

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

TEMA:

**SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LOS SERVICIOS
MÉDICOS DE LA UNIDAD DE SEGURIDAD, SALUD Y
RIESGO DEL TRABAJO DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
MACHALA**

AUTOR:

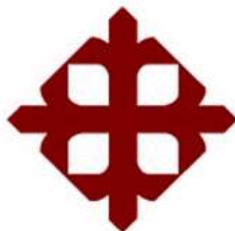
MD. LUIS GUILLERMO SAMANIEGO NAMICELA

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

TUTORA:

ING. YANINA SHEGÍA BAJAÑA VILLAGÓMEZ. PH. D.

**Guayaquil, Ecuador
2022**



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el **Md. Luis Guillermo Samaniego Namicela**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Ing. Yanina Shegía Bajaña Villagómez. Ph. D.

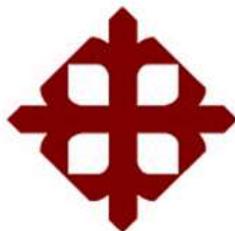
REVISORA

Dr. Ricardo Loaiza Cucalón, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María de los Ángeles Núñez Lapo, Mgs.

Guayaquil, a los 01 días del mes de junio del año 2022



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Luis Guillermo Samaniego Namicela

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **Satisfacción del usuario con los servicios médicos de la Unidad de Seguridad, Salud y Riesgo del Trabajo de la Universidad Técnica de Machala** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

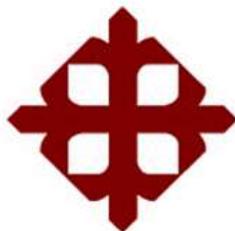
Guayaquil, a los 01 días del mes de junio del año 2022

EL AUTOR



**LUIS GUILLERMO
SAMANIEGO
NAMICELA**

Luis Guillermo Samaniego Namicela



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

AUTORIZACIÓN

Yo, Luis Guillermo Samaniego Namicela

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulado: **Satisfacción del usuario con los servicios médicos de la Unidad de Seguridad, Salud y Riesgo del Trabajo de la Universidad Técnica de Machala**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 días del mes de junio del año 2022

EL AUTOR:



Proceda a autenticarse por:
**LUIS GUILLERMO
SAMANIEGO
NAMICELA**

Luis Guillermo Samaniego Namicela

Agradecimiento

A la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, autoridades, docentes, administrativos y compañeros de la MGSS.

Luis Guillermo Samaniego Namicela

Dedicatoria

A mi familia, mis padres Guillermo y Graciela, hermanos Luz, Aurora, Nathalie y Edmundo, mis sobrinitos Sahara, David, Guillermo y Joaquín.
A mi pequeño ozzy chiquilín, fiel amigo y compañero ideal.

Luis Guillermo Samaniego Namicela

Índice General

Introducción	1
Planteamiento de la investigación	5
Planteamiento del Problema	7
Formulación del Problema	10
Justificación.....	10
Preguntas de Investigación	12
Hipótesis	12
Objetivos	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos	14
Limitaciones	15
Delimitaciones.....	15
Capítulo I.....	16
Marco Teórico.....	16
Antecedentes de la Salud Ocupacional.....	16
Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos Laborales.....	20
Salud.....	23
Riesgo.....	26
Atención Médica Primaria y Juicio del Cliente Ante la Satisfacción.	29
Satisfacción con Servicios de Salud	32
Niveles y Dimensiones de Satisfacción.....	37
Diseño de plan de mejora de servicios.	38
Modelo Continuo del Mejoramiento de Servicio	39
Proceso de Mejoramiento de Servicio Continuo	41
Capítulo II	43
Marco Referencial.....	43
Marco Contextual	55
Sistema de Salud Latinoamérica y en Ecuador	56
Marco Legal	58
Constitución de la República del Ecuador	58
Ley Orgánica de Salud.....	60
Dirección de seguridad, salud en el trabajo y prevención de riesgos laborales.	61

Capítulo III.....	66
Marco Metodológico	66
Diseño de Investigación	66
Alcance de la Investigación.....	66
Enfoque	67
Herramienta e Instrumento	67
Sección I: Recolección de Datos Inédita.....	68
Procesamiento de Data.....	68
Proceso de Discretización de los Datos.	69
Tratamiento de Datos	70
Variables demográficas	70
Variable independiente: servicio.....	70
Variable dependiente: satisfacción.....	71
Análisis Descriptivo	73
Análisis descriptivo de las variables demográficas.....	73
Análisis descriptivo de las variables de servicios médicos.....	74
Análisis descriptivo de la variable de satisfacción.....	78
Análisis inferencial.....	85
Regresiones lineales múltiples.	86
Capítulo V	115
Propuesta.....	115
El Proceso de Mejora de Servicios	115
Diseño de plan de mejora para frecuencia de visita.	115
Diseño de plan de mejora para información recibida.....	117
Diseño de plan de mejora para interés de ayuda	119
Diseño de plan de mejora para tiempo de consulta.....	120
Diseño de plan de mejora para explicación del personal	122
Diseño de plan de mejora para confianza transmitida	124
Diseño de plan de mejora para falta de empatía	126
Diseño de plan de mejora para dificultad de contacto	128
Diseño de plan de mejora para problema resuelto	130
Diseño de plan de mejora para cumplimiento de horario	131
Diseño de plan de mejora para interés en solucionar problemas	133

Diseño de plan de mejora para ubicación	133
Diseño de plan de mejora para tiempo de dedicación.....	135
Diseño de plan de mejora para falta de coordinación	136
Diseño de plan de mejora para tiempo espera.....	138
Materiales, Recursos Humanos y Financieros	139
Conclusiones	144
Recomendaciones.....	146
Referencias.....	147

Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Frecuencia de la edad</i>	73
Tabla 2 <i>Frecuencia del sexo</i>	73
Tabla 3 <i>Frecuencia de la zona residencial</i>	74
Tabla 4 <i>Frecuencia del grado de instrucción</i>	74
Tabla 5 <i>Frecuencia del conocimiento previo</i>	75
Tabla 6 <i>Frecuencia de si el médico le examinó</i>	75
Tabla 7 <i>Frecuencia de visita medica</i>	76
Tabla 8 <i>Apariencia de los colaboradores</i>	76
Tabla 9 <i>Calidad de atención</i>	77
Tabla 10 <i>Ubicación</i>	78
Tabla 11 <i>Información recibida</i>	78
Tabla 12 <i>Interés en resolver problemas</i>	79
Tabla 13 <i>Tiempo consulta con médico</i>	79
Tabla 14 <i>Problema resuelto</i>	80
Tabla 15 <i>Tiempo de espera</i>	80
Tabla 16 <i>Tiempo de espera</i>	81
Tabla 17 <i>Inter. Soluc. Problems</i>	81
Tabla 18 <i>Inter. Soluc. Problems</i>	82
Tabla 19 <i>Medicamento Apropriado</i>	82
Tabla 20 <i>Capacidad personal</i>	82
Tabla 21 <i>Explicación personal</i>	83
Tabla 22 <i>Barreras de protección</i>	83
Tabla 23 <i>Retrasos de espera</i>	83
Tabla 24 <i>Falta de empatía</i>	84
Tabla 25 <i>Dificultad de Contacto</i>	84
Tabla 26 <i>Tiempo dedicación profesional</i>	84
Tabla 27 <i>Correlación de las variables: Demográficas, de servicio y de satisfacción</i>	85

Tabla 28 <i>Reg. Lin, Conoc. Prev</i>	87
Tabla 29 <i>Reg. Lin, Frecuencia visita</i>	87
Tabla 30 <i>Tabla cruzada Frecuencia Visita y Área Servicio</i>	88
Tabla 31 <i>Reg. Lin, Apariencia Colaboradores</i>	89
Tabla 32 <i>Reg. Lin, Calidad de atención</i>	89
Tabla 33 <i>Reg. Lin, Ubicación</i>	90
Tabla 34 <i>Cruzada Ubicación y Área Servicio</i>	90
Tabla 35 <i>Reg. Lin, Información recibida</i>	91
Tabla 36 <i>T. cruz Sexo e Información Recibida</i>	92
Tabla 37 <i>Reg. Lin, Interés de ayuda</i>	93
Tabla 38 <i>Tabla cruzada, Sexo e Interés de ayuda</i>	94
Tabla 39 <i>Reg. Lin, Tiempo de consulta</i>	94
Tabla 40 <i>Tabla cruzada entre Sexo e Interés de ayuda</i>	95
Tabla 41 <i>Reg. Lin, Problema resuelto</i>	96
Tabla 42 <i>Tabla cruzada Sexo e Interés de ayuda</i>	97
Tabla 43 <i>Reg. Lin, Tiempo de espera</i>	97
Tabla 44 <i>Tabla cruzada Sexo e Interés de ayuda</i>	98
Tabla 45 <i>Reg. Lin, Cumplimiento de horario</i>	99
Tabla 46 <i>Tabla cruzada Sexo e Cumplimiento horario Reg. Lin, falta de empatía</i>	100
Tabla 47 <i>Reg. Lin, Interés en solucionar</i>	100
Tabla 48 <i>Tabla cruzada sexo e Interés en solucionar problemas</i>	101
Tabla 49 <i>Reg. Lin, Confianza transmitida</i>	101
Tabla 50 <i>Tabla cruzada grado instrucción y confianza transmitida</i>	103
Tabla 51 <i>Reg. Lin, Medicamento apropiado</i>	103
Tabla 52 <i>Reg. Lin, capacidad del personal</i>	104
Tabla 53 <i>Reg. Lin, explicación del personal</i>	104
Tabla 54 <i>Tabla cruzada sexo e Interés en solucionar problemas</i>	105
Tabla 55 <i>Reg. Lin, barreras de protección</i>	105
Tabla 56 <i>Tabla cruzada sexo e Interés en solucionar problemas</i>	106
Tabla 57 <i>Reg. Lin, retrasos de espera</i>	107
Tabla 58 <i>Tabla cruzada frecuencia visita y retrasos Espera</i>	107
Tabla 59 <i>Reg. Lin, falta de empatía</i>	108

Tabla 60 <i>Tabla cruzada sexo e Interés en solucionar problemas</i>	109
Tabla 61 <i>Reg. Lin, falta de coordinación</i>	109
Tabla 62 <i>Tabla cruzada edad e falta coordinación</i>	110
Tabla 63 <i>Reg. Lin, dificultad de contacto</i>	111
Tabla 64 <i>Tabla cruzada Grado de instrucción y Dificultad Contacto</i>	112
Tabla 65 <i>Reg. Lin, tiempo de dedicación</i>	112
Tabla 66 <i>Tabla cruzada grado instrucción y tiempo de dedicación</i>	113
Tabla 67 <i>Proceso de mejora de servicios</i>	115
Tabla 68 <i>Recursos necesarios para propuesta de mejora</i>	141

Índice de Figura

<i>Figura 1.</i> Ciclo de Deming	39
<i>Figura 2.</i> Ciclo de Deming aplicado al proyecto	40
<i>Figura 3.</i> Ciclo de Deming aplicado a la frecuencia de visita	116
<i>Figura 4.</i> Ciclo de Deming aplicado a la información recibida.....	118
<i>Figura 5.</i> Ciclo de Deming aplicado al Interés de ayuda.....	119
<i>Figura 6.</i> Ciclo de Deming aplicado al tiempo de consulta.....	121
<i>Figura 7.</i> Ciclo de Deming aplicado a la Explicación del personal.....	123
<i>Figura 8.</i> Ciclo de Deming aplicado a la Confianza transmitida.....	125
<i>Figura 9.</i> Ciclo de Deming aplicado a la falta de empatía.....	127
<i>Figura 10.</i> Ciclo de Deming aplicado a la Dificultad de contacto.....	128
<i>Figura 11.</i> Ciclo de Deming aplicado al problema resuelto	130
<i>Figura 12.</i> Ciclo de Deming aplicado al Cumplimiento de horario	132
<i>Figura 13.</i> Ciclo de Deming aplicado a solucionar problemas.....	133
<i>Figura 14.</i> Ciclo de Deming aplicado a la ubicación.....	134
<i>Figura 15.</i> Ciclo de Deming aplicado al Tiempo de dedicación	136
<i>Figura 16.</i> Ciclo de Deming aplicado a la falta de coordinación	136
<i>Figura 17.</i> Ciclo de Deming aplicado al Tiempo espera	139

Resumen

El objetivo de la investigación es determinar si existe correlación entre la satisfacción del usuario y los servicios médicos de la unidad de seguridad, salud y riesgo del trabajo de la Universidad Técnica de Machala, mediante análisis correlacionales con el fin de diseñar una propuesta que mejore el servicio.

La metodología que se aplicó fue un diseño de investigación no experimental, tipo de investigación transversal, alcance descriptivo, se utilizó la encuesta como técnica de toma de datos, partiendo de los datos de docentes y colaboradores de auxiliares de servicios se reportan 400 colaboradores de la Universidad Técnica de Machala. Los resultados de la investigación generan interés ya que al ser un área en donde confluyen servidores de múltiples modalidades y departamentos de la institución permite desarrollar diversos criterios a partir de dichos resultados los cuales determinaron que el interés del personal en resolver problemas es la característica con mayor impacto y por lo tanto lo más prioritario a mejorar; además, se realizaron diseños del proceso de mejora de los servicios respecto a cada una de las características, tal como frecuencia de visita, información recibida, interés de ayuda, tiempo de consulta entre otros. Este plan de mejora incluye procesos de identificación, medición, procesamiento, análisis de datos, acción y evaluación, de forma cíclica para mejorar paso a paso los inconvenientes identificados en esta investigación.

Palabras clave: Satisfacción del usuario, servicios de salud, plan de mejoras.

Abstract

The goal of this research was to establish if there is relationship between user satisfaction and the medical services of health and occupational hazard of the security unit of the Technical University of Machala, it was used correlational analyzes in order to design a proposal that improves the service

In the methodology process, it was applied a non-experimental research design, a cross- sectional research type, a descriptive scope, as well as the survey was also used as a data collection technique. It was established that in the Technical University of Machala 400 employees have been collaborating among them teachers and assistants of service.

As a result of the research generate interest in all members of the institution, it allows the development of various criteria based on said results, which determined that the staff of the institution desire to solve problems, which is the principal characteristic with the greatest impact established and therefore the highest priority to improve; they were made some improvement processes of the services considering their characteristics such as: frequency of visits, registered information, interest in help, auscultation time to the patient, among others. This improvement plan includes processes of identification, measurement, processing, data analysis, action and evaluation, in a recurrent way to improve step by step the drawbacks identified in this research.

Key words: User satisfaction, health services, improvement plan.

Introducción

La satisfacción del usuario es uno de los aspectos que en términos de evaluación de los servicios de salud ha venido cobrando mayor atención en salud pública, siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud. Si bien es cierto existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es consenso la relevancia de la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud. El tema de satisfacción usuaria es todo un desafío a la salud pública y los gestores y planificadores en salud, los dedicados a la academia, investigadores y usuarios en general. No existe un consenso claro sobre su significado y concepción, pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud.

Dentro del campo de la salud y todo lo que comprende en su desarrollo operativo es un parámetro para tomar en cuenta la salud ocupacional, según la Organización Panamericana de la Salud (2010) la salud ocupacional es la promoción y mantenimiento del mayor grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones mediante la prevención de las desviaciones de la salud, control de riesgos y la adaptación del trabajo a la gente, y la gente a sus puestos de trabajo. Si bien la definición de salud ocupacional varía en gran manera, las condiciones y el ambiente de trabajo son factores muy conocidos que contribuyen a la salud.

La motivación esencial para investigar esta problemática es que el medio aún carece de madurez en ciertos parámetros que incluyen la salud ocupacional y la satisfacción del usuario, además teniendo en cuenta que según datos de la Organización Panamericana de la Salud (2010) aproximadamente 65% de la

población de la Región forma parte de la fuerza laboral, y el trabajador promedio pasa alrededor de dos tercios de su vida en el trabajo.

El trabajo no es solo una fuente de ingresos, sino también un elemento fundamental de salud, estatus, relaciones sociales y oportunidades de vida. La Salud Ocupacional es una estrategia que asegura la salud de los trabajadores, así como la fortaleza de las economías nacionales a través de una mejor productividad, motivación y calidad de productos. En niveles globales, la seguridad y la salud en el trabajo tienen una poderosa capacidad para mitigar inequidades. Es una meta clave para el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio de erradicación de la pobreza extrema y el hambre (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

En Latinoamérica la Red Mundial de Salud Ocupacional, hace hincapié en la necesidad de implementar programas de intervención que se ajusten a las realidades del medio, para tener un punto de partida para a futuro afrontar los desafíos del inminente crecimiento industrial de la región, aunque la finalidad del programa varía según las necesidades de las diferentes empresas o instituciones y de las actividades que desarrollan, los principios clave de la gestión de la salud en el trabajo abarcan: Mejorar la organización del trabajo y el ambiente de trabajo, elaborar políticas y desarrollar una cultura de salud Ocupacional en las empresas, fomentar la participación activa de todos los interesados, favorecer el desarrollo personal, las formas de trabajo y los estilos de vida saludables, garantizar que las estrategias de fomento de la salud y prevención de las enfermedades pasen a formar parte integral de las prácticas de gestión.

En el país es responsabilidad directa de los actores de este proceso, como personal de salud, técnicos en seguridad y riesgos del trabajo, trabajadores

sociales, psicólogos, autoridades y usuarios que el resultado de la gestión de salud en el trabajo sea satisfactoria, por ende, los resultados esperados dependerán de la eficiencia para lograr cohesionar una serie de políticas de las organizaciones empresariales con las gestiones ordinarias, de tal modo, evitar gastos excesivos en asesores externos. Es extremadamente importante para esta gestión una labor conjunta dirigida por el liderazgo del empleador, donde se tome en cuenta no sólo a personas involucradas sino elementos a nivel social e institucional, además de incluir factores de beneficio común como los ambientales (Fariño, 2018).

La evolución alcanzada por las ciencias de la salud y la tecnología en el curso de la historia ha resaltado la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales y operativos que se brindan en esta área, uno de los principios fundamentales para brindar servicio de excelencia. Retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios de salud es una herramienta de irrefutable pertinencia, un servicio de calidad además de ser accesible debe expresar una correspondencia con los avances tecnológicos existentes y contar con personal calificado. Sin embargo, puede ocurrir que servicios que reúnan esas características no produzcan satisfacción en quienes lo reciban. Es por eso que debe existir la voluntad de explorar sistemáticamente esa satisfacción, y es este sentido cierto recurso de la psicología pueden ser de mucha utilidad (Suárez & Rodríguez, 2018).

En el contexto de la salud y en el interior de sus instituciones se observa con la llegada a los servicios de un usuario que espera algo, que evalúa si obtiene eso que espera, para al final medir la satisfacción que siente. También existe por su parte el personal de salud que brinda el servicio y que espera y evalúa por eso que da, lo que también constituye la medida de su satisfacción y que es a su vez

un eslabón demandante de la organización como público interno, lo que lo convierte en sujeto con expectativas. Todo lo anterior según Suárez & Rodríguez (2018), se convierte en un ciclo con los próximos usuarios y se enmarca en la relación interpersonal usuario-prestador.

Se han definido entre los descriptores de una elevada calidad, al alto grado de satisfacción por parte del usuario, unido a un alto nivel de excelencia profesional, un eficiente uso de los Recursos Humanos, un mínimo de riesgo para el paciente que al final tenga un impacto en la Salud. Es notable resaltar como se entiende de la satisfacción un elemento imprescindible de la calidad (Suárez & Rodríguez, 2018).

La baja calidad de la atención en salud es uno de los mayores obstáculos para enfrentar los problemas sanitarios con éxito. En ello recae la importancia de realizar evaluaciones periódicas y plantear soluciones orientadas a los problemas que se presentan en cada establecimiento de salud. La satisfacción del usuario expresa el valor subjetivo de la atención recibida y es importante en diversos aspectos, como la evaluación de la calidad de atención y la posibilidad de identificar oportunidades de mejora (Suárez & Rodríguez, 2018).

Por estas razones ante lo mencionado en líneas anteriores el presente proyecto de investigación presenta como objetivo principal determinar la satisfacción del usuario con los servicios médicos de la unidad de seguridad, salud y riesgo del trabajo de la universidad Técnica de Machala, que se sustenta de teorías e investigación realizadas en otros países para formar las bases del proyecto.

En el capítulo uno se iniciará una revisión teórica relacionada con las variables objeto de estudio que permita conocer y comprender lo que implica Satisfacción en servicios de Salud y como esta puede verse afectada.

El siguiente capítulo comprende una exploración de estudios similares realizados previamente que sirven como referentes para el desarrollo de la presente investigación.

En el capítulo siguiente se define la metodología y herramientas a utilizar para el levantamiento de la información lo que permite el análisis de la situación actual con respecto a la satisfacción del usuario con respecto a los servicios médicos de la Unidad de Seguridad, Salud y Riesgo del Trabajo de la Universidad Técnica de Machala.

Finalmente se plantea una propuesta de mejora en función del análisis realizada en el capítulo previo.

Planteamiento de la investigación

A nivel global, la Salud Ocupacional ha representado cambios profundos dentro del ámbito social y económico, sus características han permitido el desarrollo continuo de los países que la aplican de forma correcta. Su implementación a lo largo de la historia ha logrado dignificar al trabajador además de mejorar su esperanza de vida, por ello, los gobiernos buscan promocionarla para prevenir accidentes o daños a la fuerza laboral.

Los trabajadores frecuentemente están en presencia de riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos, durante sus actividades. Ahora bien, estos factores de riesgo tienen estudios que concluyen que se pueden evitar, controlar y suprimir, si son claramente identificados, sin embargo, el Estado debe mediar su funcionamiento, a su vez propiciar reglas claras para el actuar de la

relación empleadores y empleados. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), difundió durante el 2002, que cada año en el mundo 270 millones de trabajadores son víctimas de accidentes de trabajo y 160 millones contraen enfermedades profesionales (Dirección Educativa de Salud Ambiental de Huánuco, 2014).

