarios y cargas laborales sean las adecuadas para cada uno de los profesionales médicos de modo que estos se encuentren lo suficientemente motivados para el desempeño de su servicio.
- Promocionar una figura de liderazgo en la persona encargada del equipo de las clínicas móviles logrando que su papel sea considerado como la base fundamental para la correcta toma de decisiones, manejo de conflictos, distribución de actividades entre los equipos, entre otros
- Atender las inquietudes de los médicos en cuanto a dificultades presentadas durante el servicio de atención médica respecto a las condiciones del sector, insuficiencia de recursos o personas, malas condiciones de las instalaciones o equipos, entre otros.
- Generar relaciones laborales entre los trabajadores que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso (PAHO, 2010) con el objetivo de que los profesionales otorguen buenos servicios de salud en los sectores atendidos.
- Fortalecer la ética del desempeño profesional de los médicos

Asignación de responsabilidades

Los servicios de atención médica provistos por las clínicas móviles son parte de la Atención Primaria de Salud, fueron implementadas y por ende son dirigidas por la Municipalidad del cantón. Por este motivo, como propuesta se desarrolla un marco estratégico, en el cual el detalle de los recursos presupuestarios no es el centro de atención. El diseño de las estrategias más bien pretende reafirmar la razón de ser y el entorno actual en donde se está desarrollando la organización de salud, en específico las clínicas móviles, para la definición de nuevos objetivos y solución de debilidades detectadas (Alvarado, 2001).

Sin embargo, una parte esencial para el desarrollo de las líneas de acción planteadas es involucrar las estructuras organizacionales en el marco estratégico. En este punto es

necesario: (1) la selección de unidades orgánicas; (2) la asignación de responsabilidades; (3) los mecanismos de coordinación para integrar el funcionamiento (Alvarado, 2001).

En este caso, la institución a cargo es la Municipalidad de Guayaquil. La cual tiene una organización de funcionamiento compuesta por Direcciones Municipales (ver Figura 13).



Figura 13 Direcciones Municipales de Guayaquil

De acuerdo a las responsabilidades de cada Dirección Municipal se asigna las estrategias en base a las líneas de acción a las distintas direcciones. En todas las estrategias es necesario la intervención de las Direcciones Administrativa y Financiera. La Dirección Administrativa es la encargada de procesar la adquisición de bienes y suministros para las diferentes

dependencias de la Municipalidad, entre ellas las clínicas móviles. Y, la Dirección Financiera gestiona los presupuestos para los diferentes proyectos o programas llevados a cabo por el Municipio. Así, estas dos direcciones son esenciales en la mayoría de las acciones de las estrategias planteadas.

Así mismo, dado que las clínicas móviles son parte del Plan Más Salud, en todas sus actividades toma parte la Dirección de Salud e Higiene. Esta es tiene entre sus funciones las acciones relacionadas a la atención primaria de salud.

En la estrategia 1, en la cual es necesario la innovación de sistemas de agendas o plataformas para la interacción con los usuarios de las clínicas móviles, se asigna al Departamento de Informática dado que en este caso serán necesarios recursos presupuestarios para el desarrollo de nuevos sistemas automatizados de información (GAD Municipal de Guayaquil, 2018), lo cual es una función de dicha dirección.

En la estrategia 2, a parte de las direcciones administrativas, financiera y de salud, juega un rol importante la Dirección de Recursos Humanos pues se requiere una correcta gestión de los recursos humanos en todas las unidades móviles. Distintos parámetros deben ser considerados por las distintas direcciones, entre ellos el tiempo en las consultas es necesario de prever en busca de determinar el personal sanitario óptimo. La Dirección de Recursos Humanos del Municipio tiene entre sus funciones el establecimiento y aplicación de políticas relacionadas a la adecuada administración de personal, su reclutamiento y selección.

En la estrategia 3, se integra la Dirección de Comunicación Social. Esta dirección tiene como función principal difundir la información relativa a las actividades que ha llevado a cabo el Municipio. Así, la propagación veraz y oportuna de los servicios ofrecidos por las clínicas móviles es una herramienta esencial para la interacción con la comunidad y la garantía de su accesibilidad. Además, el posicionamiento del sistema de gestión de salud de

las unidades móviles deben lograr que el resto de cantones lo miren como un modelo digno de ser seguido e implementado por sus municipios.

La estrategia 4 depende básicamente de las tres direcciones principales gestoras de los recursos dirigidos a la salud. Esta estrategia trata sobre todo de la mejora del perfeccionamiento de los servicios ofrecidos por las clínicas móviles. Esto se debe dar en términos de evaluación y toma de decisiones. La Dirección de Salud debe implementar como política la continua y permanente evaluación de sus servicios ofrecidos, en términos de eficiencia y resultados. En este camino, se requerirá recursos presupuestarios por ello la participación de las otras direcciones es requerida. Finalmente, en esta estrategia se resalta la importancia de la incorporación de nuevas tecnologías, que de acuerdo a la literatura revisada, esta podría mejorar la atención de salud sobre todo en el aspecto de accesibilidad. Para ello, se puede requerir la participación de la Dirección Informática del Municipio.

