

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**  
**TEMA**  
**SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS POR LOS**  
**POSGRADISTAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA,**  
**PROVINCIA DE SANTA ELENA, AÑO 2018**

**AUTORA**

**Obando López, Rocío Alexandra**

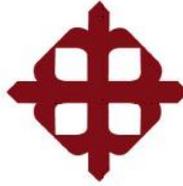
**Trabajo de Titulación**  
**previo a la Obtención del Título de**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TUTORA**

**Calderón Rodríguez, Mercedes**

**Guayaquil, Ecuador**

**2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Md. Rocío Alexandra Obando López, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 12 días del mes de diciembre año 2018.

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

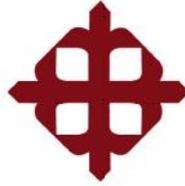
---

Dra. Mercedes Calderón Rodríguez

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

**YO, Rocío Alexandra Obando López**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de investigación “Satisfacción de las familias atendidas por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, provincia de Santa Elena, año 2018” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

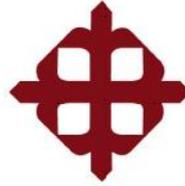
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 12 días del mes de diciembre año 2018

**LA AUTORA:**

---

Rocío Alexandra Obando López



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

**YO, Rocío Alexandra Obando López**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Satisfacción de las familias atendidas por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, provincia de Santa Elena, año 2018”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 12 días del mes de diciembre año 2018

**LA AUTORA:**

---

Rocío Alexandra Obando López

## Urkund Analysis Result

Analysed Document: TRABAJO DE TITULACION.doc (D45609621)  
Submitted: 12/12/2018 1:53:00 PM  
Submitted By: chio\_ol78@yahoo.com.ar  
Significance: 1 %

### Sources included in the report:

Paola Alejandra Silva Gutiérrez.doc (D21313384)  
William Ruben Mayorga Ortiz.docx (D21433239)  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5234623&fecha=21/02/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5234623&fecha=21/02/2012)  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202001000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202001000100002)

### Instances where selected sources appear:

5

## **1 Agradecimiento**

Agradezco a mi esposo y mis hijos, Paúl – Cristina – Paúl Alexander, quienes me permitieron sacrificar el tiempo de familia durante los últimos tres años para poder culminar este sueño profesional.

También agradezco a todas aquellas personas que han sido un impulso positivo en mi vida, brindándome su apoyo, orientación y consejos, en especial a mis padres, hermanos, tíos, primos y amigos.

Un agradecimiento especial a todos los profesionales que tomaron el desafío de formarnos en especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, de quienes me quedo con lo más importante, su amistad.

## **2 Dedicatoria**

A Bella Esperanza, mi madre, quien me ha enseñado que con tenacidad, fuerza y amor se pueden superar los obstáculos que se presentan en la vida.

A Carlos Alfredo, mi padre, hombre sabio a quien puedo acudir por un consejo cada vez que me encuentro en una encrucijada.

A Paúl Alvarado, mi esposo, quien jamás dudo de mis capacidades profesionales y quien en el momento exacto me hizo saber que contaba con él para el nuevo reto emprendido.

A mis hijos: Paúl y Cristina, porque son el motor diario que me motiva a buscar lo mejor para mí y por lo tanto, para ellos.

Y por último, a mis hermanos, porque siempre me han hecho sentir su admiración en el constante sacrificio que implica ser médico.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

---

**DR. XAVIER LANDIVAR VARAS**  
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

---

**DRA. SANNY ARANDA CANOSA**  
COORDINADORA DOCENTE

---

**DR. YUBEL BATISTA PEREDA**  
OPONENTE

**SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
II COHORTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

TEMA:	"SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS POR LOS POSGRADISTAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, PROVINCIA DE SANTA ELENA, AÑO 2018 "
ALUMNO:	ROCÍO ALEXANDRA OBANDO LÓPEZ
CO:	
FECHA:	

N o.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIR MA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
<b>NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN</b>						

Observaciones: \_\_\_\_\_

Lo certifico,

\_\_\_\_\_  
DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC

\_\_\_\_\_  
DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE OPOSICIÓN

\_\_\_\_\_  
DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

## 5 ÍNDICE GENERAL

1 AGRADECIMIENTO.....	VI
2 DEDICATORIA.....	VII
3 TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
4 ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	IX
5 ÍNDICE GENERAL.....	X
6 ÍNDICE DE TABLAS.....	XI
7 ÍNDICE DE ANEXOS.....	XII
8 RESUMEN.....	XIII
9 ABSTRACT.....	XIV
10 INTRODUCCION.....	2
11 EL PROBLEMA.....	6
11.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	6
11.2 FORMULACIÓN.....	6
12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	7
12.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
12.2 OBEJTIVOS ESPECÍFICOS.....	7
13 MARCO TEÓRICO.....	8
13.1 LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.....	8
13.2 GLOBALIDAD DE LA MEDICINA FAMILIAR.....	9
13.3 PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR.....	11
13.4 PERFIL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.....	12
13.5 LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y SU INTERVENCIÓN EN LOS ESTILOS DE VIDA.....	13
13.6 LAMEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y SU INTERVENCIÓN EN EL NÚCLEO FAMILIAR.....	15
13.7 LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA IDENTIFICACIÓN DE FAMILIAS CON RIESGOS BIOLÓGICO, SOCIOECNÓMICO Y SOCIAL.....	17
13.8 LA SATISFACCIÓN.....	18

13.9	CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.....	19
13.10	VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A TRAVÉS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES.....	21
13.11	MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN.....	23
14	MÉTODOS.....	26
14.1	JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	26
14.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
14.2.1	Criterios y procedimientos de la selección de la muestra o participantes de estudio.....	26
14.2.2	Procedimiento de recolección de la información.....	27
14.2.3	Técnicas de recolección de información.....	29
14.2.4	Técnicas de análisis estadístico.....	30
14.3	VARIABLES.....	31
14.3.1	Operacionalización de variables.....	31
15	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
16	CONCLUSIONES.....	48
17	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	49

## 6 ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DEL JEFE O REPRESENTANTE DE FAMILIA SEGÚN SEXO. POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. SANTA ELENA. AÑO 2018.....	33
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DEL JEFE O REPRESENTANTE DE FAMILIA SEGÚN EDAD. POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. SANTA ELENA. AÑO 2018.....	34
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DEL JEFE O REPRESENTANTE DE FAMILIA SEGÚN ESCOLARIDAD. POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. SANTA ELENA. AÑO 2018.....	34
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN ONTOGÉNESIS. POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. SANTA ELENA. AÑO 2018.....	35
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN TAMAÑO. POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. SANTA ELENA. AÑO 2018.....	35
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN PER CÁPITA. POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. SANTA ELENA. AÑO 2018.....	36
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN PERCEPCIÓN DE ACCIONES DE SALUD RECIBIDAS (ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA). SANTA ELENA. AÑO 2018.....	37
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN PERCEPCIÓN DE ACCIONES DE SALUD RECIBIDAS (PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO). SANTA ELENA. AÑO 2018.....	39
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN PERCEPCIÓN DE ACCIONES DE SALUD RECIBIDAS (ASEO PERSONAL Y LAVADO DE MANOS). SANTA ELENA. AÑO 2018.....	41
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN PERCEPCIÓN DE ACCIONES DE SALUD RECIBIDAS (ELIMINACIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS Y CRIADEROS DE VECTORES). SANTA ELENA. AÑO 2018.....	43
TABLA 11: PERCEPCIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS POR LOS POSGRADISTAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, SANTA ELENA. AÑO 2018.....	45
TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN SATISFACCIÓN POR LA ATENCIÓN BRINDADA POR LOS POSGRADISTAS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, SANTA ELENA. AÑO 2018.....	46

## **7 ÍNDICE DE ANEXOS**

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	62
ANEXO 2: ENCUESTA.....	63

## 8 RESUMEN

**Antecedentes:** La Medicina Familiar y Comunitaria fortalece la atención primaria, que se refleja en el grado de satisfacción de las familias atendidas. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, en los consultorios asignados al posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en la Provincia de Santa Elena durante el año 2018, con una muestra de 200 familias atendidas por el posgrado. El instrumento empleado fue una encuesta realizada por la autora y que fue aplicado al jefe de familia o su representante. El proceso se lo realizó previo consentimiento informado de los participantes. **Resultados:** El 61,5% de representantes de familias son mujeres. Predominan las familias nucleares (50%), medianas (50,5%) y con algún grado de pobreza (77%). Las acciones de salud realizadas con mayor frecuencia por los posgradistas según las familias fueron las relacionadas con la alimentación saludable con el 85,5% y la actividad física con 83,5%. El 70% de las familias consideraron buenas y muy buenas las acciones de salud realizadas por el posgrado. La percepción de satisfacción buena fue en el 100% de las familias atendidas por el posgrado, y el 39,5% de los hogares calificó con 9 puntos la atención médica de los residentes. **Conclusiones:** Las acciones de salud consideradas esenciales no fueron percibidas con la misma frecuencia por los hogares atendidos por el posgrado, Las familias santaelenenses se sintieron satisfechas con la atención médica recibida de los residentes, independientemente de la ejecución o no de acciones de salud para mejorar los estilos de vida.

**Palabras Clave:** MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA; SATISFACCIÓN DEL PACIENTE; ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

## 9 ABSTRACT

**Background:** Family and Community Medicine strengthens primary care, which is reflected in the degree of satisfaction of the families served. **Materials and methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study in the offices assigned to the postgraduate course of Family and Community Medicine in the Province of Santa Elena during 2018, with a sample of 200 families attended by the graduate program. The instrument used was a survey conducted by the author and was applied to the head of the family or his representative. The process was carried out with the informed consent of the participants. **Results:** 61.5% of family representatives are women. The nuclear families predominate (50%), medium (50.5%) and with some degree of poverty (77%). The health actions carried out most frequently by postgraduates according to families were those related to healthy eating with 85.5% and physical activity with 83.5%. 70% of families considered good and very good health actions carried out by the graduate. The perception of good satisfaction was in 100% of the families attended by the graduate program, and 39.5% of the households rated the residents' medical attention with 9 points. **Conclusions:** The actions of health considered essential were not perceived with the same frequency by the homes attended by the graduate. The families of Santa Elena were satisfied with the medical attention received from the residents, independently of the execution or not of health actions to improve the styles of life.

**Keywords:** FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE; PATIENT SATISFACTION; HEALTHY LIFESTYLES.

## 10 INTRODUCCIÓN

Se reconoce la práctica de la medicina familiar desde la época de Hipócrates (460 AC) y de Galeno (130 DC). Para el siglo XIX en Europa la figura del médico general no se limitaba a la atención de las familias sino que era un reconocido personaje, consejero y líder conocedor de su comunidad, considerado hasta antes de 1940 como médico de cabecera de las familias que atendía (1). En 1940 en Inglaterra se refuerza el sistema de los médicos generalistas y se revaloriza la historia e importancia de los médicos de cabecera, que reunían características para brindar atención médica a todo paciente sin diferenciar sus características biológicas, etnias o patologías que presentaran, realizada la práctica bajo un marco científico, y con la destreza resolutive desde la primera consulta, haciendo partícipe no solo al paciente sino a su familia y a la comunidad donde se desenvolvía. Hacia 1966 esta práctica médica es realizada en Estados Unidos, y en 1969 la American Medical Association establece como una especialidad médica a la medicina familiar. Para los años 1970 se extiende la medicina familiar en la región iberoamericana, acogiéndose en países como España, Cuba, Panamá, México, Bolivia y Venezuela, lugares donde se realizan programas formativos en esta especialidad (2).

En 1987 se inicia en el Ecuador la especialidad de medicina familiar, y dos años después se conforma la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar, la misma que tiene poca participación en la comunidad médica debido al sistema de atención médica biologicista practicada en esas décadas (3). Con los cambios del sistema político en el 2008, y con la reforma que se realiza en la Carta Constitucional de la República del Ecuador, en la que se reafirma a la familia como eje fundamental de la sociedad, así como la búsqueda de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario; se dispone el cumplimiento del derecho a la salud vinculado a otros derechos interrelacionados, con la finalidad de alcanzar la vida plena, el buen vivir o Sumak Kawsay para todos los habitantes del territorio nacional (4).

A partir del 2010 se producen importantes cambios administrativos en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, y se implementa el Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS (5), donde se resalta la importancia de fortalecer la atención primaria, y es cuando se establece la necesidad de contar con especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria – MFC, que contribuyan a mejorar las condiciones sanitarias de la sociedad ecuatoriana basándose fundamentales como la promoción de la salud, la

prevención de enfermedades y la realización de diagnósticos y tratamientos oportunos desde el primer nivel de atención (6,7).

Se encuentra demostrado que en los países donde la base del sistema sanitario es la atención primaria, las unidades primarias de atención son capaces de solucionar el 80% de los problemas de salud presentados en las poblaciones, evidenciando que el fortalecimiento del primer nivel de salud constituye la estrategia que ha dado los mejores resultados a nivel mundial, independiente de las características económicas de los países en donde se practica esta especialidad, lo que ha producido reducción de los gastos relacionados a los cuidados sanitarios y que ha mejorado los niveles de salud poblacional. (8,9).

Frente al nuevo modelo de salud y la necesidad imperiosa de mejorar la calidad de atención en el primer nivel, en el Ecuador se inicia la especialización de médicos en la carrera de medicina familiar, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud del individuo dentro del contexto familiar y comunitario. El ejercicio que involucra la medicina familiar contribuye de forma sobresaliente en la atención primaria una inferencia más completa e integral de los problemas de salud, en donde el sistema familiar adquiere mayor importancia, debido a que en la familia es donde el paciente se desarrolla tanto biopsicosocialmente (10).

