



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

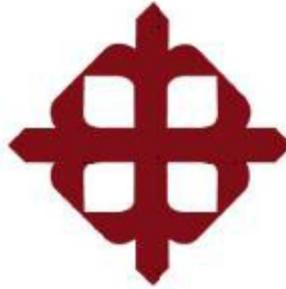
**TEMA:
“SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN EN SALUD DE PACIENTES
DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DE DOS CONSULTORIOS DE
MEDICINA FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD ANIDADO DE
DAULE. AÑO 2018”**

**AUTOR:
MD. EVELYN MARÍA RODRÍGUEZ VEAS.**

**DIRECTOR:
DR. LUIS ROBERTO MEDEROS MESA.**

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 de titulación, fue realizado en su totalidad por *el/la Dr. (a) Evelyn María Rodríguez Veas*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA*.

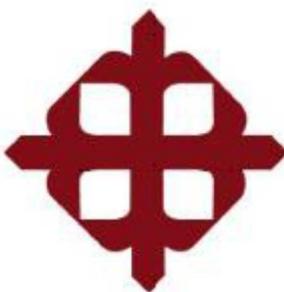
Guayaquil, 17 de diciembre del 2018.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

DR. LUIS ROBERTO MEDEROS MESA.

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, Evelyn María Rodríguez Veas
Declaro que:**

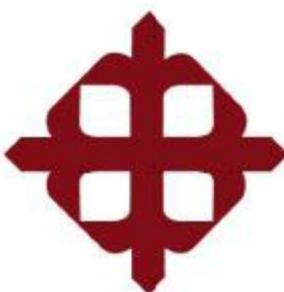
El Trabajo de investigación “*Satisfacción con la atención en salud de pacientes diabéticos e hipertensos de dos consultorios de Medicina Familiar del centro de salud anidado de Daule. Año 2018*”, previo a la obtención del título de especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, 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, 17 de marzo del 2018

EL AUTOR:

Evelyn María Rodríguez Veas.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACIÓN:

YO, Evelyn María Rodríguez Veas.

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 CON LA ATENCIÓN EN SALUD DE PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DE DOS CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 17 de diciembre del 2018

EL AUTOR:

EVELYN MARÍA RODRÍGUEZ VEAS.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS ENVIADA AL URKUND.docx (D45657014)
Submitted: 12/13/2018 5:59:00 AM
Submitted By: golface_07@hotmail.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

Raul Urgiles Calero.docx (D45509515)
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/casalud.htm

Instances where selected sources appear:

6

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por amarme y permitirme llegar donde estoy
Por rodearme de gente maravillosa, de la que cada día aprendo.

A mi esposo Sergio, por su apoyo desde que decidí iniciar este proyecto, a mis
hijas que aunque pequeñas han comprendido los momentos que he tenido
que sacrificar.

A mis padres Hugo y María por su constante ayuda, siempre están presentes,
nunca dejaré de darles gracias.

A mis maestros que no solo compartieron sus conocimientos, gracias por su
motivación y cariño, estarán siempre en mi corazón.

Y a mis pacientes gracias por abrirme sus puertas y permitirme conocerlos.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres Sr. Hugo Rodríguez C. y Sra. María Veas Alvarado por apoyarme en todo momento, sus oraciones cada día, por sus consejos, sus valores y motivación constante que me han permitido ser una persona de bien.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO

DIRECTOR DEL POSGRADO

f. _____

ARANDA CANOSA SANNY

COORDINADORA DOCENTE

f. _____

BATISTA PEREDA YUBEL

OPONENTE

CALIFICACION

 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL		 Escuela de Graduados Universidad Católica de Santiago de Guayaquil				
SISTEMA DE POSGRADO- ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA II COHORTE TRIBUNAL DE SUSTENTACION						
TEMA:	"Satisfacción con la atención en salud de pacientes diabéticos e hipertensos de dos consultorios de medicina familiar del centro de salud anidado de Daule, Año 2018"					
ALUMNO:	Evelyn María Rodríguez Veas.					
FECHA:						
No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						
Observaciones:						
Lo certifico,						
	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS DIRECTOR DEL POSGRADO MFC TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN					
		DR. YUBEL BATISTA PEREDA OPONENTE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN				
						DRA. SANNY ARANDA CANOSA COORDINADORA DOCENTE TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

3 ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
CALIFICACIÓN.....	IX
3 ÍNDICE GENERAL	X
ÍNDICE DE TABLAS.....	XII
5 ÍNDICE DE ANEXOS	XIII
6 RESUMEN	XIV
ABSTRACT	XV
INTRODUCCIÓN	2
7 EL PROBLEMA.....	6
7.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	6
7.2 FORMULACIÓN	6
8 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	7
8.1 GENERAL	7
8.2 ESPECÍFICOS	7
9 MARCO TEÓRICO	8
9.1 SATISFACCIÓN DEL USUARIO.....	8
9.1.1 Componentes de la calidad asistencial.....	18
9.1.2 Calidad de atención en las enfermedades crónicas no transmisibles	19
9.2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL	22
9.2.1 Definición	22
9.2.2 Fisiopatología.....	23
9.2.3 Clínica de la hipertensión.	23
9.2.4 Estrategia de tratamiento	24
9.3 DIABETES MELLITUS.....	29
9.3.1 Definición	29
9.3.2 Etiopatogenia	29
9.3.3 Factores de riesgo	30
9.3.4 Diagnóstico.....	31
9.3.5 Complicaciones asociadas a la diabetes.....	33
9.3.6 Educación y apoyo de auto-gestión de la diabetes.....	38
9.3.7 Tratamiento	39
9.4 MARCO LEGAL.....	41
10 MÉTODOS	43
10.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO.....	43
10.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	43
10.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	43

10.2.2 Procedimiento de recolección de la información.....	44
10.2.3 Técnicas de recolección de información.....	46
10.2.4 Técnicas de análisis estadístico.....	47
10.3 VARIABLES	47
10.3.1 Operacionalización de variables	47
11 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	48
12 CONCLUSIONES	58
13 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS, SEGÚN EDAD. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	49
TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS, SEGÚN SEXO. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	49
TABLA 3 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NIVEL ESCOLAR Y SEXO. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	50
TABLA 4 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN Y SEXO. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	51
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SEXO. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	51
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN FIABILIDAD. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	52
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CAPACIDAD DE RESPUESTA. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	53
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEGURIDAD. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	54
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EMPATÍA. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	55
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ASPECTOS TANGIBLES. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	56
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SATISFACCIÓN GLOBAL. CENTRO DE SALUD ANIDADO DE DAULE. AÑO 2018.....	57

5 ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1.....	CONSENTIMIENTO INFORMADO	63
ANEXO 2.....	ENCUESTA DEMOGRÁFICA	66
ANEXO 3.....	ENCUESTA DE ESCALA SERVQUAL	67

1 Resumen

Antecedentes. La calidad es parte de la humanidad, sólo que no se le conocía como hoy en día, ni tampoco se existían los métodos y herramientas con los que ahora contamos. **Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo, de tipo observacional, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 60 pacientes, atendidos en la consulta externa. El instrumento utilizado fue la Escala del Servqual, aplicada a través de una encuesta, constituida por 44 preguntas. Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes con diabetes o hipertensión que dieron su consentimiento y respondieron el cuestionario. **Resultado.** De un total de 73 pacientes, el 75% corresponde a población femenina y en su mayoría de instrucción primaria con un 66.7 %. Los pacientes encuestados son amas de casa 68.8% (41). Se identificó el grado de satisfacción global de los pacientes encuestados en cada una de las dimensiones siendo el de mayor satisfacción la empatía y seguridad, con un valor superior a 0.05 lo que indica que la brecha entre expectativa y percepción no es estadísticamente significativa. **Conclusión.** A población encuestada está representada por mujeres entre 57 y 66 años y son amas de casa con instrucción primaria. En general utilizando la prueba de Wilcoxon se observan resultados menores a 0.05 lo que refleja una diferencia significativa, entre la percepción y la expectativa de los usuarios, y un resultado mayor a 0.05 para la seguridad y la empatía lo que refleja que no hay diferencia significativa entre la expectativa y percepción de los usuarios

Palabras clave: CALIDAD DE ATENCIÓN, SATISFACCIÓN, ATENCIÓN MÉDICA

2 Abstract

Background. Quality is part of humanity, only that it was not known as it is today, nor was it evaluated with the available methods and tools. **Methodology.** A descriptive, observational, prospective cross-sectional study was carried out. The sample consisted of 60 patients, attended in the outpatient clinic. The instrument used was the Servqual Scale, applied through a survey, consisting of 44 questions. The inclusion criteria were all patients with diabetes or hypertension who gave their consent and answered the questionnaire. **Result.** Out of a total of 60 patients, 75% corresponds to the female population and the majority of primary education with 66.7%. The surveyed patients are housewives 68.8% (41). The degree of overall satisfaction of the patients surveyed in each of the dimensions was identified, with empathy and safety being the most satisfactory, with a value greater than 0.05, which indicates that the gap between expectation and perception is not statistically significant. **Conclusion.** The surveyed population is represented by women between 57 and 66 years old and they are housewives with primary education. In general, using the Wilcoxon test, results less than 0.05 are observed, reflecting that patients are satisfied with the confidence and treatment of the family physician, and a result greater than 0.05, which shows dissatisfaction with the admission services and lack of availability. of medications from the pharmacy.

Keywords: QUALITY OF ATTENTION, SATISFACTION, MEDICAL CARE

INTRODUCCIÓN

Con el aumento de la esperanza de vida, existe un incremento en la población de adultos mayores, lo que ha causado un aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, y los convierte en usuarios permanentes de los servicios sanitarios (1).

Sin embargo, debido a diversos factores que afectan a la intención de brindar una óptima calidad de atención a esta población de usuarios, tales como la propia alta demanda de pacientes y la falta de personal que cubra estas necesidades, se generan diferentes percepciones en el confort del paciente que recibe el servicio de salud. En este escenario, las políticas sanitarias no se pueden desarrollar sin tener en cuenta su opinión y sin considerar los cambios que suponen un valor agregado para la percepción de salud por parte de los pacientes. El usuario, el cliente o el ciudadano, exigen más prestaciones y de mejor calidad, el concepto de calidad, va surgiendo con más ímpetu en los diferentes campos de la gestión de asistencia sanitaria, especialmente en los servicios dirigidos a la atención de enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que es necesario evaluar periódicamente el nivel de satisfacción de los pacientes.

La calidad en los servicios de salud se ha estudiado ampliamente en la literatura desde hace más de 4 décadas, su concepto, interpretación y evaluación permanentemente sigue causando polémica y complejidad, debido a los múltiples componentes involucrados en su construcción (2).

La calidad en la atención de la salud se asocia generalmente con la calidad técnica o está a cargo del cumplimiento de las normas y el cumplimiento de las normas sanitarias. Sin embargo, también tiene que ver con la efectividad de los servicios de salud. Esto significa que la calidad es técnica cuando implica la provisión oportuna, eficiente y segura de atención médica y se percibe cuando las condiciones físicas y éticas adecuadas incluyen talento humano, medio ambiente, avances tecnológicos y desarrollos en la gestión de instituciones de

salud (3).

La calidad de atención en organizaciones de servicios ha sido interpretada de múltiples formas. Para Joseph Juran, la calidad representa aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias. Para W. Edwards Deming, el cliente es quien define la calidad final del producto y debe ser establecida para satisfacer sus necesidades y expectativas, por tanto “la calidad se define en términos de quien la valora” (2).

A. Donabedian, introduce el enfoque de estructura, proceso y resultado e interpreta la calidad como “una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso”.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan un problema de salud pública, que puede evitarse si se trabaja multisectorialmente en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y, si están presentes, deben diagnosticarse y recibir tratamiento oportuno, según el mandato constitucional, las leyes relacionadas con salud; teniendo en cuenta el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ECNT del Ecuador y su Plan de acción, donde la elaboración de normas y protocolos para el cuidado de las enfermedades crónicas no transmisibles, se enuncia como una actividad más, en línea con la acción para el manejo de los servicios de salud.

Los factores de riesgo están presentes a lo largo del ciclo de vida de la población, los modificables son (medio ambiente, dieta desequilibrada, el estilo de vida sedentario, hábitos como el tabaco y alcohol) y no modificables (edad, sexo, herencia, etnia); por tanto es necesario contar con un programa de prevención y control de las enfermedades crónicas dentro de las políticas de salud Institucional, que también pueda proporcionar las normas y protocolos clínicos y terapéuticos que faciliten la atención de calidad, en la red pública y complementaria del sistema nacional de salud del país; reorientado y fortalecido para llevar a cabo la prevención de las enfermedades, su detección temprana, diagnóstico, tratamiento y control, sin descuidar la rehabilitación.

En los últimos años, junto con el desarrollo de la calidad de vida y el desarrollo de los diferentes sistemas de salud, se hace evidente que mejorar cada día la

expectativa de vida de las personas que habitan una región en particular mejora la manera sustancial el entorno, modificando de una u otra manera las patologías ya existentes, y creando otro panorama con respecto a la situación de salud de sus habitantes. Al respecto, las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de morbimortalidad a nivel mundial, especialmente en los países poco desarrollados, donde las cifras de muertes por esta causa han aumentado.

Del mismo modo, varios estudios de epidemiología, demuestran una íntima relación entre la obesidad y las diversas patologías cardiovasculares, en particular la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus; por lo tanto, es menester realizar un control de alta calidad de estas enfermedades, que permita conseguir los objetivos del plan de salud y se refleje en la satisfacción de los pacientes.

La reorientación de los servicios de atención debe tener en cuenta la necesidad de capacitar al personal de salud, tener el perfil profesional necesario en los tres niveles de atención, una infraestructura de acuerdo con las necesidades locales, culturales, medios diagnóstico y medicamentos que permitan a los enfermos crónicos continuar con el normal desarrollo individual, familiar y social en su entorno; Con calidad y condiciones de vida satisfactorias en el campo del buen vivir y los profesionales de la salud el cumplen con los estándares y protocolos que garanticen una buena calidad de atención.

De esta manera la implementación de estándares y protocolos, así como su cumplimiento dentro del Modelo de Atención de Salud, enfatizará las estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas a lo largo del ciclo de vida de la población, evitando complicaciones de salud y los altos costos para ambos el individuo, su familia y el impacto económico del país, cuyas consecuencias se traducen en discapacidades, días perdidos de trabajo, menor producción y mayor generación de pobreza.

La calidad de los servicios prestados en Atención Primaria de la Salud, (APS), está fuertemente vinculada a la aplicación de la ciencia, tecnología y relación interpersonal entre el médico y el paciente. También está influenciado por las

características del entorno o infraestructura en donde se llevan a cabo acciones de salud. Sin embargo, específicamente en la Atención Primaria de la Salud, los aspectos a considerar en la evaluación podrían alinearse en dos grandes dimensiones: las características propias de la APS y aspectos derivados de ella. La Atención Primaria de Salud (APS) es el primer punto de contacto o acceso de la población con servicios de salud, servicios que se brindan de manera permanente e integrada, en coordinación con otros servicios y atención orientada al paciente, sus familias y la comunidad. . Por lo tanto, en términos generales, se podría decir que el objetivo de la atención primaria de salud tiene como eje la prestación de servicios de salud de calidad, acceso integrado y facilitado, brindado por profesionales que abordan una amplia gama de necesidades de la población, que se desarrolla en el relación con los pacientes, familia y comunidad; y que trabaja para reducir las desigualdades existentes en el nivel de salud entre grupos específicos de la población ofreciendo atención de calidad.