La población de trabajadores y obreros en América Latina y el Caribe requiere del fortalecimiento de los procedimientos de capacitación e información en salud ocupacional y prevención de riesgos en el trabajo. Por lo tanto, es importante disponer de información de calidad, accesible, actualizada y puntual. La exhaustiva revisión documental pone en evidencia dos hechos notables para la vigilancia de la salud ocupacional, como son, en primer lugar, que las principales fuentes de datos existentes dependen de administraciones laborales o económicas (institutos de estadísticas), y no tanto de la administración de salud. En segundo lugar, existe un amplio espacio para mejorar la información disponible, sobre todo en relación a las condiciones de trabajo y recursos preventivos (Merino, Cornelio, Lopez, & Fernando, 2018).

Actualmente la Unidad de seguridad, salud y riesgos del trabajo de la Universidad Técnica de Machala cuenta con los servicios y subservicios de medicina general, gestión de seguridad, promoción de la salud, prevención de riesgos laborales, provisión de suministros y equipos de protección entre otros servicios, en la que se encuentran laborando cuatro servidores en distintas actividades, esta unidad ejerce cobertura a los usuarios que laboran en el área administrativa, área docente, servicios generales y de ser el caso emergente la atención médica se extiende a estudiantes, el personal labora en jornada de ocho horas diarias de lunes a viernes, además se participa en planes de contingencia y

emergencia solicitados por instituciones que para el efecto suscriban convenios de apoyo con la Universidad.

En el campo de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud que se ofertan, existen una diversidad de aspectos que deben ser tomados en cuenta, pues el resultado de todos los procesos puede producir satisfacción en el usuario lo cual genera un compromiso de recomendar dicho servicio y también de volver a acceder al mismo lo cual forja lealtad entre el usuario y la institución que mantiene satisfecho al usuario y con una reputación estable a la institución.

Un repaso de los cambios que operan en las empresas, públicas y privadas, respaldará tal afirmación; por ejemplo, la reestructuración de las empresas y la reducción de costos, son factores de productividad que ayudarán a formar parte de la competencia global del siglo XXI, la misma que requiere que los empleados sean más flexibles y que aprendan a enfrentar los cambios constantes y las innovaciones. En pocas palabras, la atención de los usuarios se constituye en un reto, que debe iniciarse con detectar las oportunidades generadas en los mercados, en un siglo marcado por la competitividad y la mejora continua (Villegas, 2014).

La Unidad de seguridad, salud y riesgos del trabajo de la Universidad Técnica de Machala debe mantener estándares de vanguardia en todas las áreas de atención, de tal forma que aseguren la satisfacción de los usuarios que acceden a sus servicios.

Planteamiento del Problema

La universidad Técnica de Machala presenta una unidad que brinda servicios de seguridad, salud y riesgos del trabajo, el mismo que lleva varios años dando a los servidores universitarios atención primaria de salud, lo cual abarca actividades de dispensación de medicamentos, atención médica y diagnóstico,

referencia y contrarreferencia, capacitación en lo concerniente a prevención de riesgos laborales y salud ocupacional, apertura de historia clínica ocupacional de ingreso y periódica, planes de contingencia, simulacros y seguimiento de casos.

Para Malagon (2000), algunas de las causas principales de la insatisfacción de los usuarios con los servicios de salud se centran en falta de inversión, mal uso de los recursos y desconocimiento de las necesidades de la población relacionadas a cobertura de salud, sin embargo, las causas pueden extenderse a actividades de carácter organizativo y administrativo, la mínima promoción de servicios y falta de autonomía de los servicios de salud, sobre todo en temas de presupuesto, generan que las prestaciones y producción se vean afectadas lo cual se traduce en incumplimiento de las expectativas de los usuarios con el servicio de salud.

La insatisfacción de los usuarios con el servicio de salud, según Ovalle (2010), conlleva a múltiples consecuencias como la generación de ambientes laborales inadecuados, incumplimiento de requerimientos por parte de los usuarios, disminución de la confianza con el servicio de salud, disminución de la producción y aumento de ausentismo laboral.

Según Howard y Sheth (1969); Swan, Trawick y Carroll (1982); la satisfacción del usuario era medida en base a las características relevantes del producto recibido comparando lo que el usuario hubiera invertido por acceder a dicho servicio con la recompensa que este le generaba, por lo tanto, dicha satisfacción no era otra cosa que el proceso cognitivo entre las expectativas y la percepción entre el servicio de salud recibido.

Para Arbeláez & Mendoza (2017), la falta de gestión de las personas responsables de los servicios de salud se suma a las múltiples causas de

insatisfacción de los usuarios con los servicios de salud, la gestión debe centrarse en las demandas de los usuarios, tomando en cuenta aspectos epidemiológicos, antecedentes clínico-quirúrgicos de los pacientes, consultas subsecuentes, enfermedades infecciosas endémicas y estacionales, además de mantener un proceso de actualización que permita identificar cambios epidemiológicos, demográficos e incidencia de enfermedades.

Según Izaguirre (2014), las consecuencias de la insatisfacción de los usuarios con los servicios de salud no solo implican la pérdida del paciente que recibió una atención inadecuada o deficiente, el paciente comentará su mala experiencia con la atención recibida a otros 11 pacientes, mientras que un usuario satisfecho solo comenta su experiencia a 3 usuarios.

La disminución de la cantidad de usuarios asociada a la prestación un servicio de salud incorrecto, genera un impacto negativo en la producción y cobertura, lo que implica un potencial proceso de reorganización, rotación de personal y en ciertos casos modificación de infraestructura.

La problemática se presenta, a pesar que existe varios años la unidad de seguridad, salud y riesgos del trabajo en la Universidad Técnica de Machala, muchos servidores beneficiarios (planta docente, trabajadores de servicios generales y auxiliares de servicios) no han hecho uso de todos los servicios que brinda por tal razón es necesario determinar o analizar en qué medida este servicio está satisfaciendo a los usuarios para que en casos de riesgos de diversa índole, problemas de salud y demás sean ellos los primeros en acudir a la unidad y sobre todo al determinar su satisfacción con el servicio estos conectarán a que los demás servidores hagan uso del mismo y conozcan todo lo que la unidad oferta y con ello prevenir problemas futuros en los servidores.

Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario respecto a los servicios médicos de la Unidad de Seguridad, Salud y Riesgo del Trabajo de la Universidad Técnica de Machala?

Justificación

Considerando la línea de investigación Calidad de Servicio y Satisfacción Usaria, es relevante determinar la satisfacción de usuarios con los servicios de salud, lo que puede aportar en términos prácticos para cualquier unidad de servicios médicos que desee realizar la medición de satisfacción de sus servicios y así implementar propuestas de mejora.

La satisfacción del usuario de un servicio de salud como un indicador de buena gestión, administración y atención requiere una valoración integral, pues siendo el paciente o usuario el objetivo primordial de dicho servicio es necesario considerar todas las determinantes que influyen para que el producto o servicio que se oferta tenga el impacto necesario y produzca la satisfacción de quien demanda dicho servicio. Uno de los justificativos para el desarrollo de este estudio es el beneficio que genera, pues no es solo para quien se le otorga este estímulo de bienestar, sino que esto permite a quien oferta el servicio mantener estándares de buen nivel dentro del servicio que brinda lo que se refleja en resultados óptimos, ya sean sociales, económicos y laborales. Adicionalmente, al existir usuarios insatisfechos permite a los oferentes plantearse revisiones y monitorear el servicio para ejecutar cambios en los procesos que generen el impacto esperado en el usuario.

Desde esta perspectiva, la salud es reconocida como un derecho fundamental garantizado por el Estado, y se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir. La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir, la vida plena o Sumak Kawsay. En correspondencia con el marco constitucional el Plan Nacional del Buen Vivir 2017-2021, establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Esta investigación también servirá de ayuda como un referente académico, pues en lo concerniente a la satisfacción con los servicios de salud y el enfoque integral que se le debe brindar a esta problemática representa un desafío pues son muchas las áreas de actividad sanitaria en donde puede existir una alteración del estado de bienestar del paciente o usuario con el servicio que se adquiere y de la misma manera los oferentes del servicio pueden tomar como guía este estudio para rescatar notas puntuales que sirvan de aporte a mejorar el servicio, la cual no solo respecta al área médica, sino al área administrativa, tecnológica, económica, incluso cultural, en consecuencia, el estudio de la satisfacción cobra interés en todos los ámbitos de las ciencias. La satisfacción del cliente puede interpretarse desde el punto de vista de una transacción específica o desde una visión acumulativa (Quispe, 2016).

El estudio permitirá conocer cuáles son las causas que ocasionan que un usuario demuestre insatisfacción con relación a la atención y al servicio que ha recibido, esto permitirá adquirir información importante para perfeccionar las

actividades y procedimientos, y de esta manera brindar un servicio de atención adecuado y diferenciado para así lograr la satisfacción de los usuarios adscritos a esta unidad de salud.

Preguntas de Investigación

¿Cuáles son los referentes teóricos de satisfacción del usuario que acude a servicios de salud de la Unidad de seguridad, salud y riesgos del trabajo de la Universidad Técnica de Machala?

¿Cuál es la evidencia empírica de satisfacción del usuario que acude a servicios de salud de la Unidad de seguridad, salud y riesgos del trabajo de la Universidad Técnica de Machala?

¿La metodología aplicada es idónea para establecer un diagnóstico situacional referente al grado de satisfacción del usuario con respecto al servicio médico que brinda la Unidad de seguridad, salud y riesgos del trabajo de la Universidad Técnica de Machala?

¿Cuál es el plan de mejora de los servicios de salud de la Unidad de seguridad, salud y riesgos del trabajo de la Universidad Técnica de Machala para alcanzar la satisfacción del usuario?

Hipótesis

Los servicios médicos se asocian directamente al nivel de satisfacción del usuario que acude a los servicios de salud de la Unidad de seguridad, salud y riesgos del trabajo de la Universidad Técnica de Machala.

- H1: La zona de residencia influye en el conocimiento previo de la unidad de atención médica.
- H2: La visita a la unidad de atención médica influye en el área de servicio, grado de Instrucción, sexo y edad.

- H3: La apariencia de colaboradores influye en el área de servicio, grado de Instrucción, sexo y edad.
- H4: La calidad de atención influye en el área de servicio, grado de Instrucción, sexo y edad.
- H5: La ubicación influye en el área de servicio, grado de Instrucción, sexo y edad.
- H6: La información recibida influye en el área de servicio, grado de Instrucción, sexo y edad.
- H7: El interés influye en la frecuencia de visita, conocimiento previo, área servicio, sexo, edad, grado instrucción.
- H8: El tiempo de consulta influye en la frecuencia de visita, conocimiento previo, área servicio, sexo, edad, grado instrucción.
- H9: El problema resuelto influye en la frecuencia de visita, conocimiento previo, área servicio, sexo, edad, grado instrucción.
- H10 El tiempo de espera influye el área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita, médico le examinó.
- H11: El cumplimiento de horario influye el área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita, médico le examinó.
- H12: El interés en solucionar problemas influye el área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita, médico le examinó.
- H13: La confianza transmitida influye el área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita, médico le examinó.
- H14: El medicamento apropiado influye en el área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita.

- H15: La capacidad del personal influye en el área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita.
- H16: La explicación del personal influye en el área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita.
- H17: Las barreras de protección influyen en el área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita.
- H18: Los retrasos de espera influyen en el área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita.
- H19: La falta de empatía influye en el área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita.
- H20: La falta de coordinación influye en el área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita.
- H21: La dificultad de contacto influye en el área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita.
- H22: El tiempo de dedicación a la Consulta influye en el área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar el nivel de satisfacción del usuario con los servicios médicos de la unidad de seguridad, salud y riesgo del trabajo de la universidad Técnica de Machala, mediante análisis correlacionales con el fin de diseñar una propuesta que mejore el servicio.

Objetivos específicos

Analizar los referentes teóricos y la evidencia empírica de seguridad, salud y riesgo del trabajo, además de la satisfacción del usuario que acude a servicios de

salud, por medio de una revisión de literatura, es decir marco teórico, referencial y legal.

Establecer con la metodología aplicada un diagnóstico situacional referente al grado de satisfacción del usuario con respecto al servicio médico que brinda la Unidad de seguridad, salud y riesgos del trabajo de la Universidad Técnica de Machala.

Diseñar un plan de mejora de los servicios de salud de la Unidad de seguridad, salud y riesgos del trabajo de la Universidad Técnica de Machala para alcanzar la satisfacción del usuario.

Limitaciones

Las limitaciones para este estudio se concentran en la relación con los usuarios y la posibilidad de obtener colaboración abierta y sin mayores restricciones.

Delimitaciones

Las delimitaciones se generan en función de no exceder los objetivos del estudio con factores ajenos a la presente propuesta.

Capítulo I

Marco Teórico

Antecedentes de la Salud Ocupacional

Desde sus inicios el ser humano ha sido parte de la producción de bienes y servicios al mismo tiempo ha sido partícipe de una serie de riesgos y enfermedades. Haciendo referencia a la edad bronce, en donde se da inicio a las actividades tanto agrícolas como artesanales las mismas que venían encaminadas a riesgos laborales, pero en su mayoría gran parte de las lesiones eran por las guerras. Las guerras que se realizaban en aquellos tiempos eran con enfoque expansionistas y la adquisición de nuevas tierras, alcanzando así otro riesgo para la salud (Gallegos, 2012) .

Siguiendo la línea de Letayf & González (1994) en su libro demuestran que de forma general las personas adquirieron consciencia de manera colectiva de protección más no de modo individual es así ue las civilizaciones mas representativas tuvieron mayor avance en salud ocupacional que en eguridad laboral. En medicina ocupacional se descubrieron textos en Sátira de los Oficios que indican una relación entre las posturas incómodas en el trabajo y la fatiga. En el siglo XVIII Edwin Smith descubrió en el Papiro Quirúrgico diversas enfermedades que afectan al sistema nervioso.

Los países que tuvieron mayor trascendencia en salud ocupacional según menciona en su investigación Gallegos (2012) fueron Roma y Grecia las culturas del mundo antiguo. Para Grecia en los siglos VI y IV A.C fueron épocas de significativos de avances para los trabajadores, con la construcción de la Gran Acrópolis dio paso al trabajo diferenciado, la medicina ocupacional en este país se centró primero en el trabajo de minas y las enfermedad de intoxicación.

Siguiendo la misma línea, el padre de la medicina Hipócrates (460-370 A.C) realizó escrituras acerca de las diferentes enfermedades que adquieren los mineros, dándoles como recomendación realizar baños higiénicos para contrarrestar la saturación de plomo, además de enseñarles a sus discípulos que el tipo de trabajo que se realice iba correlacionado con enfermedades específicas. Dicho en otro modo Hipócrates fue un pionero en medicina ocupacional y la fisioterapia (Gallegos, 2012).

Destacando a otra figura importante fue Aristóteles en los periodos 384-322 A.C que realizó estudios sobre deformaciones físicas causadas por actividades ocupacionales además concluye sobre la necesidad de la prevención. Sumando a ello también realizó grandes aportaciones fue Galeno en los años 130-200 D.C sus estudios estaban enfocados a las enfermedades de los mineros, curtidores y los gladiadores fue considerado después de Hipócrates como el médico más relevante del antiguo occidente. Galeno en los años 1543 realiza una publicación sobre *De humanis corporis fabrica* que trata acerca de descripciones anatómicas, que actualmente siguen siendo conocidas (Gallegos, 2012).

En aquellos tiempos los esclavos eran los que formaban un importante rol en las actividades productivas, ya que eran ellos los que realizaban las tareas más riesgosas y arduas. Incluso del trabajo se puede decir que desde la historia ha estado relacionado con el esfuerzo físico y la esclavitud. De hecho, el término trabajo proviene del latín *tripalium*. El *tripalium* se define como una herramienta con tres puntas que sirve para torturar o castigar a esclavos, en resumen, este término hace referencia al dolor y tortura. El trabajo de tipo manual en esos tiempos estaba destinado para los esclavos o la población de escasos recursos,

solo eran consideradas de prestigio a las actividades del uso del intelecto como la política y la filosofía.

Por otro lado, los países de Egipto, Mesopotamia e Israel fueron parte de la implementación de normas enfocadas a evitar el contagio de enfermedades.

Destacando de los tres mencionados países, Egipto, tuvo notables innovaciones en referencia a la seguridad y salud ocupacional, como el uso de elementos de protección como sandalias, arneses y armazones, que los utilizaban los esclavos al momento de trabajar en la construcción de las pirámides (Gallegos, 2012).

La seguridad, salud y riesgos en el trabajo ha existido desde tiempos remotos, a raíz de la industrialización, se dio un cambio radical en los estilos de vida, muchos campesinos emigraron a la ciudad para una mejor vida, sin embargo, al existir demasiada población deseando trabajar las condiciones tanto físicas como sociales en la ciudad no tenían las condiciones para estos fines, y dio inicio a un caos y la explotación.

Los campesinos fueron los que mayormente sufrieron esta explotación, percibían un sueldo esperado, sin embargo, las condiciones en las que trabajaban eran inhumanas y se veían obligados a ejercer el trabajo en un ambiente así, porque no tenían otra opción. Este cambio social provocó que el estilo de vida que pasó de lo rural a la urbana provoque pobreza y malnutrición (Cano, 2015).

La seguridad, salud y riesgos en el trabajo eran términos que se conocen desde la historia, sin embargo; conforme avanzó la sociedad se fueron perdiendo y desconociendo el buen uso de estas palabras a tal punto que no fueron utilizados en las empresas, de hecho, la administración científica se basaba en la eficiencia de las tareas y la especialización, presentando estructuras tradicionales.

A medida que pasaron los años estas estructuras fueron evolucionando, cuyos fines eran los de reducir costos, eficiencia, división de tareas y mano de obra no calificada capacitándose en corto tiempo para ejecutar el trabajo. Este tipo de estructura empezó a presentar diversas dificultades especialmente la calidad de vida laboral, reflejando así aburrimiento en las tareas, elevada rotación de personal, ausentismos, entre otros (Granados, 2011).

Como mencionó Granados (2011) en su investigación, los factores que en líneas anteriores los altos directivos actuaron con conducta rígida buscando contrarrestar aquellos inconvenientes dando como resultado una organización rígida que encadenó a su vez un proceso de deshumanización en el trabajo y el deseo de trabajar disminuyó. Esta problemática despertó el interés para que nazcan nuevas estrategias, métodos y procedimientos, es así como se da el inicio a que los directivos de las empresas opten por rediseñar las reestructuras de las organizaciones y los empleos, creando así un mejor ambiente laboral adecuado para los trabajadores.

Haciendo hincapié a la investigación de Georg Agrícola (1494-1555) quien ejecutó una segmentación entre las enfermedades laborales agudas y las crónicas. En los años 1733 Bernardino Ramazzini, escribió acerca del *De morbis artificum diatriba* (discurso que manifiesta las diferentes enfermedades de los trabajadores) en base a ello se incorpora a la salud ocupacional como una rama más de la medicina y desde aquel entonces pasó a tener un enorme desarrollo, sobre todo en las empresas (Gastañaga, 2012).

Bajo el mismo contexto las empresas empezaron a preocuparse por una mejor calidad de vida laboral de sus empleados. Calidad de vida laboral se puede definir como las condiciones favorables que presenta una empresa hacia sus

trabajadores las mismas que están encaminadas a proteger y sobre todo promover la seguridad, salud, riesgos y satisfacción de los trabajadores se dio hincapié al cuidado del trabajador. Cuando los empleados experimentan sentimientos positivos hacia su trabajo, está motivado para permanecer en él y sobre todo realizarlo bien (Gastañaga, 2012).

Finalmente, a raíz de conocer la historia de la salud laboral, en todos los tipos de trabajo, ya sea en trabajos de oficina, hospitales atención al público, dentro de una fábrica, dentro de los colegios, dentro de todas las áreas laborales posibles, a menudo va a existir riesgos laborales como físicos, químicos, biológicos, entre otros; que las diferentes empresas u organizaciones deben salvaguardar sobre todo la buena salud de los trabajadores.

Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos Laborales

El trabajo ha estado relacionado con el proceso de evolución humana desde tiempos remotos, pues es considerado como una necesidad de la humanidad. Desde los orígenes hasta la actualidad, desde la utilización de los recursos naturales, hasta la innovación y creación de nuevas materias primas, desde el uso de herramientas rudimentarias como piedras y palos hasta el uso de sofisticados equipos electrónicos. En el transcurso de evolutivo del ser humano, se ha constatado que las condiciones del trabajo afectan a la vida de los ejecutores de dicha actividad, la vigilancia de dichos procesos y los datos históricos hacen llegar a esta conclusión.

Como un antecedente de los antes mencionado, se cita un ejemplo claro en donde ya se identificaban factores peligrosos ligados a las actividades. En la época romana las minas españolas eran factores riesgos laborales, los trabajadores mineros de esos sitios vivían solamente más de 30 años, los fallecimientos estaban

ligados en el rango de 15 a 20 años, provocados por la inhalación de veneno que se penetraba y alojaba en la médula provocando temblor constante y debilidad en los mineros, llevándolos a la muerte en un periodo de espacio de cuatro años (Lepre, 2006).

No fue hasta el siglo XX que se da inicio a una forma más o menos generalizada, se establece normativa en relación a la seguridad de los trabajadores, dando paso a la creación de leyes direccionadas a la protección de los mismo.

Actualmente la protección y vigilancia del estado de salud de los trabajadores y su dignidad, es un derecho inexcusable tomado en cuenta en la mayoría de Las constituciones de los Países. Por otro lado, la Constitución de la Organización Mundial de la salud en el año 1946, reformuló la definición de la salud como una etapa de perfecto bienestar tanto, físico, mental y social, que no involucra necesariamente la carencia de enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Esta definición ha permitido aceptar en la actualidad que todos los factores relacionados con el trabajo pueden causar enfermedades, lesiones o alteraciones de la salud, incluida la mala adaptación laboral (Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2013).