Debido a que la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se está abriendo un espacio dentro de los servicios de salud con el objetivo fundamental de fortalecer la atención primaria, se hace necesario conocer el grado de satisfacción de las familias que durante los años de formación de la especialidad son atendidas por estos consultorios. Actualmente la satisfacción de los pacientes es uno de los principales indicadores para medir el impacto de las intervenciones que se realizan en el sector salud, aunque las investigaciones sobre la percepción de los pacientes respecto a los servicios sanitarios continúan siendo estudios poco entendidos y aplicados, así como es evidente la poca experiencia para medir la calidad de atención en el sector público (11,12). Los estudios de calidad y satisfacción en la atención permiten promover una cultura de gestión moderna, con lo que se puede establecer un conjunto de prioridades entre la que deben ser consideradas como principales: eficiente acceso al sistema y servicios de salud, una ciudadanía participativa activamente, garantizar la continuidad de los servicios por personal especializado y capacitado, donde los servicios sanitarios

sean más personalizados y de libre preferencia, con una elevadísima calidad humana, científica y técnica. (13).

Existen tres razones por lo que a la satisfacción se la ha establecido como mensuración importante de resultado dentro del proceso asistencial: en primer lugar, existen estudios que confirman que la satisfacción es un buen pronosticador de la adherencia hacia los tratamientos y cumplimiento de las consultas de control; en segundo lugar, permite evaluar a los sistemas comunicativos de los servicios y a las consultas brindadas; y, por último, se puede realizar mejoras en la organización de los servicios tomando en cuenta la opinión del paciente que ha hecho uso de los mismos. (14).

El grado de satisfacción con los servicios sanitarios está indudablemente relacionado con el beneplácito o disconformidad entre las expectativas previas a la atención y la apreciación del servicio posteriormente recibido. Para mejorar la calidad asistencial las opiniones de los pacientes y sus familiares, así como la estimación de la satisfacción, constituyen fuertes herramientas para lograrlo, y en general, permiten establecer un ajuste adecuado entre la provisión de los servicios brindados y las necesidades de los usuarios (15).

En 2015 la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil junto con el MSP convoca la segunda cohorte para la formación de especialistas durante el período de 2016 a 2018, superando el número de plazas de la primera corte en la que fueron formados 29 especialistas, realizando una convocatoria para la formación de 100 nuevos especialistas, y siendo la primera vez que se considera en esta formación a la Zona 5 para las provincias de Los Ríos con 14 plazas, Santa Elena 12 plazas y Guayas Rural con 8 plazas.

Sosteniendo que la relación médico-paciente es clave en los procesos de atención, la presente investigación quiso determinar cuál es la satisfacción de las familias atendidas durante el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, y demostrar a través de los resultados el fortalecimiento que le da al primer nivel de atención de salud el contar con especialistas con alta capacidad resolutoria.

Se consideró realizar un estudio descriptivo en los consultorios del posgrado localizados en la provincia de Santa Elena, con un total de 2400 familias y con una muestra correspondiente a 200 familias para identificar las acciones de salud realizadas por los residentes para generar cambios de estilos de vida saludables, y el

nivel de satisfacción de las familias frente a las atenciones de salud brindadas por el posgrado.

## **11 EL PROBLEMA**

### **11.1 Identificación, valoración y planteamiento**

En el Ecuador se han realizado importantes cambios en el sistema sanitario sustentados en políticas públicas que garantizan la accesibilidad y la equidad asistencial, con fortalecimiento de la atención primaria (5,6), por lo que la formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria ha sido un eje fundamental para mejorar el servicio médico en el primer nivel, y asegurar la promoción y la prevención (16). La formación de Médicos Familiares y Comunitarios favorece el éxito de la implementación y la continuidad de los servicios médicos en el primer nivel (7). La relación médico-paciente es la clave fundamental en los sistemas de atención (8), y el éxito de la medicina familiar se base en mejorar la empatía y confianza entre el médico con el paciente, con su familia y con la comunidad, encaminado no sólo a lograr cambios en los estilos de vida, sino a promover factores protectores de la salud a través la estimulación de condiciones higiénico sanitarias adecuadas y lograr ambientes saludables.

### **11.2 Formulación**

Teniendo en cuenta que la cobertura de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria no es amplia se hacen necesarias las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la satisfacción de las familias atendidas por los posgradistas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria?, ¿Cómo perciben las familias la atención y acciones brindadas por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria?

## **12 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **12.1 General**

Evaluar la satisfacción de la atención brindada por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria en la provincia de Santa Elena durante el año 2018.

### **12.2 Específicos**

Caracterizar las familias atendidas por los posgradistas según variables sociales y demográficas.

Identificar las acciones para la salud realizadas durante el programa de Medicina Familia y Comunitaria.

Determinar el nivel de satisfacción en la población de estudio sobre las acciones de salud y atención médica brindada por los posgradistas.

## 13 MARCO TEÓRICO

### 13.1 La Medicina Familiar y Comunitaria.

Para la Academia Norteamericana de Médicos Familiares, esta especialidad se encarga de brindar atención de salud permanente e integral a los pacientes como a sus familiares. La especialidad integra exhaustivamente a las ciencias médicas, psicológicas y biológicas, y su práctica comprende a los individuos en todas las edades, géneros, sexos, órganos y sistemas orgánicos y cada forma de la enfermedad. La medicina familiar es la rectora en el primer nivel de atención sanitaria, y como la mayoría de las demás especialidades médicas, ostenta su propio cuerpo de conocimiento, herramientas, instrumentos, capacidades y destrezas, que le posibilitan ser diferenciada durante la ejecución de su práctica médica. El médico familiar es el facultativo encargado de proporcionar cuidados integrales y continuos a cualquier persona desde la atención primaria que requiera atención sanitaria por medio de sus servicios, o concertando el uso apropiado de los servicios con los niveles superiores de atención, teniendo presente las necesidades de su comunidad así como la disponibilidad de los recursos existentes en la población a la que atiende (16).

En la medicina familiar la atención integral del ser humano es la parte fundamental de sus principios, objetivos y actividades, y su origen social permite que la atención al individuo pueda realizarse dentro de su familia conjuntamente con el medio ambiente y comunidad a la que se pertenece(7).

La praxis de la medicina familiar supera al clásico modelo biomédico y logra la ejecución de la medicina biopsicosocial, que no sólo se basa el simple hecho del cuidado de la salud dependiendo de la enfermedad. La medicina familiar ofrece al individuo una atención integral dentro de su hogar, y le permite conservar la interacción con su comunidad y su medio ambiente. El aprendizaje de esta especialidad conlleva a superar los conceptos biomédicos sobre el cuidado y recuperación de la salud perdida por la enfermedad, y centra al individuo como parte esencial de ese cuidado. Este concepto es el fundamento principal que propugna la teoría y la praxis de los médicos que se forman como especialistas en medicina familiar (1).

Los profesionales médicos que son formados para atender a los pacientes independientemente de su edad son los médicos familiares. Tanto en los países desarrollados como en desarrollo, los médicos familiares cuentan con un elevado nivel

de capacitación para atender las necesidades sanitarias básicas de la población, lo que garantiza su capacidad de proveer atención integral y sostenida independientemente de las características biológicas de las personas, integrando de forma costo-efectiva las acciones de prevención y curación. (18).

### **13.2 Globalidad de la medicina familiar.**

Los puntos fundamentales que constituyen la razón de ser de la Medicina Familiar son (19,20):

1. Globalidad: el cuidado completo, que incorpora los siguientes aspectos (19):

- **Integralidad:** en Medicina Familiar constituye el más alto y complejo de los principios de su práctica, y por lo tanto el de mayor trascendencia. Da un enfoque al individuo de un todo integral que en un momento adolece de un proceso patológico. En la formación de especialidades médicas se fracciona al ser humano en órganos y sistemas, donde la exploración física se centra en la identificación de signos clínicos y que son complementados por procesos tecnológicos específicos; este reconocido método clínico es el tradicional que se centra en la enfermedad y que no es capaz de reconocer a la persona como un ser biopsicosocial y espiritual, que sí lo llega a lograr la Medicina Familiar, en la que el ejercicio de la praxis médica logra realizar un método holístico humanizado. Existe evidencia médico científica con la cual ha sido posible identificar los cambios bioquímicos y de inmunidad que se producen en los individuos que se encuentran bajo estrés no patológico, así como cambios producidos por problemas personales que exacerbaban los síntomas las personas; también existe evidencia de la influencia del estado de ánimo sobre el curso de una enfermedad, en su evolución, y en algunos casos, originar nuevas enfermedades. El ser humano no debe ser considerado un conjunto de órganos, se lo debe observar como un ser integral, una unidad biopsicosocial donde cada una de las partes conformantes influyen en las manifestaciones clínicas, progreso y hasta la etiología de la enfermedad. El ejercicio de la Medicina Familiar se debe considerar como una doctrina filosófica, en la que la integralidad permite ejecutar acciones sobre el ser humano y sus sistemas interrelacionados de forma unísona, donde la prevención y acción social constituyen parte fundamental de su labor. (16, 19).

- **Atención independiente:** la formación y capacidades del médico familiar en conjunto a los requerimientos estructurales e instrumentales deben permitir la resolución eficaz

de por lo menos el 90% de los problemas atendidos. Las acciones de salud deberán realizarse con un pensamiento holístico que intervenga positivamente los problemas de salud y los factores sociales influyentes (19).

- Atención coordinada: el médico familiar no debe solo laborar de forma coordinada con el equipo de salud, debe establecer enlaces de trabajo con servicios hospitalarios y de urgencias, así como con sectores no sanitarios como educación, municipios, comunidad y organizaciones no gubernamentales que puedan aportar a mejorar las condiciones sanitarias de las personas (19).

- Atención en múltiples lugares: ser capaz de brindar atención dentro de consultorio, hogares, centros educativos, barrios, entre otros, para lo cual deberá contar con los equipamientos e insumos necesarios para este efecto y bajo una programación según la demanda, emergencias y seguimientos hospitalarios. (19).

- Enfoque clínico asistencial, de gestión, docente e investigación: el médico de familia tiene la capacidad de responder las necesidades de la población con los recursos que cuenta. Además maneja alta destreza en coordinación y administración de los recursos con lo que se disponen en los establecimientos y servicios de salud, así como los que encuentra en las familias y comunidad, siendo eficiente en el momento del uso de los mismos (16). Posee un alto deseo de desarrollo profesional continuo, lográndolo a través de la docencia e investigación. Se preocupa por la mejora de la calidad de los servicios de salud, planifica, organiza, ejecuta y evalúa programas de calidad (19).

2. Continuidad: El médico familiar y su equipo de salud deben ser capaces de brindar atención continua a las familias asignadas para sus cuidados, se estima como ideal entre 400 a 500 hogares. La continuidad de la atención otorga beneficios, tanto al médico como al paciente que es atendido por un mismo especialista y que conoce su historial de salud, los factores de riesgo a los que está expuesto y la adherencia a los tratamientos administrados. A través de la continuidad mantenida se logra una relación médico paciente personalizada y humanizada, alcanzado la plena confianza (16,19).

3. Accesibilidad: constituye la piedra angular para lograr la equidad en los sistemas de salud. El acceso a los servicios sanitarios permite realizar cuidados y seguimientos de salud de manera integral y continua a las personas, de forma individual, familiar y en su entorno comunitario, independientemente del tipo de problema que presente e

independientemente sus características biológicas, sociales, culturales y medioambientales. Se logra el acceso a los servicios sanitarios cuando (19):

- Existe acceso a los servicios de salud, sin barreras administrativas, geográficas, sociales u organizacionales.
- La población se encuentra debidamente informada sobre los servicios de salud con lo que cuenta.
- Hay una adecuada relación asistencial, con sistemas de comunicación efectivos.
- Se logra un verdadero compromiso con el individuo, la familia y el entorno comunitario
- Se brinda atención sanitaria en todas las circunstancias de los problemas que inciden en la salud.

### **13.3 Principios de la medicina familiar.**

La medicina familiar y comunitaria se desarrolla en base a 11 principios (19,21,22):

1. Es el primer contacto del paciente con el sistema de salud, en el que se proporciona acceso continuo y permanente sin límite de atenciones, encargándose de todos los inconvenientes de salud, sin discriminación alguna.
2. Utiliza de forma eficiente todos los recursos sanitarios a través de atenciones de salud coordinadas, apoyándose en el trabajo con el equipo de salud y con uso eficiente de los recursos sanitarios mediante atención de salud coordinada, trabajando con el equipo de salud y proporcionando una efectiva interrelación con otras especialidades en caso lo requiera el paciente.
3. La visión de la atención está enfocada en el paciente, sin deslindarlo de su familia y comunidad. En cada paciente se ve la oportunidad de fomentar la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.
4. La comunicación efectiva constituye un proceso único entre médico y el paciente, que garantiza la consulta a largo plazo.

5. Ofrece atención permanente en el tiempo de acuerdo a las necesidades de los pacientes. La atención puede darse en diferentes ambientes como en el consultorio, domicilios y el hospital.
6. Identifica a la población de riesgo, que permite realizar la toma de decisiones en relación a la prevalencia e incidencia de patologías en la comunidad.
7. Realizar intervenciones adecuadas frente a las patologías agudas y crónicas de los pacientes.
8. Intervención oportuna, y en caso necesario urgente, frente a la intervención de patologías indiferenciadas durante su fase inicial.
9. Realización de promoción de salud y el bienestar que garanticen intervenciones apropiadas y efectivas.
10. Asumir con la comunidad la responsabilidad específica de su salud.
11. Estar atentos de los problemas de salud de forma holística que incluya las dimensiones espiritual, social, cultural, psicológica y física de los pacientes.

#### **13.4 Perfil de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.**

La especialidad de Medicina Familiar forma a los especialistas para el cumplimiento de diversas actividades con el objetivo de ser capaces de responder a los desafíos que se presentan en la atención primaria de salud, por lo tanto, los habilita a (1, 16, 19, 21):

- Ofrecer servicios de atención médico sanitaria por ciclos de vida de los pacientes, prestando especial atención a los grupos vulnerables, involucrando de forma activa a las familias y a la comunidad donde se desenvuelven.
- Destreza para apoyar y respaldar a los niños, adolescentes y adultos jóvenes durante los procesos de desarrollo y crecimiento, y en el transcurso de su integración en el núcleo familiar y social.
- Capacidad de ayuda a los pacientes para que aprendan a enfrentar los problemas frecuentes y diarios, manteniendo una postura equilibrada en los ámbitos familiares y comunitarios.