En la estrategia 5, se requiere que los datos de evaluación y el resto de información pertinente sea correctamente almacenada y puesta a disposición de investigadores y la academia. Para esto se requiere que la Dirección de Informática trabaje en la construcción de dicha plataforma. Por otro lado, la difusión de los datos y distintos programas de investigación pueden ser promovidos por la Dirección de Salud e Higiene con el apoyo de la Dirección de Comunicación Social.

La estrategia 6 relacionada únicamente a aspectos de gestión que pretende mejorar cada vez más los procesos que se llevan a cabo para la provisión de salud mediante las clínicas móviles, los principales autores serán las direcciones de administración y financiamiento. Estas deberán ser capaces de cada vez volver sus procesos más eficientes, la mejora en la asignación de recursos y promover un modelo basado en la calidad del servicio todo ello para ser capaces de ampliar la cobertura de las unidades clínicas móviles.

Por último, en la estrategia 7 el eje central es la Dirección de Recursos Humanos. Sus esfuerzos deberán estar dirigidos a mantener un personal sanitario capacitado, especializado y motivado. Diferentes herramientas podrán ser utilizadas para la constante mejora del clima laboral y la formación de comportamientos amables y pro sociales de los profesionales que trabajan en las clínicas móviles en busca de que ellos colaboren en formar y constituir la imagen de los servicios de las clínicas móviles como un modelo de atención médica centrada en el bienestar de la comunidad.

Tabla 14 Asignación de responsabilidades

Estrategia	Dirección Responsable
Estrategia 1. Reconocer la importancia de la continua innovación para la mejora de la accesibilidad a atención médica a través de las clínicas móviles	Dirección de Informática; Dirección de Salud e Higiene; Dirección Administrativa; Dirección Financiera.
Estrategia 2. Adecuar la dotación de recursos materiales, humanos y tiempo para la atención médica óptima	Dirección Administrativa; Dirección Financiera; Dirección de Salud e Higiene; Dirección de Recursos Humanos
Estrategia 3. Fortalecer la imagen de la atención médica en las clínicas móviles	Dirección de Comunicación Social; Dirección de Salud e Higiene; Dirección Administrativa; Dirección Financiera
Estrategia 4. Perfeccionar los servicios ofrecidos en las clínicas móviles para mejorar la respuesta a la necesidad de los ciudadanos.	Dirección Administrativa; Dirección Financiera; Dirección de Salud e Higiene; Dirección de Informática
Estrategia 5. Fomentar mecanismos de evaluación y difusión de los resultados obtenidos por las clínicas móviles en salud	Dirección de Informática; Dirección de Salud e Higiene; Dirección Administrativa; Dirección Financiera, Dirección de Comunicación Social
Estrategia 6. Innovar en nuevas formas de gestión para la mejora en la eficiencia de la organización del sistema de clínicas móviles	Dirección Administrativa; Dirección Financiera
Estrategia 7. Incrementar el compromiso y motivación del personal a través de un clima organizacional adecuado	Dirección de Recursos Humanos; Dirección de Salud e Higiene

Tabla 15 Actividades específicas para las Direcciones Municipales

Dirección municipal	Actividad específica
Dirección Administrativa	-Procesar y proporcionar los bienes y suministros necesarios a las clínicas móviles de acuerdo a los sugerido por la Dirección de Salud e Higiene
Dirección Financiera	-Presupuestar las necesidades de las clínicas móviles bajo estándares equilibrados de eficiencia y calidad en conjunto con la Dirección de Salud e Higiene
Dirección de Salud e Higiene	<ul style="list-style-type: none"> -Elaborar programas de evaluación de calidad técnica permanente y constante -Elaborar evaluaciones por resultados obtenidos en la población periódicamente -Elaborar encuestas para la evaluación de la calidad percibida de los usuarios -Realizar planes para la proyección de demanda de salud primaria en la ciudad de Guayaquil en cada uno de sus sectores -Recolectar información relevante sobre las funciones de las clínicas móviles (indicadores, procesos, inventarios, entre otros -Determinar estándares de uso de recursos y tiempos para la atención médica -Elaborar una categorización de pacientes atendidos de acuerdo a los requerimientos de recursos. -Realizar convenios o alianzas con universidades o centros de investigación
Dirección de Comunicación Social	<ul style="list-style-type: none"> -Construir una imagen solidaria, inclusiva y comunitaria de los servicios de las clínicas móviles. -Elaborar una campaña de publicidad para la difusión de los alcances logrados en la salud de la población de las clínicas móviles. -Elaborar contenido visual sobre diferentes actividades, logros, campañas, entre otros para ser publicados en redes sociales del municipio.
Dirección Informática	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar una plataforma interactiva que permita la comunicación con la comunidad que utiliza los servicios de las clínicas móviles. -Desarrollar una base de datos donde se registren los resultados de las evaluaciones de calidad y todo tipo de información emitida por las clínicas móviles útil para diversos investigadores.
Dirección de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar capacitaciones exclusivas para el personal de las clínicas móviles. -Realizar charlas que logren fomentar actitudes empáticas, amables y pro sociales en el personal de las clínicas móviles. -Desarrollar un sistema de incentivos de acuerdo a los resultados logrados en el servicio de las clínica móviles

Cronograma y presupuesto

Para la temporalización de actividades se condensan diversos ítems en una actividad global. Así, las actividades relacionadas a evaluaciones de calidad y elaboración de indicadores relacionadas a esto se agrupan en un programa de evaluación de calidad técnica y percibida, se considera que para llevar a cabo dicho programa se requerirá tres meses. En estos tres meses se presupuesta una inversión aproximada de USD 2 475 con gastos relacionados a personal de levantamiento de información, movilización y materiales de recogida de datos.