El ámbito concerniente a los profesionales, empleados, o trabajadores suele denominarse seguridad laboral u ocupacional, y esta se encuentra íntimamente relacionada en varios casos a las organizaciones que comprenden actividades laborales y de trabajo y la integralidad que engloba.

Lógicamente en esta área se trata de dar seguridad al profesional, empleado o trabajador, y de ahí la importancia que adquieren las organizaciones, entidades o institutos dedicados a velar por la seguridad de los trabajadores. Ello

sin embargo no debe hacer olvidar que es el origen del riesgo, en definitiva, la escala horizontal del cuadro, lo que provoca la necesidad de articular una seguridad ocupacional; pues de lo contrario las disposiciones legales al efecto se limitarían a declaraciones de objetivos y de buena voluntad, pero no podrían descender a cuestiones prácticas que realmente sirvieran para proteger a los profesionales (Collado, 2008).

Tomando en cuenta esto, en la cúspide de la pirámide de las normativas aparecen una o varias leyes generales de protección, seguridad y prevención que ante todo piden la limitación de efectos sobre los profesionales, obligan a mantener unas determinadas estructuras de seguridad, y contemplan un régimen sancionador para actuar contra los individuos o las empresas que transgredan estos principios legales.

La seguridad, es concepto aplicado a muchos ámbitos de la ciencia y la vida cotidiana, sin embargo, este no resulta ser un término netamente objetivo, todo lo contrario, es un adjetivo por lo tanto correlativo con la subjetividad; seguro e inseguro. Por consiguiente, la seguridad dependerá de los aspectos que el evaluador considere según el objetivo que plantee alcanzar, es decir, es un concepto que estará ligado a las necesidades de cubrir riesgos laborales establecidos previamente (Muñoz, 2015).

De hecho, tal reflexión es a menudo imposible de realizar debido a pueden existir varios fenómenos que no necesariamente estén ligados a las leyes físicas todo lo contrario están conectados a las decisiones de los individuos. Sin embargo, pueden factores no controlables como los efectos del clima y factores sismotectónicos, es decir, elementos naturales. Es normal que los factores naturales y el humano tengan presencia en la mayoría de las actividades cotidianas

y la laboral no es la excepción, sin embargo, el objetivo de la prevención de ser mantener los riesgos laborales a sus niveles mínimos, propiciando la salud y seguridad (Muñoz, 2015).

Salud

La Organización Mundial de la Salud define a esta variable como es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Jiménez, y otros, 2017). Dicho texto proviene del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, teniendo como punto de partida esta conceptualización es necesario advertir que dentro de las prestaciones que otorga la salud como un servicio, la intención de generar una cobertura total de las necesidades antes citadas como bienestar físico, social, mental y social, es un desafío muy difícil de cumplir, de la misma forma la ausencia de afecciones o enfermedades requieren un abordaje integral lo cual convierte a este concepto en una disposición de parcial cumplimiento.

La Organización Mundial de la Salud establece que el gozo máximo de la Salud que se puede obtener para el ser humano se considera un derecho fundamental (Organización Mundial de la Salud, 2017). En el momento actual, esta visión del concepto de Salud parece novedosa, pero Aristóteles en sus postulados ya establecía que el ser humano tiende a la Eudaimonía (felicidad) y esto, puede equipararse a que todo ser humano dirige sus esfuerzos y actividades hacia el mantenimiento de la Salud y el bienestar (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Para Martínez (2014) en su investigación argumentó que la concepción de la salud ha tenido cambios a lo largo de la historia, su origen está ligado a la

presencia de enfermedades, estas dos están correlacionadas y tendrán existencia mutua, es decir es probable evolucionen en forma homogénea, por lo tanto, no tener salud es igual a estar enfermo y viceversa. Dentro del contexto evolutivo la salud ha sido ampliamente analizada con el fin de comprender y explicar los aspectos psicológicos y biológicos de los seres humanos que ocasionan la ausencia de enfermedad. A pesar de que el desarrollo tecnológico y científico ha realizado aportes significativos a la salud, existen muchos otros factores que han provocado la aparición de nuevas enfermedades, en algunos casos debido a los daños ambientales, puesto que el hombre como tal es parte del medio ambiente.

Con la continuación del tiempo y el curso evolutivo de los sucesos científicos en torno a la salud-enfermedad, los grandes pensadores científicos y filosóficos plantearon conceptos que hasta el día de hoy mantienen una fuerte influencia acerca de las características que rodean a los términos salud-enfermedad. Durante el siglo XX, los conceptos de salud han variado según el contexto y el pensamiento de la época por ejemplo existieron etapas de aporte de corrientes mágicas y religiosas, y finalmente etapas donde se aplicaron pensamientos biológicos y sociales. Ahora bien, en el siglo XXI no es claro las corrientes de pensamiento que marcarán a la salud, más existen algunas tendencias hacia factores sociales, donde ratifican a la salud como necesidad básica social (Martinez, 2014).

La salud en la actualidad es una concepción integral, puesto ha tomado rasgos culturales y económicos del contexto histórico, su definición es una constante construcción progresiva de ritmo lento y ascendente.

Es importante concebir a la salud como un proceso determinado por el actuar de los engranajes que componen Modelo de Atención al paciente, por ende,

juegan un rol relevante los responsables de recuperación del enfermo según las medidas terapéuticas que puede recomendar el protocolo. El proceso de eliminación de la enfermedad dependerá de los marcos evolutivos presentes dentro de una sociedad a consecuencia de los cambios a través del tiempo, desde la cultura, el uso de pociones y los sacrificios como una forma de curación, de tal modo, se le otorgaba propiedades farmacéuticas, en la actualidad los sistemas de salud han permitido una idónea distribución de medicamentos con la ayuda de ciencia y tecnología, así mismo, su aplicación es más técnica y con seguridad.

El método científico y clínico están íntimamente ligados al proceso evolutivo de las ciencias médicas, dentro del campo razonamiento analítico la salud tiene como gurú a René Descartes un filósofo dedicó mucho tiempo a aportar en temas de entendimiento del cuerpo humano. Su influencia es realmente notoria en la construcción de nuevas teorías científicas en el ámbito de la salud, en el campo de la física y la tecnología en general (Martinez, 2014).

En el año de 1974, M. Lalonde, luego de estudios llevó a cabo el modelo de la frambiose, el cual explica la necesidad de instituir dentro del campo de la Salud características que permitan analizar las dificultades de Salud de la persona y la comunidad. Lalonde identificó y describió las características que conforman el campo de la salud del individuo y la comunidad, los determinantes de salud, entendiendo como tal a aquellos mecanismos que la determinan, son aquellos factores que condicionan la Salud de una persona (Herrero, 2016).

Los cuatro elementos antes mencionados son la Biología Humana, el Medio Ambiente, los Estilos de Vida y los Sistemas Sanitarios. Estos determinantes influyen de manera diferente en el estado de salud de las personas, siendo el más influyente de ellos los estilos de vida, es decir, los actos que cada

persona lleva a cabo mantenido en el tiempo, su estilo de vida y sus hábitos. Esto hace referencia al hábito descrito previamente por Aristóteles, el cual establece que el hábito, entendiendo como tal el actuar para vivir feliz, era necesario para lograr la virtud, la Areté y así llegar a la Eudaimonía, a la Salud (Herrero, 2016).

En este sentido, lograr un estado de salud total resulta muy complejo, pues las determinantes, características y elementos que constituyen este objetivo son considerables, además se debe tener en cuenta la integralidad que engloba la conceptualización de salud y como se la divisa desde cada comunidad, conjunto social y organización, pues las determinantes pueden ser muy variantes en función de las necesidades de cada conjunto poblacional.

A nivel mundial, la salud tiene uno de los actores de mayor relevancia cuando se refiere a la calidad de vida; en el Ecuador al igual que varios países de la región considerados en vías de desarrollo, el área de salud se ha visto afectada por diversas características desde el acceso de salud hasta las prestaciones que brinda tanto en el área pública como privada, lo cual ha limitado notablemente los avances tecnológicos y científicos que permitirían mejorar la oferta del servicio. Un equipo médico que brinda una atención primaria de salud, como el de los servicios institucionales de salud, se encarga vitalmente de la prevención y del cuidado en una etapa temprana. En muchos casos se genera una interpretación errónea o tergiversada lo que significa la salud, donde se toma como objetivo la enfermedad mas no el individuo o persona, por ende, se resta importancia sentir del paciente, es decir, se desvaloriza la misma humanidad (Salto, 2014).

Riesgo

A los efectos que conciernen a este estudio, según el autor Collado (2008), el término riesgo como tal, determina siempre la existencia de un daño, futuro e

hipotético, cuya producción no está completamente determinada por los acontecimientos o condiciones causales que somos capaces de identificar y caracterizar. De esta manera, cuando los procedimientos para realizar una actividad laboral, supone la posibilidad de sufrir un daño en la salud, se entiende como un riesgo laboral.

Los riesgos laborales por lo general son consecuencia de unas condiciones de trabajo inadecuadas. En este sentido, los elementos perjudiciales que intervienen sobre el medio ambiente y sobre la salud se clasifican agrupándolos en torno a unos agentes genéricos denominados: mecánicos, físicos, químicos, biológicos y psicosociales. Los agentes mecánicos los cuales cumplen características de ser sólidos consistentes, y en ocasiones también los agentes físicos, originan la traumatología del trabajo, actuando sobre la integridad física de quien realiza la labor, produciendo como consecuencia, heridas, fracturas, contusiones, amputaciones, e incluso la muerte. Dentro de los agentes físicos se incluyen a los elementos de carácter energético (ruido, vibraciones, radiaciones, etc) con capacidad de producir golpes de calor, sorderas, enfermedades por radiaciones y lesiones traumáticas en algunos casos (Collado, 2008).

Los agentes químicos son productos o sustancias que pueden causar irritaciones hasta cánceres e intoxicaciones mortales. Los agentes biológicos comprenden a las bacterias, virus, protozoos y hongos, capaces de causar una amplia y muy variada gama de enfermedades. Los riesgos psicosociales tienen origen en experiencia de vida que pudieron generar algún daño en la conducta, generalmente derivan en comportamientos agresivos, cambios emocionales como la depresión y el estrés. Estas conductas se ven reflejadas cuando existe insatisfacción del trabajador, por lo tanto, se deben evitar situaciones de riesgo

que provoquen malas experiencias al empleado, algunos ejemplos alta exposición al ruido, explosiones y contactos eléctricos (Collado, 2008).

Los agentes químicos son productos o sustancias que pueden causar irritaciones hasta cánceres e intoxicaciones mortales. Los agentes biológicos comprenden a las bacterias, virus, protozoos y hongos, capaces de causar una amplia y muy variada gama de enfermedades (Collado, 2008).

Para generar crecimiento en función a lo que comprende la salud ocupacional y las condiciones de salud y seguridad laboral es crucial la continua práctica de acciones preventivas, es decir cultura preventiva. Dentro de la conceptualización es denotada como “prácticas nacionales que buscan la prevención en referencia a la seguridad y salud” denotado en el Convenio N° 187 de la Organización Mundial del Trabajo (OIT) 2006, donde se referencia un conjunto de costumbres que dan paso a los derechos de espacios de trabajo que reúnan las condiciones necesarias para ser considera seguro y saludable, este a su vez, sea otorgado a todos los trabajadores sin excepciones, además, del activo involucramiento del Estado mediante el aseguramiento de sistemas que garanticen los derechos y el principio de cultura preventiva.

Finalmente, la prevención debe ser adoptada como cultura general dentro de la sociedad, de las empresas, instituciones y de los individuos, con la salud y la seguridad, lo cual denotaría una serie de cambios a nivel colectivo e individual, la sociedad desarrollaría valores, habilidades y distintos puntos de vista acerca de la cultura preventiva. Sin embargo, es un proceso complejo adoptar esta cultura, puesto que requiere capacitación constante, además activa participación ya sea de forma directa o indirecta de los actores a nivel empresarial o sociedad en general.

Por consiguiente, resulta imperativo mantener un marco informativo sobre la exposición a los diferentes tipos de riesgos por parte de los trabajadores, los escenarios pueden ser variados y distintos. Por ende, es necesario consolidar los compromisos preventivos con acciones de inclusión, donde las mismas deriven en el reconocimiento de los riesgos existentes y los pasos a seguir para su prevención (Moreno, Veloz, Moreno, & Santacruz, 2020).

Subirats, y otros (2018) definieron que las fortalezas de una cultura preventiva son la información, el compromiso y la participación. En ese sentido:

- Informarse es la parte donde se logra integrar los riesgos presentes en el ambiente laboral observados por el profesional competente en el área, además de incluir los puntos de vista de los trabajadores con el fin de evaluar todas las variables.

- Comprometerse, es la fase donde la prevención se convierte una responsabilidad individual y necesidad colectiva hacia la concientización.

- Participación, es el proceso donde los trabajadores o empleados se involucran plenamente en la implementación de cambiar escenarios donde pueden estar en alto riesgo. Por ende, la conducta preventiva en conjunto encuentra formas creativas para mitigar posibles riesgos laborales.

Atención Médica Primaria y Juicio del Cliente Ante la Satisfacción.

La atención médica primaria juega un rol importante, debido a que el paciente mantiene mayor susceptibilidad a esta, por ello, es conocida como apoyo de primer contacto. Principalmente persigue la prevención y la recuperación, además de ser vital en la percepción de calidad por parte del paciente. La prevención es el principal eje de toda la gestión médica, en todas las áreas de la salud evitar que la población o pacientes adquieran enfermedades se transforma en

una prioridad, por ello, los diagnósticos precisos son altamente necesarios para lograr el control de los problemas salud en todos sus ámbitos, no obstante, no siempre se logran los objetivos de prevención por motivos tales como recursos, infraestructura, y extensión de población.

A consecuencia, por ello son importantes estudios de satisfacción del paciente y que generalmente son realizados e implementados en países desarrollados, puesto que las instituciones que regulan la atención médica y de seguridad, efectúan cambios continuos de sus normativas que les permite evaluar el óptimo desempeño del personal médico. Por ende, la atención médica de calidad es el eje principal del aparataje médico y un derecho fundamental de cualquier paciente según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde claramente denota, que todo ser humano tiene derecho a tratar y ser tratado con dignidad.

Muchas de las necesidades que históricamente ha sido menester del individuo en su curso evolutivo entrañan su bienestar propio, ya sea físico o psicológico, emocional o psicológico, teniendo en cuenta la cosmovisión, la perspectiva y la definición de bienestar que desarrolla cada sociedad, comunidad u organización social, como el punto máximo de este bienestar se vislumbra la salud, pues el mantener un estado sin alteraciones que afectan al organismo es un punto de partida para evidenciar un buen bienestar.

Teniendo en cuenta lo mencionado en líneas anteriores, la calidad de las relaciones con quienes buscan servirse de un servicio indistintamente cual sea este, se ha convertido en un factor decisivo para el éxito en la satisfacción en las distintas áreas de servicios que se oferten.

A través de las generaciones, resulta innegable el largo camino para la satisfacción de las necesidades del ser humano ha sido difícil, ya que no siempre se compensan, de hecho, lo que se consigue la mayoría de las veces es la insatisfacción. Solamente la satisfacción de las necesidades es la que tiende a llevar a un cambio positivo en los individuos. Asimismo, como sucede desde la prehistoria, la cobertura de las necesidades ha puesto al hombre en el camino de su desarrollo como organismo viviente y es lo que ha permitido subsistir y evolucionar hasta los tiempos actuales, ya que siempre se ha movido en busca de su bienestar en todos los ámbitos que le rodean (Calva, 2009).

Desde hace algunos años países desarrollados han incorporado el punto de vista de los pacientes, usuarios, clientes o consumidores de salud como parte del concepto de calidad en la atención sanitaria. Lo anterior, ha permitido mejorar los procesos respecto de los elementos que valoran al evaluar satisfacción y calidad percibida en la atención de salud (Pezoa, 2013).

El concepto “satisfacción del paciente” es bastante complejo de abordar, puesto que la satisfacción como tal se encuentra flotando alrededor de los gustos, preferencias y percepciones del servicio hacia los pacientes, es decir, lo que para unos puede estar bien para otros puede resultar todo lo contrario. Entonces, la satisfacción, enmarcada dentro de la teoría de las necesidades de las carencias de conocimiento e información o sobre un servicio con tal, objeto o fenómeno y que fue lo que provocó una necesidad de demandar o buscar un servicio u objeto para llegar a estar satisfecho (Calva, 2009).

Sin embargo, es importante distinguir que dentro de las instituciones de salud pueden existir servicios no clínicos, donde generalmente pueden estar presentes elementos precisos como la comunicación, puntualidad, agilidad,

respeto y trato, a diferencia del clínico donde se exponen los diagnósticos y tratamientos a seguir, y en conjunto de estos elementos juegan roles importantes para la complacencia del usuario.

Existen pocas definiciones claras sobre la “satisfacción del paciente” sin embargo, según Arboleda, Chernichovsky y Esperato (2018), la definieron al desborde emocional a consecuencia del precedente servicio médico recibido, otros autores como Levandovski, Dias da Silva y Marques (2015), la definen con ciertas similitudes como la comparativa de las expectativas versus la experiencia de la atención médica receptada, tomando como satisfacción positiva cuando la atención supere la expectativa. No obstante, en este estudio terminó definiéndose, como el punto donde la atención médica genera complacencia en el paciente y la misma se encuentra por encima de sus perspectivas previas.

Sin embargo, para medir la calidad de la atención que provea la satisfacción del paciente, es importante el conocer que es la atención médica de calidad y sus elementos, por ello, los investigadores Vivas, y otros (2018), la explican como el nivel donde los servicios médicos otorgados a la población mejoran los resultados en términos de salud esperados, para alcanzar esta premisa, el cuidado de la salud tendrá factores de eficiencia, eficacia, equidad y pertinencia, con alineamiento al paciente. Por lo tanto, existe una conexión directa de la calidad de atención con la satisfacción del paciente.

Satisfacción con Servicios de Salud

En los diferentes ámbitos operativos del área de la salud, es ya una práctica común, al menos en las sociedades occidentales desarrolladas, evaluar la calidad de los servicios sanitarios públicos y privados mediante la medición del nivel de satisfacción de sus usuarios. El interés por conocer la opinión de los

usuarios tiene, al menos, una triple justificación: por un lado, desde la óptica de la participación social, se ha puesto énfasis en que los ciudadanos sean parte integrante y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de la política sanitaria.

Por otro lado, según Serrano (2008) en su investigación mencionó que son los usuarios quienes tiene el poder de monitorizar y finalmente juzgar la calidad de un servicio ya que son ellos los últimos en recibir el producto o servicio que se oferte, dando así las piezas necesarias para que los gestores públicos por medio de la información que dan los usuarios procuren iniciar un cambio positivo.

Haciendo referencia a la satisfacción a los servicios sanitarios es importante medir su nivel, debido que si un paciente es satisfecho está encaminado a cumplir las recomendaciones médicas y como resultado de ello mejorar su salud.

Una de las formas más comunes para conocer la satisfacción de los usuarios es mediante el desarrollo de instrumentos que permiten recopilar información, como son las encuestas. Esta herramienta permite que los diferentes usuarios califiquen el servicio que están recibiendo. Con la obtención de estos datos pueden ser procesados por medio de diferentes programas estadísticos para su posterior análisis (Serrano, 2008). Bajo estos elementos se pueden direccionar a la implementación de mejoras en la gestión buscando una mejora obtención de calidad, lo que vendría correlacionado con una mejor satisfacción en los pacientes.

Para una mejor comprensión de la satisfacción en un servicio sanitario es necesario tener en cuenta que es compleja su realidad, debido que es de naturaleza multidimensional, los usuarios pueden hacer una juicio ya sea de manera global o evaluarlas de manera separadas la satisfacción de cada una de ellas. Al conocer la satisfacción de cada dimensión sobre el servicio que se brinda, da las pautas

necesarias para determinar cómo estas influyen en la configuración de la satisfacción global, se considera a la satisfacción global como la agrupación de las satisfacciones parciales (Serrano, 2008).

En lo referente a la salud contemplada como un servicio, son diversas las necesidades a cubrir pues en la oferta de esta prestación en donde la integralidad prevé un plus a esta, es importante recalcar que no solo incluye la integralidad asociada a las diversas secciones dentro la atención por especialidades, subespecialidades, exámenes complementarios (fluidos, secreciones, imagen, fisiopatológicos, etc.), transporte secundario emergente, es la que le brinda este plus o ventaja, pues actualmente a las prestaciones de salud se han asociado diversas características que asisten no solo al usuario, sino a sus familiares incluso a sus propiedades (garajes exclusivos para usuarios, servicios de medicina asistencial domiciliaria, instalación de equipos en domicilio, asistencia médica emergente en ruta, entre otras) las mismas que han sido insertadas en paralelo con los avances tecnológicos de los cuales los oferentes y demandantes del servicio son usuarios (Pezoa, 2013).

Por lo tanto, para el usuario no basta salir sano de la consulta, sino que su valoración va más allá en el momento de evaluar su satisfacción con el servicio. En este contexto, identifica siete variables importantes que definen la vara con que miden su estadía en el hospital y distinguen cuatro de ellas como las principales que son: personal cálido y humano, información clara en términos “no médicos”, apoyo físico y psicológico y rapidez en la atención. Agregan también, confianza y seguridad, atención oportuna, limpieza y equipos y tecnología (Pezoa, 2013).

Entre otros de los aspectos que son criterio de análisis los culturales y las barreras idiomáticas han sido considerados también un factor asociado a la

satisfacción de los pacientes. El origen de los usuarios se relaciona con la satisfacción, disminuyendo la satisfacción tanto del personal como de los pacientes cuando éstos últimos eran extranjeros sobre todo si su origen era asiático o africano, esto de la misma manera puede traducirse a los pacientes que provienen de una etnia diferente o sus características raciales no son propias de la región, por lo tanto se intuye que las barreras idiomáticas son fuertes determinantes en la satisfacción del paciente o usuario (Figuroa, 2015).