- Identificar en la atención primaria los factores de riesgo para la salud, promover la educación sanitaria, prevenir enfermedades, diagnóstico precoz de enfermedades crónicas y degenerativas, así como detección de trastornos del comportamiento, fundamentado en la medicina basada en evidencias.
- Ofrecer consejería y atención a los hogares en riesgo o en aquellos que se necesite realizar intervención.
- Intenso afán de lograr en el paciente la máxima satisfacción a través del ejercicio profesional, que logre que el paciente sienta la confianza permanente hacia el desempeño de su médico.
- Ser capaz de resolver las emergencias presentadas en el primer nivel de salud.
- Realizar actividades gerenciales y administrativas de acuerdo a lo establecido en la actividad pública.
- Practicar el método científico durante el diagnóstico y resolución de los problemas de salud del paciente, la familia y en la comunidad.

### **13.5 La Medicina Familiar y Comunitaria y su intervención en los estilos de vida.**

Múltiples investigaciones demuestran que los cambios positivos en los estilos de vida benefician a la salud y mitigan el peso que produce la enfermedad (23). Se conoce como estilos de vida saludables a los procesos sociales, culturas, tradicionales, hábitos, comportamientos y conductas que tienen las personas o comunidades, que conducen a lograr satisfacer las necesidades humanas para alcanzar salud y bienestar (24).

El estilo de vida se vincula con el modo de vida, y establece la manera de cómo se desarrolla el individuo en la sociedad, así como la relación frente al proceso salud-enfermedad. Es modelo del comportamiento de los seres humanos que suelen permanecer relativamente en el tiempo, y que suele estar influenciado por condiciones intrínsecas de cada persona como sus sentimientos, pensamientos, conocimientos, capacidades y actitudes, y por factores externos como las características familiares, culturales, sociales y medioambientales. Denota la forma cultural de cada comunidad, de los hogares y/o de las personas, que puede tener una forma de vida diferenciada, relacionada a sus características socio-económicas y necesidades (25). Se considera en la actualidad que cada familia cuenta con un propio estilo de vida, que influye en la salud del hogar y de sus integrantes (26).

Los estilos de vida son estándares del comportamiento de salud en los colectivos, que se conforman en base a las decisiones individuales y que están influenciadas por las oportunidades de vida que logran alcanzar , entre ellos nivel social, los grupos comunitarios, la edad, el género, la raza, entre otras. Los niveles sociales suelen ser los que mayoritariamente influyen debido a que ejercen un efecto en la forma de alimentarse, en las prácticas de higiene, actividad física, nivel educativo, entre otras (27).

En diferentes etapas de la vida se pueden presentar problemas asociados a los estilos de vida, que están vinculados a las características sociales y culturales en donde se desarrolle el individuo (28).

Se considera indispensable que los estilos de vida saludable garanticen alcanzar la salud física, mental y espiritual a la cual todas las personas tienen derecho de gozar (26).

El equipo sanitario liderado por el médico familiar debe procurar el desarrollo de pautas personales, familiares y comunitarias para el logro de la práctica de estilos de vida saludables; lográndolo a través de promoción de salud oportuna y precozmente en la población saludable (29).

Los estilos de vida saludables conducen a la aceptación y ejecución de conductas que mejoran la alimentación, estimulan la realización de actividad física y el mejoramiento de los entornos, pero a pesar de que existe la promoción de la salud se observa que una gran parte de la población persiste el sedentarismo, malnutrición, incremento de sustancias tóxicas, estrés, lo que ha conllevado al aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas y patologías mentales, sumado a medioambientes dañinos, generan violencia social y familiar que afectan de forma negativa en el empoderamiento de los estilos de vida saludables. Es evidente que la falta de oportunidades no permite el desarrollo de conductas saludables a pesar de contar con el conocimiento de las mismas (29).

En las zonas urbano-marginales y rurales de los países en desarrollo suelen carecer de acceso a ambientes saludables. La mala higiene favorece la aparición de enfermedades diarreicas sobre todo por la contaminación de los alimentos (30). Las condiciones sanitarias se agravan por la mala disposición de los residuos sólidos que se generan a diario en los hogares y comunidades que generan un riesgo epidemiológico por la

proliferación de vectores y microorganismos causantes de enfermedades. (31), por lo que la educación sanitaria no debe ir sólo encaminada a prevenir estados de enfermedad en las personas, sino lograr cambios de conductas de forma integral entre los individuos, familias, comunidades y sus entornos.

Los médicos y los equipos sanitarios que recomiendan cambios de conducta deberán (32,33):

- Garantizar que exista información clara sobre los beneficios que producen los cambios de comportamiento, además de los servicios a los que se tiene acceso y la forma de utilizarlos.
- Cerciorarse de que las necesidades individuales y familiares sean cubiertas con las intervenciones realizadas.
- Identificar los instantes en que los individuos se encuentren más dispuestos al cambio, así como cuando exista resistencia.

El personal médico que realiza intervención en los estilos de vida debe contar con cualidades que le permitan (32,33):

- Tener liderazgo para promover y practicar estilos de vida saludables.
- Reconocer los determinantes de salud de la persona y de su núcleo familiar que influyen en el estilo de vida, y exponer ideas de los cambios requeridos.
- Apreciar la disponibilidad y estimulación del paciente y su familia para los cambios propuestos, e instaurar planes de acción con acompañamiento.
- Lograr que el paciente tenga un automanejo de sus conductas y estilos de vida a través del uso de manuales, guías y recomendaciones.
- Atender al paciente de forma integral a través del trabajo con un equipo multidisciplinario.

### **13.6 La Medicina Familiar y Comunitaria y su intervención en el núcleo familiar.**

Se reconoce que las alteraciones en las relaciones intrafamiliares provocan alteraciones emocionales, descompensación y modificaciones de las condiciones de salud de sus integrantes. Por lo que el rol que cumple la familia en el estado de salud constituye

una cuestión que debe ser tomada con mayor atención en el sistema de salud, y en especial en la ejecución de la medicina familiar, donde el núcleo familiar debe ser avizorado como la partícula microsocial donde inicia la producción de la salud y donde se satisfacen las necesidades de su conservación, fomento y recuperación (34, 35).

La función de la familia en la conservación de la salud es tema que amerita mayor relevancia por parte del sistema de salud. El hogar constituye el primer círculo de apoyo social con el que cuenta una persona y que se mantiene durante toda la vida, con un efecto protector de los problemas que se generan a diario. El sustento que ofrece el hogar es el fundamental recurso para alcanzar la salud y evitar la enfermedad y sus secuelas (30, 34).

Las características condicionantes de la salud familiar se conforman de seis dimensiones (36):

- Entorno socioeconómico y cultural familiar: que incluye los aspectos relacionado a la situación económica, laboral y condiciones materiales de vida del hogar, enmarcado a las características culturales que practica la familia como religión y principios morales.
- Composición del hogar: que se establece por el número de integrantes, el grado de parentesco entre cada uno y con el representante o jefe de familia, sus características biológicas y edad. Esta composición está dada por la convivencia habitual entre cada uno de los miembros, independientemente si existen o no vínculos sanguíneos.
- Procesos críticos de vida familiar: constituyen todos los acontecimientos de diferentes orígenes y que influyen en la convivencia familiar durante un determinado período, que se puede afectar la salud de uno o todos los miembros del hogar. Perturban las relaciones familiares, y producen cambios en el funcionamiento interno. Los procesos críticos pueden ser múltiples en un mismo tiempo, y pueden ser incrementados por influencias sociales, problemas del desarrollo y condiciones de cada miembro de la familia, así como los relacionados a la falta de acceso a servicios de salud y de ayuda social.
- Relaciones intrafamiliares: cada familia crea patrones de relacionarse entre sí. Estos patrones forman un conjunto de relaciones intrafamiliares denominado funcionamiento familia que va a estar condicionado por las características físicas,

intelectuales, psicológicas y espirituales de cada miembro de la familia, y que va a constituir la base de la estabilidad, comunicación, afecto, equilibrio psicológico y emocional en cada hogar, y que se expresan en las conductas y relaciones sociales de cada uno de sus integrantes.

- **Afrontamiento familiar:** es la capacidad que tiene la familia de desplazarse, la forma en que toman las decisiones frente a los problemas y la manera que actúan frente a los procesos críticos. Cada familia tiene un afrontamiento familiar preponderante que puede ser positivo o negativo, constituyendo el primero constructivo, donde se tiene actitud de cambio y conductas que favorecen a la salud como la búsqueda de apoyo social y profesional, el ajuste de roles, y la flexibilización de reglas; el segundo, el afrontamiento negativo, conlleva a que la familia adopte comportamientos de rechazo y se rehúsen a los consejos y orientaciones, descuidando las medidas higiénico sanitarias tanto en el hogar como en su entorno, descuidando a sus integrantes, o en otros casos, no afrontando los problemas.
- **Apoyo social:** conformado por recursos de diferentes naturalezas con los que las familias pueden contar en su diario vivir, especialmente en circunstancias determinadas que exceden sus capacidades y recursos internos.

La evaluación de la salud familiar deberá ser realizada por el médico familiar considerando el cumplimiento de las tres funciones básicas –económica, educativa y afectiva-, junto con la dinámica de relaciones interpersonales que permite el ajuste de la familia a su entorno social y la percepción de bienestar de los integrantes (35). Uno de los instrumentos más recomendados para la evaluación de la funcionalidad familiar por ser confiables y con alto grado de validez es el FF-SIL, que permite evaluar siete aspectos de la relación interpersonal: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad (35,37).

### **13.7 La Medicina Familiar y Comunitaria en la identificación de familias con riesgos biológico, socioeconómico y social.**

La visita domiciliaria es el momento en que el equipo de salud se encuentra o se acerca al domicilio del paciente, la familia y la comunidad. Generalmente responde a una necesidad reconocida por el personal sanitario, y que después de valorarla se establece un plan de acción para la intervención en el hogar, encaminado a las situaciones de salud y los problemas en los que se encuentra envuelta la familia: ambientales,

sociales, biológicos y psicológicos, y que también permite la identificación de factores de riesgo presentes y por lo tanto, su corrección (5,38).

La priorización de las familias en riesgo es fundamental, ya que debe establecer estrategias integrales coordinadas para poder involucrar varios actores y niveles (profesionales e instituciones), y lograr trabajar con el enfoque de riesgo para lograr una intervención sanitaria adecuada. Es imprescindible conocer que una familia con riesgo socio-sanitaria no sólo es aquella que presenta un problema de salud, sino que incluye a aquellas que presentan problemas en el funcionamiento y organización del hogar o con importantes problemas socioeconómicos, y que requieren una intervención de emergencia a nivel sanitario, social o socio-sanitaria (5).

Las personas, familias y comunidad pueden estar expuestos a los siguientes riesgos (5, 38):

Riesgo biológico: dependiente del ciclo de vida que esté cursando cada miembro de la familia, donde las diferencias individuales innatas o adquiridas establecerán el riesgo. Entre estas características se encuentran la edad, el sexo, presencia de enfermedades hereditarias, el estado inmunitario, padecimiento de una enfermedad crónica, enfermedades degenerativas, estar inmunizado, estado de nutrición, padecimiento de enfermedades infecciosas, sufrir de deficiencias y discapacidades, entre otras.

Riesgo socio-económico: relacionado con las oportunidades y conductas como el consumo de sustancias tóxicas, desempleo, hacinamiento, baja escolaridad de cuidadores, pobreza, violencia intrafamiliar, madre adolescente, riesgo de accidentes, muerte evitable.

Riesgo ambiental: Consumo de agua insegura, mala disposición de desechos, presencia de animales intradomiciliarios, condiciones ambientales insalubres y poco seguras.

### **13.8 La satisfacción**

El interés de conocer los procesos de adaptación a la vida y sus resultados, están asociado al bienestar que la sociedad anhela para la población. Las políticas sociales a nivel mundial han sido dirigidas al logro del bienestar económico y a la equilibrada distribución de los recursos y riquezas. En los últimos años se ha considerado importante realizar el análisis de la percepción de bienestar de la población (39). Se

reconoce que el alcanzar el más alto estado de salud en la población es sinónimo de desarrollo social, por lo que cada país realiza grandes inversiones económicas en personal, infraestructura y tecnología.

Dentro de las ciencias de la salud, la psicología ha profundizado los estudios relacionados a la satisfacción; en el siglo XX se reconoce la importancia de satisfacción-insatisfacción como parte del comportamiento humano, pero no sólo confinada al comportamiento, y aún de muy difícil comprensión (28).

Determinar qué es satisfacer y sentirse satisfecho suele ser muy difícil, pero se han establecido tres características básicas: la satisfacción siempre está relacionada a alguien o a algo; implica algo que se desea, se espera o se quiere, y, tiene que producir un cierto efecto esperado (28). Para muchos estudiosos del tema satisfacer es complacer una aspiración o deseo, y satisfacción es la acción de alcanzar el deseo, siendo estos dos términos el logro de haber cubierto las necesidades de los pacientes (40).

La satisfacción es un estado irrepetible y propio que se desarrolla en cada individuo, dependiente de las características personales dentro de un sistema subjetivo e influenciado por lo social en la relación del individuo con los demás, por lo que las personas de un medio social sienten de forma diferente que persona que pertenezca a otro grupo (41).

La satisfacción se la debe considerar como el resultado de un proceso que empieza y termina en una persona, que es subjetivo desde su concepción, medición e interpretación. Para que la satisfacción o la insatisfacción existan como un sentimiento, debe estar frecuentemente presente al realizar una u otra actividad en la que el resultado puede ser considerado positivo “satisfactorio”, o negativo “insatisfactorio” (39).

### **13.9 Conceptualización de satisfacción del paciente.**

La relación médico-paciente es considerada como una pieza fundamental dentro del resultado de la atención sanitaria, y que debe ser evaluada dentro de los parámetros de eficiencia, efectividad, percepción del paciente de su estado de salud, la sensación de bienestar psíquico-físico, y por la satisfacción con los resultados obtenidos de la atención (42).

La satisfacción y la felicidad son indicadores subjetivos relacionados con la sensación de bienestar, pero debido a las diferentes concepciones con las que puede ser interpretado el bienestar, éste no puede ser atribuido ni preestablecido desde lo externo. La medición de la satisfacción, y en otros casos de la felicidad, es la única forma de evaluar la calidad de vida a través de una valoración objetiva (43).