De la misma forma, se asigna un tiempo de dos meses para evaluaciones externas a la población de los sectores atendidos para detectar si aún existen brechas entre la oferta y demanda de salud requerida. Además, esta información resultará útil para las proyecciones de insumos y recursos necesarios para cada sector y permitirá caracterizar a la población por los segmentos atendidos y de tal forma saber que tipo de atenciones son necesarias en cada sector. En esta actividad se asignó un monto de USD 1525.

Las campañas de publicidad se realizarán dos veces al año en distintos medios de comunicación y en algunas ferias. Para ello se asignan rubros para producción audio visual y también elementos publicitarios como vallas, stands, entre otros con un total de USD 5 400.

Por último, se determinaron dos capacitaciones especializadas en temas médicos de acuerdo a las necesidades que sean detectadas en el personal. Y, por otro lado, charlas relacionadas a motivación, actitudes y liderazgo que se pondrán llevar a cabo entorno a dos meses. En estas actividades se designó un total de USD 5 100.

En total las actividades a realizarse para el desarrollo de las estrategias alcanzan un valor de inversión estimado de USD 14 500. El cronograma y presupuesto estimado se presentan en la Tabla 16 y 17, respectivamente.

Tabla 16 Cronograma de actividades

Actividades	ene-19	feb-19	mar-19	abr-19	may-19	jun-19	jul-19	ago-19	sept-19	oct-19	nov-19	dic-19
Programa de evaluación de calidad técnica y percibida												
Programa de evaluación de resultados por segmentos de población atendida												
Estudio y elaboración de categorización de pacientes												
Campaña de publicidad para construcción de imagen y difusión de clínicas móviles												
Desarrollo de plataforma interactiva para contacto con la comunidad												
Desarrollo de base de datos para información relevante de clínicas móviles												
Programa de capacitación de personal												
Charlas para personal												

Tabla 17 Presupuesto estimado para actividades

Actividades	Recursos	Costo	Cantidad	Costo total
Programa de evaluación de calidad técnica y percibida	Personal para levantamiento de información	375,00	5	1.875,00
	Material impreso y otros insumos	300,00	-	300,00
	Transporte	5,00	5 USD por 5 días a la semana por tres meses	300,00
Programa de evaluación de resultados por segmentos de población atendida	Personal para levantamiento de información	375,00	3	1.125,00
	Material impreso y otros insumos	200,00	-	200,00
	Transporte	5,00	5 USD por 5 días a la semana por dos meses	200,00
Campaña de publicidad para construcción de imagen y difusión de clínicas móviles	Medios de publicidad	1.200,00	-	1.200,00
	Banners, stands, vallas y otros elementos publicitarios	3.000,00	-	3.000,00
	Producción audio visual	1.200,00	-	1.200,00
Programas de capacitación y charlas para personal	Especialistas en temas médicos específicos	800,00	2	1.600,00
	Especialista coaching, liderazgo, otras charlas	500,00	3	1.500,00
	Movilizaciones o viajes	2.000,00	-	2.000,00
Total inversión estimada				14.500,00

Conclusiones

Los sistemas de salud en Latinoamérica presentan una serie de deficiencias. El tema de accesibilidad en la atención médica ha sido uno de los más abordados. La teoría de la complejidad permite observar cómo las organizaciones de salud enfrentan una serie de desafíos difíciles de comprender bajo un enfoque reduccionistas. Es por ello, que diversos aspectos van ligados a la accesibilidad y equidad en la salud, tales como el entorno de la región, aspectos socio económicos e incluso culturales. Así, la consideración de la teoría para la práctica que permita enfrentar dichos fenómenos es esencial pues esto tiene un efecto directo sobre la salud de la población de un país.

Los servicios de salud son un eje esencial en el desarrollo nacional. En particular, el Estado ha centrado su atención en la Atención Primaria de Salud. Así, el Municipio de Guayaquil ha logrado un avance importante a través de la implementación de los servicios médicos ofrecidos mediante clínicas móviles que logran acceder a los sectores más rezagados, tanto urbanos como rurales. Sin embargo, al ser un modelo de atención primaria relativamente nuevo, no ha sido sometido a evaluaciones o estudios que demuestren sus resultados en salud, para convertirse en un modelo a seguir por el resto de cantones en el país.