Por lo tanto, la atención primaria de salud representa un elemento esencial en la prestación de servicios dentro del sistema de salud, con la característica de atender a pacientes sin condiciones y pacientes. Para esto, es muy importante contar con los datos o la información sobre las características de la población para avanzar en el conocimiento de los servicios que deben ofrecerse y que se adapten mejor a las necesidades de dicha población.

En el presente trabajo, se muestra la evaluación realizada a la calidad de la atención en salud a los pacientes con enfermedades crónicas atendidos en el consultorio de Medicina Familiar y Comunitaria, para lo cual se han relacionado las características de calidad (pertinencia, oportunidad, continuidad, seguridad, accesibilidad) y el grado de satisfacción que tienen los pacientes en cuanto a la calidad de la atención en el nivel primario, para eliminar las brechas encontradas entre la calidad esperada y los resultados obtenidos.

7 EL PROBLEMA

7.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

“Garantizar una adecuada calidad de atención al usuario es un requisito fundamental de toda institución, orientado a otorgar satisfacción y seguridad, minimizando los riesgos en la prestación de los servicios”

Considerando que en el Distrito de salud 09D19, hasta el momento no se ha realizado un estudio que permita determinar la calidad de atención prestada en los centros de salud, es prioritario conocer el nivel de satisfacción del paciente, fundamentalmente aquellos dispensarizados con ECNT. Debido a que son los pacientes que regularmente acuden a la atención primaria por las consultas de control y entregas de medicamentos.

7.2 Formulación

¿Cuál es la percepción de la calidad de la atención primaria, de los pacientes con enfermedades crónicas que se atienden en los consultorios de medicina familiar del centro de salud Anidado de Daule.?

8 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

8.1 General

Evaluar la satisfacción con la atención de los servicios de salud de los pacientes diabéticos e hipertensos de los consultorios 3 y 4 de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud anidado de Daule. Año 2018.

8.2 Específicos

- 1.- Caracterizar según variables sociodemográficas y clínicas a la población de estudio.
- 2.- Determinar la satisfacción con la atención para la fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta, empatía y aspectos tangibles, en los pacientes diabéticos e hipertensos.
- 3.- Determinar el grado de satisfacción global en la atención en salud de la población de estudio

9 MARCO TEÓRICO

9.1 Satisfacción del usuario

La lealtad del consumidor es una parte fundamental para desarrollar la habilidad de las asociaciones y se logra simplemente reconociendo sus requisitos y deseos, y además, comprende qué variables de calidad son las más pertinentes para cumplirlas.

Teniendo en cuenta estos componentes, como una etapa inicial para la investigación y estimación de la dimensión de la administración, la sustancia puede adquirir una crítica esencial para establecer diseños de mejora, identificados con el usuario externo, asegurando un nivel específico de satisfacción de sus clientes con la administración y los productos que se les ofrecen.

Las instituciones de bienestar no deben alejarse de la motivación detrás de la inclinación hacia la satisfacción del paciente, ya que este es el objetivo más imperativo de las asociaciones. Esto se muestra como una opción práctica y poderosa para mejorar el camino hacia el restablecimiento del bienestar de un paciente, haciendo que funcione en una condición maravillosa, limpia y suficiente, desde la perspectiva del confort. El auge de la naturaleza de las administraciones y del cumplimiento de la población, incorporado en las Pautas de Políticas de Salud, se moldeará de alguna manera u otra por la mejora de los estados de vida materiales y de otro mundo de los dos segmentos humanos del marco; que participan de forma fiable en una doble condición: proveedores de administraciones nacionales y pacientes.

Para lograr este cumplimiento, es excepcionalmente valioso examinar los segmentos de la administración en los enfoques de seguridad social, que brindan una visión progresivamente inequívoca y ayudan a decidir la verdadera circunstancia en la que se encuentra la institución; con respecto a la administración dada, ya que hacen que sea concebible evaluar o cuantificar la naturaleza de la administración. Pueden caracterizarse por la naturaleza multifacética de la administración, los deseos y la visión de los clientes, y

mediante la verificación del equivalente, se pueden indicar los diseños de actividades para elevar la dimensión de la ayuda ofrecida y, en este sentido, mejorar la entrega de servicios sanitarios.

Estos componentes podrán ser implementados a partir del uso de indicadores propios del sistema de salud, que posibiliten el establecimiento de los niveles de referencia de cada uno de estos, para así poder emitir criterios acerca del estado actual de la organización. A nivel internacional, la búsqueda de indicadores para el seguimiento y evaluación de los servicios, el mejoramiento continuo y la gestión de las organizaciones de salud, pasaron de ser requisitos para el logro de los certificados de calidad y se han convertido en factores de diferenciación competitiva, e incluso de supervivencia empresarial (4).

Evaluar la calidad de un servicio de atención desde la perspectiva de los usuarios es cada vez más utilizado, ya que existe la certeza de que son ellos quienes pueden monitorizar y finalmente calificar los diferentes aspectos que influyeron en su atención, en el área de la salud esto cobra aún más importancia ya que se ha demostrado que los pacientes satisfechos son quienes siguen más efectivamente las recomendaciones médicas y por tanto quienes muestran una mejora en su salud de forma más rápida y duradera (5).

La naturaleza de la calidad de atención en las asociaciones de servicios sanitarios se ha descifrado de varias maneras. Para Joseph Juran, la calidad habla de "aquellos atributos que reaccionan a las necesidades del cliente y la no aparición de carencias". Para W. Edwards Deming, "el cliente es la persona que califica un producto o atención y este debe ofrecerse de tal manera que logre satisfacer sus necesidades y deseos", de esta manera "la calidad se caracteriza en cuanto a quién la considera". A. Donabedian, presenta el enfoque de la estructura, el proceso y el resultado y descifra la calidad como "un ajuste preciso de la consideración con respecto a las necesidades específicas de cada caso". El origen del valor como lo indica Gronross C., requiere una conexión funcional entre el comprador y el proveedor.

Un usuario satisfecho, que comunica un juicio de estima individual y emocional, es el ángulo clave en la definición y evaluación de valor, y es el indicador más ampliamente utilizado para examinar la naturaleza de la consideración en los servicios de salud y su estimación se comunica en las dimensiones de satisfacción del cliente.

Una característica fundamental de la calidad en los servicios, reconocida por muchos autores es su carácter multidimensional, aunque sin consenso respecto a las dimensiones que deben ser parte de su constructo. La encuesta SERVQUAL diseñada por Parasuraman, por su validez y confiabilidad, es la herramienta multidimensional más aceptada y utilizada para medir la calidad de atención en empresas de servicios (6).

El significado de valor en los servicios de salud, definitivamente no es una idea estática o global, hay conceptualizaciones que mejoran el término dependiendo de los componentes que se han incluido después de algún tiempo. Se muestran algunas ideas de calidad que se han utilizado en la industria y cómo algunas de ellas han dado origen a las utilizadas en las instituciones sanitarias. Por fin, se muestran ideas expresas de valor en servicios médicos, desde puntos de vista alternativos y pensando en varios segmentos. Llama la atención que la calidad sea un término que ha sido reconocido por varias sociedades en momentos históricos diseminados en el transcurso del tiempo, pero no es sino hace 30, tal vez 35 años que termina siendo importante en lo que respecta al bienestar sanitario. Por ejemplo, en las temporadas de los señores y faraones hubo disputas y parámetros para evaluar la calidad, la confirmación de esto se encuentra en el Código de Hammurabi (1752 aC), se expresa que "si un albañil ensambla una casa para un hombre, y su trabajo no es sólido y la casa se desmorona causando el fallecimiento a su propietario, el artesano será condenado a muerte". Los fenicios, por otra parte, castigaban a las personas que hacían productos defectuosos, y cortaban la mano de este fabricante, reconocieron o descartaron los artículos basándose de si siguieron los detalles acordados. Numerosos artículos, fueron valiosos e implementaron las determinaciones legislativas.

Alrededor del año 1450 a. C., inspectores egipcios verificaron las medidas de bloques piedra con un pedazo de cuerda. Los mayas además utilizaron esta estrategia. Esta cultura, como la gran mayoría de los antiguos avances humanos, dio un significado extraordinario a la justicia y la equidad en los negocios y a las técnicas para resolver las protestas, a pesar del hecho de que en algunos eventos, esto sugería sentenciar al individuo a ser atormentado mutilado e incluso sometido a muerte.

El concepto de calidad es parte de la humanidad, solo que no se conocía como hoy, ni se evaluó con las técnicas e instrumentos con los que se cuenta hoy en día. La calidad era una parte de los acuerdos en los comercios y negocios y para satisfacerla, la palabra era garantía del cumplimiento; Era una responsabilidad, entre hombres nobles, entre proveedores y clientes. A pesar de que se estableció en la época de la artesanía en la que se planeó ofrecer a los compradores la mejor calidad de la mercancía, fue hasta el siglo XVIII cuando tomó el matiz formal con que la conocemos hoy, especialmente con la aparición de los negocios y con la construcción abundante de inmuebles, en la época de la revolución de la industria.

El impulso de la teoría de calidad en la atención sanitaria comenzó poco después de su inicio en los Estados Unidos y en algunas naciones europeas. Para algunos investigadores del tema, el Dr. Avedis Donabedian fue el pionero que verdaderamente se ocupó de examinar y estimar la calidad en de las instituciones sanitarias en los Estados Unidos y casi en paralelo y con la ayuda de él, en México, una corriente iniciada por el Dr. Enrique Ruelas Barajas en el Instituto Nacional de Salud Pública durante los años 80. Fue en 1984, cuando comenzó formalmente la investigación sobre la calidad en el Centro de Investigación de Salud Pública con un programa de afirmación de la calidad en el Instituto Nacional de Perinatología para la consideración perinatal en México.

Una ocasión que promovió más la mejora de la investigación y la educación avanzada en ese lugar fue la creación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, por sus siglas en inglés) en 1987. Las investigaciones sobre calidad de

la consideración que se estaban produciendo en ese punto, se mantienen en congruencia y se unen nuevas empresas. Hasta la fecha, es una de las instituciones con un número considerable de investigaciones y publicaciones en la calidad de los servicios sanitarios.

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la calidad como “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite” (7).

Sin lugar a dudas, la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, JCAHCO) de los Estados Unidos, es una institución de gran prestigio en el campo y define la calidad de la atención de una manera muy simple: "Haga lo correcto y hágalo bien". . Además, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, define la calidad de la atención como: "el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los servicios de salud como un conocimiento científico".

Actualmente no es concebible pensar en salud sin asociar de manera simultánea, el término de calidad. La pregunta natural es... ¿qué es calidad en los servicios de salud? A lo largo de la historia el término calidad ha sufrido numerosos cambios que acompañan los conceptos y los momentos históricos en los que se ha estudiado. No existe un concepto universal de calidad, sin embargo una de las definiciones más claras y sencillas es la que describe que es la capacidad para que un servicio consiga el objetivo establecido al más bajo costo posible. Esta es la definición de calidad de Phil Crosby; es la más sencilla y que en pocas palabras engloba un gran contenido (ajustarse a las especificaciones o conformidad de unos requisitos). Hay otras definiciones que deben tenerse presentes; la de W. E. Deming que la define en términos breves como el grado perceptible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del cliente. Como puede observarse, es menos idónea para aplicar a los servicios de salud. La definición de Feigenbaum, señala que todas las características del producto y servicio provenientes de Mercadeo,

Ingeniería Manufactura y Mantenimiento que estén relacionadas directamente con las necesidades del cliente, son consideradas calidad.

Un experto contemporáneo en materia de calidad es Joseph Jurán sin embargo, sus definiciones son mucho más orientadas a los atributos de los productos, no tanto a los servicios, por ello, para Jurán la calidad es que el bien esté en forma para su uso, desde el punto de vista estructural y sensorial; orientado en el tiempo, con base en parámetros de calidad de diseño, calidad de cumplimiento, de habilidad, seguridad del producto y servicio en el campo. Debe satisfacer las necesidades del cliente, es decir, la calidad es aptitud para el uso.

Otra definición que anotamos, simplemente para no omitirla, es la de la Real academia Española que define la calidad como la Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, peor o mejor que las restantes de su especie. Por su parte la Sociedad Americana para el Control de Calidad (A.S.Q.C.) define la calidad como el “Conjunto de características de un producto, servicio o proceso que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”.

El Dr. Germán Fajardo Dolci define la calidad partiendo de lo que el paciente espera de una adecuada atención médica, conformando el concepto como “Recibir atención médica con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos que permita satisfacer las necesidades de salud y las expectativas a un costo razonable”. El Dr. Héctor Aguirre Gas ha vinculado el término, de manera destacada a las expectativas de los pacientes, por ello, su definición de calidad en la atención a la salud es: “otorgar atención médica al paciente, con a) oportunidad, b) competencia profesional, c) seguridad y d) respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus i) necesidades de salud y sus ii) expectativas”. Se puede identificar que este concepto incluye cuatro elementos del proceso (a, b, c, d) y dos de los resultados (i, ii); la estructura no se menciona en la definición pues se considera que es responsabilidad primaria de la institución, teniendo en cuenta que una estructura adecuada permite una atención de calidad, pero no la garantiza.

Cuando la definición de calidad la llevamos a la atención médica, es decir, al

terreno de la salud, entonces debemos elegir el concepto que mejor se aplique al servicio de atención a la salud. Partamos de la definición de Crosby: debemos asegurarnos que cada paciente reciba lo establecido para su correcta atención, incluyendo los servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para lo que motivó su consulta médica o internamiento; sin menoscabo de optimizar los costos de atención.

En este orden de ideas: ¿cómo podemos identificar qué es lo establecido para la correcta atención? La respuesta debe ser muy concreta; lo establecido en la atención médica se refiere a aplicar o instrumentar las mejores prácticas, universalmente aceptadas por los gremios de especialistas reconocidos por sus órganos colegiados e instituciones académicas de prestigio, tanto para el diagnóstico y tratamiento como para la rehabilitación de un paciente con un padecimiento específico. Es decir, que cada paciente que ingrese a un consultorio u hospital, se incorpore a un protocolo de atención médica avalado por las autoridades, en apego a lo establecido por las Academias, Asociaciones, Colegios Médicos, Consejos etc. que a su vez incorporan las mejores prácticas de lo que se constata y publica en el mundo. No perdamos de vista que el objetivo no es la calidad per se como elemento discursivo de un proceso administrativo; es lograr el mejor resultado en la recuperación de la salud con el menor riesgo posible de complicaciones o efectos iatrogénicos, con la mejor relación costo beneficio y la mayor satisfacción del paciente (8).

(Zeithaml A., Valerie; Parasuraman, A.; Berry, Leonard L., 1988), define la calidad del servicio como la diferencia que existe entre percepciones reales por parte de los usuarios del servicio y las expectativas que sobre éste se habían formado previamente, de esta forma el usuario valorará negativamente o positivamente la calidad de un servicio en el que las percepciones que ha obtenido sean inferiores o superiores a sus expectativas.