La satisfacción con los servicios de salud se encuentra relacionada con una serie de factores que influyen en su percepción, entre ellos se encuentran las experiencias previas, las expectativas del usuario, los estilos de vida, y las características sociales (44).

Para E Koos y Avedis Donobedian, en la década de los 70, conceptualizaron a la satisfacción del paciente como una medida del resultado de la actividad generada entre el personal sanitario y el paciente; mientras que Cafferata y Roghmann propusieron que la satisfacción del paciente debe ser reconocida como un ingreso en esa interacción, debido a que es condición que predispone al individuo a una determinada situación y establece el comportamiento ante el personal de salud, en especial hacia el médico (45,46).

A través del tiempo se ha ido mejorando el concepto de satisfacción, en el que se ha establecido elementos más comprensibles en relación a la calidad percibida cuando el paciente valora la atención de salud que recibe. En la actualidad existen variados constructos que difieren, manteniéndose la definición establecida por Donabedian, en la que se señala (46):

- La satisfacción tiene elementos afectivos y cognitivos, y constituye una valoración que brinda el consumidor frente a una transacción individualizada y a la experiencia obtenida por su uso. Esta valoración se relaciona a un criterio temporal, que puede variar en otro momento.
- Mientras más global sea la representación de la calidad percibida, ésta perdurará por mucho más tiempo.

Los estudios de satisfacción permiten establecer los requerimientos y necesidades que tiene el paciente en respecto a la atención sanitaria, siendo las más frecuentes las siguientes (13,46):

- Las necesidades sentidas por el usuario.

- La demanda de atención.
- Las características asistenciales del lugar a donde acude a recibir la atención.
- Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Fidelidad a los servicios sanitarios.
- Recomendación de los servicios.

### **13.10 Valoración de los servicios de salud a través de la satisfacción de los pacientes.**

Siempre se ha considerado que un paciente que se sienta satisfecho cumpla con las indicaciones y recomendaciones indicadas por el médico, que busque de forma consciente ayuda médica, y se ha resaltado a la comunicación entre el paciente y el médico como el principal factor para garantizar la satisfacción. Mientras que la insatisfacción está relacionado con los costos de la atención médica, la terapéutica ineficiente, la falta de información clara y comprensible, el poco o total interés que demuestra el profesional hacia el paciente y su enfermedad, o la excesiva solicitud de exámenes complementarios (42).

Ya se indicó que la conceptualización y evaluación de la satisfacción del paciente suele ser complicada y muy discutida. A pesar de esto, en la actualidad se han establecido consensos entre los investigadores y personal sanitario en la importancia de introducir a la satisfacción del usuario en la calidad de la atención sanitaria, debido a que las opiniones de los pacientes ofrecen información primordial para la administración y gestión adecuada de los recursos (47).

La calidad es clave en la atención sanitaria, y en los últimos tiempos los pacientes han pasado de una participación pasiva a ser parte proactiva en el proceso de atención, por lo que la valoración de las experiencias de los usuarios, sus opiniones y las percepciones se consideran mecanismos de evaluación de la calidad que son realizados a través de encuestas de satisfacción (48).

Generalmente la calidad de la atención se la asocia con la aplicación de las normas y cumplimiento de las regulaciones sanitarias. No obstante, también debe estar relacionada con la efectividad de los servicios brindados, en los que está implicada la atención sanitaria oportuna, segura y eficiente, en conjunto a la infraestructura,

medioambiente, uso de las tecnologías, características éticas del personal sanitario y la capacidad de gestión institucional (49).

En la asistencia sanitaria se busca la humanización de los servicios y la mejora permanente de la calidad. La calidad en salud según Vanormalingen está compuesto de cinco elementos principales: profesionales con elevado nivel de conocimiento, la utilización de los recursos de forma eficiente, la minimización de los riesgos en el paciente, producir el mayor grado de satisfacción, y lograr un resultado positivo que produzca impacto en la salud. Pero calidad de la salud no solo es la suma de estos elementos, además se necesita la integración de las partes de tipo técnico y de procesos subjetivos y objetivos, obteniendo como resultado la satisfacción de los pacientes y el manejo eficiente de la institución sanitaria (50).

La percepción que tiene un paciente sobre los servicios de salud se basa en las experiencias y las expectativas de cada uno, y en ello influye una serie de factores que suelen ser difíciles de establecer, por lo que los investigadores en estos temas realizan entrevistas minuciosas que son soporte de los resultados que se obtienen de investigaciones cualitativas (43).

El desarrollo de instrumentos para la obtención de información como las encuestas de satisfacción, es una de las formas más frecuentes en la que se hace participar a los pacientes al momento de realizar la evaluación de un servicio de salud. Las encuestas permiten a los usuarios valorar la atención recibida, así como partes o características específicas que se quieren medir. La información obtenida se puede procesar, analizar y sistematizar, reconociendo los elementos mejor y peor puntuados por los usuarios, que posteriormente son utilizados en la política pública sanitaria (10,12).

Muchos autores han establecido dos momentos al momento de realizar un estudio de satisfacción de los pacientes (45):

- a. La satisfacción general: en donde se evalúa el grado de satisfacción del paciente en dependencia de los cuidados obtenidos.
- b. La satisfacción específica: en donde se mide el grado de satisfacción en base a las experiencias previas en el uso de un servicio sanitario dado.

La satisfacción no solo se desprende de una evaluación subjetiva, sino de la variabilidad de los parámetros contextuales; la expresión de la satisfacción debe ir

acompañada de factores de orden reflexivo en la valoración de la experiencia, con el fin de identificar si lo que fundamenta la valoración de la satisfacción se vincula con un entorno donde la elección es posible. La satisfacción se asocia con la evaluación de ámbitos de diversa naturaleza como la afectación económica, redes sociales, estados afectivos, entre otros (43).

### **13.11 Medición de la satisfacción.**

En la investigación médica, la administración sanitaria y la práctica asistencial la medición de la satisfacción de los pacientes constituye una herramienta imprescindible para su evaluación. Para realizar estas mediciones se han elaborado muchos cuestionarios (51).

En la actualidad existe un incremento de estudios para analizar las opiniones de los pacientes, en los que se utilizan técnicas de investigación cualitativa. Existen varias investigaciones similares que buscan conocer el comportamiento de los usuarios frente a diferentes situaciones, determinar los factores que producen insatisfacción en la atención primaria, saber las opiniones de los pacientes frente al trato y capacidades del personal sanitario, y cuáles son las prioridades identificadas por los pacientes, identificar las aspiraciones de los pacientes durante la atención médica, y analizar las expectativas y grado de satisfacción del paciente con el servicio brindado (41).

La medición de la satisfacción requiere el uso de instrumentos que permitan recoger información de distintas dimensiones, ya que la satisfacción del paciente no solo influye la atención del médico por sí sola, sino existen factores como el tiempo de la consulta, la capacidad técnica del profesional, la empatía en la relación médico-paciente, la infraestructura donde se recibe la asistencia, entre otras. Existen cuestionarios que incorporan otros ámbitos del servicio de salud como su accesibilidad y limpieza por ejemplo (48).

Es frecuente que el personal sanitario ignore las expectativas de los usuarios que suelen basarse en la empatía, confiabilidad, comprensión y garantía, y no sólo en lo meramente tangible. Estas expectativas generalmente estas concebidas a partir de (13):

- Los requerimientos personales y las circunstancias presentes.
- La satisfacción propia por una experiencia previa con el servicio.
- El prestigio del profesional referido por familiares y otro personal sanitario.

- La calidad en la comunicación tanto del servicio sanitario como de otras fuentes.
- Las características culturales y educacionales de los pacientes.

Entre los diseños de evaluación de la calidad en la atención sanitaria, el método SERVQUAL es el instrumento utilizado con mayor frecuencia a nivel mundial (48,52), pero presenta limitaciones en su aplicación debido a que los resultados suelen ser afectados según las regiones en donde se aplica por las características sociales como las condiciones culturales y económicas que difieren al medio donde inicialmente se desarrolló este instrumento.

Las características de las acciones que realiza el médico durante la consulta, como el trato, buena disposición y comunicación efectiva, son considerados los elementos más importantes al momento de medir la satisfacción, ya que estos factores garantizan la adherencia, seguimiento del tratamiento y cumplimiento de las recomendaciones tanto por parte del paciente como de la familia (53).

Entre los parámetros más importantes que se consideran al momento de medir la satisfacción del paciente, las características que involucran el trato que ofrece el médico es considerado como factor que garantizará la adherencia y continuidad del tratamiento, así como la acogida a las recomendaciones sanitarias por parte del paciente y su familia. Las características más importantes son (53):

Empatía: tratar al paciente como si fuera uno mismo, demostrando el interés profesional que se le tiene. La empatía permite que la información transmitida llegue de mejor manera, que el tiempo de atención resulte más eficiente, se desarrolla la satisfacción y por lo tanto la fidelidad del paciente, lo que permite la realización de diagnósticos más certeros e incrementa la adherencia al tratamiento (54).

Disponibilidad del médico: la relación médico-paciente adecuada genera un nivel de compromiso mayor, donde el médico se empodera de la responsabilidad profesional, mientras que en el paciente nace la credibilidad y siente que puede contar con el médico cuando lo requiera (55).

Tiempo de atención: el período durante el cual se realiza la consulta médica debe ser suficiente para que el profesional pueda realizar una correcta historia clínica y un examen físico adecuado, lo que también permite desarrollar la empatía con el paciente. El tiempo de atención inferior a 10 minutos es considerado inadmisibles y perjudica la relación médico-paciente (56).

Información clara y suficiente: el médico debe realizar la adecuada explicación sobre la condición de salud del paciente, con una descripción clara de la enfermedad, pronóstico, procedimientos y tratamientos que se vayan a emplear, verificando que lo indicado haya sido comprendido tanto por el paciente como por la familia; esta explicación debe expresarse en base a tres elementos fundamentales: reducir la ansiedad, que el paciente conozca lo que tiene, y si va a contar con apoyo durante el tratamiento y recuperación (55).

## **14 MÉTODOS**

### **14.1 Justificación de la elección del método**

El estudio se clasificó según la intervención como observacional porque no existió la intervención del investigador sobre la muestra seleccionada siguiendo la secuencia natural de los fenómenos observados.

Según el número de ocasiones que se miden las variables del estudio fue transversal porque todas las variables fueron medidas en una ocasión.

El nivel de la investigación fue descriptivo porque existe una sola variable de caracterización.

### **14.2 Diseño de la investigación**

#### **14.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio**

La población estuvo conformada por 2400 familias que fueron asignadas a los doce consultorios del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en la provincia de Santa Elena, ocho en la zona urbana y cuatro en la zona rural.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó a través del programa EPIDAT versión 3.1 que correspondió a 200 familias, teniéndose en cuenta un 50% de familias con satisfacción favorable, ya que se desconoce ese valor por no existir estudios anteriores, se utilizó una precisión del 5%, un nivel de confianza del 95%, y un efecto de diseño del 1%.

El método de selección de la muestra fue por un muestreo bietápico: una primera etapa donde se seleccionó al azar tres consultorios dentro de la provincia, dos consultorios para la zona urbana teniendo en cuenta que el 67% de la población asignada al posgrado es en el área urbana y que corresponden a 130 familias, y un consultorio del área rural (33%) que corresponde a 70 familias; en la segunda etapa donde se hizo la selección dentro de los estratos por muestreo simple aleatorio, utilizando la tabla de números aleatorios y el listado de las fichas familiar de cada uno de los estratos, comenzando por el número formado por las dos primeras columnas de la tabla.

Criterios de inclusión: Familias que aceptaron participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado otorgada por el jefe o representante.

Criterios de exclusión: Familias en las que ningún integrante recibió por lo menos una atención médica del posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria.

#### **14.2.2 Procedimiento de recolección de la información**

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de Ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki. Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado (Anexo 1) por parte del jefe de familia o el representante del hogar que participó en el estudio.

Para la recolección de los datos se aplicó a las familias de la investigación una encuesta estructurada con respuestas cerradas, dividida en tres secciones (Anexo 2), cuyo cuestionario fue elaborado por la autora utilizando un lenguaje claro y sencillo, y que fue aplicado en los domicilios a los jefes de familia, y en caso de no haberse encontrado éste se le realizó la encuesta al representante; se procuró mantener un ambiente armonioso y cómodo para obtener datos fiables. La encuesta se realizó en un período de tres meses, entre junio a agosto del 2018.

En la primera sección del cuestionario se exploraron las variables sociales incluyendo la caracterización de cada familia, edad y sexo de la persona entrevistada, el número de integrantes y ontogénesis familiar, ingresos económicos familiares.

La segunda sección del cuestionario estuvo enfocada a identificar las acciones de promoción y educación para la salud (en los estilos de vida y condiciones higiénico-sanitarias) que fueron brindadas por los posgradistas hacia las familias encuestadas. Para esta parte se aplicaron ocho preguntas con la opción de escoger una entre seis respuestas para cada pregunta:

1. Nunca: donde el encuestado manifestó que en ningún momento recibió información sobre promoción de salud.
2. Casi nunca: donde el encuestado consideró que sólo una vez recibió información de promoción de salud.

3. Pocas veces: el encuestado consideró que del total de las consultas recibidas por el posgrado, en menos de la mitad se brindó información de promoción de salud.
4. A veces: el encuestado consideró que durante las consultas médicas recibidas, en más de la se brindó información de promoción de salud.
5. Muchas veces: el encuestado manifestó que en casi todas las atenciones médicas realizadas por el posgrado, recibió algún miembro de la familia información de promoción de la salud.
6. Siempre: el encuestado indicó que en todas las consultas recibidas el posgradista realizó una acción de promoción de salud.

Posteriormente, en las respuestas se aplicó la Escala de Likert, asignando un puntaje a cada ítem, con valores de 0 hasta 5 puntos por cada pregunta, a fin de clasificarlos según la percepción de la familia, con un posible resultado total entre de 0 a 40 puntos, estratificando las respuestas de la siguiente forma:

0 – 8 puntos: muy malo.

9 – 16 puntos: mal.

17 – 24 puntos: regular.

25 – 32 puntos: bueno.

33 – 40 puntos: muy bueno.