Así, este estudio como objetivo principal evaluar la calidad de los servicios de atención médica en las clínicas móviles del GAD. Para ello, se revisó amplia teoría entre la cual resalta los modelos teóricos desarrollados por Gronroos y Parasuraman y otros, estos se basan en la medición de la calidad a través de la calidad percibida o satisfacción usuaria. De tal forma, que el modelo Servqual fue el instrumento escogido para realizar la evaluación de calidad en las clínicas móviles.

En consecuencia, la investigación fue de tipo transversal y se definió un alcance descriptivo y correlacional para el logro de los objetivos planteados y la comprobación de la hipótesis. Se toma una muestra de las distintas parroquias donde las clínicas móviles acuden a

brindar su servicio y se realiza un muestreo probabilístico por conglomerados: sectores norte y sur.

Los análisis realizados permiten observar que en términos generales existen brechas de calidad importantes en las dimensiones relacionadas a elementos tangibles y fiabilidad. Sin embargo, al evaluar la calidad por sectores se identificó que en el sur la brecha de calidad se da en los elementos tangibles; mientras, en el sector norte existen deficiencias relacionadas a las dimensiones de fiabilidad y seguridad. En términos generales, las brechas de calidad son aproximadamente iguales en ambos sectores.

Por otro lado, mediante un análisis de correlación se comprobó la hipótesis de estudio planteada. Al demostrar que efectivamente las dimensiones de elementos tangibles, fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta y empatía tienen una relación significativa con la calidad de servicio de los servicios médicos ofrecidos por las clínicas móviles.

En base a los resultados, se elabora como propuesta un marco estratégico dirigido a mejorar diferentes aspectos dirigidos concretamente a: los ciudadanos y los profesionales que trabajan en las clínicas móviles. Esto debido a que estos dos ejes son los componentes fundamentales para lograr la atención médica de salud primaria deseable. Entre las estrategias resaltan de la continua innovación para la mejora de la accesibilidad; la adecuada dotación de recursos materiales, humanos y tiempo para la atención médica óptima; el fomento de mecanismos de evaluación y difusión de los resultados obtenidos por las clínicas móviles en salud; y el desarrollo del compromiso y motivación del personal a través de un clima organizacional adecuado. Todo ello con el objetivo de que el modelo de atención médica a través de clínicas móviles se convierta en un referente para el desarrollo de sistemas similares en otros cantones del país donde también existen poblaciones rezagadas las cuales no tienen accesibilidad a uno de sus derechos fundamentales, como lo es la salud.

Recomendaciones

Al detectar las deficiencias en los servicios de las clínicas móviles la principal recomendación es que dicho modelo de atención primaria siga realizando avances en investigación y métodos de evaluación para la construcción de indicadores que permita medir sus resultados y de esta manera seguir implementando nuevas acciones cada vez más eficientes y eficaces. Esto permitirá la difusión de su modelo de servicios médicos como ejemplo a seguir y a su vez se logrará una mayor cobertura de salud en el cantón.

Por otro lado, es necesario empezar a evaluar los diversos sectores del cantón en busca de identificar los lugares donde el acceso a la salud es todavía escaso. De esta forma, el modelo de las clínicas móviles podrá iniciar un proceso de evaluación para posible ampliación de sus servicios.

De acuerdo a la literatura revisada, también se puede sugerir la integración de tecnologías de información en los servicios de las clínicas móviles y en el resto de servicios de atención primaria de salud. Estos deben ir enfocados a integrar a la comunidad y la ciudadanía en la mejora de la APS, su participación activa mediante la aplicación de prácticas de higiene y salud, principalmente recomendaciones de prevención de enfermedades compartidas por diversas instituciones salubristas pueden ayudar a mantener un sistema de salud más sostenible con una población más saludable. También se deben trabajar en tecnologías destinadas a agilizar procesos tales como citas médicas, manejo de información, procesos administrativos, entre otros. Estos pueden ayudar a transformar la APS en un sistema más eficiente y eficaz.

Sin embargo, la integración de cualquier tecnología deberá ser correctamente estudiado en términos de necesidad y factibilidad de su implementación.

Finalmente, es importante señalar que futuras investigaciones en Ecuador deben comenzar a realizarse en busca de comprobar la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados en este estudio en diferentes contextos hospitalarios: primer, segundo y tercer nivel. Esto

permitirá adaptar de mejor manera las escalas de medición de calidad y lograr una evaluación más precisa de la calidad de atención médica basada en la satisfacción del paciente. En términos generales, el sector de la salud debe abrirse cada vez más a la investigación científica integrando tanto a gestores de la salud y profesionales sanitarios con la academia e investigadores de diversas disciplinas ya que como se ha visto el sistema de la salud es uno de los más complejos entre todos los sectores sociales y económicos de un país.