El cuestionario está constituido por una escala de respuestas múltiples diseñada para comprender las expectativas y percepciones de los usuarios respecto a la calidad del servicio de acuerdo a cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles (9). Esta investigación se realizará en el año 2018, a los pacientes con enfermedades crónicas atendidos en el centro de salud de Daule.

Definiciones de calidad en el campo sanitario:

Existen muchas definiciones para la calidad de los servicios de salud. Tantos, que no hay un solo concepto. Cada actor involucrado en el proceso de calidad tendrá una idea diferente y cada uno de ellos dará mayor relevancia a los conceptos que más valoran.

Por lo tanto, para el paciente, por ejemplo, las características como la atención cálida y rápida, las instalaciones del hospital o la clínica, la reputación de los médicos y la imagen de la institución son atributos que determinan el valor de la calidad.

Para el proveedor de servicios sanitarios, sin reducir la importancia de lo anterior, la valoración de calidad depende de las perspectivas que podríamos llamar científica, especializada e innovadora asociadas con el procedimiento, por ejemplo, la experiencia de los especialistas y la innovación tecnológica accesible.

Para las personas que pagan por un servicio sanitario, la relación entre la inversión monetaria para recibir atención sanitaria y el resultado que lo mantiene alejado de la enfermedad o que le permite recuperar su bienestar es la marca registrada que generalmente se valora.

Estos conceptos sirven para demostrar cómo la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos que se forman desde cada punto de vista y son valorados de manera diferente según el rol que cumplen en el proceso.

Por el lado de los entendidos en este rubro, como Avedis Donabedian de la Universidad de Michigan, considerado padre de la calidad de la atención en salud, define a la calidad en salud como: "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención".

Para su análisis Donabedian propone tres puntos de vista diferentes según quién la define:

Calidad absoluta: es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-

técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.

Calidad individualizada: desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y los riesgos que existen. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.

Calidad social: desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad (10). Por su parte la Organización Mundial de Salud (OMS) define: "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

En España, el Sistema Nacional de Salud, considera la definición de la Doctora Palmer, la cual define la calidad como "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario".

Teniendo en cuenta la cantidad de definiciones existentes, se concluye que no es posible elegir una y aplicarla de forma universal. Se considera tomar aquella definición que más se adecue a las circunstancias y de acuerdo a cada realidad.

A pesar que la calidad en los servicios de salud ha sido un tema ampliamente tratado en la literatura desde hace más de cuarenta años, su definición, interpretación y evaluación continua siendo polémica y compleja, debido a los múltiples factores involucrados en su constructo.

La satisfacción de los usuarios externos, que expresa un juicio de valor individual y subjetivo, es el aspecto clave en la definición y valoración de la

calidad, y es el indicador más usado para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud y su medición se expresa en los niveles de satisfacción del usuario.

Una característica fundamental de la calidad en los servicios, reconocida por muchos autores es su carácter multidimensional, aunque sin consenso respecto a las dimensiones que deben ser parte de su constructo. La encuesta SERVQUAL diseñada por Parasuraman, por su validez y confiabilidad, es la herramienta multidimensional más aceptada y utilizada para medir la calidad de atención en empresas de servicios.

Babakus y Mangold, validaron un nuevo constructo del SERVQUAL para hospitales. En nuestro medio, la encuesta SERVQUAL ha sido ampliamente utilizada, en diferentes servicios de salud aunque con resultados contradictorios, debido a que los estudios que aplicaron la encuesta con modificaciones en contenido y constructo, no demuestran en su metodología el proceso de validación del nuevo constructo.

Las encuestas de satisfacción de usuarios externos, requieren de una serie de propiedades psicométricas que garanticen su fiabilidad y validez, por lo tanto, es necesario contar con encuestas validadas, confiables y de fácil aplicación para medir el nivel de satisfacción e identificar las principales causas de insatisfacción de los usuarios externos en servicios de salud y que permitan implementar acciones de mejoras.

En la revisión, se destacan el modelo de calidad de servicio (SERVQUAL) propuesto por Parasuraman, Zethaml y Berry, cuyo propósito de evaluación de la calidad de los servicios contempla cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles. Este instrumento contrasta lo que el usuario espera del servicio al que consulta con lo percibe de este.

Cabe mencionar que el SERVQUAL fue validado por primera vez en Latinoamérica en 1992 por Michelsen Consulting y el Instituto Latinoamericano de Calidad en los servicios. Si bien fue creado para ser aplicado por empresas, este modelo se suele aplicar en el sector salud, ya que destaca cuatro discrepancias —1) entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos, 2) entre las percepciones de los directivos y las

especificaciones de las normas de calidad, 3) entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación de este y 4) entre la prestación del servicio y la comunicación externa— y una deficiencia —percibida por el usuario en la calidad de los servicios.

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes".

Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de como se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

9.1.1 Componentes de la calidad asistencial

Para Donabedian, existen tres componentes a considerar en la atención sanitaria. El segmento técnico, que es el uso de la ciencia y la tecnología en la atención y manejo de los problemas de salud de los usuarios, es el que produce

la ventaja más extrema evitando al máximo los riesgos. El segundo componente es el segmento que comprende la parte relacional, que depende de la propuesta de que la conexión entre los individuos debe perseguir los estándares sociales y las cualidades que supervisan la comunicación de las personas en general. Estos modelos son cambiados en cierta medida por las directivas morales de los expertos y los deseos y anhelos de cada individuo. Por último, la tercera parte son las perspectivas de bienestar, que son cada uno de los componentes de la condición del cliente que dan una atención cada vez más agradable.

A partir de la investigación de varios creadores han planteado algunas dimensiones de la calidad, siendo la mejor clasificación la propuesta por H. Palmer, que incorpora:

- Efectividad: Capacidad de un método o tratamiento específico en su aplicación genuina para adquirir los objetivos propuestos.
- Eficiencia: La disposición de unidades de atención sanitarias comparada con los materiales utilizados en cada una de ellas.
- Accesibilidad: facilidad con la que se puede obtener ayuda a pesar de obstáculos financieros autorizados y sociales.
- Aceptabilidad: Grado de satisfacción de los clientes en lo que respecta a la atención.
- Competencia profesional: capacidad profesional para ofrecer la mejor utilización de sus conocimientos para brindar atención y satisfacción a los clientes.

Una discusión permanente es la de si el costo monetario de un servicio de salud debe formar parte de la evaluación de calidad. Para algunos autores es imprescindible, mientras que para otros no debe relacionarse el costo del servicio con la calidad de atención.

9.1.2 Calidad de atención en las enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el

cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad (11).

El modelo de atención de salud actual no ha resultado eficaz para la prevención y el tratamiento de las afecciones crónicas. Los programas exitosos contra las enfermedades crónicas requieren un abordaje intersectorial y una reorientación del sistema de atención de salud. Es necesario mejorar la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios y el acceso a los medicamentos esenciales, además de tener equipos de salud multidisciplinarios con la combinación apropiada de aptitudes para la prestación de servicios. Hay que focalizarse en la calidad de atención para reducir las barreras relacionadas con los factores sociales, económicos y culturales y para mejorar la protección social de la salud, en particular entre las poblaciones vulnerables.

Para enfrentarse con estos retos, el plan de acción de la OPS considera que la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas requieren la integración a través de referencias y relaciones fortalecidas entre los niveles de atención de salud primaria, secundaria y terciaria. Es necesario cruzar todo el panorama del manejo de enfermedades—desde la prevención hasta el tamizaje y la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, el autocuidado, la rehabilitación y los cuidados paliativos (12).

Para esto se incorporan las construcciones del modelo de atención de enfermedades crónicas¹ en el objetivo para el manejo de enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, con la meta de mejorar los resultados en cinco áreas principales:

- Un método coherente del mejoramiento de sistemas.
 - El desarrollo de y la adhesión a las directrices.
 - El apoyo al autocuidado de las personas con enfermedades crónicas.
 - Mejores sistemas clínicos de información.
 - Una combinación apropiada de aptitudes y mejor competencia técnica de parte del personal de salud, incluidas la competencia cultural y la sensibilidad.
- Este plan también considera la cooperación técnica para programas contra las enfermedades crónicas en los países, la reorientación de los servicios de salud

hacia las enfermedades crónicas y mejor acceso a los medicamentos esenciales y a las tecnologías.

La estrategia de la OPS reconoce la necesidad expresada para un abordaje renovado para la atención primaria de salud y para el nivel más alto de salud para todos que sea alcanzable, tal como es recalado en la Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones para la Atención Primaria de Salud (promulgado en el 46.o Consejo Directivo). También se refleja este concepto en la Resolución CD45.R7: El acceso a los Medicamentos, que prioriza el acceso a la medicina y otros suministros de salud (12).

Desde la reforma constitucional en el año 2008 y el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, (MAIS-FC) incorporando la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), como eje primordial del proceso de transformación del sector salud, su organización e implementación responde a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que tienen como consecuencia cambios en el perfil demográfico y epidemiológico.

Además se crea la necesidad de superar las brechas existentes en el acceso a servicios de salud; consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primero, segundo y tercer nivel de atención (13).

En Ecuador a través del Decreto 703, del 25 de junio de 2015, se crea la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada-ACCESS, como instancia especializada, para promover y controlar la calidad de servicios públicos y privados de salud, y para proporcionar a los usuarios del Sistema Nacional de Salud y a profesionales de salud una instancia técnica conformada por expertos para evaluar casos de atención médica que hayan tenido resultados negativos o en los que se hayan cometido presuntos errores en la atención.

La Agencia de aseguramiento de la calidad de los servicios de salud y medicina prepagada trabaja con los servicios de salud públicos y privados, la medicina prepagada y el personal de salud. Su directorio está compuesto por la ministra de Salud, el secretario o la secretaria nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, y un delegado del Presidente de la República.

La agencia asegura que la tarea de promoción y control de la calidad y el análisis de casos cuente con una instancia autónoma, que desarrolla los siguientes enfoques:

a) Desarrollo de una cultura de calidad: con una visión de mejoramiento continuo, no punitiva, asesorando la mejora de los servicios de salud y promoviendo la capacitación de profesionales de la salud.

b) Control de la calidad de los servicios: con normativa construida participativamente, eliminando subjetividad en los controles y realizando evaluación externalizada a través de organizaciones independientes, competentes y transparentes, en relación directa con el desarrollo de la cultura de calidad.

c) Respaldo a los usuarios y usuarias del sistema y a la gestión de profesionales de la salud: habiéndose identificado, conjuntamente con representantes gremiales, la necesidad de una instancia especializada de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, se crea el ACESS como instancia de análisis y conciliación de quejas y reclamos, generando una vía técnica, distinta a la judicialización de casos y propiciando la evaluación por pares.

d) Asegurar el adecuado funcionamiento de los servicios de salud: con emisión de habilitaciones, certificaciones y acreditaciones sanitarias con enfoque de fortalecer la calidad de los servicios y la simplificación de trámites, y asesoría a profesionales y establecimientos prestadores de servicios de salud (14).

9.2 Hipertensión arterial

9.2.1 Definición

La hipertensión arterial se define como una elevación mantenida de la presión arterial por encima de límites establecidos, que constituye un importante factor de riesgo cardiovascular para la población en general.

Luego de la última sesión científica AHA 2017 se considera valores de tensión arterial normal: <120/<80 mmHg, y se establecieron nuevos valores límites para definir el concepto de hipertensión arterial como:

- Tensión arterial elevada TAS >120 – 129 mmHg TAD < 80 mmHg

- Hipertensión estadio I: TAS 130- 139 mmHg TAD 80 – 89 mmHg
 - Hipertensión estadio II: TAS >140 mmHg TAD > 90 mmHg
- Por lo tanto el nuevo límite para ser hipertenso es tener > 130 / 80 mmHg.

9.2.2 Fisiopatología

La patogenia de la hipertensión esencial es multifactorial y altamente compleja. El riñón es tanto el órgano contribuyente como el órgano diana de los procesos hipertensivos, y la enfermedad implica la interacción de múltiples sistemas orgánicos y numerosos mecanismos de vías independientes o interdependientes (15).

Una de las formas más sencillas de entender los mecanismos por los que se afecta la presión arterial es a través de la ley de OHM que refiere que la dinámica de fluidos depende de la ecuación presión = flujo x resistencia, con lo cual podemos relacionar el flujo sanguíneo como dependiente del gasto cardíaco y la volemia mientras que la resistencia está determinada principalmente por el estado contráctil de las pequeñas arterias y arteriolas de todo el organismo. Estos componentes de la presión arterial se encuentran sometidos a un conjunto de mecanismos reguladores y cada uno de ellos es un potencial objetivo terapéutico en la HTA. Cuando se presenta una elevación sostenida de la presión arterial es porque se ha afectado uno o más de los mecanismos reguladores, así como de uno o múltiples sistemas fisiológicos, los que a través de vías finales comunes dan origen a la HTA.

Los principales mecanismos patogénicos de la HTA son:

- Aumento de la resistencia periférica
- Defecto renal de la excreción de sodio.
- Defecto del transporte de sodio a través de las membranas celulares

9.2.3 Clínica de la hipertensión.

El diagnóstico de la HAS se basa principalmente en la toma de la presión arterial. La HAS tiene un curso asintomático en los estadios primarios, por lo que hay un número significativo de pacientes no diagnosticados. Se debe contar con profesionales de la salud debidamente capacitados para la toma adecuada de la presión arterial en forma sistemática a todos los pacientes que

acuden al primer nivel de atención, en lugares de concentración o en los sitios de trabajo.

9.2.4 Estrategia de tratamiento

9.2.4.1 Prevención primaria

La prevención primaria esencial tiene dos componentes: el primero dirigido para el público en general y el segundo, con un alto riesgo pero sin HAS. El procedimiento es comparable en ambos casos, sin embargo, se debe prestar más atención en los pacientes con en pacientes que tienen asociados factores de riesgo, en su mayoría familiares con hipertensión, enfermedad coronaria isquémica, enfermedad cerebrovascular y diabetes.

El enfoque de la prevención primaria consiste en fortalecer el conocimiento, las habilidades y los estados de ánimo de las personas para que se interesen de manera adecuada en su propio cuidado y seleccionen estilos de vida saludables, fomentando el logro y la protección de una condición satisfactoria de la persona, la familia y su comunidad. Obtener salud a través de ejercicios, de participación social, comunicación educativa y brindar conocimiento acerca de salud.

Por esto es de suma importancia la función del médico familiar y otros profesionales de la salud como nutriólogos, trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos y medicina deportiva que unan sus esfuerzos en la organización de actividades de promoción de la salud.

Estilo de vida

El estudio CARDIOTENS realizado en España reveló que la falta de control de la PA se asocia a factores relacionados con el estilo de vida y la alimentación, específicamente, la obesidad y el tabaquismo, siendo este control la piedra angular del tratamiento de la hipertensión arterial. Se recomienda incluir en la dieta, un consumo de sal no mayor a 5 g (R-I), disminuyendo progresivamente hasta 3 g al día, lo que proporciona efectos benéficos a largo plazo (16).