Finalmente en la tercera sección se evaluó el estado de satisfacción percibida por las familias atendidas, basada en 7 preguntas para evaluar la empatía, nivel de confianza, inmediatez, disponibilidad del médico, tiempo de consulta, información recibida y resolución del problema.

En los indicadores de satisfacción correspondientes a empatía, confianza, inmediatez y disponibilidad se establecieron tres opciones de respuesta: malo, regular y buena, asignando un valor de 1 a 3 puntos correspondientemente, con resultado total entre 4 a 12 puntos. Luego se aplicó la Escala de Likert estratificando las respuestas de la siguiente manera:

4 – 5 puntos: satisfacción mala.

6 – 8 puntos: satisfacción regular.

9 – 12 puntos: satisfacción buena.

Los indicadores de satisfacción de tiempo de consulta, información recibida y resolución de problema, se establecieron dos opciones de respuesta para cada pregunta: malo, cuando el paciente percibió que la acción no cubrió sus expectativas; y buena, cuando el paciente se sintió satisfecho en cada una de las respuestas.

Las respuestas malas se les asignaron el valor de 1 punto, y a las respuestas de buenas se les asignaron un valor de 2 puntos. Posteriormente se sumaron estas respuestas a dos estratos obtenidos por la Escala de Likert de satisfacción mala o satisfacción buena, según correspondieron.

Finalmente, se realizó una pregunta de tipo confirmatoria, en la que el jefe o representante de la familia calificara la atención médica brindada por el posgradista, con un puntaje entre 0 a 10 puntos, siendo 0 la peor calificación dada al médico, y 10 la mejor calificación alcanzada por el médico.

#### **14.2.3 Técnicas de recolección de información**

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

<b>Variable</b>	<b>Tipo de técnica</b>
Sexo	Encuesta
Edad	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Tipo de familia según la ontogénesis	Encuesta
Tipo de familia según número de integrantes	Encuesta
Per cápita familiar	Encuesta
Acciones de salud dirigidas a: -Los estilos de vida de las familias -Condiciones higiénico-sanitarias.	Encuesta
Estado de satisfacción	Encuesta

#### **14.2.4 Técnicas de análisis estadístico**

Los datos recolectados fueron introducidos en una hoja de Microsoft Excel, que posteriormente fue exportada al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para el procesamiento estadístico de la información.

La información se presentó en forma de tablas.

Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Como el estudio fue descriptivo es univariado, no se utilizó estadística inferencial, no se planteó hipótesis por lo que no se usó ninguna prueba estadística.

## 14.3 Variables

### 14.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Sexo	Características biológicas de cada persona	Masculino Femenino	Categórica nominal dicotómica
Edad	Años cumplidos	19 años y menos 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años 35 a 39 años 40 a 44 años 45 a 49 años 50 a 54 años 55 a 59 años 60 a 64 años 65 años y más	Numérica discreta
Escolaridad	Años académicos aprobados	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Categórica ordinal
Tipo de familia según número de integrantes	1 a 3 integrantes. 4 a 6 integrantes. 7 a más integrantes.	Pequeña Mediana Grande	Categórica ordinal
Tipo de familia según la ontogénesis	Integrada por una pareja con o sin hijos.  Integrada por descendencia del mismo tronco, con al menos una pareja de un hijo con o sin descendencia.  Integrada por parientes que no son del mismo tronco familiar.	Nuclear  Extensa  Ampliada	Categórica nominal

Per cápita familiar	De \$47,47 a menos. De 47,48 a \$84,24. De \$84,25 y más.	Pobreza extrema Pobreza Ingreso óptimo	Categoría Ordinal
Acciones de promoción de la salud dirigidas a :  Los estilos de vida de las familias.       Condiciones higiénico-sanitarias	Promoción de para una alimentación saludable y actividad física.  Promoción para evitar el consumo de alcohol y tabaco.  Promoción de lavado de manos, higiene personal, eliminación de residuos sólidos y eliminación de criaderos de vectores.	Muy mala, mala, regular, buena, muy buena.	Categoría Ordinal
Estado de satisfacción	Empatía. Confianza. Disponibilidad del médico. Inmediatez de la atención. Tiempo para la atención. Información clara y suficiente. Resolutividad del problema de salud.	Malo, regular, bueno.	Categoría ordinal

## 15 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las necesidades sociales han producido una constante transformación de la organización de los sistemas de salud. El ejercicio médico predominante durante todos los tiempos ha estado determinado por el nivel conseguido en la vida material de las sociedades (57). En las últimas décadas se han presentados cambios importantes en la atención sanitaria en muchos países del mundo, donde el fortalecimiento de la atención primaria ha sido crucial para mejorar las condiciones de salud de la población (1,2,18).

Los principios de la atención primaria exigen a los sistemas de salud que coloquen a los individuos en el centro de la atención sanitaria, permitiendo que lo que las personas consideran formas adecuadas para enfrentar las enfermedades constituyan parámetros importantes para orientar al sector sanitario (58).

A pesar de que en los últimos años se ha incrementado los estudios de satisfacción, no existen investigaciones dirigidas a medir la satisfacción de los pacientes y sus familias frente a las actividades de promoción y prevención realizadas por el personal sanitario, por lo que los resultados del presente estudio no pueden ser comparados con otro de similares características.

Las tablas de la 1 a la 6 corresponden al análisis de los resultados obtenidos en el estudio de las variables sociodemográficas dando salida al primer objetivo del estudio.

**Tabla 1: Distribución del jefe o representante de familia según sexo. Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Santa Elena. Año 2018.**

Sexo	No.	%
Masculino	77	38,5
Femenino	123	61,5
Total	200	100

Las familias del estudio se caracterizan por estar representadas por mujeres en el 61,5% (tabla 1). A pesar que no se puede establecer que este porcentaje corresponde a una jefatura femenina, en estudios realizados en Chile en el 2017 y en México en el 2014, demuestran que existe un incremento de la jefatura de hogar por parte de las mujeres. (59,60).

**Tabla 2: Distribución del jefe o representante de familia según edad. Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Santa Elena. Año 2018.**

<b>Grupos de edad</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
19 y menos	9	4,5
20 a 24	26	13
25 a 29	25	12,5
30 a 34	20	10
35 a 39	23	11,5
40 a 44	18	9
45 a 49	20	10
50 a 54	17	8,5
55 a 59	19	9,5
60 a 64	6	3
65 y más	17	8,5
Total	200	100

Se observa que las edades de los jefes o representantes de las familias corresponde a adultos jóvenes en el 47%, y de estos los de mayor frecuencia se encuentran entre los quinquenios de 25 a 29 años y 35 a 39 años con el 24% (tabla 2), porcentaje que supera a la información reflejada en los indicadores básicos de salud 2010, en los que estos grupos poblacionales corresponden al 17% (61), y la publicada por el INEC donde se indica que la población en la Provincia de Santa Elena entre 25 a 29 años es del 8,3% y de 30 a 35 años es de 7,4% (62).

**Tabla 3: Distribución del jefe o representante de familia según escolaridad. Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Santa Elena. Año 2018.**

<b>Escolaridad</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Ninguna	5	2,5
Primaria	98	49
Secundaria	91	45,5
Superior	6	3
Total	200	100

La educación primaria fue el nivel educativo más frecuente entre los jefes o representantes de las familias con el 49%; es relevante señalar que el 2,5% de los

encuestados son analfabetos (Tabla 3). El Instituto de Estadísticas y Censos en el 2010 determinó que los años promedio de escolaridad a nivel nacional son de 10,17 que corresponde a educación primaria culminada y secundaria incompleta, y que en la provincia de Santa Elena estos años promedio se reducen a 8,8 (63). Es reconocido que el nivel educativo constituye un factor protector para el individuo y la familia, y de ahí es que Mapa Mundial de la Familia 2017 establece la importancia de la educación de los padres de familia, ya que esto permite que los hijos de estos padres acceden a mejor educación, estimulación y desarrollo cognitivo y que deseen lograr mayor nivel educativo (64).

**Tabla 4: Distribución de las familias según ontogénesis. Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Santa Elena. Año 2018.**

<b>Tipo de familia</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Nuclear	100	50
Extensa	83	41,5
Ampliada	17	8,5
Total	200	100

La estructura de los hogares encuestados según la ontogénesis correspondieron en el 50% a tipo nuclear (Tabla 4), porcentaje que coincide con un estudio comparativo realizado por el INEC en el 2008 donde las familias nucleares a nivel nacional son del 55,6% (65).

**Tabla 5: Distribución de las familias según tamaño. Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Santa Elena. Año 2018.**

<b>Tamaño de familia</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Pequeña	37	18,5
Mediana	101	50,5
Grande	62	31
Total	200	100

En los resultados obtenidos se observa que según el tamaño de las familias los hogares medianos correspondieron al 50,5%, siguiendo las familias grandes con el 31% (tabla 5). En el país no existen cifras actualizadas sobre los tamaños de las familias ecuatorianas, pero el INEC en el 2008 estableció que 46,3% de los hogares a nivel

nacional eran de tamaño mediano, mientras que esta misma institución en el 2010 indica que el promedio de integrantes por hogar son 3,78 personas a nivel nacional y en Santa Elena es de 4,01 personas por familia (64).

**Tabla 6: Distribución de las familias según Per cápita. Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Santa Elena. Año 2018.**

<b>Per cápita familiar</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Pobreza extrema	68	34
Pobreza	86	43
Ingreso óptimo	46	23
Total	200	100

Según el Per cápita el 77% de las familias del estudio tienen algún grado de pobreza, de ellas el 34% tienen pobreza extrema (tabla 6).

El 77% de las familias del estudio presentan algún grado de pobreza, correspondiendo de este porcentaje el 34% a extrema pobreza, siendo estos valores superiores al informe realizado por el INEC en junio de 2018, en donde se indica que a nivel nacional la pobreza por ingresos es del 24,5%, y la pobreza extrema del 22,9% (66). Se reconoce que la pobreza predispone a los individuos a condiciones precarias, falta a alimentación adecuada, limitación a servicios básicos, realización de empleo con baja condiciones de seguridad, bajo nivel de educación y recreación, y concretamente, a enfermar más (67).

Las acciones preventivas y de promoción de la salud constituyen una parte importante de las actividades de los profesionales de atención primaria. El principal objetivo de estas actividades es prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo o realizar diagnósticos precoces, por lo que el médico familiar y comunitario debe ser uno de los principales promulgadores de estas actividades (68). Al evaluar la efectividad de las acciones en salud se presentan dificultades, que parten desde la misma perspectiva de la comunidad, la dificultad para medir las variables de impacto en el sistema salud, los seguimientos a largo plazo y las condiciones muchas veces inseguras en las que se realizan las intervenciones; pese a esto se ha demostrado que las actividades asociadas al autocuidado de los pacientes crónicos como la intervención en los factores de riesgo cardiovascular y las de promoción física han sido las más efectivas (69).

En las tablas 7 a 10 se presentan los resultados y análisis correspondientes al segundo objetivo específico planteado en el estudio.

**Tabla 7. Distribución de las familias según percepción de acciones de salud recibidas (alimentación saludable y actividad física). Santa Elena. Año 2018.**

Acciones de salud	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	No.	%
Alimentación saludable						
Nunca	0	0	5	4,1	5	2,5
Casi nunca	0	0	2	1,6	2	1
Pocas veces	2	2,6	5	4,1	7	3,5
A veces	7	9,09	10	8,1	17	8,5
Muchas veces	42	54,5	67	54	109	54,5
Siempre	26	33,8	34	28	60	30
Total	77	100	123	100	200	100
Actividad física						
Nunca	0	0	5	4,1	5	2,5
Pocas veces	2	2,6	7	5,7	9	4,5
A veces	6	7,79	13	11	19	9,5
Muchas veces	39	50,6	51	41	90	45
Siempre	30	39	47	38	77	38,5
Total	77	100	123	100	200	100

En relación a las acciones de salud realizadas por el posgrado para mejorar los estilos de vida se observa que el 54,5% de los encuestados indicó haber recibido muchas veces alguna actividad de promoción de alimentación saludable, y el un 30% indicó que siempre, siendo estas percepciones similares entre los grupos por sexo (88,3% en

hombres, y 82% en mujeres). En lo que corresponde a la promoción para la realización de actividad física, el 45% de las familias indicó que sí recibió muchas veces promoción de este tema, y el 38,5% afirmó que siempre recibió información, siendo el grupo masculino los que más percibieron esta actividad con el 89,6% frente a las mujeres con el 79% (tabla 7).

La práctica habitual de actividad física y una adecuada alimentación se presentan como hábitos fundamentales para la vida diaria de las personas, ya que ambas conductas permiten conservar o mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (70). La Organización Mundial de la Salud estima que alrededor del 60% de la población a nivel mundial no practica algún tipo de actividad física que produzca beneficios en la salud, además que existen 1900 millones de adultos tienen sobrepeso o son obesos y 156 millones de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento debido a la desnutrición (71).

Varios estudios han determinado que el sedentarismo constituye un importante factor de riesgo de morbilidad y mortalidad prematura. Entre las patologías más afectadas por el desarrollo de hábitos sedentarios y mala alimentación encontramos a la obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares demencia, cáncer de mama y cáncer de colon (72), por lo que la consejería para la adopción de conductas saludables en alimentación y actividad física es fundamental en la práctica sanitaria permanente (73).

Los resultados demuestran que el posgradista tiene un alto dominio en los temas de alimentación y ejercicio físico, y que existe una buena acogida de las orientaciones por parte de las familias.