Cuando un usuario de un servicio percibe que las barreras idiomáticas no tuvieron un abordaje correcto, estuvieron menos satisfechos con el servicio y refirieron una menor posibilidad de recomendarlo a terceras personas. Disponer de intérpretes o facilitar el aprendizaje de idiomas a los médicos puede ser una herramienta útil para mejorar la satisfacción de los usuarios, en la medida de lo posible y dependiendo del tipo de servicio al que se acceda, es decir resultaría necesario en un hospicio sanitario adscrito a un aeropuerto y se podría obviar de esta herramienta en un área de salud en donde la característica lingüística no tenga tendencia a la variación y la fluctuación de personas con distintos idiomas no sea considerable.

Además de factores ambientales y culturales, hay factores que se relacionan con el estado clínico del paciente o usuario que acude a consulta que se asocian a su satisfacción como la presencia de dolor. El dolor como síntoma, es una de las principales causas por las cuales los pacientes precisan de atención en muchos de los casos urgente, pero, aunque haya una coyuntura entre el alivio del dolor y la satisfacción, otros factores pueden confundirla, como la intensidad del dolor, el dolor referido, el dolor crónico, el dolor que se agudiza, o el hecho de que el paciente es incapaz de describir el tipo o escala del dolor (Figuroa, 2015).

En este sentido, siendo el dolor una de las causas más apremiantes para acudir a un servicio de salud, es necesario tomarlo en cuenta como un factor de puede brindarnos un indicador de satisfacción del servicio, incluso de la calidad de este. Otros factores que han sido estudiados en relación con la satisfacción del paciente han sido el grado de urgencia del paciente, el sistema de clasificación de pacientes o triaje, o el abandonar el servicio sin ser visitado. Los pacientes emergentes o más graves reflejan una mayor satisfacción que los menos graves o rutinarios (Fontova, 2015).

En la investigación denominada: Un estudio de satisfacción con la atención médica, Hamui (2015) plantea como un proceso cognitivo a la satisfacción es decir que medirla por medio de los indicadores subjetivos, al estar diseñados correctamente por medio de ellos es más preciso medir las variables de felicidad y satisfacción que son indicadores ligados al estado de bienestar de las personas, a diferencia de otros indicadores como el PIB o el Ingreso que son indicadores objetivos.

Al hacer una evaluación propia de la vida o referente a experiencias (familia, atención a la salud, entre otros) engloba una operación que brinda información de manera sintética, esto a su vez agrupa un sin número variables que pueden resultar inmanejable por medio de los indicadores objetivos. No obstante, a pesar de que las variables a tratar sean subjetiva esto no es impedimento que sean tratadas con objetividad, es decir que al ser tratadas de esta manera se refiere al aumento de la posibilidad si un tercero realiza una evaluación esta tendría que ser semejante a la primera. Sin embargo, el resultado de la primera con la segunda evaluación la posibilidad que no coincida es muy amplia, por lo que se deriva una información más dispersa y variable (Hamui, 2015).

Niveles y Dimensiones de Satisfacción

Los usuarios del servicio de salud experimentan al menos uno de los 3 niveles de satisfacción, citando a Vargas (2017) menciona los siguientes:

Complacencia: Sucede cuando el usuario percibe una atención que supera sus expectativas.

Satisfecho: Cuando el paciente cubre sus expectativas con el servicio brindado.

Insatisfacción: Ocurre cuando el producto o servicio brindado no llega a las expectativas del paciente.

Bajo estos niveles presentados se puede canalizar la satisfacción del paciente, y por ende al tener un buen servicio su nivel de lealtad será mayor. Al tener un paciente insatisfecho buscará automáticamente otra unidad que le brinde el mismo servicio y presentará deslealtad. La insatisfacción se presenta en los usuarios que siguen teniendo la carencia de conocimiento o una limitada información sobre algún objeto, hecho o fenómeno o servicio y que, a pesar de tener un comportamiento informativo determinado, no han alcanzado a cubrir esa carencia o a solventar esa necesidad. Este usuario estará insatisfecho si la institución no le da los documentos que contengan la información que necesita o no le oferta el servicio que esta demanda (Calva, 2009).

Por otro lado, el paciente satisfecho mantendrá su lealtad con el servicio, pero lo hará hasta que encuentre otro lugar que mejore sus expectativas (lealtad condicional), finalmente el usuario o paciente complacido se mantendrá leal al servicio por afinidad emocional. Por estas razones diversos servicios se encaminan en complacer a los demandantes y usuarios a través de la premisa que ofertan y sobre todo dar más de lo que el servicio ofrece.

Las dimensiones de la satisfacción van de la mano con los niveles de satisfacción como menciona Vargas (2017) en su estudio destaca tres variables importantes como: Validez, Confiabilidad, Lealtad. A continuación, se detalla cada una de ellas.

La validez hace referencia a la sustentación de los servicios que se ofertan, los cuales deben justificarse en base a las necesidades del sector de influencia y a las nuevas demandas que presente la población (Jiménez R. , 2004).

La confiabilidad hace hincapié en la congruencia de ofertar solo los servicios que están presentados en la cartera de servicios, de tal manera que se cumpla con las expectativas y necesidades de los usuarios (Pérez, 2008).

Finalmente, se encuentra la lealtad esta variable es definida como un compromiso organizacional se refiere a un conjunto de más variables como respeto, confianza y preferencia por un servicio, por estos motivos es necesario centrar la atención de cualquier naturaleza que sea un negocio o empresas, la lealtad de un empleado, paciente u ofertante son más poderosas para trascender en un mercado. Por estas la lealtad es indispensable en todas las áreas sean profesionales o personales porque garantiza que las relaciones perduren en el tiempo (Vargas, 2017).

Diseño de plan de mejora de servicios.

El diseño del plan de mejora de servicios a usar es el ciclo de Deming (Dudin, Frolova, Gryzunova, & Shuvalova, 2014), que conduce a una mayor calidad y productividad y una posición más competitiva. En la Figura 1 se muestran las cuatro calves de este ciclo son planificar, hacer, verificar y actuar. El objetivo es usar el ciclo de Deming para una mejora constante y continua.

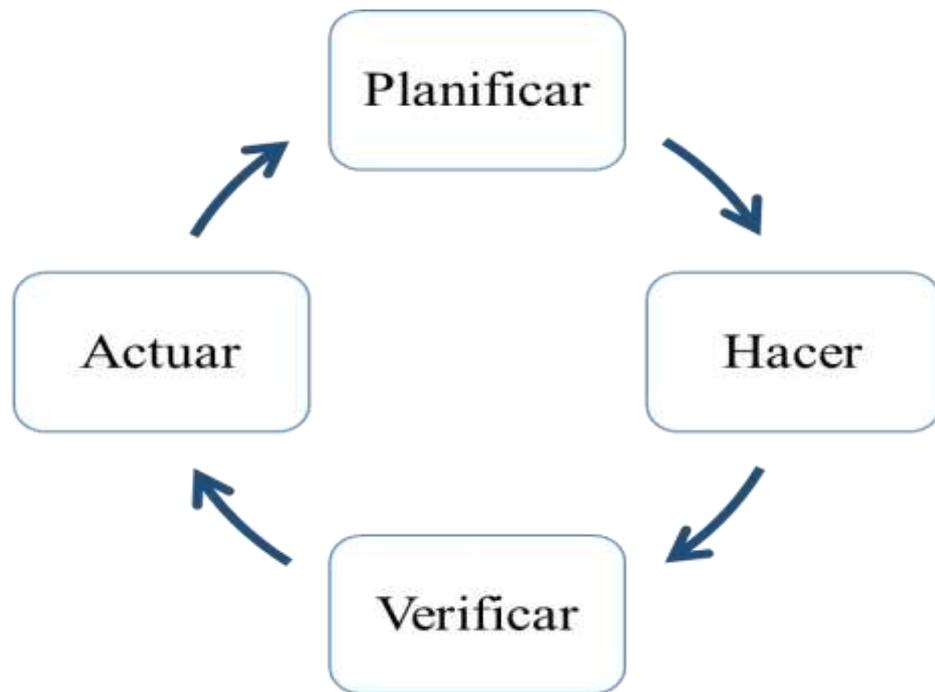


Figura 1. Ciclo de Deming

Fuente: The Deming Cycle (PDCA)

Planificar: Planificar las ideas del proyecto

Hacer: Desarrollar el proyecto

Verificar: Auditar el proyecto y el impacto

Actuar: Poner en marcha

Modelo Continuo del Mejoramiento de Servicio

En la Figura 2, detalla un constante ciclo para el mejoramiento de los procesos dentro de la unidad.

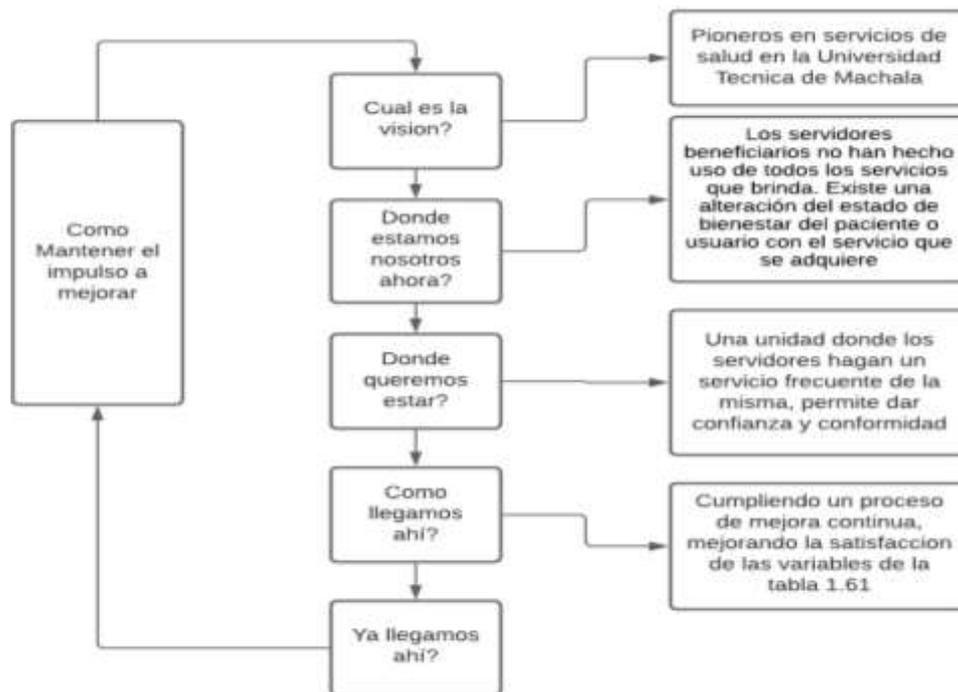


Figura 2. Ciclo de Deming aplicado al proyecto

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

El proceso de mejoramiento se detalla a continuación:

Adoptar la visión mediante la comprensión de los objetivos de alto nivel.

Evaluar la situación actual para obtener una exactitud, una mirada imparcial de como la situación está ahora.

Entender y acordar las prioridades para el mejoramiento base en el desarrollo profundo de los principios definidos en la visión.

Para poder cumplir el objetivo que los servidores recurran con mayor frecuencia a la unidad de atención médica, hay que establecer el plan de mejorar y reducir el impacto de las variables de la Tabla 61, porque son las variables que se encontraron en el estudio, donde presenta problemas con el personal.

Verificar que las métricas y mediciones están establecidas correctamente para asegurar que los hitos fueron logrados, y que los objetivos y prioridades están atadas al nivel de servicio.

Finalmente, el proceso debería asegurar que el impulso para el mejoramiento de calidad es mantenido asegurando que los cambios lleguen a ser incorporados en la organización.

Dentro de la Figura 2, en la sección “Como llegamos ahí”, indica un proceso de mejoramiento de servicio continuo el cual será detallado en el siguiente capítulo, explicando cómo cada variable que está en sujeto de análisis puede mejorar de manera continua en el tiempo, para así cumplir con el objetivo general del proyecto.

Proceso de Mejoramiento de Servicio Continuo

Para llevar a cabo este proceso hay que llevar a cabo 4 razones para monitorear y medir cada proceso de mejora.

- Validar
- Dirigir
- Justificar
- Intervenir

Validar: Monitorear y medir para validar las decisiones previas.

Dirigir: Monitorear y medir para establecer la dirección de las actividades a fin de cumplir con los objetivos establecidos

Justificar: Monitoreo y medición para justificar, con evidencia o prueba, que se requiere un curso de acción.

Intervenir: Seguimiento y medición para identificar un punto de intervención, incluidos los cambios posteriores y acciones correctivas

Las mediciones deben perdurar mucho después de que la necesidad haya pasado, siempre preguntarse si todavía es necesario aplicar este procedimiento, cambiarlo por completo o solo modificarlo.

Métricas de servicio: Son el resultado del servicio de extremo a extremo: las métricas de componentes / tecnología son utilizado para producir las métricas de servicio.

Métricas de proceso: Se capturan en forma de factores críticos de éxito (CSF), Indicadores de rendimiento clave (KPI), y las métricas de actividad para los procesos de gestión de servicios. Cuatro áreas clave que los KPI pueden medir son la calidad, el desempeño, el valor y el cumplimiento de seguir el proceso. El plan de mejoramiento de servicios usaría estas métricas como entrada para identificar oportunidades de mejora para cada proceso.

Métricas de tecnología: Estas a menudo se asocian con métricas basadas en rendimiento y disponibilidad.

Capítulo II

Marco Referencial

La importancia de brindar un buen servicio y satisfacer las necesidades del consumidor o usuario de dichos servicios se ha convertido actualmente en uno de los objetivos más importantes de las instituciones y empresas de salud orientadas al consumidor o usuario y a empresas que demanden dicho servicio. Por ello, la literatura científica desde hace años atrás ha presentado un interés creciente por la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios, así como por conocer sus antecedentes, consecuencias y los procesos dinámicos dentro de las actividades. De este modo, se postula que tanto prestar un servicio de calidad como llegar a la satisfacción del usuario proporcionará a la institución cierta cuota de mercado, y lo más importante, usuarios satisfechos que continuarán adquiriendo sus servicios y que recomendarán a otros usuarios su uso y consumo (Ros, 2016).

Desde esta perspectiva Ros (2016) concluyó que cada una de las aproximaciones al concepto de calidad y satisfacción usuaria hace referencia a distintos momentos en el tiempo, siendo la calidad como satisfacción o superación de las expectativas de los usuarios el enfoque predominante en la actualidad. De acuerdo con esta aproximación, es posible hablar de calidad cuando se satisfacen las expectativas de los usuarios.

A nivel mundial uno de los principales objetivos de investigar sobre la satisfacción de los trabajadores con los servicios de salud ocupacional del cual son beneficiarios, es que los trabajadores estén sanos y que el entorno laboral y las instituciones donde trabajan sean saludables. Incluso es necesario abarcar el área psicológica de los servidores, pues constituye una interfaz entre el bienestar

laboral e institucional, la salud y la seguridad ocupacionales (Red Mundial de Salud Ocupacional, 2003).

La Red Mundial de Salud Ocupacional (2003) recalca la importancia de investigar sobre la satisfacción de los servicios de salud ocupacional, en parte por el punto de vista del empresario, es decir sobre la manera en que el bienestar individual puede promover la productividad y la salud colectiva, y sobre la manera en que las instituciones pueden diseñar entornos laborales saludables y promover la satisfacción y la productividad de los trabajadores. Se ha prestado mucha atención a las cuestiones relacionadas con el estrés laboral como mecanismo clave que vincula el trabajo y la salud. El aporte de la psicología de la salud ocupacional ha generado una importante evolución conceptual de este campo.

Además, en el caso de las entidades que prestan sus servicios a personas con capacidades diferentes, su finalidad es lograr que este grupo de usuarios se integren en las mejores condiciones en la sociedad, es decir, que mejore su calidad de vida y la de sus familiares. Sin embargo, existe cierta controversia en la conceptualización de la calidad del servicio, su dimensionalidad, integralidad, así como su influencia en la satisfacción del usuario. Igualmente, la satisfacción del usuario ha sido confundida en numerosas ocasiones con la calidad del servicio y, por lo tanto, la relación entre ambos conceptos no está ni mucho menos consensuada en la literatura. Así, desarrollar investigaciones sobre esta temática permitirá abordar de una manera compatible los objetivos de las organizaciones, instituciones, empresas y de los usuarios a los que prestan sus servicios, lo que, por ende, mejorará el bienestar social. Por su parte, el estudio de la calidad ha

generado un gran interés entre profesionales de distintos sectores de actividad y académicos de todo el mundo (Fariño, 2018).

Según Suárez & Rodríguez (2018), la satisfacción no puede lograrse sin parámetros evaluativos de la gestión de la calidad en la salud. Según la sesión de 53.0 Consejo Directivo 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, indica lo altamente necesario que resulta incrementar la inversión a unidad de primer nivel de atención, con el objeto de potenciar las capacidades resolutorias, incrementar los servicios para que más ciudadanos puedan beneficiarse, de tal modo, descongestionar otros niveles de salud que se encuentran con casos más complejos de atender. Por ello, en congruencia a estas premisas se ha encontrado que los niveles de satisfacción de los usuarios en términos de estructura se encontraron por debajo del estándar establecido, salvo excepciones como la limpieza.

Los resultados de estudio poseen ciertas similitudes con otro realizado por la Escuela Nacional Pública de la provincia de Matanzas, donde el 91% de los participantes del estudio, estableció que la limpieza de los consultorios cumplía con sus expectativas, y en temas de infraestructura resultó ser todo lo contrario.

Además, la investigación demuestra que la variable tiempo de espera se encuentra en nivel menor al evaluado en este, por ende existen problemas de tiempos de respuesta, y esto sucede en otros sondeos como el elaborado por Suárez & Rodríguez (2018) “Nivel de servicio y su efecto en la satisfacción de los pacientes en la Atención Primaria de Salud”, en otra investigación por Yaneth Gómez, “Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica”, los resultados difieren al predominar los pacientes insatisfechos con la atención recibida.

La planificación en la salud es vital, por ello el Programa Nacional de Medicamentos del Ministerio de Salud Pública (MSP) dicta, se debe realizar un presupuesto con los cálculos de la medicina necesaria para evitar el desabastecimiento en cualquiera de las unidades de salud, de tal modo, prevenir que los ciudadanos tengan que incurrir en gastos sobre la medicina que el gobierno provee (Suárez & Rodríguez, 2018). Este mandato es incongruente con los resultados donde la dimensión disponibilidad de materiales, medicamentos e instrumentales, muestra un valor de satisfacción por debajo del mínimo evaluado. En resumen, existe un nivel de insatisfacción de los usuarios en dimensiones de infraestructura, tiempos de respuesta y abastecimiento de medicamentos, y el punto de satisfacción más alto está denotado por la limpieza.

Desde el punto de vista de Gallardo (2014) la problemática de Satisfacción usuaria en Chile, el cual se posiciona en Latinoamérica como uno de los más desarrollados en materia de salud ocupacional y riesgos laborales, es relevante en nuestro país, el Ministerio de Salud (MINSAL) lo enuncia dentro de su Misión en donde busca "...acoger oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes".

Desde esta perspectiva, y tomando en cuenta los resultados obtenidos, las nuevas metas en materia de satisfacción usuaria deberán orientarse a redefinir el vínculo entre las personas y el sector, promover el ejercicio pleno de los derechos y las responsabilidades de las personas en salud y relevar las dimensiones significativas en materia de satisfacción usuaria. Además, el desafío será incorporar las dimensiones de satisfacción usuaria a la formación académica de los profesionales médicos, paramédicos y técnicos, pues la orientación hacia el

usuario es una preocupación que debe instalarse tempranamente entre quienes formarán equipos de atención.

Gallardo (2014) concluyó que la identificación de expectativas y percepciones de los pacientes usuarios en base a la calidad de servicio es esencial en los sistemas de salud, el MINSAL plantea esta problemática como un desafío destacando la necesidad de la incorporación de estos temas en la formación de los profesionales de salud.

Según lo expuesto en los resultados, se revela que un mayor número de profesionales de la salud puede relacionarse a una experiencia sobresaliente por parte de los usuarios. Con esto se confirma que la dimensión real de nuestra disciplina es el cuidado, el cual debe ser centrado en el usuario y paciente, con un enfoque biopsicosocial apuntando hacia la integralidad en un contexto de respeto a sus valores e identificando sus necesidades y considerando las expectativas del usuario, todo esto con la finalidad de otorgar un cuidado de calidad. Es fundamental en la actual gestión integral de los servicios de salud, conocer a los clientes mediante información cualitativa y cuantitativa.

La medición de los aspectos mencionados se torna imprescindible debido a que si se tiene una población partícipe, que opina respecto a los servicios brindados, se puede disponer de una retroalimentación constante de aquellos puntos perfectibles en la práctica, mejorando los procesos y ayudando a que el trabajo en equipo tenga orientación al usuario como herramienta de mejora de la calidad.

Por lo antes mencionado y al ser una temática en desarrollo a nivel país y sobre todo en el área de salud es inminente la necesidad de realizar un análisis de estas dimensiones. El presente artículo expone: la percepción y satisfacción del

usuario, la calidad de servicio de salud y finalmente la discusión y conclusión del tema expuesto.

Al modificarse la naturaleza y distribución del mercado también lo hace el cliente. El cliente ahora está más informado, es más selectivo, tiene mayor capacidad de elección, es más segmentado, tiene mayor nivel de vida y sus exigencias al servicio son más integrales, etc. Por esto se requiere monitorizar el nivel de satisfacción de los clientes hacia los servicios y productos, así el desafío de la empresa o institución es hacia la innovación y mejora constante, con calidad del personal y siempre orientada a su objetivo final que es el cliente. Para lograr este enfoque hacia el cliente se debe empezar a identificar qué factores inciden sobre la satisfacción del usuario.

Estos factores en muchas ocasiones no son evidenciados de manera consciente, sin embargo, pueden ser detectados analizados y relacionados con el fin de poder entregar servicios que aspiren a la satisfacción de las necesidades de los clientes.