Control de peso: por cada 10 kg de peso arriba del peso ideal, la presión sistólica se incrementa 2 a 3 mm Hg y la diastólica 1 a 2 mm Hg. Mantener el índice de masa corporal de 20 a 25 puede prevenir la elevación de la tensión arterial o disminuir la dosis de medicamento en los pacientes hipertensos.

Consumo de alcohol: su reducción disminuye 3 a 4 mm Hg la tensión arterial, por lo que el objetivo es limitar la ingesta a 60 ml de etanol en el hombre y 30 ml en la mujer (dos copas en los hombres y una en las mujeres).

Tabaquismo: por tratarse de un riesgo cardiovascular mayor deberá evitarse o suprimirse el hábito tabáquico con el apoyo de grupos, clínicas de tabaquismo y ayuda profesional.

Alimentación: una dieta saludable y baja en grasas tiende a disminuir el peso y la tensión arterial hasta 5 a 6 mm Hg, por lo que debe promoverse esta medidas para garantizar una adecuada ingesta de potasio, magnesio y calcio, con el consumo de frutas, verduras y leguminosas. El consumo excesivo de café (más de cinco tazas al día) incrementa 1 o 2 mm Hg la presión arterial en pacientes hipertensos y sanos.

Actividad física diaria: se recomienda realizar por lo menos de 90 a 150 minutos de ejercicios de resistencia aeróbica y / o dinámica por semana y / o tres sesiones de ejercicios de resistencia isométrica por semana (17).

9.2.4.2 Prevención secundaria

Se denomina prevención secundaria al conjunto de acciones para reducir el riesgo de desarrollar complicaciones por hipertensión arterial. Se caracteriza por que los médicos de primer nivel incluyen en el estudio del paciente, además del estudio clínico, las siguientes pruebas: laboratorio, química sanguínea (azoados, glucosa, electrolitos y perfil de lípidos) y examen general de orina para detectar microalbuminuria, electrocardiograma y radiografía de tórax. Estos mismos exámenes se solicitan en la etapa de seguimiento, con la periodicidad que sea necesaria, tomando en cuenta la situación clínica.

Las alteraciones encontradas servirán para valorar el estadio en el que se encuentra el paciente, la mejoría durante el tratamiento, y para identificar a los pacientes que serán enviados al segundo y tercer nivel de atención médica. En términos generales, los pacientes con hipertensión arterial deben ser manejados en el primer nivel de atención médica. Los criterios de referencia para el segundo nivel son los siguientes:

- a) Para apoyo diagnóstico en los pacientes que ameriten algún auxiliar de laboratorio o gabinete que no esté disponible en la unidad de primer nivel.
- b) Todos los pacientes con hipertensión arterial secundaria (feocromocitoma,

aldosteronismo, coartación de aorta, apnea del sueño, etcétera).

c) Hipertensión arterial asociada con el embarazo.

d) Pacientes con síntomas de hipertensión (ángor hemodinámico, síndrome vasoespástico) a pesar de tratamiento óptimo (tres medicamentos a dosis máxima).

9.2.4.3 Tratamiento farmacológico

El beneficio del tratamiento farmacológico para la reducción de la PA se relaciona con el riesgo de ECV aterosclerótica (ASCVD). Se recomienda el uso de medicamentos para disminuir la PA para la prevención secundaria de eventos CVD recurrentes en pacientes con CVD clínica y una PAS promedio ≥ 130 mm Hg o una PAD ≥ 80 mm Hg, o para la prevención primaria en adultos sin antecedentes de ECV pero con un riesgo estimado de ASCVD a 10 años de $\geq 10\%$ y PAS ≥ 130 mm Hg o PAD ≥ 80 mm Hg (18).

El tratamiento debe iniciarse con un solo fármaco y debe ajustarse la dosis completa para lograr el objetivo de reducción de la presión arterial. Sabemos que solo 20 a 30 % de la población hipertensa logra controlar su tensión arterial nada más con un medicamento. La mayoría de los pacientes lo hace con dos o tres medicamentos. La combinación de ellos está orientada a las características clínicas y a la comorbilidad del paciente hipertenso.

Los diuréticos tiazídicos, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS) y los bloqueadores de los canales de calcio pueden prescribirse como antihipertensivos de primera línea en pacientes sin diabetes o insuficiencia renal crónica.

Los diuréticos tiazídicos (por ejemplo, clortalidona 12.5-50 mg/día o hidroclorotiazida 12.5-50 mg/día) son los medicamentos más prescritos como primera línea en pacientes hipertensos por sus beneficios probados a través de años de investigación clínica. Los diuréticos tiazídicos reducen de manera significativa la mortalidad (riesgo relativo de 0.89 [IC 95%, 0.83 a 0.96, $p < 0.01$]; $I_2 = 0\%$, NNT 83), la incidencia de evento vascular cerebral (riesgo relativo de 0.63 [IC 95%, 0.57 a 0.71, $p < 0.01$]; $I_2 = 28\%$, NNT 51) y todos los eventos cardiovasculares adversos (riesgo relativo de 0.70 [IC 95%, 0.66 a

0.76, $p < 0.01$]; $I^2 = 9\%$) cuando se comparan con placebo (19).

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS, por ejemplo, enalapril 5-20 mg/12-24 horas o lisinopril 10-40 mg/día) y los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II, por ejemplo, losartan 50-100 mg/12-24 horas o valsartan 40-320 mg/día) pueden prescribirse también como antihipertensivos de primera línea en la población general (excepto en afroamericanos).

Antihipertensivos combinados a dosis fijas en la población general:

La administración de dos antihipertensivos combinados a dosis fijas se asocia con mejoría significativa en el apego al tratamiento ($p = 0.02$) (19). Los antihipertensivos combinados a dosis fijas se asocian con disminución no significativa en el número de efectos adversos cuando se comparan con monoterapia (razón de momios de 0.80 [IC 95%, 0.58 a 1.11, $p = 0.19$]; $I^2 = 0\%$). Una de las ventajas de iniciar antihipertensivos combinados a dosis fijas es obtener una pronta respuesta en las cifras de presión arterial con el consecuente aumento en la probabilidad de llegar a la meta de presión arterial en pacientes con elevaciones tensionales significativas. Además, es más probable el apego al tratamiento con esta estrategia.

Con base en la opinión de expertos, puede optarse por el inicio de antihipertensivos combinados a dosis fijas en pacientes con presión arterial sistólica > 160 mmHg, presión arterial diastólica > 100 mmHg, o ambas, o si la presión arterial sistólica es > 20 mmHg por encima de la meta de presión arterial.

Los antihipertensivos combinados a dosis fijas con un IECA + amlodipino (por ejemplo, enalapril/amlodipino 5/10 mg/día) ofrecen mayor protección cardiovascular que los antihipertensivos combinados a dosis fijas con beta-bloqueadores + tiazidas y los antihipertensivos combinados a dosis fijas con IECAS + tiazidas.

Medicamentos antihipertensivos en pacientes con diabetes o insuficiencia renal crónica

Los IECAS y ARA-II son los medicamentos de primera línea en pacientes con diabetes o insuficiencia renal crónica. El tratamiento con inhibidores de la

enzima convertidora de angiotensina es la única opción realmente efectiva en evitar el aumento en la creatinina sérica en pacientes con diabetes mellitus (razón de momios de 0.58 [IC 95%, 0.32 a 0.90]).

Un IECA + un bloqueador de los canales de calcio (por ejemplo, enalapril/amlodipino 5/10 mg/día) parece ser la mejor combinación para reducir la mortalidad en pacientes con diabetes mellitus.

Medicamentos antihipertensivos en pacientes con enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, o ambas

Se debe prescribir un IECA o un ARA-II + un betabloqueador (por ejemplo, atenolol 25-100 mg/ día) en pacientes con angina de pecho estable o con un síndrome isquémico coronario agudo reciente. Asimismo, la combinación de un IECA + beta-bloqueador es de primera elección en pacientes hipertensos con insuficiencia cardíaca congestiva.

Pueden prescribirse antagonistas de la aldosterona como tratamiento adicional en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva en estadio C.

Los beta-bloqueadores están contraindicados en pacientes con hiperreactividad bronquial (asma) y cuando hay bloqueos auriculoventriculares avanzados (segundo y tercer grado).

Los beta-bloqueadores no se recomiendan como monoterapia en hipertensión debido al efecto modesto observado en la incidencia de evento vascular cerebral y a que no reducen la mortalidad.

Aspirina en la prevención de eventos cardiovasculares

La administración de aspirina a dosis bajas (≤ 100 mg/día) como método de prevención primaria en pacientes con hipertensión arterial primaria no se recomienda debido a su equilibrio riesgo-beneficio; el beneficio y el daño son equivalentes al observarse disminución en la incidencia del infarto agudo de miocardio a costa del aumento en el riesgo de sangrado mayor (20).

El beneficio de la aspirina a dosis bajas en la prevención secundaria en pacientes con hipertensión arterial primaria es considerablemente mayor al daño (4.1% de reducción absoluta en los eventos vasculares cuando se compara con placebo o no tratamiento, NNT 25), por lo que su administración se recomienda ampliamente.

9.3 Diabetes Mellitus

9.3.1 Definición

La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. La diabetes es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario. En las últimas décadas han aumentado sin pausa el número de casos y la prevalencia de la enfermedad (21).

9.3.2 Etiopatogenia

Se presenta de dos tipos: diabetes tipo 1 que es dependiente de la insulina y se presenta más en sujetos jóvenes, se caracteriza por ser una entidad autoinmune crónica asociada con la destrucción selectiva de las células beta de los islotes de Langerhans, en la cual el enfermo depende de la insulina para sobrevivir; y el tipo 2 o no insulino dependiente, caracterizada por presentar niveles altos de glucosa en la sangre, por resistencia celular a la acción de la insulina o por una secreción deficiente de insulina asociada con obesidad, es la causa más común de hiperglicemia en los adultos, con resistencia a la cetoacidosis y aunque no requiere de la administración de insulina para sobrevivir, pudiera recibirla para controlar mejor su glucosa sanguínea.

La DM2 es más común que la DM1, representa aproximadamente el 85 a 90% de los casos diagnosticados. Se relaciona con factores de riesgo modificables por la persona, tales como: obesidad o sobrepeso, inactividad física, malos hábitos de higiene bucal y regímenes alimentarios hipercalóricos de bajo valor nutricional.

La diabetes gestacional se caracteriza por una intolerancia a la glucosa durante el embarazo.

Situación actual en el Ecuador

Según la Organización Panamericana de la Salud, De los 165 millones que padecían esta enfermedad, 35 millones vivían en el continente americano, de

los cuales 19 millones vivían en América Latina y el Caribe. Las proyecciones indican que en el 2025 este número se incrementará a 64 millones de los cuáles 62% vivirán en América Latina y el Caribe que representa un aproximado de 40 millones.

En el Ecuador, en el año 2014 el Instituto Nacional de Estadística y Censos reportó como segunda causa de mortalidad general a la diabetes mellitus, situándose además como la primera causa de mortalidad en la población femenina y la tercera en la población masculina. La diabetes mellitus junto con las enfermedades isquémicas 13 del corazón, dislipidemias y la enfermedad cerebro vascular, aportan la mayor carga de consultas y egresos hospitalarios desde hace más de dos décadas. En el país, la prevalencia de diabetes en la población general de 10 a 59 años es de 2.7 %, destacando un incremento hasta el 10.3 % en el tercer decenio de vida, al 12.3 % para mayores de 60 años y hasta un 15.2 % en el grupo de 60 a 64 años, reportando tasas marcadamente más elevadas en las provincias de la Costa y la zona Insular con una incidencia mayor en mujeres (22).

9.3.3 Factores de riesgo

Existen una serie de situaciones asociadas al desarrollo de la diabetes, especialmente en la DM2 y cuyo adecuado control disminuye la probabilidad de aparición de complicaciones cardiovasculares, principal causa de morbimortalidad en estos pacientes.

- **Sexo y edad:** Existe una mayor prevalencia en varones entre 30 y 69 años y en mujeres mayores de 70 años. También se produce un aumento con la edad: mientras que en menores de 60 años la incidencia es inferior al 10%, entre quienes tienen de 60 a 79 años es del 10-20%.
- **Diabetes mellitus gestacional:** el riesgo es mayor en mujeres que la han padecido durante el embarazo y la probabilidad de desarrollar la DM2 es mayor durante los cinco años siguientes al embarazo y disminuye significativamente a partir de los 10 años.
- **Obesidad:** es el factor de riesgo más importante. Junto con la distribución visceró-abdominal de la grasa, que se incluyen en el denominado síndrome metabólico, considerado como marcador de riesgo para la enfermedad

cardiovascular prematura, en especial en pacientes con DM. En general se considera factor de riesgo el IMC ≥ 27 que incluye tanto a la obesidad como al sobrepeso.

- **Dislipemia:** existe una clara relación entre la hipercolesterolemia y el aumento del cLDL con la enfermedad arteriosclerótica en la población general y en especial la diabética.
- **Hipertensión arterial:** la prevalencia de HTA en pacientes diabéticos es superior al 60%. Un control adecuado de la misma permite reducir entre un 32-44% la morbilidad cardiovascular, al referirse a las manifestaciones coronarias y las vasculares cerebrales.
- **Riesgo aterotrombótico:** la diabetes en si conlleva un riesgo de hipercoagulabilidad, por aumento de fibrinógeno, haptoglobulina y alteraciones en la función de las plaquetas.
- **Tabaco:** se conoce la relación que existe entre el riesgo cardiovascular y el tabaco y se ha observado que el abandono del tabaco mejora la glucemia y disminuye la albuminuria.

9.3.4 Diagnóstico

Actualmente, en nuestro medio, muchas veces la diabetes se identifica al detectar valores anormalmente elevados de glucemia en controles rutinarios. También puede sospecharse que padecen diabetes los pacientes que presentan alguno de sus síntomas característicos:

- **Poliuria:** causada porque el exceso de glucosa en sangre, al eliminarse por la orina, arrastra el agua
- **Polidipsia:** sed motivada por la pérdida de líquidos a través de la orina
- **Pérdida de peso**
- **Aumento de apetito**
- **Cansancio,** ya que se produce un déficit calórico al alterarse el metabolismo de la glucosa

En la mayoría de los sistemas de salud se siguen recomendaciones similares a las establecidas por la ADA que establecen que deben controlarse tres parámetros principales:

a. Hemoglobina glicosilada (HbA1c).

La HbA1c es un parámetro que se utiliza para conocer si la glucemia ha estado controlada en los 2-4 meses anteriores a su determinación. La hemoglobina, contenida en los eritrocitos, se une a la glucosa circulante, por lo que teniendo en cuenta que la vida media de estas células sanguíneas es de unos 120 días, existe una relación directa entre los valores de HbA1c y los niveles de glucemia que se han alcanzado en ese tiempo.