**Tabla 8. Distribución de las familias según percepción de acciones de salud recibidas (prevención de consumo de alcohol y tabaco). Santa Elena. Año 2018.**

Acciones de salud	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	No.	%
Consumo alcohol						
Nunca	4	5,2	28	22,8	32	16
Casi nunca	0	0	1	0,8	1	0,5
Pocas veces	10	13	6	4,9	16	8
A veces	15	19,5	20	16,3	35	17,5
Muchas veces	40	51,9	51	41,5	91	45,5
Siempre	8	10,4	17	13,8	25	12,5
Total	77	100	123	100	200	100
Consumo tabaco						
Nunca	7	3,5	26	13	33	16,5
Casi nunca	2	1	4	2	6	3
Pocas veces	10	5	8	4	18	9
A veces	15	7,5	21	10,5	36	18
Muchas veces	34	17	51	25,5	85	42,5
Siempre	9	4,5	13	6,5	22	11
Total	77	38,5	123	61,5	200	100

En los resultados de la investigación se observa que en lo relacionado a las acciones de salud para evitar el consumo de alcohol y tabaco las familias afirmaron haberlas recibido muchas veces y siempre; en relación al consumo de alcohol con el 58% y consumo de tabaco 43,5%. A pesar de que estos porcentajes a simple vista son positivos, se observa que el 16% de los encuestados indicaron nunca haber recibido algún tipo de información sobre consumo de alcohol y tabaco, predominando en el

sexo femenino la percepción negativas para estas acciones. Esto a consideración del investigador puede ser el resultado de la baja percepción de riesgo para el consumo de estas sustancias en las mujeres por parte de los posgradistas, que no sólo lo limita a no informar sobre los efectos nocivos, sino que no permite la acción replicativa de la ama de casa o jefa de familia del conocimiento de los efectos de estas sustancias dentro de su propio grupo familiar y social (tabla 8).

El consumo de sustancias lícitas e ilícitas es considerado un problema de salud pública que va ligado a una serie de factores de riesgo y protección a nivel del ámbito familiar, social e individual (74). En el 2014 la Organización Mundial de la Salud emitió un informe sobre la situación mundial del consumo de alcohol, en el que se indica que Las Américas tiene la prevalencia más alta de desórdenes por el uso entre mujeres, con un estimado de 12,6% (75).

La muerte por consumo de tabaco es de alrededor de 5 millones de personas en el mundo. En el 2010 las cifras relacionadas con el consumo de tabaco a nivel mundial indicaron que alrededor del 40% de los hombres y el 9% de las mujeres lo consumen, pero la epidemia de consumo de tabaco por las mujeres va en aumento en algunos países, donde la mayoría de ellas (75%) viven en países de ingresos bajos y medianos (76).

**Tabla 9. Distribución de las familias según percepción de acciones de salud recibidas (aseo persona y lavado de manos). Santa Elena. Año 2018.**

Acciones de salud	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	No.	%
<b>Aseo personal</b>						
Nunca	2	2,6	3	2,4	5	2,5
Casi nunca	1	1	1	0,8	2	1
Pocas veces	8	10	11	8,9	19	9,5
A veces	15	19,5	11	8,9	26	13
Muchas veces	34	44,2	63	51,2	97	48,5
Siempre	17	22,1	34	27,6	51	25,5
Total	77	100	123	100	200	100
<b>Lavado de manos</b>						
Nunca	6	7,8	4	3,3	10	5
Casi nunca	0	0	1	0,8	1	0,5
Pocas veces	4	5	10	8,1	14	7
A veces	13	16,9	14	11,4	27	13,5
Muchas veces	37	48,1	56	45,5	93	46,5
Siempre	17	22,1	38	30,9	55	27,5
Total	77	100	123	100	200	100

En las acciones de promoción de la salud dirigidas a la higiene individual, el 48,5% de los encuestados indicaron que muchas veces recibieron información sobre el aseo personal, predominando el sexo femenino con el 51,2%. En relación a las acciones de salud de lavado de manos el 46,5% muchas veces recibieron promoción del lavado de manos. El 5% de los encuestados indicó que no se le proporcionó actividades sobre el lavado de manos (tabla 9).

Se observa en la investigación que referente a las acciones de promoción para mejorar las condiciones higiénico-sanitarias existe un importante interés de los posgradistas,

reflejada la percepción indicada por las familias quienes revelan una alta frecuencia (muchas veces y siempre) de estas acciones, con porcentaje de 74% tanto para actividades dirigidas al aseo personal, así como para el lavado de manos.

El lavado de manos es relevante al momento de hablar de promoción de salud y prevención de enfermedades, y debe ser visto como una de las acciones de educación prioritarias ejecutadas en el primer nivel de atención (5), no sólo dirigida a la seguridad del personal de salud, sino también en la seguridad del paciente, tanto dentro de las unidades de atención sanitaria y así mismo dentro de los hogares (23, 25,32).

La educación sanitaria es fundamental para la participación de la población en el control de las enfermedades. La correcta eliminación de la basura y desechos biológicos humanos, el control de vectores, y la garantía del consumo de agua potable disminuyen considerablemente el riesgo de transmisión de patógenos (77).

**Tabla 10. Distribución de las familias según percepción de acciones de salud recibidas (eliminación de desechos sólidos y criaderos de vectores). Santa Elena. Año 2018.**

Acciones de salud	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	No.	%
Eliminación de desechos sólidos						
Nunca	14	18,2	32	26,0	46	23
Casi nunca	3	4	1	0,8	4	2
Pocas veces	17	22	21	17,1	38	19
A veces	13	16,9	21	17,1	34	17
Muchas veces	22	28,6	32	26,0	54	27
Siempre	8	10,4	16	13,0	24	12
Total	77	100	123	100	200	100
Eliminación de criaderos						
Nunca	16	20,8	22	17,9	38	19
Casi nunca	1	1	3	2,4	4	2
Pocas veces	9	12	18	14,6	27	13,5
A veces	13	16,9	24	19,5	37	18,5
Muchas veces	29	37,7	42	34,1	71	35,5
Siempre	9	11,7	14	11,4	23	11,5
Total	77	100	123	100	200	100

El 27% de las familias indicaron que muchas veces recibieron información para la eliminación de residuos sólidos. Se observa que el 44% de las familias señalaron que no se realizó con frecuencia una actividad de promoción relacionado con la eliminación de los desechos, y de estos el 23% indicaron que nunca recibió información (el 26% de las mujeres). Al respecto de información para la eliminación de criaderos de vectores el 35,5% de las familias afirmaron haber recibido muchas

veces alguna actividad de promoción sobre el tema, mientras que el 19% indicaron que nunca recibieron algún tipo de acción de salud relacionado con el tema y de éstos el 20,8% correspondió al sexo masculino (tabla 10).

Las acciones de salud del médico familiar y comunitario están dirigidas a la identificación de los factores de riesgo que incidan en la salud, por lo que las actividades de saneamiento ambiental son fundamentales dentro de las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Siendo Santa Elena una provincia con características ambientales ideales para la presencia de enfermedades infecto-contagiosas, el médico familiar debe insistir en la educación individual, familiar y comunitaria para la aplicación de medidas higiénicas encaminadas a evitar la presencia de vectores y el manejo inadecuado de los residuos sólidos.

En relación a la higiene ambiental, las acciones de salud dirigidas a la eliminación correcta de residuos sólidos y la prevención de criaderos de vectores, sólo el 39% de las familias refiere haber recibido con alta frecuencia (muchas veces y siempre), mientras que un 23% de las familias encuestadas percibe que nunca fue realizada una acción de promoción relacionada a la eliminación de desechos.

La Organización Mundial de la Salud estima que el 10% de la población mundial consume alimentos regados con aguas residuales sin tratar, y que el 32% de la población mundial no tiene acceso a servicios adecuados de saneamiento básico, generando 280 000 muertes asociadas a enfermedades de carácter hídrico. Se estima que el 4 % del total de muertes en el mundo están relacionadas con la calidad del agua, higiene y saneamiento (78).

Los indicadores básicos emitidos por la Organización Panamericana de la Salud, registraron que en el Ecuador se presentaron 241 casos malaria 241 y 42667 casos de dengue durante el 2016 (79). Para el 2017 en la provincia de Santa Elena se notificaron 4 casos de chikungunya, 86 casos de dengue, 28 casos de sika (80). Debido a esto, Santa Elena es un lugar donde la realización de acciones para la eliminación de criaderos de vectores debe ser dominada y liderada por el médico familiar y el equipo sanitario.

En las tablas 11 y 12 se presentan los resultados y análisis correspondientes al tercer objetivo específico planteado en el estudio.

**Tabla 11. Percepción de las acciones de salud de las familias atendidas por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria. Santa Elena. Año 2018.**

Percepción de las acciones de salud	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	No.	%
Muy malo	0	0	1	0,8	1	0,5
Malo	2	2,6	10	8,1	12	6
Regular	17	22,1	30	24,4	47	23,5
Bueno	47	61	60	48,8	107	53,5
Muy bueno	11	14,3	22	17,9	33	16,5
Total	77	100	123	100	200	100

Se observa que el 53,5% de los jefes o representantes de las familias indicaron haber percibido como buenas las acciones de salud realizadas por el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, de los cuales el 61% de los encuestados de sexo masculino expresaron esta tipo de percepción. El 23,5% de los representantes consideraron las acciones como regulares, mientras que el 6,5% de las familias percibieron como muy malas y malas las acciones que fueron realizadas por los posgradistas, predominando en el sexo femenino con el 8,9% frente al sexo masculino con el 2,6% (tabla 11).

A pesar de que los resultados de la investigación han detectado varias deficiencias en las acciones de salud consideradas prioritarias dentro del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, el 70% de las familias consideran que las acciones de salud brindadas por los posgradistas, independientemente de la frecuencia en que son ejecutadas, son buenas y muy buenas.

En el estudio realizado se observa que el 100% de las familias refiere sentir una satisfacción buena con las atenciones médicas brindadas de los posgradistas de medicina familiar y comunitaria, independientemente de las acciones de salud que se realizan, y que puede estar asociado a otras condiciones que son relevantes en el momento de la atención médica como la relación médico-paciente, la disponibilidad, el tiempo y calidad de la atención, entre otras, pero que pueden ser definidas en otro estudio.

La satisfacción del paciente es un componente importante de la calidad de la atención, que no solo se basa en la apreciación de los lugares y condiciones donde el médico labora, sino que expresan una visión más amplia de las situaciones, problemas y dificultades relacionadas con la atención médica, y por lo tanto esperan siempre mucho más del facultativo (81).

La satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida es esencial, ya que expresa indirectamente los resultados de la calidad de la atención, sobre todo en el primer nivel de atención, ya que el mal funcionamiento de éste repercute directamente en la calidad de los otros niveles de atención (58).

A nivel de varios países se han realizado estudios de calidad basados en la satisfacción del usuario. En Cuba en el 2018, en un estudio realizado en un consultorio determinado demostró que la satisfacción de los pacientes fue considerada adecuada, con indicadores de educación sanitaria del 90% y la satisfacción del 95% (82); mientras en la tesis de maestría del Dr. Rafael Domínguez, de Perú, se obtuvieron resultados de satisfacción baja en el 53,7% y satisfacción regular en el 29,7% de los pacientes (83).

En Ecuador existen diversos estudios de satisfacción realizados en diferentes áreas y unidades de la salud en los que se han utilizado instrumentos validados para la recepción de información en usuarios que hacen uso de los servicios de consulta externa y emergencia, que reflejan la satisfacción de los pacientes que varían entre el 75% (84) al 98% (85), en dependencia a los parámetros que se investigan dentro del ámbito de satisfacción.

**Tabla 12. Distribución de las familias según satisfacción por la atención brindada por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, Santa Elena. Año 2018.**

<b>Calificación a residentes por la atención realizada</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
7	8	4
8	44	22
9	79	39,5
10	69	34,5
Total	200	100

Las calificaciones que se otorgaron a las atenciones médicas brindadas por los posgradistas fueron de 7 y más, sobre 10 puntos. El 39,5% de las familias calificación

con 9 puntos a las atenciones que recibieron por el posgrado, y el 34,5% calificaron con 10 puntos (tabla 12).

Así mismo, en lo que corresponde a la calificación general que las familias asignan a los médicos residentes, el 34,5% califican de 10/10 las atenciones que reciben. En la investigación no se determinan que factores influyen en esta calificación, pero las condiciones en las que se brinda la atención médica permiten suponer la presencia de factores que influyen negativamente en la población como la distancia entre los domicilios y los centros de salud y los gastos de movilización que genera los traslados, la falta de disponibilidad de consultorios para brindar más atenciones intramurales, la ausencia parcial del médico por las propias características del posgrado, entre otras.

## 16 CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la investigación demuestran que los hogares atendidos por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria en la provincia de Santa Elena son representados mayoritariamente por mujeres adultas jóvenes. El bajo nivel educativo y la pobreza son comunes en estas familias. La estructura familiar fue parecida en relación a la ontogénesis y al tamaño por integrantes.

Las acciones de salud percibidas con mayor frecuencia por las familias son las relacionadas con alimentación saludable y la actividad física, lo que demuestra el dominio de estos temas por parte de los posgradistas. Las acciones de salud dirigidas a la eliminación de residuos sólidos y criaderos de vectores son menos mencionadas por las familias, pero no se puede determinar si es por la falta de acción de los posgradistas o la falta de interés de las familias en estos temas.

Las familias del Cantón Santa Elena atendidas por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria refieren presentar un nivel de satisfacción buena con las atenciones brindadas por el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, independientemente de las acciones de salud para lograr estilos de vida saludables que recibieron durante el posgrado.

A criterio del estudio realizado se observa que los posgradistas asignados al cantón Santa Elena presentan debilidades en las diversas acciones de salud consideradas imprescindibles dentro las actividades del médico familiar y comunitario, pero esto no influye en la percepción de satisfacción de la atención en las familias.

## **17 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Los resultados de la investigación realizada no pudieron ser comparados con otros estudios por ser la primera vez que se determina la satisfacción de las familias en base a las acciones de salud realizadas por los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Estos resultados sólo corresponden a las familias que fueron atendidas en la provincia de Santa Elena y no a todas las asignadas a la segunda cohorte del posgrado de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Segredo Pérez A, Perdomo Victoria I. La Medicina General Integral y su enfoque social y humanista. Educación Médica Superior [revista en Internet]. 2012 [citado 2017 Abr 10]; 26(2). Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/32>.
2. Abril Collado R, Cuba Fuentes M. Introducción a la Medicina Familiar. Acta médica peruana [online]. 2013 [citado 2017-04-10]; 30 (1): 31-36. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-5917201300010006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-5917201300010006)
3. Romero N, Díaz R, Tinoco E, Valle M. La medicina familiar en Ecuador. Rev Aten Primaria. 2006; 38:515-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-medicina-familiar-ecuador-13095057>
4. Constitución de la República del Ecuador. 2008. Disponible en: [http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf)
5. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Ministerio de Salud Pública. Ecuador. 2013. Disponible en: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
6. Naranjo Ferregut J, Delgado Cruz A, Sánchez Pérez Y. Programa de formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en Ecuador con participación de profesores cubanos. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Ago [citado 2017 Abr 10]; 19(4): 737-745. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942015000400017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400017&lng=es).
7. Ministerio de Salud Pública. Medicina Familiar: reflexiones desde la práctica. Ecuador 2017. Disponible en: [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Libro\\_Medicina\\_Familiar-Reflexiones\\_desde\\_la\\_practica.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Libro_Medicina_Familiar-Reflexiones_desde_la_practica.pdf)
8. Cuba-Fuentes Maria, Jurado Gabriel, Estrella Eva. Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. Rev Med Hered [Internet]. 2011 Ene

[citado 2017 Oct 18]; 22(1):4-9. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2011000100002&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000100002&lng=es).