La satisfacción del usuario involucra una experiencia racional o cognoscitiva, procedente de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio; está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales, incluso accesos geográficos, costos, publicidad y a la propia organización sanitaria. Esto implica reconocer que, en lugar de un problema netamente teórico, uno se enfrenta con que la calidad es parte de un ineludible compromiso profesional, el de poner a disposición de los que deben tomar decisiones en un marco de acción para lograr la excelencia y mejorar la calidad de la atención en salud (Castelo, Castelo, & Rodríguez, 2016).

Debido al proceso de globalización que vive el mundo y los constantes acontecimientos que se suscitan en las entidades que brindan servicios de salud, es importante que los profesionales en salud tenga un manejo adecuado del paciente, considerando que las relaciones interpersonales con el paciente deben ser oportunas, continuas, dinámicas y libres de riesgo; así todo lo que el paciente perciba, lo expresará y permitirá de esta manera medir la calidad de atención que brinda el profesional de la salud en el servicio de Resonancia Magnética del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta (Messarina, 2015).

En este estudio desarrollado por Messarina(2015) se establecieron algunas relaciones en función a la satisfacción del usuario o paciente con el servicio, dichos resultados se exponen de la siguiente manera, se establece el grado de relación entre la satisfacción del usuario que acude al servicio de resonancia magnética con la dimensión de fiabilidad, determinándose que existe una alta correlación estadística (0.728). También se establece el grado de relación entre la satisfacción del usuario que acude al servicio de resonancia magnética con la dimensión de sensibilidad, determinándose que existe una alta correlación estadística (0.763). Se establece el grado de relación entre la satisfacción del usuario que acude al servicio de resonancia magnética con la dimensión de tangibilidad, determinándose que existe una alta correlación estadística (0.743.).

Se establece el grado de relación entre la satisfacción del usuario que acude al servicio de resonancia magnética con la dimensión de seguridad, determinándose que existe una alta correlación estadística (0.774). Se establece el grado de relación entre la satisfacción del usuario que acude al servicio de resonancia magnética con la dimensión de empatía, determinándose que existe una alta correlación estadística (0.818). Por lo evidenciado anteriormente en los

resultados en este estudio como conclusión general, se determinó que la calidad de la atención que brinda el profesional de la salud influye en la satisfacción del paciente que acude al servicio de resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta en Trujillo, setiembre – octubre 2015, lo cual es corroborado estadísticamente por el coeficiente de correlación de 0.878, que indica que existe una alta correlación entre las variables (Messarina, 2015).

Según Fariño (2018), desde el punto de vista sociológico y administrativo, los pacientes o usuarios son los encargados de recibir los servicios que proporciona el profesional de la salud, a través de una institución pública o privada, así como la atención por parte de las instituciones u organismos encargadas de velar por el bienestar de la salud de la población, como parte de los derechos instituidos dentro de la Constitución.

Es importante tener en cuenta las normativas referentes a la seguridad y salud en el trabajo, como el artículo 15 del Decreto Ejecutivo donde se hace mención de la unidad de seguridad e higiene del trabajo en función del número de trabajadores, riesgo y grado de peligrosidad, el Acuerdo Ministerial 1404 que corresponde al Reglamento para el funcionamiento de los servicios médicos de empresa, Código de Trabajo en su artículo 430, en donde se menciona que el empleador con más de 100 trabajadores establecerá en el lugar de trabajo, en un local adecuado y servicio médico permanente, Decisión 584 del Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo, en el que se menciona que Los empleadores deberán adoptar y garantizar el cumplimiento de las medidas necesarias para proteger la salud y el bienestar de los trabajadores, entre otros, a través de los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

Las personas que acuden con la esperanza de ser atendido en los establecimientos de salud aspiran una atención que satisfaga sus necesidades, donde la infraestructura relacionada con el profesionalismo de cada uno de los miembros que conforman el sistema de salud determina el nivel de satisfacción de los usuarios. Bajo estas perspectivas, surge la necesidad de que las instituciones se preocupen por el mejoramiento en la atención al usuario, el mismo que debería ser un imperativo ético que permita cambiar los paradigmas de la sociedad en relación con la salud pública y a los servicios que promociona entre ellos la salud ocupacional (Fariño, 2018).

No obstante, Hamui (2015), desarrolló una investigación denominada: “Un estudio de satisfacción con la atención médica” en México, Distrito Federal, donde se estratificó niveles sociales, tipo de enfermedades, género del paciente y un sinnúmero de factores que inciden en el grado de satisfacción del servicio recibido y que, si son tomados en cuenta, en muchas ocasiones, con pequeños esfuerzos y mínimos costos, pueden mejorar significativamente la percepción que tienen los usuarios de los servicios de salud que, en forma cotidiana, se prestan en nuestras instituciones. Resultados de esta naturaleza siempre abren oportunidades para mejorar.

Con el propósito de aumentar estudios que promuevan una mejora continua Hamui (2015) en su investigación sobre la satisfacción con la atención médica u propósito fue crear un instrumento culturalmente sensible, que involucre los diferentes escenarios: salud- enfermedad- atención sabiendo que en base a esto el paciente realiza el efecto de percepción del servicio.

Siguiendo la misma línea Hamui (2015) en el cuestionario que aplicó en su estudio se divide en cuatro apartados: el primero apartado es sobre las costumbres

y datos sociodemográficos que ayudan a conocer la población a investigar. La segunda sección hace referencia a la salud del paciente (enfermedades detectadas), hábitos y el estilo de vida. La tercera se conoce sobre las diferentes preocupaciones (familiares, económicas y sociales), y finalmente en el cuarto apartado es acerca del trato y encuentro con el médico demás personal (enfermera, personal administrativo, vigilantes entre otros).

Otro estudio similar presentado por Bleich y Ozaltin (2009) concluyó que la experiencia de los pacientes se correlaciona de manera significativa la atención pública con la satisfacción con una variación del 10,4% además encontró en su investigación que existen otras variables que influyen en la satisfacción del usuario como: estado de salud, expectativas, cobertura de inmunización y el tipo de atención que reciben en los sistemas de salud, cabe resaltar que estas variables de manera global explican la variación observada solo un 17,5%, lo que encamina a pensar que existen otras variables que pueden ser muy significativas que determinen componente no explicado de la variación entre la relación de satisfacción con el sistema de atención de salud.

En conclusión, la satisfacción que la población recibe sobre el sistema sanitario en gran medida va a depender de factores exógenos del sistema de salud que propiamente de la experiencia vivida de cada usuario, presentando así una medición limitada para mejorar y reformas el sistema sanitario (Bleich y Ozaltin, 2009).

En otra investigación realizada por Banegas (2014), sobre la calidad de los servicios especialmente la satisfacción de los usuarios, este último término determina el autor que es un punto clave para evaluar la calidad, porque proporciona a los altos directivos un horizonte más claro para diseñar las

estrategias de salud pública. Debido que generar altos niveles de satisfacción en los pacientes es una tarea algo compleja debido que engloba parámetros de calidad anexados a una infraestructura adecuada, personal capacitado, equipamientos y procesos.

En la actualidad los sistemas de salud presentan diversos problemas, debido a que enfrentan complicaciones en sus servicios, entre ellos está la limitación de recursos, el avance rápido de la tecnología y principalmente el crecimiento de las expectativas de los pacientes. Para minimizar estos factores es necesario incorporar sistemas de gestión de calidad, debido que al involucrar este sistema garantiza una mejor calidad en los diferentes servicios médicos, por ejemplo: direccionar a los trabajadores a una mejor orientación con los pacientes, dar respuestas rápidas y oportunas a los usuarios ante problemas de insatisfacciones (Banegas, 2014).

En el estudio que antecede presenta una estadística del 16,0 % que representa a los afectados es decir las personas insatisfechas en relación a la atención recibida, dicho porcentaje coincide con el de Ortiz quien realizó un estudio con 15 hospitales en México encontrando un 15,06 % de pacientes insatisfechos, regularmente el índice de pacientes satisfechos es elevado en países americanos como Perú, Nicaragua, México y Cuba, por porcentajes que oscilan entre 60 y 80 %, se menciona además que las personas de edades avanzadas presentan mayor satisfacción con la atención que reciben.

Haciendo referencias a las personas de edad avanzadas son las que mayormente acuden más frecuencia a consultas médicas, siendo ellos un elemento clave para una mejor evaluación sobre la calidad del servicio, a diferencia de los

usuarios más jóvenes con inexperiencia y actitud crítica para esto (Banegas, 2014).

Según De los Ríos (2004), en su estudio denominado algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente, desarrollado en México, la relación interpersonal entre quienes intervienen en los procesos operativos de salud es determinante para lograr un alto nivel de satisfacción en el usuario y un adecuado cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas.

Aquellas relaciones en las que se permite al usuario expresarse con libertad y se le ofrece suficiente información para aclarar dudas o temores, provocan un nivel de satisfacción y cumplimiento de las indicaciones médicas muchos mayores.

Cuando el paciente interrumpe varias veces al médico o a la enfermera durante la entrevista clínica, aumenta su satisfacción ya que solventa inquietudes; mientras que si es el médico quien interrumpe al paciente, sucede lo contrario pues suele elevar la incertidumbre del paciente. En el caso de las evaluaciones post-hospitalización, si el paciente se sintió ayudado, comprendido y acompañado de profesionales de la salud accesibles, su grado de satisfacción será muy elevado.

Es necesario resaltar que cuando se les pregunta a los principales proveedores de cuidados (médicos y enfermeras) sobre qué consideran favorece la satisfacción del paciente, la mayoría más del 70%, se muestran satisfechos de cómo trabajan y entienden que el tiempo de la interacción es un factor principal para determinar el grado de satisfacción del paciente según datos de, De los Ríos (2004), un resultado semejante encuentra con residentes de medicina familiar, donde se demuestra que éstos son incapaces de determinar si el paciente que acaban de atender queda satisfecho con los cuidados prestados, señalando como responsable de esta situación a la tecnología médica que no les permite interactuar

adecuadamente, lo que junto al rol pasivo del paciente conlleva a un resultado incierto en torno a la satisfacción del usuario.

Por último, cabe señalar que un aspecto importante en la relación enfermera-paciente-médico es la evaluación de los profesionales de la salud de su propia satisfacción con su nivel y condiciones de trabajo, de tal forma que existan también evidencias empíricas en ambas variables de interacción.

Con base en lo anterior, cuando se desee medir la satisfacción deben tenerse en cuenta aspectos como, Identificación de las dimensiones de la satisfacción que se quieran evaluar, selección de las preguntas (ítems) adecuadas, métodos que se seguirán para la cuantificación de las dimensiones seleccionadas (De los Ríos, 2004).

Marco Contextual

En Latinoamérica la fuerza de trabajo constituye alrededor del 50 % de toda la población, aproximadamente 460 millones de personas (CEPAL, 2017). Para asegurar el máximo rendimiento, capacidad y producción de cada uno de estos trabajadores, es necesario desarrollar un eficiente plan de salud ocupacional. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud ocupacional como una actividad multidisciplinaria orientada a proteger la salud de los trabajadores en una empresa pública o privada. Además, de acuerdo con la misma entidad, ésta tiene como objetivo eliminar todas las condiciones laborales que pongan en peligro su salud y seguridad (ESAN , 2018).

La población económicamente activa, desde que inicia su vida laboral, en promedio se encuentran entre ocho y 12 horas en su trabajo. En una empresa, la salud ocupacional es muy importante, ya que otorga protección al trabajador,

oportunidades de desarrollo, mejora sus relaciones sociales, autoestima y otros efectos positivos.

Sistema de Salud Latinoamérica y en Ecuador

Los sistemas de salud en Latinoamérica han presentado una tendencia hacia la mejora los últimos años, bajo una premisa asistencial, puesto que en general existieron décadas con muchos problemas de organización y a consecuencia producían que los regímenes de salud se encuentren en condiciones de deterioro continuo. El colapso de los sistemas de salud, específicamente públicos se debieron a las pugnas políticas de poder. Las reformas en salud implementadas los últimos 15 años han mejorado constantemente este problema, permitiendo la reestructuración y modernización de este decadente sector, logrando mejorar el nivel de atención al paciente.

Sin embargo, los problemas de las instituciones de la salud se inician a partir del alto nivel de burocracia, tales reducen la eficiencia y eficacia de los procesos. Debido a estos problemas muchos de los sistemas de salud latinoamericanos optaron por la descentralización es decir brindar autonomía de las decisiones a los diferentes organismos encargados de la salud para liberar la carga burocratiza y enmarcarse a la normativa general, dictada por los organismos competentes.

Ahora bien, se entiende como salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) al estado de bienestar pleno en términos físicos, sociales y mentales. Por ende, los sistemas de salud actuales además desarrollar el tratamiento y curación de enfermedades, gestionan la prevención de condiciones o cualquier otro tipo de afectación al ser humano, en la que este su bienestar en términos de

salud esté en riesgo. Esta nueva perspectiva de la salud es mucho más beneficiosa para la población y más económica para los gobiernos.

En Ecuador el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el encargado de orientar y suministrar recursos financieros y de servicios, según Molina (2019), este se encuentra conformado principalmente por el Ministerio de Salud Público quién realiza las veces de rectoría, de los sistemas dedicados a la atención de los sectores más vulnerables de la población, además de los Sistemas de Seguridad Social (SS), donde su objetivo principal es proteger a los trabajadores que se encuentran bajo afiliación de un patrono, es decir en relación de dependencia, finalmente los prestadores de salud privados que en su mayoría prestan servicios dentro de las ciudades.

Los sistemas de seguridad social actualmente se han enfocado en reducir el número de accidentes y enfermedades en el sector laboral, por ello se han desarrollado una serie de acciones para prever daños y según los autores Chancusi, Delgado y Ortega (2018), los pasos son: primero la organización, segundo la planificación y en tercer lugar mediante un conjunto la evaluación y retroalimentación continua. Tales pasos, están desarrollados para identificar posibles riesgos y evitar que el trabajador adquiera alguna enfermedad o accidente laboral.

Sin embargo, los problemas institucionales de la salud se inician a partir del alto nivel de burocracia e insuficiencia de recursos, tales reducen la eficiencia y eficacia de los procesos (Castelo, Castelo, & Rodríguez, 2016). Por ello en Ecuador desde el año 2008 se inició una serie de cambios en el sistema de salud nacional, se reformó el proceder de las personas y organizaciones cuyo objeto es promover y salvaguardar la salud (Cañizares, Mena, & Abi-Hanna, 2015). Tal

objeto, en la actualidad si bien es cierto se ha logrado mejorar parte de estos problemas, aún la salud tiene mucho por hacer para lograr una atención de primer nivel a los pacientes.

Marco Legal

Constitución de la República del Ecuador

La constitución de la República del Ecuador aprobada por la asamblea constituyente el 28 de septiembre de 2008 en la ciudad de Monte Cristi es una de las constituciones más innovadoras a nivel latinoamericano y mundial, debido que cambia el paradigma de derecho en pasar de un estado de derecho a un estado constitucional de derechos, donde la constitución y norma suprema, deja de ser un estado legalista a ser un estado constitucional, es decir, que la constitución es la norma suprema que prevalece sobre cualquier otro ordenamiento jurídico y las diferentes leyes, normativas o actos de poder público deben estar acorde a la conformidad con las disposiciones constitucionales caso contrario carecerán de eficacia jurídica (Jiménez, y otros, 2017).

Teniendo como base lo que antecede la nueva constitución privilegió a la salud como un derecho fundamental del ser humano y un eje estratégico para el desarrollo nacional. Para ampliar este argumento los artículos 358 al 366 son claves en la constitución de la república sobre la salud, debido que en los mencionados artículos se centra la atención sobre: la proclamación del derecho a la protección de la salud, los deberes y derecho de los ciudadanos al respecto, se establece la atención integral de la salud que se compone por medio de la red de servicios públicos por consiguiente estos serán de acceso gratuito, universal e inmediato, los recursos destinados para la salud que deberán provenir del

presupuesto del estado los mismo que serán repartidos en función a la población y las diferentes necesidades de la salud, se fortalece el Sistema Nacional Integrado de Salud añadiendo la interculturalidad y dando paso a la medicina alterna y ancestrales, se garantiza la entrega de medicamentos totalmente gratis a los usuarios y se prohíbe tanto a los establecimientos privados como públicos y a profesionales de la salud negar la atención de emergencias de cualquier tipo a los usuarios (Asamblea constituyente, 2008).

Siguiendo la misma línea el Art. 32 trata sobre la salud como un derecho, es decir que el Estado garantiza la salud a las personas como un derecho por medio de políticas sociales, económicas, educativas, culturales y ambientales, incluyendo además a los diferentes programas, campañas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud los mismos que las personas gozaran de acceso permanente, sin exclusión, además, que están regidos por los principios de solidaridad, universalidad, calidad, eficiencia, precaución y con enfoque de género (Asamblea constituyente, 2008). Dicho de otro modo, el gobierno de turno, tiene la obligación de velar por el cuidado de la salud de la población ecuatoriana debido que la salud es un derecho inherente para la población del país, que se cumple por medio de las medidas sociales y sanitarias apropiadas con calidad y satisfactoria.

Bajo este sustento legal se prevalecen las actividades que están direccionadas a la prevención, vigilancia de la salud, capacitación, el acceso a la salud, las medidas correctivas en empresas públicas y privadas, los derechos y deberes de los ciudadanos como una de las prioridades más valiosas que la población debe conocer y que por ley le corresponden, como a continuación se destaca alguno de ellos.

Ley Orgánica de Salud.

La ley Orgánica de salud en el Ecuador se define como las diferentes acciones que se implementan para efectivizar el derecho universal a la salud y fortalecer el poder ciudadano, consagrado por la Constitución Política de la República y la Ley, la misma que se rige por medio de un grupo de principios: equidad, universalidad, pluralidad, indivisibilidad, solidaridad, calidad y eficiencia, que es impulsada por la Asamblea Nacional y Ministerio de Salud Pública (Malo & Malo, 2014).

Se destaca de la ley antes mencionada los siguientes artículos: El artículo uno centra la atención en el derecho a la salud que involucra a todos los ciudadanos sin restricción alguna, el artículo dos se basa en las disposiciones, reglamentos y normas que todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud se deben regir, en el artículo tres manifiesta que el derecho a la salud es irrenunciable e intransigible cuya protección es garantizada por el Estado, el artículo siete se destaca la relación que existe de la salud con los demás derechos, entre los que se destaca, el acceso universal, permanente y de calidad a todos los servicios de salud, vivir en un ambiente libre de contaminación, obtener información apropiada sobre tratamientos, medicamentos, los precios de acuerdo al problema de salud, recibir atención médica que incluya con todos los servicios de medicina (Malo & Malo, 2014).

Ante lo mencionado es preciso que los ciudadanos y todo el personal de salud reconozcan la importancia de conocer la Ley Orgánica de Salud para comprender cuales son su derecho y obligación frente a la variable salud y se parte de esta cuando un problema se suscite.

Dirección de seguridad, salud en el trabajo y prevención de riesgos laborales.

En el Ecuador la seguridad y salud en el trabajo se sustenta bajo un marco legal del Art. 326 numeral 5 en la Constitución del Ecuador, cuyos objetivos es prevenir los diferentes riesgos en el trabajo y minimizar la siniestralidad a raíz de las enfermedades y accidentes profesionales, en conjunto con los Convenios Internacionales de la OIT, Normas Comunitarias Andinas, Código del Trabajo, Reglamento de Seguridad y Salud de los trabajadores y los Acuerdo ministeriales. Las instituciones públicas que están encaminadas a la seguridad y salud en el trabajo se encuentran: el Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Ministerio del Trabajo, centrando la atención en los dos ultimo (Toro, Valencia & Ocegüera, 2014).

De acuerdo con la investigación de Toro, Valencia & Ocegüera (2014) El Ministerio del Trabajo es la instancia competente que centra su atención en la prevención de riesgos en el trabajo, entre sus objetivos estratégicos se destacan los siguientes:

- Mejorar la calidad del servicio que prestan los servidores del sector Público.
- Incrementar la equidad de ingresos.
- Incrementar el cumplimiento y control de las obligaciones, deberes y derechos tanto de los empleadores como de los empleados.
- Mejorar la calidad de los empleos y reconversión.

El Ministerio del Trabajo por medio del Decreto Ejecutivo No. 500 el 26 de noviembre de 2014, el mismo, dotó de una Política Institucional de Seguridad y Salud en el Trabajo y del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud, cuyo enfoque de dicho acuerdo está cimentado en el Sistema Nacional de Seguridad y

Salud en el Trabajo. Para que se cumpla lo antes mencionado existen los pilares de la Política Institucional de Seguridad y Salud en el Trabajo que pertenecen al Ministerio de Relaciones Laborales (Toro, Valencia, & Ocegüera, 2014), que se resumen a continuación:

Primero: Elaborar una cultura encaminada a la prevención de riesgos laborales.

Segundo: Fortalecimiento Institucional con un buen liderazgo y participación.

Tercero: Ejercer la vigilancia, control y el cumplimiento de la normativa.

Cuarto: Desarrollo tanto científico como tecnológico y técnico.

Quinto: Brindar atención a las poblaciones vulnerables y finalmente

Sexto: Apoyo a la coordinación interinstitucional.

Bajo este marco se crea la estructura operativa del Ministerio del Trabajo en referencia a la seguridad y salud en el trabajo, sin embargo, se presenta con una limitada en la asignación de los recursos tanto de personal como económicos.

En referencia al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) se creó el 2 de octubre de 1935 a partir de la expedición del Decreto Supremo núm. 12, pero a partir de 1936 el organismo se constituyó coordinador, director y ejecutor de la seguridad social del Ecuador. El IESS se define como la entidad pública descentralizada, creada por la Constitución Política de la República, cuyo objetivo es la prestación del Seguro General Obligatorio que engloba a todo el territorio ecuatoriano, el mismo que cubre los diferentes tipos de riesgos como: maternidad, riesgos en el trabajo, riesgos de enfermedad, invalidez, muerte y cesantía (Gonzalez, Vera, Amaya, & Noboa, 2018)

El IESS se estructura en base a órganos de gobierno y dirección, direcciones especializadas que engloba (La Dirección del Seguro General de Riesgos del Trabajo, la Dirección del Seguro Social y la Dirección del Sistema de

Pensiones; Órganos técnicos auxiliares, Órganos de reclamación administrativa y Órgano de control interno, todo ello en su conjunto permiten que esta entidad logre un mejor funcionamiento (Gonzalez, Vera, Amaya, & Noboa, 2018).