Referencias

- Alaloola, N. A., & Albedaiwi, W. A. (2008). Patient satisfaction in a Riyadh tertiary care centre. *International journal of health care quality assurance*, 21(7), 630-637.
- Ase, I., & Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud colectiva*, 5(1), 27-47.
- Babakus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health services research*, 26(6), 767.
- Brazil, K., Ozer, E., Cloutier, M. M., Levine, R., & Stryer, D. (2005). From theory to practice: improving the impact of health services research. *BMC Health Services Research*, 5(1), 1.
- Brook, R. H., & Williams, K. N. (1975). Quality of health care for the disadvantaged. *Journal of Community Health*, 1(2), 132-156.
- Casal, J., & Mateu, E. (2003). Tipos de muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev.*, 1(1), 3-7.
- Casasola, L., Guerra, J., Casasola, M., & Pérez, V. (2017). Accesibilidad web de cita previa por Internet en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, xx(xx), xxx-xxx, DOI: 10.1016/j.gaceta.2017.10.008
- Centurión, D. (2014). Preferencia de carreras entre estudiantes de la Universidad Americana. *Academo*, 1(1), 55-68.
- Chassin, M. R., & Galvin, R. W. (1998). The urgent need to improve health care quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *Jama*, 280(11), 1000-1005.
- Crane, F. G., & Lynch, J. E. (1988). Consumer selection of physicians and dentists: an examination of choice criteria and cue usage. *Journal of Health Care Marketing*, 8(3).
- Cronin Jr, J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *The journal of marketing*, 55-68.

- Cronin Jr, J. J., Baker, T. L., & Hawes, J. M. (1994). An assessment of the role performance measurement of power-dependency in marketing channels. *Journal of Business Research*, 30(3), 201-210.
- Da Silva, S., Baitelo, T., & Fracolli, L. (2015). Evaluación de la Atención Primaria a la Salud: la visión de usuarios y profesionales acerca de la Estrategia de Salud de la Familia. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 23(5), 979-987
- De Labry, A. O., Mochón, L. G., & Tamayo, C. B. (2017). Identificación de indicadores de resultado en salud en atención primaria. Una revisión de revisiones sistemáticas. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 278-288.
- Deshpande, R. (1983). Paradigms lost: On theory and method Research in Marketing. *Journal of Marketing*, 47(4), 67-86.
- De Tejada Lagonell, M. (2012). Variables sociodemográficas según turno escolar, en un grupo de estudiantes de educación básica: un estudio comparativo. *Revista de Pedagogía*, 33(92).
- Dirección de Salud e Higiene Municipal (2006). Plan Más Salud. Guayaquil, Ecuador.
- Donabedian, A. (1980). A guide to medical care administration: medical care appraisal: quality and utilization. In *A guide to medical care administration: medical care appraisal: quality and utilization*. The American Public Health Association.
- Fajardo, G., Fernández, M., Ortiz, A., & Olivares, R. (2015). La dimensión del paradigma de la complejidad en los sistemas de salud. *Cirugía y Cirujanos*, 83(1), 81-86.
- Franco, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33(3): 414-424.
- Crane, F. G., & Lynch, J. E. (1988). Consumer selection of physicians and dentists: an examination. *Marketing Health Services*, 8(3), 16.
- Cronin J., & Taylor S. (1992) Measuring service quality: a reexamination and extension. *J Market*, 56(3),55-68.

- GAD Municipality of Guayaquil (2018). Dirección de Salud. Recuperado de <http://guayaquil.gob.ec/direccion-de-salud>
- Gardner, K., & Mazza, D. (2012). Quality in general practice: definitions and frameworks. *Australian family physician*, 41(3), 151.
- Giraldo, A., & Vélez, C. (2014). La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Enfermería Global*, 13(34), 232-241.
- Goddard, M., & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social science & medicine*, 53(9), 1149-1162.
- González, R., & Cardentey, J. (2016). Las tecnologías de la información y las comunicaciones en la Atención Primaria de Salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(4), 670-673.
- Gronroos, C. (1988). Service quality: The six criteria of good perceived service. *Review of business*, 9(3), 10.
- Haggerty, J. L., Yavich, N., & Báscolo, E. P. (2009). Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Revista panamericana de salud pública*, 26, 377-384.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México.
- Holbrook, K., Corfman, L. & Olshavsky, P. (1985). Una propuesta de modelo estratégico para la gestión de la calidad del servicio, *Omega: International Journal of Management Science*, 8 (12), pp. 19-22.
- Kalaja, R., Myshketa, R., & Scalera, F. (2016). Service quality assessment in health care sector: the case of Durres public hospital. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 235, 557-565.
- Lam, S. S. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8(4), 145-152.

- Lewis, F. y Booms, R. (1984). Evaluación de la calidad de servicio y fijación de objetivos en unidades de negocio. Un enfoque de frontera. *Advances in Consumer Research*, 11 (11), pp. 56-61, 1984.
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002). Congreso Nacional. Ley No. 2002-80
- Lewis, M., Eskeland, G., & Traa-Valerezo, X. (2004). Primary health care in practice: is it effective?. *Health Policy*, 70(3), 303-325.
- Li, M., Lowrie, D. B., Huang, C. Y., Lu, X. C., Zhu, Y. C., Wu, X. H., ... & Zhao, P. (2015). Evaluating patients' perception of service quality at hospitals in nine Chinese cities by use of the ServQual scale. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5(6), 497-504.
- Massip, C., Ortiz, R., Llantá, M., Peña, M., & Infante, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34, 1-10.
- Mattsson J. A (1992). Service quality model based on an ideal value standard. *Int J Serv Ind Manag.* 3(3):18-33.
- Mendes, I., Trevizan, M., de Godoy, S., Nogueira, P. C., Ventura, C., & Furlan, C. (2018). Expectations and perceptions of clients concerning the quality of care provided at a Brazilian hospital facility. *Applied Nursing Research*, 39, 211- 216.
- Meesala, A., & Paul, J. (2018). Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 40, 261-269.
- Mpinganjira, M. (2011). Understanding service quality and patient satisfaction in private medical practice: A case study. *African Journal of Business Management*, 5(9), 3690.
- Ministerio de Salud Pública (2008). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI). Quito-Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública (2015). Acuerdo Ministerial 5169. Lineamientos Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud. Registro Oficial 348. No. 00005169.