La mayor parte de las asociaciones científicas recomiendan que el valor de la HbA1c esté por debajo del 7%, ya que el riesgo de complicaciones aumenta cuando se sobrepasa dicho umbral. Pero los objetivos a alcanzar han de individualizarse en función de las características de los pacientes:

- <7%: pacientes diabéticos adultos, con excepción de las embarazadas.
- 7,5-8%: son valores menos estrictos que se marcan en pacientes con antecedentes de hipoglucemias graves, de edad avanzada, con multimorbilidad o que ya presentan algunas complicaciones, así como en quienes conseguir un control de la glucosa es difícil y precisan pasar a una triple terapia o a la insulinización.
- <6,5%: son valores muy estrictos que conllevan mayor riesgo de hipoglucemias, por lo que solo suelen utilizarse para personas jóvenes con DM1, recién diagnosticados y sin complicaciones asociadas, o en pacientes con DM2 tratadas solo con cambios del estilo de vida acompañados o no del uso de metformina.
- <6%: en embarazadas que ya presentaban la enfermedad antes de la concepción. Durante la etapa preconcepcional se siguen los criterios normales de adultos (<7%) con el fin de evitar riesgos. Durante este período, la HbA1c se considera un parámetro de medición secundario, ya que es una etapa en la que se reducen los niveles de HbA1c debido al aumento de recambio eritrocitario. Por este motivo en la DMG no se realizan recomendaciones generales.

b. Glucemia en ayunas (GA) o glucemia basal (GBP).

Es la medida de la cantidad de glucosa en sangre venosa después de un período de al menos 8 horas sin ingerir alimentos. Los valores normales se consideran cuando son menores de 110 mg/ml y existe sospecha de diabetes si es ≥ 126 mg/dl. Aunque la medida de la glucemia se puede realizar también en sangre

capilar o en personas que no están en ayunas, no son criterios fiables en el diagnóstico.

Durante el embarazo, en mujeres sin antecedentes previos de diabetes, se recomienda realizar un cribado a las 24-28 semanas de gestación

c. Glucosa plasmática a las 2h de la prueba de tolerancia de glucosa oral (PTGO) de 75 g.

Se emplea sobre todo en diabetes gestacional, aunque también puede ser útil en otros tipos de diabetes. Consiste en administrar una cantidad determinada de glucosa en ayunas y comprobar cómo evoluciona la glucemia a lo largo de un tiempo. Esta prueba permite conocer si la persona tiene alterados los mecanismos de metabolización de la glucosa.

Se considera que un paciente es diabético si cumple al menos uno de los siguientes criterios:

- Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) y una glucemia plasmática al azar (a cualquier hora del día) ≥ 200 mg/dl.
- Dos determinaciones de glucemia basal en plasma venoso (GBP) ≥ 126 mg/dl con ausencia de ingesta calórica en las 8 horas previas.
- Dos determinaciones de HbA1c $\geq 6,5\%$ (no es necesario estar en ayunas).
- Dos determinaciones de glucemia en plasma venoso ≥ 200 mg/dl a las 2 horas de test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG) con 75 g. Está indicado realizar la curva (TTOG 75g) en caso de sospecha de DM2, cuando no se ha confirmado con GBP o HbA1c.

Durante el embarazo, en mujeres sin antecedentes previos de diabetes, se recomienda realizar un cribado a las 24-28 semanas de gestación, que se puede llevar a cabo siguiendo estrategias de uno o dos pasos.

En las mujeres en las que se detecte DMG, se les realizarán pruebas a las 6-12 semanas del parto, para determinar si persiste la diabetes, mediante una PTGO y otros test diagnósticos no específicos de embarazadas. Posteriormente, se recomienda realizar pruebas de detección al menos cada 3 años para controlar el desarrollo de diabetes o prediabetes.

9.3.5 Complicaciones asociadas a la diabetes

El principal objetivo terapéutico en los pacientes diabéticos es el adecuado

control de los niveles de glucemia, ya que existe una clara correlación entre éstos y la aparición de las complicaciones de la diabetes (23).

Estas complicaciones se clasifican en agudas, crónicas o microvasculares.

9.3.5.1 Complicaciones Agudas

a) Hipoglucemias. Se acepta como valor de referencia que la glucosa plasmática esté por debajo de 70 mg/dl (3,9 mmol/l). Los síntomas que se presentan son de dos tipos: adrenérgicos (producidos en respuesta a los bajos niveles de glucemia, cuando el organismo sintetiza catecolaminas para contrarrestar los efectos de la insulina) y neuroglucopénicos, que son los originados en el cerebro como consecuencia de la falta de azúcar.

- Adrenérgicos: ansiedad, irritabilidad, palpitaciones, taquicardia, palidez, debilidad, sudor frío, hambre, temblor, náuseas...
- Neuroglucopénicos: cefalea, lentitud, confusión mental, mareo, debilidad, visión borrosa, sensación de frío o calor, comportamiento anormal, delirio, convulsiones.

La hipoglucemia puede ser leve, moderada o grave, en función de que el paciente que la sufre sea capaz de autocontrolar los síntomas, necesite autotratarse o precise incluso la asistencia de otra persona (porque se produce una pérdida de la consciencia). Una clasificación más completa es la siguiente:

- Severa: cuando se requiere la ayuda de otra persona para la administración de hidratos de carbono, glucagón o medidas de resucitación. Se acompaña de síntomas graves de neuroglucopenia.
- Sintomática documentada: se presentan los síntomas típicos de hipoglucemia con una medida de la glucemia <70 mg/dl.
- Asintomática: aunque no se acompaña de los síntomas, la medida de glucemia da valores inferiores a 70 mg/dl.
- Sintomática probable: cuando se produce un cuadro de hipoglucemia por los síntomas, pero no se ha realizado una medida de la misma.
- Relativa: cuando el paciente refiere haber sufrido los síntomas típicos, pero las mediciones dan valores por encima de 70mg/dl.

La etiología es muy variable (dosis excesiva de insulina o hipoglucemiantes orales, disminución de la ingesta de alimentos, ejercicio intenso, consumo de

alcohol elevado, consumo concomitante de medicamentos que pueden potenciar la hipoglucemia, disminución del filtrado glomerular), por lo que los pacientes han de conocer qué situaciones aumentan el riesgo, siendo la prevención, la estrategia principal para prevenirlas.

b) Hiperglucemias. Representan el signo característico a la hora de definir una diabetes, y la intensidad de las mismas está directamente relacionada con la gravedad de las complicaciones a largo plazo. Se distinguen dos situaciones:

- Hiperglucemia hiperosmolar: la glucosa plasmática es > 600 mg/dl (>33 mmol/dl) y la osmolalidad >320 mOsmol/kg, siendo la causa subyacente un déficit relativo de insulina acompañado de un aporte insuficiente de líquidos. Requiere tratamiento hospitalario para compensar déficit de insulina y reponer la homeostasis.

- Cetoacidosis diabética: asociada sobre todo a la DM1 (en su inicio). La causa es un déficit de insulina que conduce a hiperglucemia (>250 mg/ dl) y acidosis derivada del aumento de oxidación de ácidos grasos hacia cuerpos cetónicos. También puede estar causada por una enfermedad interrecurrente o por disminución inapropiada u omisión de insulina. Como resultado se produce: hiperglucemia >300 mg/dl, diuresis osmótica (lo que puede ocasionar deshidratación), niveles de cuerpos cetónicos >3 mmol/l y acidosis metabólica ($\text{pH}<7,35$). Los síntomas que presenta son: deshidratación acompañada de hipotensión, taquicardia y signo del pliegue (al pellizcar la piel, tarda varios segundos en recuperarse), conciencia variable, olor cetósico, vómitos, dolor abdominal y en último lugar, coma (sobre todo en pacientes de edad avanzada con larga evolución de la enfermedad).

9.3.5.2 Complicaciones crónicas

Su gravedad guarda relación directa con la hiperglucemia. Sin embargo, como ya se ha indicado, el control glucémico debe individualizarse según la esperanza de vida y la presencia de otras complicaciones vasculares, lo que implica que en algunos casos sea menos intenso. Un buen control metabólico en la DM1 y en la DM2 puede retrasar el inicio y evolución de estas complicaciones.

Dependiendo del calibre de los vasos afectados se van a clasificar en

microvasculares y macrovasculares.

El control glucémico debe individualizarse según la esperanza de vida y la presencia de otras complicaciones vasculares, lo que implica que en algunos casos sea menos intenso.

Microvasculares.

- Nefropatías: son la primera causa de insuficiencia renal en los países desarrollados, aunque su incidencia está disminuyendo en el caso de la DM1. Se puede llegar a producir un fallo renal, cuyo grado se evalúa mediante la determinación de albumina en orina ($\geq 30\text{mg/g}$) y la medida del filtrado glomerular. Para evitarlas se recomienda: mantener valores de HbA1c $< 7\%$, corregir los factores de riesgo cardiovascular, ajustar la ingesta de proteínas a $0,8\text{g/kg/día}$, controlar la tensión arterial $< 140/90\text{ mm Hg}$ y evitar el consumo de fármacos nefrotóxicos (24).
- Neuropatías: también se consideran microvasculares las alteraciones de las terminaciones nerviosas, que afecta a un pequeño porcentaje de diabéticos (10-15%). Existen tres tipos principales:
 - Sensitivo–motora: comienza con pérdida de sensibilidad y percepción táctil incorrecta, pudiendo presentarse también hiperestesia. Es la más frecuente, afecta sobre todo a los pies y se intensifica por la noche.
 - Autonómica: los nervios comprometidos son los digestivos, por lo que se producen trastornos en la digestión o alteraciones del ritmo intestinal. Puede afectarse también el sistema cardiovascular, provocando síncope e hipotensión.
 - Mononeuropatías diabéticas: afectan de forma aislada y súbita a distintos nervios, aunque su pronóstico es bueno y tienden a desaparecer sin dejar secuelas. Se previenen con un buen control glucémico, y se tratan administrando analgésicos junto con otros fármacos indicados para neuropatías (antidepresivos tricíclicos, gabapentina, pregabalina). También puede utilizarse el TENS (25).
- Retinopatía severa: es una de las causas más frecuentes de ceguera en el mundo desarrollado. Suele comenzar con pequeños trastornos de la visión pudiendo terminar en pérdida completa de la vista, lo cual puede evitarse mediante diagnóstico precoz, control de los factores de riesgo (hiperglucemia,

hipertensión arterial, obesidad, hiperlipidemia...) y paliarse con un tratamiento adecuado (fotocoagulación con láser y cirugía).

Macrovasculares

Se incluyen en este grupo diferentes enfermedades cardiovasculares, como los ataques cardíacos, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria de miembros inferiores.

- **Enfermedad cardiovascular:** es una de las complicaciones que con mayor frecuencia padecen los pacientes diabéticos, siendo la mortalidad en estos, superior a los no diabéticos, incluso si los últimos tienen antecedentes de infartos. Aunque las causas no están muy claras, la hiperglucemia es responsable de la aterosclerosis, causando dificultad de flujo sanguíneo y sus posteriores consecuencias (infarto de miocardio, dolor en extremidades, dificultad de curación de heridas). Por ello, se recomienda un control exhaustivo de los factores de riesgo cardiovascular como la hiperglucemia, dislipemias, obesidad, estrés oxidativo, hipertensión arterial y la coagulación (26).

- **Pie diabético:** es una complicación con etiología múltiple en la que intervienen la neuropatía, la vasculopatía periférica y la infección. Se presentan lesiones o úlceras causadas por traumatismos, con importante morbilidad, que puede incluso hacer necesario llegar a amputaciones. Sobre su evolución, tratamiento y prevención se tratará en otro artículo de esta serie. Debido a que la inmunidad en pacientes diabéticos se ve comprometida, es frecuente que aparezcan infecciones. Las más habituales se producen por hongos y suelen localizarse en área genital, boca, pies y pliegues cutáneos.

Otras alteraciones

Infecciones: debido a que la inmunidad en pacientes diabéticos se ve comprometida, es frecuente que aparezcan infecciones. Las más habituales se producen por hongos y suelen localizarse en área genital, boca, pies y pliegues cutáneos. Se considera a estos pacientes como dianas en la estrategia de vacunaciones como son el neumococo y la gripe.

Fiebre: durante el proceso febril se produce un aumento del catabolismo y de la resistencia a la insulina, con lo que puede aumentar la glucosa y causar

cetonemia y cetonuria. Por ello, es importante que mientras persista la fiebre, se controlen más estrictamente los niveles de glucosa y de cuerpos cetónicos, teniendo en cuenta que puede ser necesario aumentar las dosis de insulina o de antidiabéticos orales (con excepción de la metformina, la cual deberá suspenderse porque su uso conlleva mayor riesgo de acidosis láctica). Se recomienda aumentar la ingesta de líquidos, controlar las proteínas y grasas, sin cambiar la cantidad de hidratos de carbono y acudir al médico si se presenta fiebre $>38^{\circ}$, vómitos o diarrea.

9.3.6 Educación y apoyo de auto-gestión de la diabetes

De acuerdo con las normas nacionales para la educación y el apoyo para el autocontrol de la diabetes, todas las personas con diabetes deben participar en educación sobre el autocontrol de la diabetes para facilitar el conocimiento, las habilidades y la capacidad necesarias para el autocuidado de la diabetes apoyo para ayudar a implementar y mantener las habilidades y los comportamientos necesarios para la autogestión continua, tanto en el momento del diagnóstico como a partir de entonces.

La autogestión efectiva y los mejores resultados clínicos, el estado de salud y la calidad de vida son objetivos clave de la educación y el apoyo para el autocontrol de la diabetes que deben medirse y monitorearse como parte de la atención de rutina.

La diabetes debe ser centrada, respetuosa y receptiva a las preferencias, necesidades y valores individuales de los pacientes, y debe ayudar a orientar las decisiones clínicas.

Los programas de educación y apoyo para la autogestión de la diabetes tienen los elementos necesarios en su plan de estudios para retrasar o prevenir el desarrollo de la diabetes tipo 2. Por lo tanto, los programas de educación y apoyo para la autogestión de la diabetes deberían poder adaptar su contenido cuando la meta deseada es la prevención de la diabetes (27).

Debido a que la educación y el apoyo para el automanejo de la diabetes pueden mejorar los resultados y reducir los costos, la educación y el apoyo para el autocontrol de la diabetes deben ser adecuadamente reembolsados por terceros pagadores.

9.3.7 Tratamiento

9.3.7.1 Actividad física

Los niños y adolescentes con diabetes tipo 1 o tipo 2 o prediabetes tienen secreciones en 60min / día o más de actividad aeróbica de intensidad moderada o vigorosa, con actividades vigorosas de fortalecimiento muscular y fortalecimiento de los huesos al menos 3 días a la semana.

La mayoría de los adultos con Diabetes tipo 1C y tipo 2 deberían realizar 150 min o más de moderado a vigoroso intensidad de actividad física por semana, repartida en al menos 3 días por semana, con no más de 2 días consecutivos sin actividad. Las duraciones más cortas (mínimo 75 min / semana) de entrenamiento de intensidad vigorosa o de intervalo pueden ser suficientes para las personas más jóvenes y físicamente más adecuadas.

Los adultos con diabetes tipo 1 C y tipo 2 deben participar en 2-3 sesiones / semana de ejercicios de resistencia en días no consecutivos.

Todos los adultos, y particularmente aquellos con diabetes tipo 2, deben disminuir la cantidad de tiempo que pasan en el comportamiento sedentario diario. La sesión prolongada se debe interrumpir cada 30 minutos para los beneficios de la glucosa en sangre, particularmente en los adultos con diabetes tipo 2.