Destacando la rama más significativa del seguro general obligatorio se encuentra los riesgos del trabajo bajo el reglamento del Seguro General de Riesgos del Trabajo, en el mismo constan principios de acción preventiva, el derecho a los diversos servicios de prevención y control de seguridad industrial, además, de la salud ocupacional en el lugar de trabajo, la prevención de riesgos en el trabajo que deben tener las empresas para la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo como medio obligatorio de cumplimiento, entre otras disposiciones (Gonzalez, Vera, Amaya, & Noboa, 2018).

A continuación, se destacan los principales programas, normativa legal, y convenios internacionales que el Ecuador posee en un marco normativo en referencia a seguridad y salud ocupacional, los mismos que constan en el ministerio de trabajo (Dirección de Seguridad y salud en el trabajo):

Programas: Están destinados a la prevención y corrección de riesgos en el trabajo, cuyos objetivos son los de mejorar la seguridad y salud en los centros de trabajo, ante ello se destacan los impulsados por la dirección de seguridad y salud en el trabajo enfocados al área psicosocial debido a su importancia dentro de la salud ocupacional, estos son: Prevención de riesgos psicosociales y Prevención de uso y consumo de drogas en espacios laborales (Céspedes & Martínez, 2016).

Normativa Legal: Consiste en un conjunto de normas escritas por los órganos legislativos para cumplir un fin específico (Martínez & Yandùn, 2017).

En este apartado se encuentran: Acuerdos internacionales, Leyes Nacionales,

Acuerdos ministeriales y Norma Técnica de INEC, dentro de esta Normativa INEN también se toman en cuenta parámetros como resistencia al fuego de estructuras como puertas, ventanas y otras estructuras de construcción, susceptibilidad de ignición, potencial calorífico y vestimenta apropiada.

Además de un análisis de los extintores, procedimientos para su uso, manejo y disposición apropiado, tipos y contenido.

También dentro de estas normas se han tomado en cuenta, manipulación de químicos, sólidos, líquidos y gaseosos, contacto con sustancias peligrosas e inflamables, manejo de hidrocarburos y otros derivados del petróleo.

- Finalmente se encuentran los convenios internacionales dentro de estos convenios de acuerdo a la Dirección de Seguridad, Salud en el Trabajo y Gestión Integral de Riesgos los que se relacionan directamente con la investigación son: Cvn 127 peso máximo que puede transportar un trabajador, Cvn 139 prevención y control de riesgos profesionales, Cvn 148 protección de los trabajadores contra riesgos profesionales, Cvn 149 empleo y condiciones de trabajo, Cvn 153 la duración del trabajo en los transportes de carretera, Cvn 159 readaptación profesional y empleo de personas invalidas, Cvn 162 la recomendación sobre los trabajadores de edad.

También se han tomado en cuenta dentro de estos convenios los trabajos en minas, trabajo doméstico, trabajos portuarios y de pesca, protección de maquinaria y exposición a radiación ionizante, además de enfocarse en las prestaciones monetarias para cada una de las actividades en caso de ser requeridas.

En definitiva, la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo permite crear un panorama amplio acerca de las diferentes, normas, leyes, reglamentos, convenios, programas que el Ecuador posee y las diferentes empresas o instituciones tanto públicas como privadas deben ser uso, para el cumplimiento de la ley, evitar sanciones y sobre todo precautelar la vida de los trabajadores con la prevención y protección necesaria.

Capítulo III

Marco Metodológico

En este capítulo se describe la metodología de la investigación, donde se selecciona el diseño adecuado, enfoque, tipo, técnica, instrumento, procesamiento y tratamiento de datos. Esta sección culmina con la presentación de resultados y su posterior análisis.

Diseño de Investigación

El diseño de investigación no experimental se basa en la no manipulación de las variables; es decir, estas son analizadas en su contexto habitual sin modificaciones, este tipo de estudio se fundamenta en la observación de los fenómenos en su entorno natural (Hagopian, 2016). En esta investigación se aplicó el diseño no experimental, dado que las variables no fueron manipuladas, sino que se analizaron tal cual fueron recopiladas.

Por otro lado, el tipo de investigación transversal tiene la finalidad tomar la información en un solo periodo de tiempo, recopilando los datos una sola vez a la muestra, sin intenciones de realizar un análisis evolutivo o por cohortes de los datos (Vega, Maguiña, Soto, Lama, & Correa, 2021). Basados en este concepto para el presente estudio se utilizó la investigación de tipo transversal, debido a que se recopilaron los datos en una sola ocasión a la muestra.

Alcance de la Investigación

Estos diseños y tipos de investigación se utilizan de manera recurrente en procesos descriptivos y correlacionales. El alcance descriptivo tiene la particularidad de definir propiedades de los fenómenos a estudiar, para que por medio de ello se pueda describir tendencias, mientras que el segundo ofrece predicciones que permiten explicar de manera adecuada las variables que

intervienen en el estudio por medio de las relaciones entre las mismas (Díaz & Calzadilla, 2016).

En este trabajo de investigación se utilizó el alcance descriptivo, debido a que se caracterizaron las variables de estudio por medio de frecuencias estadísticas que ayudaron a comprender de mejor forma la problemática; por otro lado, el alcance correlacional se aplicó al determinar la relación entre variables por medio del coeficiente de correlación de Pearson.

Enfoque

El enfoque de investigación cuantitativo tiene la particularidad de medir fenómenos, a través del uso de la estadística inferencial, bajo la evaluación de la causa y efecto, siguiendo un proceso secuencial de análisis objetivo, que le permita generar resultados concluyentes (Cadena et al., 2017). En esta investigación se utilizó el enfoque cuantitativo, debido a que se utilizaron datos estadísticos y el coeficiente de correlación de Pearson para comprobar hipótesis.

Herramienta e Instrumento

Una de las principales herramientas metodológicas para la toma de datos es la encuesta, la cual tiene la particularidad de ser una serie de interrogantes planteadas en los diseños de investigación descriptivos, bajo la estructura de un cuestionario para que por medio de ello se puede recabar información que permita al investigador conocer sobre un problema en particular (Martínez, 2017). En esta investigación se aplicó una encuesta a los usuarios de la unidad de seguridad, salud y riesgo del trabajo de la Universidad Técnica de Machala, para la cual se tomó como referencia el cuestionario validado del estudio “El Siusex2, cuestionario para medir satisfacción desde la perspectiva del usuario del sistema de salud” en el cual se describen aspectos como satisfacción, insatisfacción de los

usuarios de los servicios de salud desde sus expectativas y experiencias, el mismo que se adaptó al contexto de la presente investigación.

Sección I: Recolección de Datos Inédita

Por una Técnica de Investigación Singular

Partiendo de los datos de docentes y colaboradores de auxiliares de servicios, el cual reportan 400 colaboradores, se procedió una primera selección, como son los pacientes que acuden por demanda espontánea, seguimiento por enfermedad crónica, prevención y control y los auxiliares de servicios de 22 a 65 años. Las solicitudes eran personalizadas explicando la garantía de la confidencialidad de la investigación, cuyo seguimiento se realizaron 2 llamadas telefónicas en promedio a cada encuestado.

Las encuestas se realizaron con preguntas cerradas en el contexto de la descripción del usuario, y preguntas para la medición de la calidad de la unidad y seguridad y salud ocupacional, con escala de Likert.

Procesamiento de Data

En esta sección se detalla el proceso de cargar la información de las encuestas la cual será procesada y canalizada, para llegar a descubrir los patrones, e identificar cual es la relación entre la satisfacción del usuario y los servicios médicos de la unidad de seguridad.

Carga y Discretización de Datos.

Carga de la Base de Datos en Software Estadístico.

Para el tratamiento de los datos se usó el lenguaje Python a través de las librerías Pandas, Numpy, Matplotlib y Sklearn. Este software es capaz de leer los archivos csv generados por el Google Forms, que es la herramienta donde se

realizó la encuesta online. Una vez que la data fue cargada, se procede al siguiente bloque de discretización de la data.

Proceso de Discretización de los Datos.

Debido a que la data se encuentra de forma categórica, proveniente de la base de datos de las encuestas, se decidió transformar, dichas opciones de respuesta a una forma discreta, para que las librerías del software estadístico puedan procesar la data de una forma cuantitativa. Además, los algoritmos de inteligencia artificial trabajan mejor con data discreteada, en otras palabras, con valores enteros. Se realizó estadística descriptiva mediante tablas y gráficos presentadas más adelante para conocer las características de la población objeto de estudio. Por otra parte, se realizó estadística inferencial para el cálculo de las correlaciones y además regresiones lineales de los modelos que se describen a continuación; se presentan como variables dependientes, visita a la unidad de atención médica, apariencia de colaboradores, calidad de atención, ubicación, información recibida y como variables independientes área de servicio, grado de instrucción, sexo y edad. Se muestran como variables dependientes, interés, tiempo de consulta, problema resuelto y como variables independientes frecuencia de visita, conocimiento previo, área servicio, sexo, edad y grado instrucción. Se presentan como variables dependientes el tiempo de espera, cumplimiento de horario, interés en solucionar problemas, confianza transmitida y como variables independientes área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita y médico le examinó. Se encuentran como variables dependientes, medicamento apropiado, capacidad del personal, explicación del personal, barreras de protección, retrasos de espera, falta de empatía, falta de coordinación, dificultad de contacto, tiempo de

dedicación a la consulta y como variables independientes área de servicio, grado de instrucción, sexo, edad, frecuencia de visita.

Tratamiento de Datos

Son las variables para identificar el tipo de usuario, dentro de las variables se encuentran variables independientes y variables dependientes.

Variables demográficas

- Edad: Edad del usuario
- Sexo: Sexo del usuario
- Zona residencia:
- Grado de instrucción:
- Área de servicio:

Variable independiente: servicio

- Características de servicio: Estas variables permiten conocer la percepción que tiene el cliente sobre el servicio de la atención médica.
- Conocimiento previo: El conocimiento que tiene el usuario de la unidad de atención médica, antes de ser atendido.
- El médico le examinó: Identificar si el médico le ha examinado en la visita a la unidad de atención médica.
- Frecuencia de la visita: La frecuencia del usuario hacia la unidad de atención médica.
- Apariencia de colaboradores: Conocer la opinión del usuario sobre la apariencia de los colaboradores de la unidad de atención médica.
- Calidad de atención: Conocer la opinión del usuario sobre la calidad de atención de la unidad de atención médica.

- Ubicación: Conocer la percepción del usuario si la ubicación de la unidad de atención médica es adecuada.

Variable dependiente: satisfacción

Son las variables para determinar la satisfacción del usuario en base a las variables demográficas o independientes.

Características de satisfacción:

- Información recibida: Mide la suficiencia de la información que recibe el usuario por parte del médico en turno. La dependencia de esta variable ha sido analizada basando una regresión lineal simple.
- Interés por ayudar: Mide la satisfacción del usuario sobre el interés de los colaboradores. La dependencia de esta variable ha sido analizada basando una regresión lineal simple.
- Problema resuelto: Mide la satisfacción del usuario, en consideración a la solución del problema.
- Tiempo de espera: Mide la satisfacción del usuario, en consideración al tiempo que ha esperado para su consulta.
- Cumplimiento de horario: Mide la satisfacción del usuario, en si el cumplimiento de horario del personal de la unidad de atención médica.
- Interés por solucionar problemas: Mide la satisfacción del usuario,
- Confianza transmitida: Mide la satisfacción del usuario, en si la confianza transmitida del personal de la unidad de atención médica.
- Medicamento apropiado: Mide la satisfacción del usuario, con relación al medicamento proporcionado por la unidad de atención médica.

- Capacidad del personal: Mide la satisfacción del usuario, con relación a la percepción recibida de la capacidad médica de la persona de la unidad de atención médica.
- Explicación personal: Mide la satisfacción del usuario, con relación a la percepción recibida de la explicación de la persona de la unidad de atención médica.
- Barreras de protección: Mide la satisfacción del usuario, en relación con la percepción recibida de las barreras de protección
- Retrasos de espera: Mide la percepción recibida de los usuarios respecto a los retrasos de espera para recibir la atención médica.
- Falta de empatía: Mide la satisfacción del usuario, en relación con la percepción recibida de la empatía del personal de la unidad de atención médica.
- Falta de coordinación: Mide la satisfacción del usuario, en relación con la percepción recibida por la falta de coordinación del personal de la unidad de atención médica.
- Dificultad de contacto: Mide la satisfacción del usuario, en relación con la percepción recibida del usuario respecto a la dificultad para contactar al personal médico de la unidad de atención médica.
- Tiempo de dedicación: Mide la satisfacción del usuario, con relación a la percepción recibida del usuario respecto al tiempo de dedicación del personal médico de la unidad de atención médica (Serrano, 2008).

La argumentación de la pertenencia de las variables se basa en la dependencia que tiene una para los resultados de la otra; es decir, las variables independientes no dependen de otras; por tanto, están compuestas por las características demográficas de los pacientes y de todo lo relacionado al servicio

brindado. En tanto que, la dependiente se refiere a la satisfacción del usuario que puede estar influenciada por aspectos del servicio y características demográficas.

Análisis Descriptivo

En esta sección se contempla el análisis descriptivo de las variables demográficas, independientes y dependientes.

Análisis descriptivo de las variables demográficas.

Edad.

En la Tabla 1, se puede apreciar que el mayor porcentaje de edad está el rango entre 25 y 34 años, el cual puede resultar evidente por ser la edad de la población económicamente activa en el Ecuador, y no es una excepción en los usuarios que visitan la unidad de atención médica en la universidad de Machala.

Tabla 1
Frecuencia de la edad

Análisis descriptivo de la edad (%)	
Entre 18 y 24 años	15.31
Entre 25 y 34 años	23.47
Entre 35 y 50 años	17.35
Entre 50 y 65 años	20.92
65 años en adelante	22.96

Análisis del Sexo.

En la Tabla 2, se puede apreciar que es la población femenina la que más acude a la unidad de atención médica, y al tener mayor demanda femenina, se puede mejorar los servicios, porque se darían prioridad a los servicios para la mujer.

Tabla 2
Frecuencia del sexo

Análisis descriptivo del sexo (%)	
Femenino	54.08
Masculino	45.92

Análisis de la Zona Residencial.

En la Tabla 3, se puede apreciar que la población de la zona urbana es más frecuente que la zona rural, lo que implica que los servicios deben estar más dirigidos hacia la población mencionada.

Tabla 3

Frecuencia de la zona residencial

Análisis descriptivo de la zona residencial (%)	
Rural	47.96
Urbana	52.04

Grado de Instrucción.

En la Tabla 4, se puede apreciar que existe una distribución igualitaria, solo una diferencia del 1% entre ellos, donde la población de postgrado es evidente es debido a la población docente, y en cambio la población superior es debido al personal administrativo, y el personal de instrucción secundaria, es debido al personal de auxiliar de servicios generales.

Tabla 4

Frecuencia del grado de instrucción

Análisis descriptivo de la zona residencial (%)	
Secundario	34.69
Superior	32.14
Postgrado	33.16

Por lo que se recomienda, tener servicios médicos, para todo tipo de personal, ya sea auxiliar de servicios generales, como docentes.

Análisis descriptivo de las variables de servicios médicos.

Conocimiento Previo al Visitar la Unidad de Atención Médica.

En la Tabla 5, se puede apreciar que el personal desconocía de la existencia de la unidad de atención médica en un 50%, por lo que es apropiado lleva a cabo campañas publicitarias, para ganar mayor posición mental dentro del personal de la universidad técnica de Machala.

Tabla 5

Frecuencia del conocimiento previo

Análisis descriptivo del conocimiento previo (%)	
Si	49.49
No	50.51

El médico le examinó en la consulta del usuario.

En la Tabla 6, se puede apreciar que solo en un 52% de los casos el médico le atendió al paciente, el 47.96% restante, hay que hacer un estudio del porque no fue atendido, donde entre las posibles razones, puede ser la falta de personal adecuado para la necesidad del paciente, o si la preparación no ha sido la adecuada, o simplemente, no requería atención médica, en cualquiera de los casos, un paso analizar es del porque no recibió la atención correspondiente.

Tabla 6

Frecuencia de si el médico le examinó

El médico la examinó (%)	
Si	52.04
No	47.96

Frecuencia de visita a la atención médica.

En la Tabla 7, se puede apreciar que existe una distribución normal, con relación a la visita, donde entre 4 y 5 visitas anual es el rango más frecuente, lo cual indica que, si tiene acogida en cuanto a visitas.

Tabla 7
Frecuencia de visita medica

Análisis aten. Med(%)	
#Visita	Porcent(%)
1. Completamente en desacuerdo	13.27
2. Desacuerdo	14.29
3. Un poco en desacuerdo	13.27
4. Neutral	15.82
5. Un poco de acuerdo	15.82
6. De acuerdo	14.29
7. Completamente de acuerdo	13.27

Apariencia de los Colaboradores.

En la Tabla 8, se puede apreciar que la apariencia de los colaboradores es adecuada, donde 7 es completamente de acuerdo y 1 completamente desacuerdo, por lo que se pudiera recomendar una mejoría en su vestimenta, puesto que la percepción en las categorías completamente de acuerdo y completamente en desacuerdo presentan similitud en los resultados.

Tabla 8
Apariencia de los colaboradores

Análisis apa colab (%)	
1. Completamente en desacuerdo	13.27
2. Desacuerdo	11.73
3. Un poco en desacuerdo	18.88
4. Neutral	14.29
5. Un poco de acuerdo	16.84
6. De acuerdo	13.78
7. Completamente de acuerdo	12.2

Calidad de Atención.

En la Tabla 9, se puede apreciar que, en una pregunta directa, la calidad de atención tiene una valoración equilibrada en los parámetros completamente de acuerdo y completamente en desacuerdo en relación a la calidad de la atención.

Tabla 9

Calidad de atención

Análisis cal. aten (%)	
1. Completamente en desacuerdo	13.78
2. Desacuerdo	15.82
3. Un poco en desacuerdo	14.80
4. Neutral	11.73
5. Un poco de acuerdo	15.31
6. De acuerdo	12.76
7. Completamente de acuerdo	15.82

Ubicación.

En la Tabla 10, se puede apreciar que la puntuación del parámetro completamente de acuerdo tiene una elevación discreta en relación a completamente desacuerdo, la puntuación más alta se ubica en la categoría 4 cuyo resultado se estima como indiferente.

Tabla 10
Ubicación

Ubicación (%)	
1. Completamente en desacuerdo	12.76
2. Desacuerdo	14.80
3. Un poco en desacuerdo	12.24
4. Neutral	16.84
5. Un poco de acuerdo	14.80
6. De acuerdo	13.27
7. Completamente de acuerdo	15.31

Análisis descriptivo de la variable de satisfacción.

Información Recibida.

En la Tabla 11, indica que la información recibida, no fue suficiente en función de las expectativas de los usuarios que acudieron al servicio.

Tabla 11
Información recibida

Información recibida (%)	
Totalmente suficiente	14.80
Suficiente	20.41
Ni suficiente ni insuficiente	16.84
Insuficiente	23.47
Totalmente insuficiente	24.49

Interés en Resolver Problemas.

En la Tabla 12, se puede notar que el interés en resolver problemas no fue el adecuado según la percepción de los usuarios.

Tabla 12
Interés en resolver problemas

Análisis Inte. Resol. Problem. (%)	
Totalmente suficiente	20.41
Suficiente	17.35
Ni suficiente ni insuficiente	19.90
Insuficiente	20.92
Totalmente insuficiente	21.43

Tiempo de Consulta con el Médico.

En la Tabla 13, se aprecia que el tiempo de consulta que le da el médico, no es suficiente, por lo que se recomienda que se planifique mejor la organización, y otorgue un tiempo standard para cada paciente.

Tabla 13
Tiempo consulta con médico

Tiempo consulta con médico. (%)	
Totalmente suficiente	17.86
Suficiente	21.94
Ni suficiente ni insuficiente	18.88
Insuficiente	18.88
Totalmente insuficiente	22.45

Análisis del Problema Resuelto.

En la Tabla 14, se puede apreciar que según el estudio en la mayoría de los casos el problema fue resuelto, aunque en la segunda opción que es el 22.45%, indica que no lo fue, y al tener 2 versiones muy adversas, implica que no se tiene un buen comportamiento de la variable, indicando que falta mayor gestión de parte que quienes ofrecen el servicio de tal forma que permita una mejor la resolución del problema.

Tabla 14
Problema resuelto

Análisis problema resuelto (%)	
Totalmente suficiente	20.41
Suficiente	25.51
Ni suficiente ni insuficiente	16.84
Insuficiente	14.80
Totalmente insuficiente	22.45

Análisis del Tiempo de Espera.

En la Tabla 15, se puede apreciar que hay un tiempo de espera promedio, en ocasiones los usuarios perciben como extenso el tiempo de espera sobre todo cuando la necesidad de atención es de carácter urgente, sin embargo, cuando la solicitud de atención es por control el tiempo de espera es percibido como corto.

Tabla 15
Tiempo de espera

Análisis tiempo de espera (%)	
1. Completamente en desacuerdo	14.29
2. Desacuerdo	13.78
3. Un poco en desacuerdo	12.24
4. Neutral	15.82
5. Un poco de acuerdo	13.78
6. De acuerdo	15.31
7. Completamente de acuerdo	14.80

Análisis del Cumplimiento de Horario.

En la Tabla 16, se puede apreciar que los colaboradores, cumplen con el horario establecido, de acuerdo con la atención de la unidad médica.

Tabla 16
Cumplimiento de horario

Análisis Cumpl. Horario (%)	
1. Completamente en desacuerdo	16.33
2. Desacuerdo	12.24
3. Un poco en desacuerdo	14.80
4. Neutral	9.18
5. Un poco de acuerdo	17.35
6. De acuerdo	19.39
7. Completamente de acuerdo	10.71

Análisis del Interés en Solucionar Problemas.