- Nevárez, Constantino, P., & García, F. (2007). Comparación de la eficiencia técnica de los sistemas de salud en países pertenecientes a la OMS. *Economía, sociedad y territorio*, 6(24), 1072-1090.
- Oh H. (1999) Service quality, customer satisfaction, and customer value: a holistic perspective. *Int J Hospit Manag*, 18(1):67-82.
- Oliver, R. L. (1993). A Conceptual Model of Service Quality and Service Satisfaction: Comparative Goals, Different Concepts. *Advances in service marketing and management*, 2, 65-85.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). OMS, Regreso Alma-Ata. *Británica The Lancet*
- Organización Panamericana de la Salud (2008). Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Washington, D. C.
- Osorio, A. G., & Álvarez, C. V. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención primaria*, 45(7), 384-392.
- Oviedo, H. C., & Arias, A. C. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. *Journal of retailing*, 64(1), 12.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *The Journal of Marketing*, 49(4), 41- 50.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 127-140.
- Peter, J. & Olson, J. (1983). Is Science Marketing? *Journal of Marketing*, 47 (4), 111-125.
- Pita Fernández, S., & Pértegas Díaz, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Aten Primaria*, 9, 76-8.
- Prado, F., Valdebenito, C., & Salinas, P. C. (2015). Indicadores de calidad en atención primaria de salud desde la perspectiva de la salud respiratoria: desafíos actuales y más

- allá. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(4), 223-224.
- Purcărea, V. L., Gheorghe, I. R., & Petrescu, C. M. (2013). The assessment of perceived service quality of public health care services in Romania using the SERVQUAL scale. *Procedia Economics and Finance*, 6, 573-585.
- Ramírez, M. T., Mendoza, J. L., & Moraga, A. F. (2015). Desarrollo de un indicador de la calidad de atención en Centros de Salud Familiar para la medición de la eficiencia técnica. *Ingeniería y Desarrollo*, 33(2), 239-259.
- Rashid, W., & Jusoff H.,(2009). Service quality in health care setting. *Internartional Journal Health Care Qual Assur*, 22(5), 471-482.
- Reidenbach, R., & Sandifer-Smallwood, B. (1990). Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *Marketing Health Services*, 10(4), 47.
- Revilla, H., González, D., Fonseca, V., & Magda, L. (2016). Calidad de la atención de salud brindada en un servicio de rehabilitación integral de base comunitaria. *MediSan*, 20(3), 313-319.
- Romano, J., & Choi, Á. (2016). Medida de la eficiencia de la atención primaria en Barcelona incorporando indicadores de calidad. *Gaceta Sanitaria*, 30(5), 359-365
- Rosas, A. M., Zarate, V., & Cuba, M. S. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (APS): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 42-47.
- Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's theory of access. *Journal of health services research & policy*, 21(1), 36-39.
- Shafiq, M., Naeem, M. A., Munawar, Z., & Fatima, I. (2017). Service Quality Assessment of Hospitals in Asian Context: An Empirical Evidence From Pakistan. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 54.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo Senplades (2017). Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una Vida. Quito – Ecuador.

- Spreng, R. A., & Mackoy, R. D. (1996). An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. *Journal of retailing*, 72(2), 201-214.
- Taylor, S. A. (1992). The roles of service quality, consumer satisfaction, and value in Quinn's paradigm of services. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 2(1), 14-26.
- Teshnizi, S. H., Aghamolaei, T., Kahnouji, K., Teshnizi, S. M. H., & Ghani, J. (2018). Assessing quality of health services with the SERVQUAL model in Iran. A systematic review and meta-analysis. *International Journal for Quality in Health Care*.
- Thompson, D., Fazio, X., Kustra, E., Patrick, L., & Stanley, D. (2016). Scoping review of complexity theory in health services research. *BMC health services research*, 16(1), 87.
- Ventura, J. (2008). Marco conceptual para el análisis de la oferta sanitaria. *Pecunia: Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de León*, (2008), 19-31.
- Ware, J. E., Davies-Avery, A., & Stewart, C. A. (1978). Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study: Vol. V, general health perceptions. *Santa Monica, CA: Rand Corporation*, 479.
- Webster, G. (2005). Indicators for Primary Health Care, Canadian Institute for Health Information.
- Wong, B. M., Levinson, W., & Shojania, K. G. (2012). Quality improvement in medical education: current state and future directions. *Medical education*, 46(1), 107-119.
- Wysong, P. R., & Driver, E. (2009). Patients' perceptions of nurses' skill. *Critical Care Nurse*, 29(4), 24-37.
- Zapata, A. (2014). Application of structural equation and servqual in a health service. *Dyna*, 81(186), 166-174.