9. Gorina Marta, Limonero Joaquin, Peñart Xavier, Jiménez Jordi, Gassó Javier. Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado. Universitat Autònoma de Barcelona. Rev Aten Primaria 2014; 46(6): 276-82. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-comparacion-satisfaccion-los-usuarios-atencion-S0212656713002904>

10. Oliva C. Hidalgo C. Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. Psykhe [online]. 2004; 13(2): 173-186. [citado 2017-09-18]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282004000200013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000200013).

11. Vicuña M. Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. Anales de la Facultad de Medicina 2002;6340-50. [citado 2017-09-18] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37963106>.

12. Serrano-del Rosal Rafael, Lorient-Arín Nuria. La anatomía de la satisfacción del paciente. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2008 Abr [citado 2017 Oct 15]; 50(2): 162-172. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000200010&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200010&lng=es).

13. Díaz Rocío. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2002; 17:22-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-satisfaccion-del-paciente-principal-motor-S1134282X02774708>

14. Caminal Josefina. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:276-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-la-medida-satisfaccion-un-instrumento-S1134282X01774209>

15. Murillo Carles, Saurina Carme. Medida de la importancia de las dimensiones de la satisfacción en la provisión de servicios de salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2013 Ago [citado 2017 Oct 18]; 27(4): 304-309. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112013000400005 & lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000400005&lng=es).
16. García Pérez A, García Bertrand F. La medicina preventiva en la atención primaria de salud. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Abr 10]; 11(2): 308-316. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2012000200016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000200016&lng=es).
17. Abril-Collado Ramiro Orlando, Cuba-Fuentes María Sofía. Introducción a la Medicina Familiar. *Acta méd peruana* [Internet]. 2013 Ene [citado 2017 Oct 15]; 30(1): 31-36. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172013000100006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100006)
18. Haq Cynthia, Ventres William, Hunt Vincent, Mull Dennis, Thompson Robert, Rivo Marc, Johnson Philip. Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo. *Bol Oficina Saint Panam* 120(1). 1996. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/15508/v120n1p44.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Suarez Cuba Miguel Ángel. Razón de ser y ventajas de la medicina familiar: realizaciones y retos en Bolivia. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2011 [citado 2017 Oct 18]; 17(2): 53-59. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582011000200009&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000200009&lng=es).
20. Casado Vicente V, calero Muñoz S, Cordón Granados F, Ezquerro Lezcano M, García Olmos L, García Velasco G, et al. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. 2a ed. España: Panamericana; c2012. Capítulo 1, Selección de la muestra; 10-13.
21. Mc Whinney Ian. R. Family Medicine. 3rd ed. United State: OUP USA Oxford University Press; c2009. Pag. 472. Disponible en: <http://simidchiev.net/lubokirov/0195369858%20Family%20Medicine.pdf>

22. Alvarez Sintés R, Báster Moro J, Hernández Cabrera G, García Nuñez R. Medicina general integral. 3a ed. Cuba: Ciencias Médicas; c2014. Capítulo 13, Selección de la muestra; 61-76.
23. Córdoba R, Camaralles F, Muñoz E, Gómez J, Díaz D, Ramírez J, et. Al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Rev Aten Primaria. 2014; 46(4):16-23. Disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S0212656714700484/1-s2.0-S0212656714700484-main.pdf?\\_tid=65059dae-c9aa-11e7-8ce7-00000aab0f01&acdnat=1510712113\\_41721d1843d92f93731bf6987d848bbb](https://ac.els-cdn.com/S0212656714700484/1-s2.0-S0212656714700484-main.pdf?_tid=65059dae-c9aa-11e7-8ce7-00000aab0f01&acdnat=1510712113_41721d1843d92f93731bf6987d848bbb)
24. Alvarez Sintés R, Báster Moro J, Hernández Cabrera G, García Nuñez R. Medicina general integral. 3a ed. Cuba: Ciencias Médicas; c2014. Capítulo 14, Selección de la muestra; 114 -118.
25. Coral Rosa del Carmen, Vargas Luz Dalila. Estrategias que promueven estilos de vida saludables. Rev. udca actual. divulg. cient. [Internet]. 2014 June [cited 2017 Nov 14] ; 17( 1 ): 35-43. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-42262014000100005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262014000100005&lng=en)
26. Espinoza González L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Estomatol 2004; 41 (3). Disponible en: [www.bvs.sld.cub/revistas/est/vol41\\_3\\_04/est09304.htm](http://www.bvs.sld.cub/revistas/est/vol41_3_04/est09304.htm).
27. Álvarez Luz. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2012; 30(1): 95-101. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a11.pdf>
28. Salas Cabrera J. Estilos de vida saludable: un derecho fundamental en la vida del ser humano. Revista Latinoamericana de Derechos Humanos. 2015; 26(2): 37-51. Disponible en: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/derechoshumanos/article/view/8019>
29. Giraldo Osorio Alexandra, Toro Rosero María Yadira, Macías Ladino Adriana María, Valencia Garcés Carlos Andrés, Palacio Rodríguez Sebastián. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia promoc. Salud [Internet]. 2010 July [cited 2017 Nov 28] ; 15( 1 ): 128-143. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772010000100010&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100010&lng=en).

30. Organización Mundial de la Salud. Ambientes saludables para niños. 2003. Disponible en <http://www.who.int/world-health-day/previous/2003/backgrounders/es/>
31. Escalona Guerra Elieser. Daños a la salud por la mala disposición de residuos sólidos y líquidos en Dili, Timor Leste. *Rev Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2014;52(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol52\\_2\\_14/hie11214.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol52_2_14/hie11214.htm)
32. Rodríguez Leonard Z., Vásquez García, B. La promoción de salud como contenido de la superación profesional del médico de la familia. *Revista Conrado* [seriada en línea]. 2015; 11 (50): 57-61. Disponible en: <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/245/244>
33. Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente J, Ramírez Manent J, José Arango J, et. Al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Rev Aten Primaria*. 2016; 48(Supl1): 27-38. Disponible en: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671630186X](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671630186X)
34. Louro Bernal Isabel. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2003 Mar [citado 2017 Nov 28]; 29(1): 48-51. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es).
35. Louro Bernal Isabel, Infante Pedreira Olga, De la Cuesta Freijomil Dolores, Pérez González Esther, González Benítez Idarmis, Pérez Pileta Carmelina, et. Al. Manual para la intervención en salud familiar. Cuba: Ciencias Médicas; c2002. Selección de la muestra; 11-16. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/manual\\_para\\_la\\_intervencion\\_en\\_la\\_salud\\_familiar.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/manual_para_la_intervencion_en_la_salud_familiar.pdf)
36. Louro Bernal Isabel. Towards a new conceptualization of family group health and its conditioning factors. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2004 Jun [citado 2017 Nov 28]; 20(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252004000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300005&lng=es)
37. Gorrita Pérez Remigio Rafael. Respuesta: confiabilidad de los puntos de corte en estudios empíricos. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2016 Dic [citado 2017 Nov 28]; 88(4): 539-542. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312016000400014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000400014&lng=es).

38. Suarez Cuba Miguel Ángel. Atención integral a domicilio. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2012 [citado 2017 Nov 28]; 18( 2 ): 52-58. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-8958201200020010&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-8958201200020010&lng=es).
39. Arita Watanabe B. Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. Rev Psicología y Salud. 2005; 15 (1): 121-126. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/826/1501>.
40. Hernández Salazar P. La importancia de la satisfacción del usuario. Documentación de las Ciencias de la Información Centro Universitario de Investigaciones Bibliotecológicas (CUIB) UNAM México. 2011; 34: 349-368. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/DCIN/article/viewFile/36463/35311>
41. Velandia Salazar F, Ardón Centeno N, Jara Navarro M. Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. Rev. Gerenc. Polit. Salud vol.6 no.13 Bogotá July/Dec. 2007. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-7027200700020008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-7027200700020008)
42. Mira J, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica 2000; 114 (3):26-33. Disponible en: [http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf\\_paciente.pdf](http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf)
43. Hamui Sutton L, Fuentes García R, Aguirre Hernández R, Fernando Ramírez O. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica. Universidad Nacional Autónoma de México. 2013. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>
44. Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública Colombiana. Calidad de la atención en salud Percepción de los usuarios. Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”. 2010. Disponible en: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf>
45. De Los Ríos Castillo J L, Ávila Rojas T L, Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. Investigación y Educación en Enfermería

2004XXII128-137. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105216892010>. Fecha de consulta: 18 de octubre de 2017.

46. Ibarra L, Espinoza B. Servqual, una propuesta metodológica para evaluar la percepción de la calidad. *Revista Iberoamericana de Ciencias. Revista Iberoamericana de Ciencias*. Septiembre 2014, 1 (4): 107-120. Disponible en: <http://reibci.org/publicados/2014/septiembre/3300110.pdf>

47. Arrazola M, Hevia J. Rodríguez L. ¿Qué factores ayudan a explicar la satisfacción con la Atención Primaria en España? *Rev Calid Asis*. [Internet]. 2015 [citado 2017 Oct 14]; 30 (5): 226 – 236. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X15000858>

48. Fernández Pérez A, Sánchez Domínguez A. Los factores no clínicos como determinantes de la satisfacción con el sistema sanitario público en España. *Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Granada*. Junio 2017. Disponible en: <https://ideas.repec.org/p/gra/fegper/01-17.html#refs>

49. Numpaque Pacabaque A, Rocha Buelv A. Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. *Universidad de Boyacá. Rev. Fac. Med.* 2016; 64 (4): 715-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00715.pdf>

50. Massip Pérez Coralía, Ortiz Reyes Rosa María, Llantá Abreu María del Carmen, Peña Fortes Madai, Infante Ochoa Idalmis. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Oct 18]; 34(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es).

51. Fernández San Martín María, Rebagliato Nada Oriol, De Gispert Uriach Blanca, Roig Carrera Helena, Artigas Guix Jordi, Bonay Valls Berta, et Al. Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería. *Instituto catalán de Salud. España* 2008. *Rev Aten Primaria* 2008; 40:611-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adaptacion-un-cuestionario-satisfaccion-del-13129516>.

52. Cabello Emilio, Chirinos Jesús L. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Med Hered [Internet]. 2012 Abr [citado 2017 Oct 23]; 23(2): 88-95. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2012000200003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000200003&lng=es).
53. Virtudes Pérez J. Qué es “trato digno” para los pacientes? Elementos que componen el trato digno Informe Global. Superintendencia de Salud de Chile. c2013.Pag. 40. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articulos-9004\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articulos-9004_recurso_1.pdf)
54. Mendoza Cinthya, Ramos-Rodríguez Claudia, Gutierrez Ericson. Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. Horiz. Med. [Internet]. 2016 Ene [citado 2017 Nov 28] ; 16( 1 ): 14-19. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2016000100003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100003&lng=es).
55. Outomuro Delia, Actis Andrea Mariel. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Mar [citado 2017 Nov 28]; 141(3): 361-366. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n3/art12.pdf>
56. Pérez N, Gómez M, Anglo E, García A. Propuesta de una metodología para la evaluación de la calidad de la atención al paciente pediátrico con cáncer en la Atención Primaria de Salud. RevMciego 2013 [Citado 2014 Marz 2]; 19(2): [aprox 8]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19\\_supl2\\_2013/pdf/T10.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl2_2013/pdf/T10.pdf)
57. Salvador Silberman Martin, Moreno Altamirano Laura, Hernández Montoya Dewi, Martínez-González Adrián y Ochoa Díaz-López Héctor. Construcción y validación de un instrumento para medir la satisfacción de los pacientes del primer nivel de atención médica en la Ciudad de México. Gaceta Médica Mexicana. 2016; 152:43-50. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2016/gm161g.pdf>
58. Cid Rodríguez María del Carmen, Montes de Oca Ramos Rebeca, Hernandez Díaz Ofelia. La familia en el cuidado de la salud. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2014 Ago

[citado 2018 Jun 01]; 36 (4): 462-472. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400008&lng=es).

59. Garcés Carlos, Soto Johana. La contribución económica de la mujer en los hogares chilenos. Toluca 2017 Ago [citado 2018 Ago 03]; 24 (74): 209-230. Disponible en <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-14352017000200209&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352017000200209&lng=es&nrm=iso)>.

60. Farías Anda Saraí, Salazar Segura Montserrat, Monjardin Nieto Fernando, Calleja Bello Nazira. Jefas de familia en México: Caracterización y rasgos instrumentales-expresivos. Revista Mexicana de Investigación en Psicología. 2014; 6 (1). Disponible en: <http://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/article/view/187>

61 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Indicadores Básicos de Salud 2010. Organización Panamericana de la Salud. [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sala-de-situacion-ecu&alias=325-indicadores-basicos-ecuador-2010&Itemid=599](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sala-de-situacion-ecu&alias=325-indicadores-basicos-ecuador-2010&Itemid=599).

62 Villacís Byron, Carrillo Daniela. País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ecuador 2012. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Economia/Nuevacarademograficadeecuador.pdf>

63 Instituto Nacional de estadísticas y censos. Resultados del censo 2010 de población y vivienda del Ecuador, fascículo provincial Santa Elena. [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/santa\\_elena.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/santa_elena.pdf)

64 Social Trends Institute. Mapa mundial de la familia 2017: la cohabitación y la inestabilidad familiar en el mundo. Disponible en: <http://fadep.org/wp-content/uploads/2017/02/wfm-2017-spanish.pdf>.