En la Tabla 17, se puede apreciar que los colaboradores no tienen un comportamiento definido en solucionar problemas, en algunas ocasiones tienen poco interés, y en otras ocasiones tienen mucho interés, dado que, dependiendo el caso de cada usuario existen limitantes de diversa índole para brindar solución.

Tabla 17
Inter. Soluc. Problemas.

Análisis Inte. Solu. Problem. (%)	
1. Completamente en desacuerdo	15.82
2. Desacuerdo	11.73
3. Un poco en desacuerdo	11.73
4. Neutral	13.78
5. Un poco de acuerdo	15.31
6. De acuerdo	16.84
7. Completamente de acuerdo	14.80

Análisis del Confianza Transmitida.

En la Tabla 18, se puede apreciar que la confianza transmitida es muy baja, por lo que se debe mejorar en aspectos como la apariencia, la empatía, y la

capacidad del personal, tanto del personal administrativo como el personal médico.

Tabla 18

Confianza transmitida

Análisis Confianza transmitida. (%)	
1. Completamente en desacuerdo	12.2
2. Desacuerdo	22.96
3. Un poco en desacuerdo	11.73
4. Neutral	12.24
5. Un poco de acuerdo	14.29
6. De acuerdo	13.78
7. Completamente de acuerdo	13.78

Análisis del Medicamento Apropriado.

En la Tabla 19, se puede apreciar que el usuario no está satisfecho con el medicamento proporcionado, por lo que hay que buscar mejores proveedores de medicamentos.

Tabla 19

Medicamento Apropriado

Análisis Medicamento Apropriado (%)	
Satisfecha	48.47
Insatisfecha	55.3

Análisis de la Capacidad del Personal.

En la Tabla 20, se puede apreciar que el usuario está satisfecho con la capacidad del personal por una ligera ventaja, sin embargo, hay que continuar incorporando nuevas capacitaciones.

Tabla 20

Capacidad personal

Análisis Capacidad personal (%)	
Satisfecha	54.08
Insatisfecha	45.02

Análisis del Explicación personal.

En la Tabla 21, se aprecia que la explicación del personal que tuvo acogida, en función del cuadro clínico, terapéutica y seguimiento administrativo de la solicitud del usuario, sin embargo, un valor considerable indica que la explicación no llena las expectativas.

Tabla 21

Explicación personal

Análisis Explicación personal (%)	
Satisfecha	52.04
Insatisfecha	47.96

Análisis de las Barreras de Protección.

En la Tabla 22, se puede apreciar que las barreras de protección generan insatisfacción en los usuarios, aunque es una elevación discreta es necesario incorporar medidas correctivas.

Tabla 22

Barreras de protección

Análisis Barreras de protección (%)	
Satisfecha	48.47
Insatisfecha	51.3

Análisis de los Retrasos de Espera.

En la Tabla 23, se aprecian valores equilibrados, no obstante, es importante implementar medidas que disminuyan la insatisfacción.

Tabla 23

Retrasos de espera

Análisis Retrasos de espera (%)	
Satisfecha	50.00
Insatisfecha	50.00

Análisis de la Falta de Empatía.

En la Tabla 24, se aprecia una igualdad en los valores, sin embargo, se debe tomar en cuenta que las estrategias de abordaje deben ser desarrolladas en función de empatizar con el usuario.

Tabla 24

Falta de empatía

Análisis Falta de empatía (%)	
Satisfecha	50.00
Insatisfecha	50.00

Análisis de la Dificultad de Contacto.

En la Tabla 25, se puede apreciar que existe una ligera elevación en el valor de satisfacción en el usuario al momento de contactar al personal, aunque la dificultad de contacto del 46.94% genera preocupación.

Tabla 25

Dificultad de Contacto

Análisis Dificultad de Contacto (%)	
Satisfecha	53.06
Insatisfecha	46.94

Análisis del Tiempo de Dedicación Profesional.

En la Tabla 26, se aprecia que el tiempo de dedicación profesional presenta una distribución igualitaria, en los parámetros de satisfacción e insatisfacción.

Tabla 26

Tiempo dedicación profesional

Análisis Tiempo dedicación profesional (%)	
Satisfecha	50.00
Insatisfecha	50.00

Análisis inferencial

Las características más relacionadas.

Para este análisis se tomaron todas las variables, y se aplica una matriz de correlación de todos contra todos, y de esta manera se seleccionarán las variables con mayor relación, con el objetivo que posterior a las regresiones lineales explicadas más adelante, se escogerán las regresiones que se emparejen con las variables con la mayor correlación posible.

Tabla 27

Correlación de las variables: Demográficas, de servicio y de satisfacción.

Características más relacionadas		
Servicio de atención médica	Satisfacción del usuario	% Correlación
Cumplimiento horario	Explicación personal	22.91%
Sexo	Dificultad de contacto	18.96%
Zona	Tiempo de consulta	18.87%
Interés de ayudar	Retrasos de Espera	17.44%
Interés en solucionar problemas	Falta coordinación	17.43%
Tiempo de consulta	Capacidad del Personal	16.94%
Área de servicio	Capacidad del Personal	16.64%
Confianza Transmitida	Falta de coordinación	16.64%
Ubicación	Problema resuelto	16.51%
Problema resuelto	Explicación personal	15.62%

Nota: Las correlaciones fueron calculadas considerando un nivel de significancia del 0,05.

Como se puede observar en la Tabla 27, se ha realizado un listado de las 10 relaciones más fuertes, para hacer una síntesis, se va a proceder analizar las tres más fuertes como son:

El cumplimiento de horario, con la explicación personal, tiene la correlación más fuerte del 22.91%, la cual tiene sentido, debido a que, al cumplir el horario de atención, otorga a que el personal pueda dar una explicación

adecuada de los servicios de salud que ofrece la unidad, a la mayor cantidad de usuarios.

La relación de la variable sexo con la dificultad de contacto es del 18.96%, en el contexto de la valoración clínica y abordaje del cada usuario se debe tener la debida cautela para desarrollar los procedimientos médicos acorde a cada género.

La última relación en analizar son las variables interés en ayudar y retrasos de espera, con un 17.44%, este porcentaje corresponde al cumplimiento en agendamiento de citas y tiempos de cada consulta, los cuales son muy variables dependiendo el cuadro clínico de cada usuario.

Regresiones lineales múltiples.

La técnica usada para realizar las correlaciones entre variables es la regresión lineal múltiple con los mínimos cuadrados, donde tiene el comportamiento con la siguiente forma:

$$y = m X + b$$

Ecuación 1: Regresión lineal

Y: es la variable de salida.

M: factor que multiplica a la variable dependiente X, que permite agrandarla o reducirla de acuerdo con su valor.

X: es un vector de las diferentes características

b: es el valor contante útil, para que no pase la recta por el origen(sesgo)

Regresión lineal entre zona y conocimiento previo.

Como se observa en la Tabla 28, existe una correlación entre la zona y el conocimiento previo, sin embargo, se realizó este estudio, por motivos especulativos, la pregunta era si el conocimiento previo, podría relacionarse con la zona de residencia del usuario.

Tabla 28
Reg. Lin, Conoc. Prev

Regresión Lineal Conocimiento Previo						
Variable	Coef	StdErr	P	Inter. Conf	Durbin-watson	Sesgo
Zona	0.48	0.062	0	0.359 - 0.602	473	-0.007

En la Tabla 28, se puede verificar que el valor P es 0, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa, por lo tanto, se puede concluir que existe alguna relación entre la zona residencial y el conocimiento previo.

Regresión lineal entre Frecuencia de Visita con el Siguiete Conjunto de Características [Área de Servicio, Grado de Instrucción, Sexo y Edad].

En la Tabla 29, la variable dependiente es la frecuencia de visita, y las respectivas variables independientes son rea de servicio, Grado de Instrucción, Sexo y edad.

Tabla 29
Reg. Lin, Frecuencia visita

Variable	Coef	P
Área de Servicio	0.64	0.001
Grado de Instrucción	0.50	0.005
Sexo	0.71	0.02
Edad	0.55	0.000

Nota: p-value <0,05

Inicialmente, se procede con el desarrollo de la fórmula de regresión lineal, en este punto es importante el análisis del valor P de cada variable demográfica.

Con el valor de significancia del 5%, las cuatro variables demográficas y la frecuencia de visita tienen una relación estadísticamente significativa.

$$\text{Frecuencia visita} = 0.64 (\text{Área Servicio}) + 0.50 (\text{Grado Instrucción}) + 0.71 (\text{Sexo}) + 0.55 (\text{Edad})$$

Ecuación 2

Como se observa en la ecuación 2, conforme cambia los valores de las variables tanto en el área de servicio, grado de instrucción o el sexo, la frecuencia de visita cambia de valor, todos los cambios son lineales, directamente proporcionales.

En la Tabla 30 que son las relaciones entre la frecuencia de visita con el área de servicio, se evidencia que la mayor concentración de visita corresponde al 17.34%, la cual indica la menor tasa de frecuencia de visita. No obstante, en otro aspecto, el personal que más visita la unidad de salud es la planta docente con un 37.23%.

Tabla 30
Tabla cruzada Frecuencia Visita y Área Servicio

Área de servicio / Frec. visita	1	2	3	4	5	6	7	Total
Planta docente	6.12	5.61	4.08	4.08	6.63	4.59	6.12	37.23
Trabajadores servicios generales	5.1	6.12	4.59	2.55	5.61	2.04	4.59	30.6
Auxiliares de servicios	6.12	3.57	4.59	6.63	3.06	3.06	5.1	32.13
Total	17.34	15.3	13.26	13.26	15.3	9.69	15.81	

Regresión lineal entre Apariencia de Colaboradores con el Siguiete Conjunto de Características [Área de servicio, Grado de Instrucción, Sexo y Edad].

En la Tabla 31, se aprecia que el área de servicio es la característica que más se ajusta con la apariencia de los colaboradores, con 83%, al igual que el

grado de instrucción con un 69%, al tener un valor P de 0, se confirma la relación estadísticamente significativa de dichas variables, al igual que las variables sexo y edad.

Tabla 31
Reg. Lin, Apariencia Colaboradores

Variable	Coef	P
Área de Servicio	0.83	0
Grado de Instrucción	0.69	0
Sexo	0.42	0.15
Edad	0.43	0

Correlación entre Calidad de Atención con el Siguiete Conjunto de Características [Área de Servicio, Grado de Instrucción, Sexo y Edad].

En la Tabla 32, los valores de todas las variables tienen significancia estadística por sus valores en P en función de la calidad de atención.

Tabla 32
Reg. Lin, Calidad de atención

Variable	Coef	P
Área de servicio	0.81	0
Grado de Instrucción	0.77	0
Sexo	0.57	0.06
Edad	0.40	0

Correlación entre Ubicación con el Siguiete Conjunto de Características [Área de Servicio, Grado de Instrucción, Sexo y Edad].

En la Tabla 33, se aprecia que las variables área de servicio, grado de instrucción, edad y sexo, por su valor en P son estadísticamente significativas en relación con la ubicación.

Tabla 33
Reg. Lin, Ubicación

Variable	Coef	P
Área de servicio	0.50	0.05
Grado de instrucción	0.65	0
Sexo	1.05	0
Edad	0.53	0

$$\text{Ubicación} = 0.50 (\text{área de servicio}) + 0.65 (\text{grado de instrucción}) + 1.05 (\text{sexo}) + 0.53 (\text{edad})$$

Ecuación 5:

En la Tabla 34, se puede concluir que la ubicación es idónea para el personal de auxiliares de servicios, puesto que resalta un 35.7% de concentración, sin embargo, al encontrarse el valor más alto en la puntuación 7, indica que la ubicación es adecuada para todo el personal.

Tabla 34
Cruzada Ubicación y Área Servicio

Área de servicio / Ubicación	1	2	3	4	5	6	7	Total
Planta docente	5.61	4.08	5.61	4.59	3.57	4.59	4.08	32.13
Trabajadores de servicios generales	4.59	3.57	5.61	4.08	3.57	4.08	6.63	32.13
Auxiliares de servicios	6.12	6.63	6.12	3.06	4.08	2.55	7.14	35.7
Total	16.32	14.28	17.34	11.73	122	122	17.85	

Regresión lineal entre Información Recibida con el Siguiete

Conjunto de Características [Frecuencia de Visita, Conocimiento Previo, Área Servicio, Sexo, Edad, Grado Instrucción].

En la Tabla 35, según los valores P, las variables frecuencia de visita, conocimiento previo, sexo, y grado de instrucción son variables significativas, el área de servicio el valor P es mucho mayor a 0.05, por lo que no resulta estadísticamente significativa.

Tabla 35
Reg. Lin, Información recibida

Variable	Coef	P
Frecuencia de visita	0.13	0.009
Conocimiento previo	0.57	0.005
Área de servicio	0.05	0.72
Sexo	0.59	0.005
Edad	0.35	0
Grado de Instrucción	0.32	0.008

En la ecuación 6, se puede apreciar que la información recibida por parte del usuario tiene una inferencia de las siguientes variables, 13% de la frecuencia de visita, 57% del conocimiento previo, 59% del sexo y un 32% del grado de instrucción.

$$\mathbf{Información\ recibida = 0.13 (Frecuencia\ visita) + 0.57 (Conocimiento\ previo) + 0.59 (Sexo) + 0.59 (Edad) + 0.32 (Grado\ Instrucción)}$$

Ecuación 6

Tabla 36
T. cruz. Sexo e Información Recibida

Tabla cruzada Sexo e Información recibida						
Información recibida / sexo	Totalmente suficiente %	Ni suficiente ni insuficiente %	Insuficiente %	Totalmente suficiente %	Totalmente insuficiente %	Total
Femenino	14.8	10.2	5.61	122	12.24	54.07
Masculino	10.71	6.63	8.67	7.65	12.24	45.9
Total	25.51	16.83	14.28	18.87	24.48	

En la Tabla 36, se puede apreciar que el género femenino tiene más influencia que el masculino respecto a la información recibida, y su impacto es positivo por lo que en un 14.8% indica que la información recibida es totalmente suficiente.

Regresión lineal entre Interés de Ayuda con el Siguiete Conjunto de Características [Frecuencia de Visita, Conocimiento Previo, Área Servicio, Sexo, Edad, Grado Instrucción].

En la Tabla 37, solo las variables frecuencia de visita, área de servicio, sexo, edad y grado de instrucción serán consideradas, en base al análisis del valor P, al ser mayores a 0 y menores a 0.05.

Tabla 37
Reg. Lin, Interés de ayuda

Variable	Coef	P
Frecuencia de Visita	0.12	0.013
Conocimiento previo	0.783	0
Área de Servicio	0.315	0.012
Sexo	0.527	0.01
Edad	0.191	0.006
Grado de Instrucción	0.237	0.047

$$\text{Interés de ayuda} = 0.12 (\text{Frecuencia visita}) + 0.315 (\text{área de servicio}) + 0.527 (\text{Sexo}) + 0.191 (\text{Edad}) + 0.237 (\text{Grado Instrucción})$$

Ecuación 7

En la ecuación 7, se aprecia que el sexo es la variable con mayor transcendencia para descifrar el interés de ayuda, dejando expuesto, que el interés de ayuda percibido por el usuario de parte de los colaboradores, depende del sexo del usuario en un 52.7%.

Aunque el sexo es la variable con mayor relación el interés de ayuda, para tener un mejor análisis se ha detallado una relación uno a uno, tal como se aprecia en la Tabla 38, en la cual indica que el sexo femenino es el género con mayor conexión en el interés de ayuda con 54.05% de relación, sin embargo, los usuarios del género masculino no perciben mucho interés de ayuda con un 28.05%.

Tabla 38
Tabla cruzada, Sexo e Interés de ayuda

Tabla cruzada Sexo e Interés ayuda						
Interés ayuda / sexo	Totalmente suficiente	suficiente	Ni suficiente ni insuficiente	Insuficiente	Totalmente insuficiente	Total
Femenino	11.73	12.24	122	10.2	8.67	54.06
Masculino	122	6.63	10.2	8.67	9.18	45.9
Total	22.95	18.87	21.42	18.87	17.85	

Regresión lineal entre Tiempo de Consulta con el Siguiete Conjunto de Características [Frecuencia de Visita, Conocimiento Previo, Área Servicio, Sexo, Edad, Grado Instrucción].

En la Tabla 39, solo las variables frecuencia de visita, conocimiento previo, sexo, edad y grado de instrucción serán consideradas, en base al análisis del valor P, al ser mayores a 0 y menores a 0.05.

Tabla 39
Reg. Lin, Tiempo de consulta

Variable	Coef	P
Frecuencia de Visita	0.154	0.002
Conocimiento previo	0.461	0.026
Área de Servicio	0.115	0.379
Sexo	0.653	0.003
Edad	0.230	0.002
Grado de Instrucción	0.279	0.026

En la ecuación 8, se puede apreciar que el sexo es la característica con mayor trascendencia con una pendiente de 0.653, el cual implica que el tiempo de

consulta que percibe el usuario, depende del sexo del usuario, por lo que es primordial identificar el sexo que tiene mayor impaciencia y establecer prioridades.

$$\text{Tiempo de consulta} = 0.154 (\text{Frecuencia visita}) + 0.461 (\text{conocimiento previo}) + 0.653 (\text{Sexo}) + 0.23 (\text{Edad}) + 0.279 (\text{Grado Instrucción})$$

Ecuación 8

Aunque el sexo es la variable con mayor relación al tiempo de consulta, para tener un mejor análisis se ha detallado una relación uno a uno, tal como se aprecia en la Tabla 40, que el sexo femenino, es la que tiene mejor conexión el tiempo de consulta, donde su mayor porcentaje se centra en la categoría de adecuado como tiempo de consulta con un 12.76%. En contraste está el sexo masculino, con un 10.20% que considera que el tiempo de consulta es inadecuado.

Tabla 40

Tabla cruzada entre Sexo y Tiempo de consulta

Tabla cruzada Sexo y Tiempo consulta						
Tiempo consulta / sexo	Muy adecuado %	Adecuado %	Ni adecuado ni inadecuado %	Inadecuado %	Muy inadecuado %	Total
Femenino	9.69	12.76	10.71	11.73	9.18	54.07
Masculino	9.18	9.18	8.16	9.18	10.2	45.9
Total	18.87	21.94	18.87	20.91	19.38	

Regresión lineal entre Problema Resuelto con el Siguiete Conjunto de Características [Frecuencia de Visita, Conocimiento Previo, Área Servicio, Sexo, Edad, Grado Instrucción].

En la Tabla 41, solo las variables frecuencia de visita, sexo, edad y grado de instrucción serán consideradas, en base al análisis del valor P, al ser mayores a 0 y menores a 0.05.

Tabla 41
Reg. Lin, Problema resuelto

Variable	Coef	P
Frecuencia de Visita	0.162	0.002
Conocimiento previo	0.383	0.072
Área de Servicio	0.127	0.344
Sexo	0.6575	0.003
Edad	0.154	0.04
Grado de Instrucción	0.307	0.017

En la ecuación 9 descrita en la parte inferior se puede apreciar que el sexo es la característica con mayor transcendencia, por lo que la apreciación de que el problema esté resuelto es percibida de diferente forma, y por tal motivo, hay que empeñarse, en no ofrecer una única solución o procedimiento, más bien, categorizar de acuerdo con el sexo, establecer procesos de atención, o sala de espera, la persona en quien lo espera, la persona en quien lo atiende, todo de acuerdo al sexo. En menor ponderación, pero aun considerable está el grado de instrucción, que es predecible, debido a que el valor esperado se basa mucho en el grado de preparación del individuo.

$$\text{Problema resuelto} = 0.162 (\text{Frecuencia visita}) + 0.6575 (\text{Sexo}) + 0.154 (\text{Edad}) \\ + 0.307 (\text{Grado Instrucción})$$

Ecuación 9

Dado que el sexo es la variable con mayor relación al problema resuelto, para tener un mejor análisis se ha detallado una tabla cruzada entre sexo y la dimensión problema resuelto con el fin de identificar su comportamiento. Como se aprecia en la Tabla 42, el sexo femenino se ubica con mayor fuerza en el campo de muy inadecuado (13.27%) e inadecuado (14.29%). En el grupo del sexo masculino, tiene una mejor perspectiva, donde el 10.20% marca en que el problema ha sido resuelto muy adecuadamente.

Tabla 42
Tabla cruzada Sexo y Problema resuelto

Tabla cruzada Sexo y Problema resuelto						
Problem a resuelto / sexo	Muy adecuado %	Adecuado %	Ni adecuado ni inadecuado%	Inade cuado %	Muy inadecuado %	Total
Femenin o	6.12	10.71	9.69	14.29	13.27	54.08
Masculin o	10.2	9.18	9.18	10.2	7.14	45.9
Total	16.32	19.89	18.87	24.49	20.41	

Regresión lineal entre Tiempo de Espera con el Siguiete Conjunto de Características [Área de servicio, Grado de Instrucción, Sexo, Edad, Frecuencia de Visita, Médico le Examinó].

En la Tabla 43, solo las variables área de servicio, frecuencia de visita, edad, medico examinó y grado de instrucción serán consideradas, en base al análisis del valor P, al ser mayores a 0 y menores a 0.05.