Entrenamiento de flexibilidad y entrenamiento de equilibrio se recomiendan 2-3 veces / semana para adultos mayores con diabetes. El yoga y el tai chi pueden incluirse según las preferencias individuales para aumentar la flexibilidad, la fuerza muscular y el equilibrio.

Los objetivos glucémicos preprandiales se mantienen en 80-130 mg/dl (4,4-7,2 mmol/l) y postprandiales inferiores a 180 mg/dl (10,0 mmol/l)

En los individuos con riesgo de hipoglucemia se debe interrogar activamente sobre esta posibilidad en cada contacto clínico (C). Se introduce la definición de hipoglucemia grave o clínicamente significativa cuando la glucemia sea inferior a 54 mg/dl (3,0 mmol/l), al tiempo que se debe tomar en

consideración como valores de alerta cuando son ≥ 70 mg/dl (3,9 mmol/l).

9.3.7.2 *Terapia farmacológica para la diabetes tipo 1*

La mayoría de las personas con diabetes tipo 1 debe ser tratada con múltiples inyecciones diarias de insulina prandial e insulina basal o infusión continua de insulina subcutánea.

La mayoría de las personas con diabetes tipo 1 deben usar análogos de insulina de acción rápida para reducir el riesgo de hipoglucemia.

Considere la posibilidad de educar a las personas con diabetes tipo 1 para que combinen las dosis de insulina prandial con el consumo de carbohidratos, los niveles de glucosa en sangre antes de la ingesta y la actividad física anticipada. Las personas con diabetes tipo 1 que han usado con éxito la infusión continua de insulina subcutánea deben tener acceso continuo a esta terapia después de cumplir 65 años.

9.3.7.3 *Terapia farmacológica para la diabetes tipo 2*

La metformina, si no está contraindicada y, si se tolera, es el agente farmacológico inicial preferido para el tratamiento de la diabetes tipo 2.

El uso a largo plazo de metformina puede estar asociado con la deficiencia bioquímica de vitamina B12, y la medición periódica de los niveles de vitamina B12 debe considerarse en pacientes tratados con metformina, especialmente en aquellos con anemia o neuropatía periférica.

Considere iniciar el tratamiento con insulina (con o sin agentes adicionales) en pacientes con diabetes tipo 2 recién diagnosticada que son sintomáticos y / o tienen A1C $\geq 10\%$ (86 mmol / mol) y / o niveles de glucosa en sangre de ≥ 300 mg / dL (16.7 mmol / L).

Si la monoterapia sin insulina a la dosis máxima tolerada no logra o mantiene el objetivo de A1C después de 3 meses, agregue un segundo agente oral, un agonista del receptor del péptido 1 similar al glucagón o insulina basal.

Se debe usar un enfoque centrado en el paciente para guiar la elección de los agentes farmacológicos. Las consideraciones incluyen la eficacia, el riesgo de hipoglucemia, el impacto en el peso, los posibles efectos secundarios, el costo y las preferencias de los pacientes.

Para los pacientes con diabetes tipo 2 que no alcanzan los objetivos glucémicos, el tratamiento con insulina no debe demorarse.

En pacientes con diabetes tipo 2 de larga duración controlada por subóptimal y con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida, se debe considerar empagliflozina o liraglutida ya que se ha demostrado que reducen la mortalidad cardiovascular y por todas las causas cuando se agrega a la atención estándar. Los estudios en curso investigan los beneficios cardiovasculares de otros agentes en estas clases de drogas.

La terapia con metformina para la prevención de la dm 2 se debe considerar en los pacientes con prediabetes, especialmente para aquellos con IMC ≥ 35 kg / m², o con edad. Se recomienda la detección y el tratamiento de los factores de riesgo modificables de enfermedad cardiovascular en las personas con prediabetes (28).

9.4 Marco legal

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de

la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361. -El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Ley Orgánica de Salud

Art. 6 numeral 2. Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud”.

Numeral 6 “Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera”;

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las

personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

10 MÉTODOS

10.1 Justificación de la elección del método

Se realizó un estudio para evaluar la satisfacción de la atención en salud en pacientes diabéticos e hipertensos de dos consultorios del centro de salud Anidado de Daule en agosto del 2017 a agosto del 2018; de nivel investigativo descriptivo al ser univariado, interviene en el estudio una sola variable; de tipo observacional porque no hubo intervención del investigador, prospectivo ya que los datos se obtuvieron de una fuente de información primaria y de corte transversal, al ser medidas las variables en una sola ocasión.

10.2 Diseño de la investigación

10.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio

La población del estudio estuvo conformada por todos los pacientes diabéticos e hipertensos pertenecientes los consultorios tres y cuatro de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Anidado de Daule, que cumplieron los criterios de participación en el estudio.

Criterios de inclusión:

Pacientes que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio

Criterios de exclusión:

Pacientes que tengan algún grado de discapacidad intelectual que impida responder la encuesta.

10.2.2 Procedimiento de recolección de la información

El trabajo de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Previo a la obtención de la información, se procedió a solicitar la firma de consentimiento informado, por parte de los pacientes que van a participar en la investigación.

Se elaboró una encuesta, que consta de dos partes, la primera con preguntas de datos de filiación, como nombres, sexo, edad, nivel de escolaridad, ocupación y qué enfermedad crónica que padece el paciente encuestado, teniendo tres opciones: Diabetes o Hipertensión, o ambas, ya que la investigación, se llevó a cabo con pacientes dispensarizados con estas patologías, al ser la enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el consultorio de medicina familiar del centro de salud.

El instrumento que se utilizó para la segunda parte es la encuesta SERVQUAL modificada, para su uso en consulta externa, instrumento que fue validado por un comité de expertos, el mismo que incluye 22 preguntas para evaluar las expectativas y 22 preguntas para evaluar las percepciones, de los pacientes encuestados. Las preguntas de la encuesta se distribuyeron en cinco dimensiones, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles.

Una definición sencilla de las dimensiones de la escala es la presentada a continuación:

Fiabilidad:

Se define como la habilidad y cuidado de brindar el servicio sanitario de la forma tal como se planificó y ofreció. Para valorar esta dimensión se destinaron las preguntas de la 1 a la 5 del cuestionario.

Capacidad de Respuesta:

Es la disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno. Esta dimensión se valora con las preguntas del 06 al 09 del cuestionario.

Seguridad:

Se manifiesta como la cortesía y habilidad para transmitir credibilidad, confianza y ser confidente en la atención con inexistencia de peligros, evitando los riesgos o dudas que pudieran presentarse. Dimensión que se evalúa con las preguntas del 10 al 13 de la escala.

Empatía:

La empatía es la disponibilidad que tiene el personal de salud, para ponerse en el lado del otro, pensar primero en el paciente y atender según características y situaciones particulares que puedan presentarse. Ofrecer cuidado y atención individualizada. Las preguntas para evaluar esta dimensión van de la 14 a la número 18.

Aspectos Tangibles:

Esta dimensión se refiere a la apariencia de las instalaciones físicas, equipamiento de la unidad, apariencia del personal y materiales de comunicación. Evaluadas con las preguntas desde la 19 a la 22.

Se seleccionó para el estudio, setenta y tres pacientes que padecen enfermedades crónicas, Diabetes Mellitus tipo II, e Hipertensión arterial o ambas, que acuden al consultorio cuatro del centro de salud Anidado de Daule.

Las encuestas fueron elaboradas teniendo como base la estructura de la encuesta SERVQUAL original con 5 dimensiones de la calidad, distribuidas en 22 preguntas de percepciones y expectativas.

Para calificar las expectativas y percepción se utilizó una escala numérica tipo Likert del 1 al 7, considerando 1 como la calificación más baja y 7 como la más alta.

El instructivo para solicitar las expectativas decía “Estimado usuario, califique entre 1 a 7 la importancia que usted le otorga a cada una de las siguientes preguntas relacionadas con la atención que usted espera recibir en el servicio de consulta externa del Médico familiar en el centro de salud de Daule Considere a 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación” y para la percepción: “Estimado usuario, califique entre 1 a 7 a cada una de las siguientes preguntas relacionadas con la atención que usted ha recibido en el servicio de consulta externa de Medicina familiar en el centro de salud de Daule Considere a 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación”.

Las expectativas se solicitaron dando la explicación al paciente, de que para responder el cuestionario, tome en cuenta al establecimiento y servicio donde sería atendido el usuario y no sobre la idea de un centro ideal de atención, donde se brinda “excelente calidad de atención” como recomienda la metodología original SERVQUAL. La técnica propuesta para la toma de datos fue la encuesta. Se consideró usuario satisfecho, cuando la diferencia entre la percepción (P) y la expectativa (E) para la pregunta planteada tenía una diferencia de cero o un valor positivo y usuario insatisfecho, cuando la diferencia tenía un valor negativo. Se calculó el grado de satisfacción global, en cada una de las dimensiones de calidad y en cada pregunta.

La encuesta fue aplicada por un técnico en atención primaria de la salud, que recibió capacitación previa, para poder dirigir las preguntas a cada paciente, en la medida en que iban asistiendo a la cita en la consulta, para las preguntas de expectativas, y posterior a la consulta para las preguntas de percepción. Se realizó de esta manera, a través de un TAPS, por la dificultad que presentan las preguntas diseñadas en la escala y así poder despejar cualquier duda que presente el paciente encuestado, permitiendo así la contestación correcta de las preguntas y evitando sesgos que pudieran presentarse si el investigador realizaba la encuesta personalmente.

10.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

<i>Variable</i>	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Tipos de enfermedades crónicas.	Documental (Ficha Familiar)
Fiabilidad	Encuesta escala SERVQUAL
Capacidad de respuesta	Encuesta escala SERVQUAL

Seguridad	Encuesta	escala
	SERVQUAL	
Empatía	Encuesta	escala
	SERVQUAL	
Aspectos tangibles	Encuesta	escala
	SERVQUAL	
Satisfacción global	Encuesta	escala
	SERVQUAL	

10.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Se transcribirán los datos recogidos en la encuesta y en los resultados de la evaluación de la escala Servqual para una base de datos en Excel donde se codificarán las categorías de las variables para transportarlos al programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para procesar los datos y obtener resultados que se presentaran en tablas y gráficos.

Se seleccionó la prueba estadística de Wilcoxon para variables categóricas ordinales, que no necesitan una distribución específica, para comparar dos muestras relacionadas. Si el valor de P calculado en la prueba de Wilcoxon es mayor que 0,05, las diferencias entre expectativas y percepciones no son estadísticamente significativas, y si el valor es menor de 0.05 los valores son estadísticamente significativos. La satisfacción global se obtuvo a través del promedio de los resultados de cada una de las dimensiones de la encuesta, el análisis se hará con valores absolutos y porcentaje, para las variables categóricas (29).

10.3 Variables

10.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Valor final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos	Edad en años	Numérica discreta
Sexo	Caracteres sexuales externos	Masculino/Femenino o	Categórica nominal dicotómica
Escolaridad	Ultimo año escolar aprobado	Ninguno/primaria/ secundaria/superior	Categórica ordinal/politómica

		.	a.
Ocupación	Actividad laboral que realiza	Empleado público/privadoJornalero/Ama de casa/Cuenta propia	Categórica nominal politómica
Tipos de enfermedades crónicas.	Diabetes Mellitus/HTA.	Diagnóstico Diabetes/HTA.	Categórica nominal dicotómica
Fiabilidad	Escala Servqual	Satisfacción/Insatisfacción	Categórica nominal dicotómica
Capacidad de respuesta	Escala Servqual	Satisfacción/Insatisfacción	Categórica nominal dicotómica
Seguridad	Escala Servqual	Satisfacción/Insatisfacción	Categórica nominal dicotómica
Empatía	Escala Servqual	Satisfacción/Insatisfacción	Categórica nominal dicotómica
Aspectos tangibles	Escala Servqual.	Satisfacción/Insatisfacción	Categórica nominal dicotómica
Satisfacción global	Escala Servqual	Satisfacción/Insatisfacción	Categórica nominal dicotómica

11 Presentación de resultados y discusión

Una de las funciones principales de los sistemas de salud es la provisión de servicios equitativos, oportunos, efectivos y seguros, en los que la calidad óptima de la atención es un elemento fundamental para garantizarlos.

Hace más o menos 20 años el concepto de calidad toma en cuenta no solo la opinión colectiva sino el enfoque individual de los usuarios respecto al servicio que reciben, este concepto implica que los pacientes reciban la información y

compartan la toma de decisiones para su atención, de acuerdo a su necesidad, aunque tradicionalmente el análisis de la calidad de atención sanitaria se ha concentrado en la dimensión técnica u objetiva, más que en la dimensión desde la perspectiva del paciente, la cual se considera subjetiva.

En la tabla uno se muestra los resultados obtenidos en esta investigación:

Tabla 1 Distribución de pacientes diabéticos e hipertensos, según edad. Centro de salud anidado de Daule. Año 2018

Edad	N	%
27 -36	3	4.1
37 -46	6	8.2
47 -56	22	30.1
57 -66	29	39.7
67 -76	11	15.1
77 -86	2	2.7
Total	73	100

El grupo etáreo que predominó, fue el de 57 a 66 años, con 29 pacientes, que representó el 39.7 %. Estudio similar al realizado en Perú por Francisco Mercedes Infantes Gómez donde la edad media de los pacientes investigados era de 55 años (30).

Tabla 2 Distribución de pacientes diabéticos e hipertensos, según sexo. Centro de salud anidado de Daule. Año 2018.

Sexo	N°	%
Masculino	18	24.7
Femenino	55	75.3
Total	73	100

En la tabla 2 podemos apreciar de un total de 73 pacientes en estudio, el sexo predominante es el femenino, para un total de 55 pacientes entrevistados que

representan el 75.3% de la población. Podemos plantear que nuestro estudio tuvo un resultado equivalente al realizado en Pasto – Colombia 2013, donde Estrada y Ordoñez obtuvieron iguales resultados al tener una población mayoritariamente femenina (31).

Tabla 3 Distribución de pacientes según nivel escolar y sexo. Centro de salud anidado de Daule. Año 2018.

Nivel escolar	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguno	5	6.8	3	4.1	8	11
Primaria	34	46.6	11	15.1	45	61.6
Secundaria	15	20.5	3	4.1	18	24.7
Superior	1	1.4	1	1.4	2	2.7
Total	55	75.3	18	24.7	73	100,0

Teniendo en cuenta la distribución de pacientes según nivel escolar y sexo, de un total de 73 pacientes, se observó un predominio del nivel escolar primario en 34 pacientes del sexo femenino que representan el 46.6 %. Estudios realizados en Iquitos – Perú 2017. Infantes Gómez fueron no comparativos, al poseer una población de instrucción secundaria mayoritariamente (30).

En estudios realizados en Colombia en el año 2016, por Ríos y Barreto se obtuvo mayoritariamente una población de pacientes con nivel de instrucción secundaria (32).

Debemos mencionar que la autora mediante la investigación pudo constatar que los pacientes de instrucción primaria y secundaria, hacen una evaluación similar de su satisfacción con los servicios sanitarios ofrecidos, en la unidad donde se realizó la investigación a diferencia de pacientes con un nivel mayor

de instrucción los cuales exigen mayor demanda en los servicios de atención médica.