65 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Composición de los hogares ecuatorianos, estudio comparativo censos 1990 – 2001. Ecuador 2008. Disponible en: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios\\_Socio-demograficos/Composicion\\_Hogares\\_Ecuatorianos\\_1990-2001.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Composicion_Hogares_Ecuatorianos_1990-2001.pdf)

66 Lombeida E. Reporte de pobreza y desigualdad, junio 2018. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Disponible en: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2018/Junio2018/Informe\\_pobreza\\_y\\_desigualdad-junio\\_2018.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2018/Junio2018/Informe_pobreza_y_desigualdad-junio_2018.pdf)

67 Pernalet R Martha E. Una reflexión acerca de la pobreza y la salud. Salud de los Trabajadores [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Oct 02]; 23(1): 59-62. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-01382015000100008&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382015000100008&lng=es).

68. García Atienza Eva, Llanos Val Jiménez Carmen, Navarro Ruiz María, Agudo Mena José, López-Torres López Jaime, López-Torres Hidalgo Jesús. Actitudes hacia la prevención y la promoción de la salud en residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Mayo 30]; 9(2): 76-82. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2016000200003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2016000200003&lng=es).

69. Cabeza Elena, March Sebastián, Cabezas Carmen, Segura Andreu. Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza. Gaceta Sanitaria. España. 2016; 1 (30): 81-86. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301169>.

70. Pérez-López, IJ, Tercedor Sánchez, P, Delgado-Fernández, M. Efectos de los programas escolares de promoción de actividad física y alimentación en adolescentes españoles: revisión sistemática. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2015; 32(2):534-544. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309243317009>

71. Branca Francesco, Lartey Anna. Poner fin a todas las formas de malnutrición: un decenio de oportunidades. Centro de prensa Organización Mundial de la Salud. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/ending-malnutrition-opportunity/es/>

72. Pérez López Alberto, Valadés Cerrato David, Buján Varela Julia. Sedentarismo y Actividad Física. Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud. 2017; 1(2): 49-58. Disponible en: <https://www.riecs.es/index.php/riecs/article/view/17>.

73. Salinas C Judith, Bello S Sergio, Chamorro R Haydee, Gonzalez G Carmen Gloria. Consejería en alimentación, actividad física y tabaco: Instrumento fundamental en la

práctica profesional. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2016 Dic [citado 2018 Jun 01]; 43(4): 434-442. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182016000400015&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182016000400015&lng=es).

74. Barragán Martín Ana, Martos Martínez África, Simón Márquez María, Pérez-Fuentes María, Molero Jurado María, Gázquez Linares José. Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y relación con la familia. European Journal of Child Development. España 2016. 4 (1): 49-61. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761692>).

75. Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health 2014. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763\\_eng.pdf;jsessionid=949A09A0AFB111D1FDC69980ABF903E5?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=949A09A0AFB111D1FDC69980ABF903E5?sequence=1)

76. Organización Mundial para la Salud. 10 datos sobre el género y el tabaco. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/gender\\_tobacco/facts/es/index3.html](http://www.who.int/features/factfiles/gender_tobacco/facts/es/index3.html)

77. Gallardo Sánchez Yurieth, Gallardo Arzuaga Ruber. La promoción y prevención de salud: piedra angular en la Atención Primaria de Salud Multimed. Revista Médica. 2015; 19(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul152a.pdf>.

78. Rodríguez Miranda Juan, García-Ubaque César, García-Ubaque Juan. Enfermedades transmitidas por el agua y saneamiento básico en Colombia. Rev. salud pública. 18 (5): 738-745, 2016. Disponible en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsap/v18n5/0124-0064-rsap-18-05-00738.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v18n5/0124-0064-rsap-18-05-00738.pdf).

79. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas: indicadores básicos 2016. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf>.

80. Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública. Gaceta Vectorial semana epidemiológica 52 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2017. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/Gaceta-Vectorial-SE52.pdf>

81. García María, Trilla A. ¿Por qué solicitan cambiar de médico los usuarios de un centro de atención primaria? Rev Gac San. [Internet] 2013; 27(1). Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112013000100021&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112013000100021&script=sci_arttext)).
82. Martín Sánchez Omar Medardo, Chávez Reyes María Teresa, Conill Linares Emilia, García Naranjo Juan Luis. Calidad de la atención médica en consultorio seleccionado. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 Feb [citado 2018 Mayo 29]; 22(1): 112-119. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942018000100015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000100015&lng=es).)
83. Domínguez Samanes R. Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en el servicio de medicina del centro de salud surquillo. Universidad Cayetona Heredia. Tesis de maestría. Perú 2015. Disponible en: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1483/Comunicacion\\_DominguezSamames\\_Rafael.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1483/Comunicacion_DominguezSamames_Rafael.pdf?sequence=3&isAllowed=y).
84. Castelo Rivas Walter, Castelo Rivas Ángel, Rodríguez Díaz Jorge. Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. Revista cubana de enfermería. 2016; 32 (3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68132>.
85. Vargas Alarcón Dolores. Estudio de satisfacción del usuario externo e interno en los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha. Universidad San Francisco de Quito. 2013. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2189/1/104899.pdf>

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSGRADO  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, con cédula de identidad \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para participar en la investigación conducida por la Md. Rocío Alexandra Obando López, responsable del presente estudio, con el tema: “Satisfacción de las familias de Santa Elena atendidas por el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Año 2018.”

El investigador (a) me informó que:

- Mi participación consiste en responder a un cuestionario en un tiempo aproximado de 20 minutos.
- Los datos proporcionados serán totalmente confidenciales.
- Puedo dejar de participar o continuar en el estudio de investigación, si así lo decido en el momento que lo desee, sin que se origine problema alguno.

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación, que tiene como propósito indagar sobre la satisfacción de las familias que han sido atendidas por los posgradistas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en dos consultorios de la provincia de Santa Elena.

De ante mano me han aclarado los investigadores que este estudio no me puede causar ningún riesgo y los resultados obtenidos serán de beneficio o utilizados para mejorar los programas preventivos de salud.

Firma del encuestado(a) \_\_\_\_\_

Firma del investigador. \_\_\_\_\_

## Anexo 2. Encuesta

### ENCUESTA PARA MEDIR LA SATISFACCION DE LAS FAMILIAS DE SANTA ELENA ATENDIDAS POR EL POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. AÑO 2018.

Esta encuesta tiene la intención de investigar sobre la satisfacción de las familias atendidas por el posgrado de Medicina Familiar Comunitaria, es para ser respondida voluntaria y anónimamente, le garantizamos su estricta confidencialidad.

#### Parte I: Información general del encuestado:

1. Su sexo de nacimiento es: Masculino

Femenino

2. ¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_\_

3. Su nivel de estudio es: Ninguno

Primaria

Secundaria

Superior

4. ¿Cómo se encuentra integrada su familia?

Por una pareja con o sin hijos

Por familiares directos como padres, hijos, nietos y con o sin pareja

Por familiares de segunda línea o lejanos, o con amigos.

5. ¿Cuántos personas viven en su casa y que comen de la misma comida? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es el ingreso económico de toda la familia al mes?: \_\_\_\_\_

#### Parte II: Respecto a la promoción y educación para la salud

El posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es un promotor y educador en salud permanente.

Señale con una equis (x) las opciones con las que usted se identifica y que se explican a continuación:

- Nunca: donde el encuestado manifestó que en ningún momento recibió información sobre promoción de salud.
- Casi nunca: donde el encuestado consideró que sólo una vez recibió información de promoción de salud.
- Pocas veces: el encuestado consideró que del total de las consultas recibidas por el posgrado, en menos de la mitad se brindó información de promoción de salud.

- A veces: el encuestado consideró que durante las consultas médicas recibidas, en más de la se brindó información de promoción de salud.
- Muchas veces: el encuestado manifestó que en casi todas las atenciones médicas realizadas por el posgrado, recibió algún miembro de la familia información de promoción de la salud.
- Siempre: el encuestado indicó que en todas las consultas recibidas el posgradista realizó una acción de promoción de salud.

### **Estilos de vida**

5. ¿El posgradista le ha informado a usted o algún integrante de su familia sobre la forma en que debe alimentarse para mantenerse saludable, recuperarse o mejorar su estado de salud?

Nunca:  Casi Nunca:  Pocas veces:  A veces:  Muchas veces:  Siempre

6. ¿Durante la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria le han explicado a usted o a algún integrante de su familia la importancia de realizar ejercicio físico o algún deporte?

Nunca:  Casi Nunca:  Pocas veces:  A veces:  Muchas veces:  Siempre

7. ¿Ha recibido usted o algún integrante de su familia charlas sobre los daños que produce consumir alcohol en grandes cantidades?

Nunca:  Casi Nunca:  Pocas veces:  A veces:  Muchas veces:  Siempre

8. ¿Ha recibido usted o algún integrante de su familia charlas sobre los daños que produce fumar cigarrillo?

Nunca:  Casi Nunca:  Pocas veces:  A veces:  Muchas veces:  Siempre

### **Higiene individual y ambiental**

9. ¿El posgradista le ha informado a usted o algún integrante de su familia sobre la forma en que debe ser el aseo personal incluyendo el baño diario y el cuidado dental?

Nunca:  Casi Nunca:  Pocas veces:  A veces:  Muchas veces:  Siempre

10. ¿Usted o algún integrante de su familia ha recibido del posgradista información sobre la importancia del lavado de manos antes de comer y después de ir al baño?

Nunca:  Casi Nunca:  Pocas veces:  A veces:  Muchas veces:  Siempre

11. ¿Ha recibido usted o algún integrante de su familia información sobre cómo clasificar y eliminar los residuos sólidos (basura)?

Nunca:  Casi Nunca:  Pocas veces:  A veces:  Muchas veces:  Siempre

12. ¿Ha recibido usted o algún integrante de su familia información sobre la importancia de evitar acumular la basura y /o recipientes en los alrededores de su casa para evitar los criaderos de insectos (mosquitos, moscas) y otros como roedores (ratones) que pueden producir enfermedades?

Nunca:  Casi Nunca:  Pocas veces:  A veces:  Muchas veces:  Siempre

### Parte III: Respecto al estado de satisfacción

13. ¿Cómo percibe usted la atención brindada por el posgradista de Medicina Familiar Comunitaria?

Mala: \_\_\_\_\_ Regular: \_\_\_\_\_ Buena: \_\_\_\_\_

14. ¿Cuál es su apreciación sobre el nivel de confianza que le brinda el médico posgradista para que usted le converse sus problemas?

Mala \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_

15. ¿Cómo valora usted la inmediatez en la atención brindada por el posgradista de Medicina Familiar Comunitaria cuando usted o algún miembro de la familia ha presentado algún problema de salud?

Mala \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_

16. ¿Cómo valora la disposición que le ofrece el médico posgradista cuando usted o su familia necesitan de su atención?

Mala \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_

17. ¿Qué opina sobre el tiempo de atención médica que le brinda el posgradista?

Suficiente \_\_\_\_\_ Insuficiente \_\_\_\_\_

18. ¿Recibe usted información clara y entendible por parte de su médico familiar cuando ha presentado algún problema de salud usted o algún miembro de su familia?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

19. ¿El médico posgradista ha resuelto los problemas de salud por los que Ud o algún miembro de su familia ha consultado, o le ha ayudado continuar con un tratamiento especializado?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

20. Indique una calificación de cómo ha sido la satisfacción que le ha producido la atención brindada por el posgradista de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria usted y/o su familia, considerando 0 la calificación más mala y 10 la mejor de las calificaciones:

0\_\_ 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_ 6\_\_ 7\_\_ 8\_\_ 9\_\_ 10\_\_

Gracias por su colaboración.



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, Obando López Rocío Alexandra, con C.C: # 091705577-4 autora del trabajo de titulación: “Satisfacción de las familias atendidas por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, provincia de Santa Elena, año 2018”, previo a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria 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 titulación 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 titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 12 de diciembre de 2018

f. \_\_\_\_\_

Nombre: Obando López Rocío Alexandra

C.C: 0917055774



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Satisfacción de las familias atendidas por los posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, provincia de Santa Elena, año 2018		
<b>AUTOR(ES)</b>	Rocío Alexandra Obando López		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Mercedes Calderón Rodríguez		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	12 de diciembre de 2018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	66
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina familiar, atención primaria, calidad de servicios de salud.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Medicina familiar y comunitaria, satisfacción del paciente, estilos de vida saludable.		

**RESUMEN/ABSTRACT** (150-250 palabras): Antecedentes: La Medicina Familiar y Comunitaria fortalece la atención primaria, que se refleja en el grado de satisfacción de las familias atendidas. Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, en los consultorios asignados al posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en la Provincia de Santa Elena durante el año 2018, con una muestra de 200 familias atendidas por el posgrado. El instrumento empleado fue una encuesta realizada por la autora y que fue aplicado al jefe de familia o su representante. El proceso se lo realizó previo consentimiento informado de los participantes. Resultados: El 61,5% de representantes de familias son mujeres. Predominan las familias nucleares (50%), medianas (50,5%) y con algún grado de pobreza (77%). Las acciones de salud realizadas con mayor frecuencia por los posgradistas según las familias fueron las relacionadas con la alimentación saludable con el 85,5% y la actividad física con 83,5%. El 70% de las familias consideraron buenas y muy buenas las acciones de salud realizadas por el posgrado. La percepción de satisfacción buena fue en el 100% de las familias atendidas por el posgrado, y el 39,5% de los hogares calificó con 9 puntos la atención médica de los residentes. Conclusiones: Las acciones de salud consideradas esenciales no fueron percibidas con la misma frecuencia por los hogares atendidos por el posgrado, Las familias santaelenenses se sintieron satisfechas con la atención médica recibida de los residentes, independientemente de la ejecución o no de acciones de salud para mejorar los estilos de vida.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-4-2953916	E-mail: chio_ol78@yahoo.com.ar
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Xavier Landivar Varas	
	<b>Teléfono:</b> +593-4-2206953-2-1-0 ext:1830	
	<b>E-mail:</b> xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec	

#### SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

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