Apéndices

Apéndice A Cuestionario aplicado

CUESTIONARIO: CALIDAD DE ATENCIÓN PERCIBIDA CLÍNICAS MÓVILES

El presente cuestionario está diseñado para medir la calidad de atención percibida en los servicios ofrecidos en las unidades médicas de clínicas móviles. No existen respuestas buenas ni malas. La encuesta es anónima, su exactitud en las respuestas son necesarias para la obtención de resultados confiables. De antemano, se agradece su tiempo prestado (aprox. 20 minutos). La primera parte del cuestionario está destinada a conocer sus expectativas sobre el servicio. La segunda parte servirá para medir la calidad de atención que efectivamente recibe. Finalmente, la tercera parte consta de datos sociodemográficos.

Primer parte

Calidad esperada	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Elemento tangible					
Las clínicas móviles deberían tener equipos actualizados y modernos					
Las instalaciones físicas de las clínicas móviles deberían ser visualmente atractivas					
El personal de las clínicas móviles debería lucir impecables					
Elemento fiabilidad					
Las clínicas móviles deberían proveer sus servicios al momento que acordaron					
Cuando los pacientes tienen problemas, el personal de las clínicas móviles debería ser considerado y tranquilizador					
El personal de la clínica móvil debería ser preciso o certero en la entrega de su servicio					
Elemento capacidad de respuesta					
El personal de la clínica móvil debería decir a sus pacientes exactamente cuándo será atendido					
Es realista para los pacientes esperar ser atendidos con prontitud por el personal de la clínica móvil					
El personal de la clínica móvil siempre debería estar dispuesto a ayudar a los pacientes					
Elemento seguridad					
Los pacientes deberían ser capaces de sentirse seguros durante la atención en la clínica móvil					
El personal de la clínica móvil debería estar totalmente capacitado y ser profesional					
El personal de la clínica móvil debería ser amable					
El personal de la clínica móvil debería tener apoyo adecuado de las autoridades para realizar correctamente su trabajo					
Elemento empatía					
El personal de la clínica móvil debería brindar atención personalizada a cada paciente					
Es realista esperar que las clínicas móviles pongan todo su interés en sus pacientes					

Segunda parte

<u>Calidad percibida</u>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Elemento tangible					
Las clínicas móviles tienen equipos actualizados y modernos					
Las instalaciones físicas de las clínicas móviles son visualmente atractivas					
El personal de las clínicas móviles luce impecables (arreglado, limpio).					
Elemento fiabilidad					
Las clínicas móviles proveen sus servicios al momento que acordaron					
Cuando usted tiene algún problema, el personal de las clínicas móviles es considerado y tranquilizador					
El personal de la clínica móvil es preciso o certero en la entrega de su servicio					
Elemento capacidad de respuesta					
El personal de la clínica móvil le dice a sus pacientes exactamente cuándo será atendido					
Usted es atendido con prontitud por el personal de la clínica móvil					
El personal de la clínica móvil siempre está dispuesto a ayudarlo					
Elemento seguridad					
Usted se siente seguros durante la atención en la clínica móvil					
El personal de la clínica móvil está totalmente capacitado y es profesional					
El personal de la clínica móvil es amable					
El personal de la clínica móvil tiene el apoyo adecuado de las autoridades para realizar correctamente su trabajo					
Elemento empatía					
El personal de la clínica móvil le brinda atención personalizada a cada paciente					
El personal de las clínicas móviles pone todo su interés cuando lo atienden					

Autor: Parasuraman, Berry & Zeithmal (1985)

Adaptación: Babakus & Mangold (1992)

Tercera parte**Género:** Femenino _____ Masculino: _____**Edad:** _____ años**Número de personas que viven en su hogar:** _____**Nivel educativo:**

Primaria completa _____

Primaria incompleta _____

Secundaria completa _____

Secundaria incompleta _____

Universidad completa _____

Universidad incompleta _____

Técnico / tecnológico _____

Estado civil:

Soltero

Divorciado _____

Viudo

Unión libre Casado

Gracias por su tiempo.

Apéndice B Autorización de uso de escala Servqual

Todas las carpetas  

No deseado  Mover a  Categorizar   Versión beta de Outlook

Questionnaire request

 Ocultar historial de mensajes

From: Elizabeth Maria Acuria Lozano [mailto:elizabethacuria@hotmail.com]
Sent: Monday, March 5, 2018 10:42 PM
To: Emin Babakus (ebabakus) <ebabakus@memphis.edu>
Subject: Questionnaire request

Dear Emin,

I have read your research paper "Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation" submitted to Health Services Research Journal in 1990. I am starting to work on my thesis which requires a method to evaluate the quality of service related to healthcare services. I would like to use your adaptation of the SERVQUAL scale, the items are described in the Appendix A of your research paper. So, I would like to ask for your authorization in order to use it. I will be really grateful.