Es así que se puede determinar que el nivel de instrucción influye en la percepción de la calidad de atención que reciben los usuarios

Tabla 4 Distribución de la población según ocupación y sexo. Centro de salud anidado de Daule. Año 2018.

Ocupación	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ama de casa	43	58.9	0	0.0	43	58.9
Cuenta propia	12	16.4	14	19.2	26	35.6
Jornalero	0	0.0	4	5.5	4	5.5
Total	55	75.3	18	24.7	73	100

En la población estudiada según ocupación y sexo de un total de 73 pacientes entrevistados predominaron las amas de casa con 43 pacientes que representan el 58.9%, siendo menos significativo, los jornaleros representados por 4 pacientes con un 5.5%. Este estudio de similares características al realizado por Rodríguez Vargas 2012 (33).

Tabla 5. Distribución de pacientes según enfermedades crónicas y sexo. Centro de salud anidado de Daule. Año 2018.

Enfermedad crónicas	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diabetes mellitus	11	15.1	5	6.8	16	21.9
Hipertensión arterial	29	39.7	11	15.1	40	54.8
Diabetes e hipertensión	15	20.5	2	2.7	17	23.3
Total	55	75.3	18	24.7	73	100

En la tabla 5 se observa la distribución de pacientes según enfermedades crónicas y sexo. Representando 29 pacientes del sexo femenino que

corresponden a un 39.7% y con un menor resultado con 12 pacientes con diabetes mellitus en ambos sexos que representan el 21.9%. Estudio similar fue resultado obtenido por Pérez – Cuevas en México 2009 (34).

Esta investigación buscó conocer el grado de satisfacción de los pacientes con enfermedades crónicas diabetes mellitus e hipertensión arterial, atendidos en el centro de salud anidado de Daule.

Se realizó un estudio basado en las dimensiones de la escala SERVQUAL, que incluyen la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles. Luego de realizar una encuesta en donde se asignaron preguntas para valorar cada dimensión.

A continuación se presenta el grado de satisfacción con la dimensión de fiabilidad.

Tabla 6. Distribución de la población según fiabilidad. Centro de salud anidado de Daule. Año 2018.

Fiabilidad	Dimensión Fiabilidad				
	Satisfacción		Insatisfacción		Prueba estadística
	N	%	Nº	%	Wilcoxon
Atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas	71	97.3	2	2.7	p=0,18
Atención en orden y por orden de llegada	67	91.8	6	8.2	p=0,024
Atendido por el médico en la hora establecida	66	90.4	7	9.6	p= < 0,01
Contar con mecanismos para quejas o reclamos	44	60.3	29	39.7	p= < 0.001
Farmacia cuenta con los medicamentos que receta el medico	7	9.6%	66	90.4%	p= < 0.001

Luego de realizar la encuesta a 73 pacientes, se obtuvo que para las preguntas que valoran la fiabilidad, 71 de los pacientes encuestados se encuentran satisfechos al ser atendidos sin diferencia alguna en relación con otros pacientes, representando el 97.3 %. Porcentajes no menores a 90 se obtuvieron

para las demás preguntas de la evaluación de esta dimensión. Sin embargo existió un 90.4% de pacientes que no están satisfechos al preguntarles si la farmacia cuenta con la medicación recetada por el médico. Resultados de iguales características, obtuvo Bravo Tapia 2011 Quito (35).

Tabla 7. Distribución de la población según capacidad de respuesta. Centro de salud anidado de Daule. Año 2018.

Capacidad de Respuesta	Dimensión Capacidad de respuesta				
	Satisfacción		Insatisfacción		Prueba estadística
	N	%	N°	%	Wilcoxon
Atención en Farmacia rápida	14	19.2	59	80.8	p= < 0,001
Atención en admisión rápida	1	1.4	72	98.6	p= <0,001
Tiempo de espera para ser atendido en consultorio, corto	69	94.5	4	5.5	p= 0,059
Respeto a privacidad en el consultorio, al ser atendido	48	65.8	25	34.2	p= < 0,001

La capacidad de respuesta demostró un resultado de insatisfacción, al encontrarse 72 pacientes que representan el 98.6% que respondieron negativamente a la atención brindada por el servicio de admisión. Estudio que contrasta con el obtenido por Mercedes Infantes Perú 2017 (30).

Con un valor de $p = 0,00$ que indica que existe una diferencia significativa entre la percepción y expectativa del usuario. Sin embargo para la pregunta 3 de esta dimensión se obtuvo que el 94% se encuentra satisfecho con el tiempo de espera para su atención en el consultorio.

En un estudio de satisfacción de los usuarios realizado en Perú por Chú García Se demostró gran satisfacción con la capacidad de respuesta, contrario al obtenido por la autora donde la pregunta que hacer referencia al servicio de otorgado en el departamento de admisión tuvo un alto porcentaje de

insatisfacción por parte de la población a la que se le realizó la encuesta. Los pacientes refirieron un trato poco amable y que el servicio de admisión retrasa su horario de consulta al ser muy demorado. Por lo que la realización de esta investigación puede contribuir a las mejoras ya que es el primer contacto de los pacientes antes de su atención (36).

Tabla 8. Distribución de pacientes según seguridad. Centro de salud anidado de Daule. Año 2018.

Seguridad	Dimensión Seguridad				
	Satisfacción		Insatisfacción		Prueba estadística
	N	%	N°	%	Wilcoxon
Médico brinde tiempo para contestar dudas de problemas de salud.	72	98.6	1	1.4	0.317
Médico haga examen completo y minucioso.	72	98.6	1	1.4	0.317
Médico brinde tiempo para contestar dudas sobre problemas de salud.	72	98.6	1	1.4	0.317
Médico que lo atendió inspire confianza.	73	100	0	0	1.00

Para la dimensión de seguridad, se obtuvo satisfacción para la dimensión en general, para las tres primeras preguntas, un 98.6% (72) de los pacientes encuestados se encuentran satisfechos con la atención del médico familiar. Estudio con iguales resultados al de Mercedes Infantes en Perú 2016 (30).

Los pacientes manifestaron al responder satisfactoriamente a las preguntas de la dimensión de seguridad, para la pregunta 13 referente a si el médico que le atendió le inspiró confianza el porcentaje fue de 100% para satisfacción contrario al trabajo realizado por Ríos A. y Barreto A. donde obtuvieron una calificación menor para el servicio al valorar esta dimensión como buena obteniendo un porcentaje menor (32).

Al aplicar la prueba estadística se demostró que no hubo una diferencia significativa entre las expectativas y las percepciones de los usuarios en relación a esta dimensión. Es decir que no existe una brecha importante entre lo que esperaban los pacientes y lo que recibieron.

Tabla 9. Distribución de la población según empatía. Centro de salud anidado de Daule. Año 2018.

Empatía	Dimensión Empatía				
	Satisfacción		Insatisfacción		Prueba estadística
	N	%	N°	%	Wilcoxon
Médico trate con amabilidad, respeto y paciencia	72	98.6	1	1.4	0.31
Farmacia trato con amabilidad, respeto y paciencia	71	97.3	2	2.7	0.15
Admisión trato con amabilidad, respeto y paciencia	6	8.2	67	91.8	P= <0.001
Comprender la explicación que brinda médico sobre salud o resultado de la atención.	73	100	0	0	1.00
Comprender la explicación que brinda médico sobre tratamiento y cuidado de salud	73	100	0	0	1.00

En la tabla 9 se resume que los pacientes encuestados tienen un alto grado de satisfacción en lo referente a la empatía brindado por los prestadores de servicios con un 100% (73) de los pacientes respondió positivamente al preguntársele sobre si comprendió las explicaciones médicas, sin embargo en la pregunta 16 correspondiente a la atención en el servicio de admisión se obtuvo un 91.8% (67) de pacientes insatisfechos.

La prueba estadística para esta pregunta determinó que existe una brecha significativa, ya que el resultado es menor a 0,05, no siendo así para las demás preguntas. Similares resultados obtuvo. Cortéz 2018. Milagro (37).

En estudios realizados por Chú García en Perú 2017 se obtuvo resultados de insatisfacción con la empatía, contrario al estudio realizado por la autora en que la empatía fue una de las dimensiones con mayor satisfacción (36).

**Tabla 10. Distribución de la población según aspectos tangibles.
Centro de salud anidado de Daule. Año 2018.**

Tangibles	Dimensión Aspectos tangibles.				
	Satisfacción		Insatisfacción		Prueba estadística
	N	%	Nº	%	Wilcoxon
Carteles y letreros adecuados para orientar a pacientes			73	100	p= <0.001
Consultorio y sala de espera limpios y con mobiliario	26	35.6	47	64.4	p= <0.001
Establecimiento con baños limpios para pacientes	1	1.4	72	98.6	p= <0.001
Consultorios con equipos disponibles y materiales.	0	0	73	98.3	P = <0.001

La dimensión de aspectos tangibles fue valorada como insatisfacción por los pacientes encuestados con un porcentaje de 98.3% (73) de los usuarios dio una respuesta negativa a las preguntas que involucran los aspectos de estructura y adecuación de la unidad. Estudio que se contrapone al realizado por Cortez en Milagro 2018 (37).

Similar respuesta obtuvieron Ríos y Barreto 2016 Colombia. al evaluar en su población, las instalaciones, teniendo como resultado insatisfacción por parte de los usuarios al encontrar instalaciones muy desmejoradas (32).

El resultado en la prueba de Wilcoxon demostró valores menores de 0.05 por lo que la brecha que existe entre las expectativas y percepciones es estadísticamente significativa.

Tabla 11. Distribución de la población según satisfacción global. Centro de salud Anidado de Daule. Año 2018.

Dimensión	Satisfacción		Insatisfacción	
	n	%	n	%
Fiabilidad	51	69.8	22	30.1
Cap.de respuesta	33	45.2	40	54.7
Seguridad	72	98.9	1	1
Empatía	59	80.9	14	19.1
Aspectos tangibles	7	9.7	66	90.3
TOTAL	45	60.9	28	39.1

Al medir la satisfacción global del servicio brindado se demostró satisfacción se obtuvo que un 60.9% de los pacientes se encuentra satisfecho con la calidad de atención brindada. Equivalentes resultados obtuvo en su estudio Mercedes Infantes. Perú 2016 (30).

La dimensión con mayor satisfacción fue la de seguridad con un 98.9% estas preguntas estaban dirigidas a la atención brindada por el médico que le atendió. Los encuestados refieren satisfacción con la empatía en un 80.9%, el mayor porcentaje fue para la pregunta “ Comprendió Ud. la explicación del Médico acerca de su salud o resultados de su atención?”

Un 39.1% de los pacientes demostró insatisfacción, con la dimensión de aspectos tangibles, con el mayor porcentaje para la pregunta referente a los carteles y orientación de las áreas en el centro de salud.

Estudios realizados por Carrillo R. y Guzmán Cejas . México 2016 mostraron satisfacción con las dimensiones de empatía y seguridad, coincidentemente con el estudio realizado por la autora en donde estas dimensiones fueron las de mayor porcentaje de satisfacción. Igualmente se asemeja el resultado obtenido para las dimensiones de aspectos tangibles y la disposición de medicamentos en la farmacia que obtuvieron un grado de insatisfacción (38).

12 Conclusiones

La calidad de atención en la actualidad es una de las prioridades del Ministerio de Salud Pública, por lo que se realizó esta investigación dirigida a los pacientes con enfermedades crónicas, diabetes mellitus e hipertensión arterial que se atienden en dos consultorios de Medicina Familiar del centro de salud anidado de Daule.

La población encuestada se encuentra en el grupo de edad comprendida entre los 57 y 66 años con una edad media de 55 años.

La población encuestada está comprendida por mujeres con un nivel de escolaridad primaria y dedicadas al oficio de amas de casa.

La enfermedad crónica de mayor prevalencia es la hipertensión arterial.

La escala Servqual utilizada para realizar la encuesta consta de cinco dimensiones la primera de ellas corresponde a la fiabilidad que tienen los pacientes con el servicio, la evaluación de esta dimensión dio como resultado satisfacción con el servicio, para las primeras 4 preguntas se obtuvo un valor de 0 excepto para la pregunta número 5 en la cual se evalúa la disponibilidad de medicamentos en la farmacia. Según la prueba estadística de Wilcoxon la diferencia entre expectativa y percepción es menor a 0.05 lo que indica que es poco significativo estadísticamente.

La dimensión de capacidad de respuesta se valoró como satisfacción de los pacientes excepto para la pregunta 7 en donde se califica el servicio brindado por la admisión en donde se obtuvo un valor negativo y la diferencia entre expectativa y percepción es estadísticamente significativo.

La dimensión de seguridad fue valorada como satisfacción por parte de los usuarios, con una brecha que no denota diferencia entre la expectativa y la percepción que tenían los usuarios encuestados.

La dimensión de empatía también obtuvo un grado de satisfacción, excepto para la pregunta 16 donde se valora el trato del servicio de admisión donde los

usuarios respondieron negativamente con una diferencia significativa estadísticamente.

Los aspectos tangibles fueron valorados negativamente, los usuarios están insatisfechos con una diferencia significativa según la prueba estadística aplicada.

La satisfacción global fue positiva, la mayoría de los pacientes respondieron positivamente a las preguntas de la encuesta, sin embargo la diferencia entre expectativas y percepciones para algunas de las preguntas es menor a 0.05 lo que nos indica que se debe mejorar parte de los servicios.

13 Valoración crítica de la investigación

El aumento de la esperanza de vida, ha permitido que aumente el número de pacientes con enfermedades crónicas que día a día acuden a los centros de salud, estos usuarios demandan atención de calidad por lo que es necesario tener mecanismos que nos permitan evaluar la satisfacción de dichos usuarios con el servicio que se les brinda.

La realización de la encuesta tuvo buena acogida por parte de los usuarios participantes, que vieron con agrado la preocupación por conocer a través de una encuesta sus expectativas y percepciones acerca de la calidad en su atención.

Los resultados obtenidos son de fácil comprensión y permitirán realizar gestiones necesarias para el mejoramiento en la atención sanitaria en el centro de salud Anidado de Daule.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso ER, Seuc A. Esperanza de vida ajustada por algunas enfermedades crónicas transmisibles. Revista cubana Higiene y Epidemiología. 2005; 43(2).
2. Cabello E, Chirino J. Validación y aplicación de encuesta SERVQUAL modificada para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Med Hered. 2012; 23(2): p. 88-95.
3. Numpabaque-Pocabaque A. Modelo Servqual y Serqhos para evaluación de la calidad de los servicios de salud. Revista facultad de medicina Universidad Boyacá Tunja. 2016; 64(4): p. 715-20.
4. Rodríguez Y, León RL, Figueroa OG, Matellán ED, Sablón N. Nivel de servicio y su efecto en la satisfacción de los pacientes en la atención primaria de salud. Rev Med Elect. 2016; 38(2): p. 185-198.
5. Barreto F, Ríos A. Percepción de la satisfacción en la atención de salud en los usuarios de consulta externa, de los hospitales San Antonio de Chia y Santa Rosa de Tenjo. 2016 marzo.
6. Cabello E, Chirino J. Validación y aplicación de encuesta SERVQUAL modificada para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Med Hered. 2012; 23(2): p. 88-95.
7. OMS. Marco Conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. [Online].; 2009 [cited 2017 noviembre 10. Available from: www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
8. Robledo H, Meljem J, Fajardo G. De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. Revista Conamed. 2012; 17(4).
9. Caamaño J, Riquelme Y, Gómez N. Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile. Rev ubiob Ch. 2015; 9(2).
10. Álvarez F. Calidad de auditoría en salud Bogotá: Ecoe Ediciones; 2007.
11. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas no transmisibles. [Online].; 2017 [cited 2017 Noviembre 08. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2016.07.002>.
12. Organización Panamericano de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. [Online].; 2013 [cited 2017 noviembre 09. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1543%3A2012-integrated-disease-management&catid=1415%3Aintegrated-disease-management&Itemid=1353&lang=es.
13. Ministerio de Salud Pública. MAIS-FCI-Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2012 [cited 2018 junio 17. Available from: www.instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/ManualMais-MSP12.12.12.pdf.

14. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública-Noticias. [Online].; 2015 [cited 2018 junio 16. Available from: www.salud.gob.ec/se-crea-agencia-para-la-promocion-y-el-contro-de-la-calidad-y-la-proteccion-de-usuarios-y-profesionales-de-la-salud-acess/.
15. Mehrdad S. Pathophysiology of Hypertension. [Online].; 2017 [cited 2017 noviembre 6. Available from: www.emedicine.medscape.com/article/1937383-overview#showall.
16. Valenzuela-Flores A, et al. GPC Hipertensión Arterial. Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2016; 54(2): p. 249-260.
17. American Heart Association. Getting Active to Control High Blood Pressure. [Online].; 2017 [cited 2017 Noviembre 10. Available from: www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/MakeChangesThatMatter/Getting-Active-to-Control-High-Blood-Pressure_UCM_301882_Article.jsp#.WhcwxGiCziU.
18. ACC/AHA. Directriz para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la presión arterial alta en adultos: un informe del American College of Cardiology / American Grupo de trabajo de la Asociación del Corazón sobre guías de práctica clínica. [Online].; 2017.
19. Andrade-Castellanos C. Hipertensión: tratamiento basado en evidencia. Med Int Méx. 2015; 3(1): p. 191-195.
20. Royo M, et al. Adaptación española de las guías europeas sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Salud Pública. 2016; 90(24).
21. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre diabetes. [Online].; 2016 [cited 2017 noviembre 06. Available from: apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf.
22. Ministerio de Salud Pública. Guía práctica clínica. Diabetes mellitus Quito: Dirección nacional de Normatización -MSP; 2017.
23. Brownlee M, Aiello L, Cooper M, Vinik A, Plutzky J, Boulton A. Complicaciones de la diabetes mellitus. In Kronenberg HM. Williams tratado de Endocrinología. Barcelona: Elsevier; 2017. p. 1484-1581.
24. Guzman R, Gracia R. Prevención, diagnóstico y tratamiento temprano de la nefropatía diabética. Recomendaciones de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. [Online].; 2016 [cited 2017 noviembre 07. Available from: alad-americalatina.org/wp-content/uploads/2016/10/PREVENCION-DE-NEFROPATIA.pdf.
25. M Botas DC, Rodríguez A, Jimenez V, Fernández I. Actualización en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neuropatía diabética periférica. [Online].; 2017 [cited 2017 noviembre 9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003317016300967>.
26. Wang CL, Hess C, Hiatt W, Goldfi A. Enfermedad cardiovascular en diabetes. Circulation. 2016; 133(24): p. 2459-2502.
27. Páez J, et al. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus: visión

prácticapara el médico de atención primaria. [Online].; 2016 [cited 2017 noviembre 08. Available from: revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cuarzo/article/view/144.

28. American Diabetes Association. Diabetes care. Standars of medical care in diabetes. [Online].; 2016 [cited 2017 noviembre 07. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supp1.DC1/DC_40_S1_final.pdf.
29. Palacios JL. Estrategias de ponderación de la respuesta en encuestas de satisfacción de usuarios de servicios. Metodología de Encuestas. 2002; 4(2): p. 175 - 193.
30. Mercedes IG. Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del centro de atención de medicina complementaria del Hospital III Iquitos - Perú 2016. Perú Med. Integrativa. 2017; 2(2): p. 133-139.
31. Estrada J. Calidad en la atención de pacientes con enfermedades crónicas (HTA) en IPS pública ubicada en Pasto-Nariño. Tesis. Colombia: Universidad Mariana; 2013.
32. Ríos A, Barreto A. Percepción del la satisfacción en la atención en salud en usuarios del servicio de consulta externa de los hospitales San Antonio de Chía y Santa Rosa de Tenjo. Tesis. Bogotá: Universidad de Ciencias aplicadas y ambientales, facultad de Ciencias de la Salud. Medicina Humana; 2016.
33. Rodríguez MC. Factores que influyen en la percepción de la calidad de los usuarios externos de una clínica odontológica universitaria. ALAS PERUANAS. 2016; 3(1).
34. Cuevas RP, Morales HR, Vladislavovna S, al e. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009;: p. 511-517.
35. Tapia MB. Percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa del Subcentro de Salud Amaguaña. Tesis. Quito: Universidad Técnica Particular de Loja; 2011.
36. García LYC. Calidad de atención y grado de satisfacción del usuario de consulta externa de pediatría del Hospital Regional de Loreto de octubre a febrero 2017. Tesis. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
37. Cortez F. Satisfacción de usuarios y calidad de atención en unidades primarias de salud de Milagro. Revista Científica digital INSPILID. 2018 julio; 2(2).
38. Carrillo RG, Cejas LG, Magaña-Olán L. Calidad de servicio en la consulta externa de un centro de salud urbano de Tabasco. Revista Salud Quintan Roo. 2016; 9(35).

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE POSTGRADOS

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

Usted ha sido seleccionado para un estudio en el que todos los informantes participarán como voluntarios. Si acepta participar en esta investigación se le solicitará información concerniente a sus datos de filiación, se le pedirá que responda una encuesta.

TEMA:

Satisfacción de la atención en salud de pacientes diabéticos e hipertensos de dos consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Anidado de Daule. Año 2018.

Breve descripción de la investigación:

Uno de los temas que más preocupan a nuestra sociedad es el de la salud y en la actualidad se ha dado suma importancia a la calidad de atención que se brinda. Según datos de la OMS, las enfermedades crónicas son la causa del 60% de las muertes a nivel mundial, por lo que en nuestro país se ha creado políticas que permitan garantizar la atención a estos pacientes con todos los enfoques que engloba la calidad del servicio. Esta investigación pretende dar a conocer el grado de satisfacción de los pacientes con enfermedades crónicas, que reciben su atención en el centro de salud Anidado de Daule, para así producir mejoras en dicha atención.

Objetivos de la investigación:

Evaluar la satisfacción de la atención de los servicios en salud de los pacientes diabéticos e hipertensos de los consultorios tres y cuatro de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Anidado de Daule. Año 2018.

Específicos:

- 1.- Caracterizar según variables sociodemográficas a la población de estudio
- 2.- Determinar la satisfacción en la atención para las cinco dimensiones que componen la escala SERVQUAL, en los pacientes diabéticos e hipertensos
- 3.- Determinar el grado de satisfacción global en la atención en salud de la población de estudio.

Riesgos y beneficios:

El presente estudio de investigación aplicado a usted no va a conllevar ningún riesgo en su atención y muchos menos va a atentar en contra de salud en integridad; al contrario el beneficio va a ser inmenso ya que por medio de este trabajo se establecerá el grado de satisfacción que tienen los pacientes con enfermedades crónicas, que se atienden en el centro de salud Anidado de Daule y proporcionará datos en beneficio de los pacientes, que reciben atención en la unidad donde se realiza la investigación.

Confidencialidad:

Toda la información obtenida de los participantes será manejada con absoluta confidencialidad por parte de los investigadores. Los datos de filiación serán utilizados exclusivamente para garantizar la veracidad de los mismos y a estos tendrán acceso solamente los investigadores y los organismos de evaluación de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Derechos:

Si ha leído el presente documento y ha decidido participar en el presente estudio, entiéndase que su participación es voluntaria y que usted tiene derecho de abstenerse o retirarse del estudio en cualquier momento del mismo sin ningún tipo de penalidad. Tiene del mismo modo derecho a no contestar alguna pregunta en particular, si así, lo considera.

Yo, _____, portador de la Cédula de Identidad No. _____ he recibido la información necesaria sobre la presente

investigación o estudio, y acepto participar voluntariamente en la ejecución de la misma.

La investigadora Evelyn Rodríguez Veas, me ha brindado información suficiente en relación al estudio y me ha permitido efectuar preguntas sobre el mismo, entregándome respuestas satisfactorias. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio cuando lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que ello afecte mis cuidados médicos.

También he sido informado/a de forma clara, precisa que los datos de esta investigación serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad. Doy, por tanto, mi consentimiento para utilizar la información necesaria para la investigación de la que se me ha instruido y para que sea utilizada exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder esta, en todo o en parte a otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de la misma.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Por ello firmo este consentimiento informado que de forma voluntaria MANIFIESTO MI DESEO DE PARTICIPAR EN EL PRESENTE ESTUDIO DE INVESTIGACION hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

_____	_____	_____
Nombre del paciente	Cédula Identidad	Firma

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento, así como he explicado los riesgos y beneficios que deriven del mismo.

Evelyn Rodríguez V. MD.	0919561043	_____
Nombre del Investigador	Cédula Identidad	Firma

DATOS DE FILIACIÓN:

NOMBRES:

APELLIDOS:

EDAD: _____ años.

SEXO: MASCULINO

FEMENINO

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

PRIMARIA: SUPERIOR:

SECUNDARIA: NINGUNO:

OCUPACIÓN: EMPLEADO PÚBLICO: EMPLEADO PRIVADO:

AMA DE CASA: CUENTA PROPIA: JORNALERO:

ENFERMEDAD CRÓNICA:

DIABETES:

HIPERTENSIÓN

ANEXO 3

EXPECTATIVAS

En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la **IMPORTANCIA** que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Consulta Externa (Primer Nivel). Utilice una escala numérica del 1 al 7.

Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

N°		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	E	Que Usted sea atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas							
02	E	Que la atención se realice en orden y respetando el orden de llegada							
03	E	Que la atención que le brindará el médico se realice según el horario establecido.							
04	E	Que el Establecimiento cuente con mecanismos para atender las quejas o reclamos de los pacientes							
05	E	Que la farmacia cuente con los medicamentos que receta el médico							
06	E	Que la atención en el área de farmacia sea rápida							
07	E	Que la atención en el área de admisión sea rápida							
08	E	Que el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio sea corto							
09	E	Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad							
10	E	Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud							
11	E	Que el médico que le atenderá le realice un examen completo y minucioso							
12	E	Que el médico que le atenderá le brinde el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas sobre su salud							
13	E	Que el médico que le atenderá le inspire confianza							
14	E	Que el médico que le atenderá le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
15	E	Que el personal de farmacia le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
16	E	Que el personal de admisión le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
17	E	Que usted comprenda la explicación que le brindará el médico sobre su salud o resultado de la atención							
18	E	Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud							
19	E	Que los carteles, letreros o flechas del establecimiento sean adecuados para orientar a los pacientes							
20	E	Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y cuenten con mobiliario (bancas y sillas) para comodidad de los pacientes							
21	E	Que el establecimiento de salud cuente con baños limpios para los pacientes							
22	E	Que los consultorios cuenten con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							

PERCEPCIONES

En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted **HA RECIBIDO**, la atención en el servicio de Consulta Externa (Primer Nivel). Utilice una escala numérica del 1 al 7.
 Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.

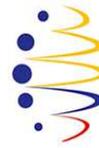
N°		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	P	¿Usted fue atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas?							
02	P	¿Su atención se realizó en orden y respetando el orden de llegada?							
03	P	¿Su atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud?							
04	P	¿Cuando usted quiso presentar alguna queja o reclamo el establecimiento contó con mecanismos para atenderlo?							
05	P	¿La farmacia contó con los medicamentos que recetó el médico?							
06	P	¿La atención en el área de farmacia fue rápida?							
07	P	¿La atención en el área de admisión fue rápida?							
08	P	¿El tiempo que usted esperó para ser atendido en el consultorio fue corto?							
09	P	¿Cuando usted presentó algún problema o dificultad se resolvió inmediatamente?							
10	P	¿Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad?							
11	P	¿El médico que le atendió le realizó un examen completo y minucioso?							
12	P	¿El médico que le atendió, le brindó el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas?							
13	P	¿El médico que le atendió le inspiró confianza?							
14	P	¿El médico que le atendió le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	P	¿El personal de farmacia le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
16	P	¿El personal de admisión le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
17	P	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre su salud o resultado de su atención?							
18	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud?							
19	P	¿Los carteles, letreros o flechas del establecimiento fueron adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P	¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y contaron con bancas o sillas para su comodidad?							
21	P	¿El establecimiento de salud contó con baños limpios para los pacientes?							
22	P	¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención?							



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Evelyn María Rodríguez Veas**, con C.C: # **0919561043** autora del trabajo de titulación: Satisfacción con la atención en salud de pacientes diabéticos e hipertensos de dos consultorios de medicina familiar del centro de salud anidado de Daule. 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.

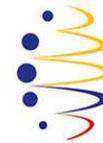
2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 17 de diciembre de 2018

f. _____

Evelyn María Rodríguez Veas

C.C: # 0919561043



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	<i>Satisfacción con la atención en salud de pacientes diabéticos e hipertensos de dos consultorios de Medicina Familiar del centro de salud anidado de Daule. Año 2018.</i>		
AUTOR(ES):	Evelyn María Rodríguez Veas		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Doc. Luis Roberto Mederos Mesa		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuelas de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17 de diciembre del 2018	No. DE PÁGINAS:	86
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Ciencias de la Salud		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Calidad de Atención, Satisfacción, Atención Médica		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Antecedentes. La calidad es parte de la humanidad, sólo que no se le conocía como hoy en día, ni tampoco se existían los métodos y herramientas con los que ahora contamos. Metodología. Se realizó un estudio descriptivo, de tipo observacional, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 60 pacientes, atendidos en la consulta externa. El instrumento utilizado fue la Escala del Servqual, aplicada a través de una encuesta, constituida por 44 preguntas. Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes con diabetes o hipertensión que dieron su consentimiento y respondieron el cuestionario. Resultado. De un total de 73 pacientes, el 75% corresponde a población femenina y en su mayoría de instrucción primaria con un 66.7 %. Los pacientes encuestados son amas de casa 68.8% (41). Se identificó el grado de satisfacción global de los pacientes encuestados en cada una de las dimensiones siendo el de mayor satisfacción la empatía y seguridad, con un valor superior a 0.05 lo que indica que la brecha entre expectativa y percepción no es estadísticamente significativa. Conclusión. A población encuestada está representada por mujeres entre 57 y 66 años y son amas de casa con instrucción primaria. En general utilizando la prueba de Wilcoxon se observan resultados menores a 0.05 lo que refleja una diferencia significativa, entre la percepción y la expectativa de los usuarios, y un resultado mayor a 0.05 para la seguridad y la empatía lo que refleja que no hay diferencia significativa entre la expectativa y percepción de los usuarios.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 593-4-93703060	E-mail: golface_07@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Teléfono: 043804600		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			