Best Regards,
Elizabeth Acuria.

De: Emin Babakus (ebabakus) <ebabakus@memphis.edu>
Enviado: martes, 06 de marzo de 2018 8:09
Para: Elizabeth Maria Acuria Lozano
Asunto: RE: Questionnaire request

Greetings Elizabeth,
Sure, you have permission to use the scale, but make sure to give credit to the original developers, Parasuraman et al. who published the scale in the Journal of Retailing. Wishing you success. Emin

Apéndice C Autorización para levantamiento de información



-5 ASR 2018

MUY ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE GUAYAQUIL
(GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO)

ALCALDIA

AG-2018-08764
 Abril 4 de 2018

Doctor
 Ernesto Romero T.
 DIRECTOR DE SALUD E HIGIENE
 Ciudad

REF.: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO "EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LAS CLÍNICAS MÓVILES DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DE LA ZONA B"

De mi consideración:

Para informe a este Despacho, remito a usted copia del oficio MGSS-XIV-B-007-2018, recibido el 4 del presente mes y año, suscrito por la Econ. María del Carmen Lapo Maza, Directora de la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, solicitando el apoyo necesario para que la alumna, Lic. Acuria Lozano Elizabeth María, pueda realizar el proyecto de investigación de la referencia, facilitándole la información a requerir para el desarrollo del mismo, previo a la obtención del título de Magister.

Atentamente,
 DIOS, PATRIA Y LIBERTAD

Jaime Nebot Saad
 JAIME NEBOT SAAD
 ALCALDE DE GUAYAQUIL

JNSMNGDVSas

ANEXO: lo indicado

cc. Econ. María del Carmen Lapo Maza, DIRECTORA DE LA MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD, DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DE GUAYAQUIL
DIRECCIÓN DE SALUD E HIGIENE

DSH-2018-0691
Abril 09 del 2018

ARCHIVO

Abogado
Jaime Nebot Saadi
ALCALDE DE GUAYAQUIL
En su despacho

M.I. MUNICIPAL DE GUAYAQUIL
RECORRIDO
10-ABR 2018
L. Olaya
FIRMA

De mis consideraciones:

En atención al oficio AG-2018-08764 en que se adjunta petición de la Econ. María del Carmen Lapo Maza, Directora de Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, al respecto comunico a usted lo siguiente:

Esta Dirección no tiene ningún inconveniente en facilitar la información que necesita la estudiante Lda. Acuria Lozano Elizabeth María, para que realice la investigación, teniendo la colaboración del personal, para poder obtener su Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

Atentamente,

Dr. Ernesto Romero Toro M.Sc.
DIRECTOR DE SALUD E HIGIENE
DSE / (TEL) 043000000

Archivo

Apéndice D Recolección de datos



Figura D 1 Levantamiento de información Parroquia Tarqui



Figura D 4 Levantamiento de información Letamendi



Figura D 2 Levantamiento de información Parroquia Febres Cordero



Figura D 5 Clínica móvil auto propulsable



Figura D 3 Interior de clínica móvil

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Acuria Lozano Elizabeth María, con C.C: 0910643154 autora del trabajo de titulación: *Evaluación de la Satisfacción del Usuario en la Atención Primaria de Salud de las Clínicas Móviles del Gobierno Autónomo Descentralizado Zona 8* previo a la obtención del grado de **MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de septiembre de 2018

f. _____
Nombre: Elizabeth María Acuria Lozano
C.C: 0910643154

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Evaluación de la Satisfacción del Usuario en la Atención Primaria de Salud de las Clínicas Móviles del Gobierno Autónomo Descentralizado Zona 8		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Acuria Lozano, Elizabeth María		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Ing. Zerda Barreno, Elsie Ruth Mgs/ Cpa. Vera Salas, Laura Guadalupe Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magister en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de septiembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	90
ÁREAS TEMÁTICAS:	Calidad de Atención de Salud		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Calidad de servicio, clínicas móviles, Servqual, Atención Primaria de Salud, satisfacción, usuario		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>La Atención Primaria de Salud (APS) representa un esfuerzo importante para lograr la garantía del derecho de salud en la población. En la ciudad de Guayaquil, la implementación de clínicas móviles es un ejemplo de dicha iniciativa. Sin embargo, estos servicios como características esenciales deben reflejar accesibilidad y calidad. La satisfacción de los pacientes puede ser una medida fiable de la calidad de los servicios médicos. Así, el presente estudio tuvo como objetivo principal evaluar la calidad de servicio mediante la aplicación del modelo Servqual para conocer la satisfacción de los usuarios atendidos en las Clínicas Móviles. Entre los principales hallazgos se pudo determinar que existe una brecha entre las expectativas y percepciones de los usuarios, siendo esta más amplia en los aspectos relativos a los elementos tangibles del servicio. En base a los resultados y a los diversos avances encontrados a nivel internacional en la APS se propone un marco estratégico con acciones dirigidas a mejorar la eficiencia y calidad de las clínicas móviles con las Direcciones Municipales como los principales gestores de dichas acciones.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 99 889 5893	E-mail: elizabethacuria@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen		
	Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	