Tabla 43
Reg. Lin, Tiempo de espera

Variable	Coef	P
Área de servicio	0.381	0.045
Grado de Instrucción	0.4968	0.006
Sexo	0.539	0.082
Edad	0.348	0.001
Frecuencia de visita	0.207	0.005
Médico le examinó	0.65	0.035

En la ecuación 10, se puede apreciar que la característica con mayor trascendencia es el médico le examinó, con un 65%. En esta ocasión, es predecible, debido a que el usuario espera de acuerdo si tiene cierto grado de certeza que el médico le va a examinar, por ello la variable tiene el mayor porcentaje.

$$\text{Tiempo de espera} = 0.381 (\text{área de servicio}) + 0.207 (\text{Frecuencia de visita}) + 0.496 (\text{grado Instrucción}) + 0.348 (\text{Edad}) + 0.65 (\text{médico examinó})$$

Ecuación 10

Aunque la variable “*médico le examinó*” sea la que posee mayor relación con el tiempo de espera, para tener un mejor análisis se ha detallado una relación uno a uno, tal como se aprecia en la Tabla 44, donde se relaciona los casos que le examinó y no le examinó el médico, y su relación con la calificación del tiempo de espera. Existe mayor influencia cuando el médico no le examina con un 51%, y se relaciona con una mala calificación del tiempo de espera con un 9.18% en su calificación de 2/7, indicando que cuando no le examina la calificación del tiempo de espera es pésima. Sin embargo, un dato peculiar, es que cuando el médico si examina al paciente, también los porcentajes de calificación son bajos, en un 10.71% en su mayor concentración en la calificación de 2/7.

Tabla 44

Tabla cruzada Médico examinó y tiempo de espera

Tabla cruzada Médico examinó y tiempo de espera								
Tiempo								Total
espera/ médico examinó	1	2	3	4	5	6	7	
Si	7.14	10.71	6.63	6.63	6.63	5.1	6.12	48.96
No	7.65	9.18	9.69	4.08	8.16	7.65	4.59	51
Total	14.79	19.89	16.32	10.71	14.79	12.75	10.71	

Regresión lineal entre cumplimiento de horario con el siguiente

conjunto de Características [Área de servicio, Grado de Instrucción, Sexo, edad, frecuencia de Visita, Médico le Examinó].

En la Tabla 45, solo las variables frecuencia de visita, sexo, edad y grado de instrucción serán consideradas, en base al análisis del valor P, al ser mayores a 0 y menores a 0.05.

Tabla 45
Reg. Lin, Cumplimiento de horario

Variable	Coef	P
Área de servicio	0.24	0.21
Grado de Instrucción	0.5636	0.002
Sexo	0.60	0.05
Edad	0.3402	0.001
Frecuencia de visita	0.216	0.004
Medico de examinó	0.539	0.082

En la ecuación 11, se puede apreciar que la característica con mayor trascendencia es el sexo, con un 60% de ajuste, y la segunda característica es el grado de instrucción con un 56.3% de relación con el cumplimiento de horario.

$$\text{Cumplimiento de horario} = 0.216 (\text{Frecuencia visita}) + 0.60 (\text{Sexo}) + 0.340 (\text{Edad}) + 0.563 (\text{grado de instrucción})$$

Ecuación 11

Aunque la variable sexo sea la que posee mayor relación con el cumplimiento de horario, para tener un mejor análisis se ha detallado una relación uno a uno, tal como se aprecia en la Tabla 46, donde indica que el 55% de la población femenina se relaciona con el cumplimiento de horario, y su relación es positiva, debido a que su mayor concentración es 10.71%, y se relaciona con un 6/7 con la percepción del cumplimiento de horario que es alta. La población masculina tiene una menor percepción del 8.67% en su mayor concentración con una calificación de 3/7 del cumplimiento de horario.

Tabla 46

Tabla cruzada Sexo e Cumplimiento horario Reg. Lin, falta de empatía

Tabla cruzada Sexo y Cumplimiento de horario								
Cumplimiento horario/	1	2	3	4	5	6	7	Total
sexo								
Femenino	8.16	8.67	7.65	6.63	7.14	10.71	6.63	55.59
Masculino	4.59	4.08	8.67	7.14	8.16	7.14	4.59	44.37
Total	12.75	12.75	16.32	13.77	15.3	17.85	122	

Regresión lineal entre Interés en Solucionar Problemas con el

Siguiente Conjunto de Características [Área de Servicio, Grado de Instrucción, Sexo, Edad, Frecuencia de Visita, Médico le Examinó].

En la Tabla 47, solo las variables frecuencia de visita, sexo y edad serán consideradas, en base al análisis del valor P, al ser mayores a 0 y menores a 0.05.

Tabla 47

Reg. Lin, Interés en solucionar

Variable	Coef	P
Área de servicio	0.23	0.249
Grado de Instrucción	0.351	0.064
Sexo	0.866	0.008
Edad	0.335	0.003
Frecuencia de visita	0.267	0.001
Médico le Examinó	0.527	0.105

En la ecuación 12, se aprecia que el sexo es la variable con mayor relación en interés en solucionar problemas, con un 86.6%, muy por arriba de las demás variables que no superan el 35%.

$$\text{Interés en solucionar problemas} = 0.267 (\text{Frecuencia visita}) + 0.866 (\text{Sexo}) \\ + 0.335 (\text{Edad})$$

Ecuación 12

Aunque la variable sexo sea la que posee mayor relación con el interés en solucionar problemas, para tener un mejor análisis se ha detallado una relación uno a uno, tal como se aprecia en la Tabla 48, donde indica que el sexo femenino tiene una mayor proporción de personas que están completamente de acuerdo en la importancia de solucionar problemas, dado que, el valor más alto es del 11.22% y se ubica en la categoría antes mencionada, lo cual expresa que hay mayor interés en solucionar problemas por parte del sexo femenino.

Tabla 48

Tabla cruzada sexo e Interés en solucionar problemas

Tabla cruzada Sexo e interés solucionar problemas								
Int. Solu.	1	2	3	4	5	6	7	Total
Problem./ sexo								
Femenino	5.61	7.14	6.12	8.16	9.69	7.65	11.22	55.59
Masculino	6.63	11.22	1.02	7.14	5.61	5.61	7.14	44.37
Total	12.24	18.36	7.14	15.3	15.3	13.26	18.36	

Regresión lineal entre Confianza Transmitida con el Siguiete

Conjunto de Características [Área de servicio, Grado de Instrucción, Sexo, Edad, Frecuencia de Visita, Médico le Examinó].

En la Tabla 49, solo las variables área de servicio, grado de instrucción, frecuencia de visita, sexo y edad serán consideradas, en base al análisis del valor P, al ser mayores a 0 y menores a 0.05.

Tabla 49

Reg. Lin, Confianza transmitida

Variable	Coef	P
Área de servicio	0.402	0.036
Grado de Instrucción	0.4281	0.019
Sexo	1.005	0.001
Edad	0.208	0.048
Frecuencia de visita	0.242	0.001
Médico le examinó	0.327	0.291

En la ecuación 13, no se ha tomado en consideración al sexo, ni a la frecuencia de visita, por lo que tiene un valor P muy bajo en relación con las otras 3 variables como el área de servicio, la edad y el grado de instrucción. En la Ecuación se puede evidenciar que la variable con mayor relación es el grado de instrucción con un 42.81 % de relación, con un porcentaje cercano está el área de servicio con 40.2%, por lo que depende de estas dos variables para determinar la confianza transmitida. La confianza percibida depende del grado de instrucción, porque el nivel de exigencia es diferente. El área de servicio también está relacionada de si es docente o auxiliar de servicio, porque cambia la percepción de la confianza.

$$\begin{aligned} \text{Confianza transmitida} &= 0.4281 (\text{grado instrucción}) + 0.208 (\text{Edad}) \\ &+ 0.402 (\text{área de servicio}) \end{aligned}$$

Ecuación 13

Aunque la variable *grado de instrucción* sea la que posee mayor relación con la confianza transmitida, para tener un mejor análisis se ha detallado una relación uno a uno, tal como se aprecia en la Tabla 50, en donde se relaciona el grado de instrucción con la confianza transmitida, se puede verificar que el grado de confianza con mayor relación se presenta en usuarios con grado de instrucción de postgrado con un 37.74%.

Tabla 50

Tabla cruzada grado instrucción y confianza transmitida

Tabla cruzada grado de instrucción y confianza transmitida								
ConfTransmi./	1	2	3	4	5	6	7	Total
grado instrucción								
Secundaria	4.08	4.59	4.08	5.1	5.1	4.59	5.1	32.64
Superior	5.1	3.57	5.61	5.61	2.04	3.06	4.59	29.58
Postgrado	5.1	4.59	6.12	7.65	5.61	3.57	5.1	37.74
Total	14.28	12.75	15.81	18.36	12.75	122	14.79	

Regresión lineal entre Medicamento Apropriado con el Siguiete

Conjunto de Características [Área de Servicio, Grado de Instrucción, Sexo, Edad, Frecuencia de Visita].

En la Tabla 51, se puede apreciar mediante el valor P, que sólo las variables grado de instrucción y frecuencia de visita tienen significancia estadística. Por lo tanto, estas variables se relacionan con uso correcto, administración y consultas referentes de medicamento apropiado.

Tabla 51

Reg. Lin, Medicamento apropiado

Variable	Coef	P
Área de Servicio	-0.0146	0.737
Grado de Instrucción	0.162	0
Sexo	0.083	0.243
Edad	0.0107	0.656
Frecuencia de visita	0.0806	0

Regresión lineal entre Capacidad del Personal con el Siguiete

Conjunto de Características [Área de Servicio, Grado de Instrucción, Sexo, Edad, Frecuencia de Visita].

En la Tabla 52, se puede apreciar mediante el valor P, que solo la variable área de servicio tiene significancia con la capacidad del personal, la cual hace referencia al personal del área de servicio y la atención al usuario.

Tabla 52
Reg. Lin, capacidad del personal

Variable	Coef	P
Área de servicio	0.162	0
Grado de instrucción	0.719	0.081
Sexo	0.129	0.067
Edad	0.042	0.077
Frecuencia de visita	0.0139	0.396

Regresión lineal entre Explicación del Personal con el Siguiete

Conjunto de Características [Área de Servicio, Grado de Instrucción, Sexo, Edad, Frecuencia de Visita].

En la Tabla 53, se puede apreciar que las variables sexo, edad y frecuencia de visita son las variables significativas para la explicación personal, en función del valor P.

Tabla 53
Reg. Lin, explicación del personal

Variable	Coef	P
Área de servicio	-0.003	0.939
Grado de instrucción	0.0266	0.513
Sexo	0.1977	0.005
Edad	0.1003	0
Frecuencia de visita	0.0343	0.036

En la ecuación 14, se puede evidenciar que la variable que más se relación con explicación del personal cuyo valor es de 19.7%.

$$\text{Explicación del personal} = 0.034 (\text{Frecuencia visita}) + 0.197 (\text{Sexo}) + 0.100 (\text{edad})$$

Ecuación 14

Aunque la variable sexo sea la que posee mayor relación con la explicación del personal, para tener un mejor análisis se ha detallado una relación uno a uno, tal como se aprecia en la Tabla 54, se puede verificar que, para sexo femenino y masculino, existe un equilibrio entre satisfacción e insatisfacción con la explicación del personal.

Tabla 54

Tabla cruzada sexo e Interés en solucionar problemas

Tabla cruzada sexo y explicación personal			
Explic. Person./ sexo	Satisfecha	Insatisfecha	Total
Femenino	27.04	28.57	55.61
Masculino	21.94	22.45	44.39
Total	48.98	51.02	

Regresión lineal entre Barreras de Protección con el Siguiete

Conjunto de Características [Área de Servicio, Grado de Instrucción, Sexo, Edad, Frecuencia de Visita].

En la Tabla 55, las variables con un nivel de significancia aceptable según el valor P, son sexo, edad y frecuencia de visita.

Tabla 55

Reg. Lin, barreras de protección

Regresión Lineal barreras de protección							
Variable	Coef	StdErr	t	P	Inter. Conf	Durbin-Watson	Sesgo
Área de Servicio	0.0837	0.044	1.895	0.06	-0.003- 0.171	1.821	-0.035
Grado de Instrucción	0.0377	0.042	0.895	0.372	-0.045- 0.121	1.821	-0.035
Sexo	0.204	0.072	2.83	0.005	0.062- 0.347	1.821	-0.035
Edad	0.0678	0.024	2.78	0.006	0.02-0.116	1.821	-0.035
Frecuencia de Visita	0.034	0.017	2.033	0.043	0.001- 0.068	1.821	-0.035

En la ecuación 15, se puede evidenciar que la variable con mayor relación con barreras de protección es el sexo con 20.4%.

$$\text{Barreras de protección} = 0.034 (\text{Frecuencia visita}) + 0.204 (\text{Sexo}) + 0.067 (\text{Edad})$$

Ecuación 15

Aunque la variable sexo sea la que posee mayor relación con las barreras de protección, para tener un mejor análisis se ha detallado una relación uno a uno, tal como se aprecia en la Tabla 56, se puede verificar que el sexo femenino tiene una mayor participación con la calificación de las barreras de protección, la calificación es en su mayoría satisfecha con un 26.02%.

Por otro lado, en la concentración del público masculino se evidencia que la mayoría están satisfechos con un 25% de concentración, en base a los datos las barreras de protección tienen una buena acogida.

Tabla 56
Tabla cruzada sexo e Interés en solucionar problemas

Tabla cruzada sexo y Barreras Protección			
Barreras	Satisfecha	Insatisfecha	Total
Protección/ sexo			
Femenino	26.02	25	51.02
Masculino	25	23.98	48.98
Total	51.02	48.98	

Regresión lineal entre Retrasos de Espera con el Siguiete Conjunto de Características [Área de Servicio, Grado de Instrucción, Sexo, Edad, Frecuencia de Visita].

En la Tabla 57, las variables grado de instrucción y frecuencia de visita, son las que tiene un nivel de significancia aceptable con los retrasos de espera.

Tabla 57
Reg. Lin, retrasos de espera

Variable	Coef	P
Área de servicio	0.028	0.53
Grado de instrucción	0.175	0
Sexo	0.0009	0.991
Edad	0.0391	0.113
Frecuencia de visita	0.048	0.005

En la ecuación 16 descrita en la parte inferior se establece que las variables grado de instrucción y frecuencia de visita presentan mayor relación con retrasos en espera.

$$\text{Retrasos de espera} = 0.175 (\text{Grado de instrucción}) + 0.048 (\text{Frecuencia visita}) \text{ Ecuación 16}$$

Para realizar un análisis más detallado de la relación frecuencia de visita con los retrasos de espera, se ha procedido a realizar la Tabla 58, donde indica que:

Existe una mayor concentración de personas que han mencionado que si hay retrasos de espera, y eso se da cuando la frecuencia de visita es de 5/7 con el 17.34%, que es considerada una frecuencia alta del usuario.

Tabla 58
Tabla cruzada frecuencia visita y retrasos Espera

Tabla cruzada frecuencia visita y retrasos Espera			
Retrasos espera/ frecuencia visita	Si	No	Total
1	6.63	6.12	12.75
2	7.65	9.18	16.83
3	7.14	7.14	14.28
4	7.14	5.1	12.24
5	8.67	8.67	17.34
6	8.16	7.14	15.3
7	5.1	6.12	122
Total	50.49	49.47	

Regresión lineal entre la Falta de Empatía con el Siguiete Conjunto de Características [Área de Servicio, Grado de Instrucción, Sexo, Edad, Frecuencia de Visita].

En la Tabla 59, las variables grado de instrucción, edad y frecuencia de visita, son estadísticamente significativas con la falta de empatía.

Tabla 59
Reg. Lin, falta de empatía

Variable	Coef	P
Área de Servicio	0.043	0.333
Grado de Instrucción	0.112	0.008
Sexo	0.052	0.465
Edad	0.063	0.009
Frecuencia de visita	0.045	0.007

En la ecuación 17, se puede evidenciar que la variable que presenta mayor relación con falta de empatía es el grado de instrucción con el 12%,

$$\text{Falta de empatía} = 0.112 (\text{Grado de instrucción}) + 0.063 (\text{Edad}) + 0.045 (\text{Frecuencia visita})$$

Ecuación 17

Aunque la variable grado de instrucción sea la que posee mayor relación con la falta de empatía, para tener un mejor análisis se ha detallado una relación uno a uno, tal como se aprecia en la Tabla 59, en la cual se evidencia que la falta de empatía tiene mayor relación con el grado académico, se observa que en los servidores con grado de instrucción de nivel secundario se evidencia un alto nivel de empatía con un 19.9%, por lo que implica que los usuarios de grado secundario perciben un excelente trato del personal.

Finalmente, al analizar la relación entre el grado y la falta de empatía se puede observar en la Tabla 60 que, el 19.39% de la población cuyo grado de

instrucción es superior presentan falta de empatía, mientras que, el 18.37% de la población cuyo grado de instrucción es postgrado no carecen de empatía. En términos generales, se puede concluir que un 45.41% de la población estudiada si presentan falta de empatía. Ante esta realidad en la propuesta se plantearán mecanismos que mejoren el nivel de empatía.

Tabla 60

Tabla cruzada Grado de instrucción y Falta de empatía

Tabla cruzada Grado de instrucción y Falta de empatía			
falta de empatía /	Si	No	Total
Grado de instrucción			
secundario	8.67	19.9	28.57
Superior	19.39	16.33	35.72
Postgrado	17.35	18.37	35.72
Total	45.41	54.6	

Regresión lineal entre la Falta de Coordinación con el Siguiete

Conjunto de Características [Área de Servicio, Grado de Instrucción, Sexo, Edad, Frecuencia de Visita].

En la Tabla 61, la variable edad y frecuencia de visita, son las únicas que tiene un nivel de significancia aceptable con la falta de coordinación.

Tabla 61

Reg. Lin, falta de coordinación

Variable	Coef	P
Área de servicio	-0.004	0.926
Grado de instrucción	0.072	0.083
Sexo	0.0708	0.318
Edad	0.0755	0.002
Frecuencia Visita	0.0502	0.003

En la ecuación 18, se puede evidenciar que las variables que se relacionan mayoritariamente con falta de coordinación son frecuencia de visita y edad.

$$\text{falta de coordinación} = 0.075 (\text{Edad}) + 0.050 (\text{Frecuencia visita})$$

Ecuación 18

Aunque la variable edad sea la que posee mayor relación con la falta de coordinación, para tener un mejor análisis se ha detallado una relación uno a uno, tal como se aprecia en la Tabla 62, que la falta de coordinación es percibida por los usuarios que son mayores a los 50 años. Los usuarios jóvenes de 18 a 50 años tienen una percepción muy similar, promedio del 18.50%. También se evidencia que las personas mayores a 50 a 65 años, perciben una falta de coordinación alta con un 10.71%, mientras que los mayores a 65%, indican que no hay falta de coordinación con un 11.73%.

Tabla 62

Tabla cruzada edad e falta coordinación

Tabla cruzada Edad y Falta Coordinación			
falta coordinación/ edad	Si	No	Total
Entre 18 y 24 años	10.2	8.67	18.87
Entre 25 y 34 años	7.65	10.71	18.36
Entre 35 y 50 años	9.18	9.69	18.87
Entre 50 y 65 años	10.71	10.71	21.42
65 años en adelante	10.71	11.73	22.44
Total	48.45	51.51	

Regresión lineal entre la Dificultad de Contacto con el Siguiete

Conjunto de Características [Área de Servicio, Grado de Instrucción, Sexo, Edad, Frecuencia de Visita].

En la Tabla 63, las variables grado de instrucción, edad y frecuencia de visita, son las que tiene un nivel de significancia aceptable con la dificultad de contacto.

Tabla 63
Reg. Lin, dificultad de contacto

Variable	Coef	P
Área de servicio	0.0232	0.593
Grado de instrucción	0.14	0.001
Sexo	-0.0704	0.319
Edad	0.0765	0.002
Frecuencia de visita	0.0402	0.016

En la ecuación 19, se puede evidenciar que la variable grado de instrucción presenta mayor relación con la dificultad de contacto, con un 14%.

Dificultad de contacto = 0.14 (grado de instrucción) + 0.076 (Edad) + 0.04 (Frecuencia visita)

Ecuación 19

Aunque la variable grado de instrucción sea la que posee mayor relación con la dificultad de contacto, para tener un mejor análisis se ha detallado una relación uno a uno, tal como se aprecia en la Tabla 64, donde se evidencia que los grados superior y postgrados tienen mejor conexión con la dificultad de contacto, con un 18.37% y un 19.9% respectivamente. En el grado inferior tampoco existe dificultad de contacto con un 15.31%, no tiene dificultad y un 13.27% si lo tiene, pero a nivel general los valores no expresan preocupación en esta característica.

Tabla 64

Tabla cruzada Grado de instrucción y Dificultad Contacto

Tabla cruzada Grado de instrucción y Dificultad Contacto			
Dificultad	Si	No	Total
Contacto / Grado de instrucción			
secundario	13.27	15.31	28.58
Superior	17.35	18.37	35.72
postgrado	15.82	19.9	35.72
Total	46.44	53.58	

Regresión lineal entre el Tiempo de Dedicación a la Consulta con el Siguiete Conjunto de Características [Área de Servicio, Grado de Instrucción, Sexo, Edad, Frecuencia de Visita].

En la Tabla 65, las variables área de servicio, grado de instrucción, edad y frecuencia de visita, son las variables que tienen un nivel de significancia aceptable con el tiempo de dedicación.

Tabla 65

Reg. Lin, tiempo de dedicación

Variable	Coef	P
Área de servicio	0.1139	0.01
Grado de instrucción	0.0945	0.024
Sexo	0.0322	0.653
Edad	0.0631	0.009
Frecuencia de visita	0.0496	0.003

En la ecuación 20, se puede evidenciar que la variable con mayor relación presenta con el tiempo de dedicación en la consulta es el área de servicio con 11.3%.

Tiempo de dedicación = 0.113 (área de servicio) + 0.0945 (grado de instrucción) + 0.0631 (Edad) + 0.0496 (Frecuencia visita).

Ecuación 20: [1]

Aunque el área de servicio sea la variable que posee mayor relación con el tiempo de dedicación, para tener un mejor análisis se ha detallado una relación

uno a uno, tal como se aprecia en la Tabla 66, los usuarios con un área de servicio de “Trabajadores de Servicios Generales” tienen una mayor participación con 34.19%, el 17.86% de la planta docente hace referencia un buen tiempo de dedicación, por lo que es aceptable en esa área.

Tabla 66

Tabla cruzada grado instrucción y tiempo de dedicación

Tabla cruzada Área de servicio y Tiempo de dedicación			
	Si	No	Total
Tiempo Dedicación/ área de servicio			
Planta Docente	17.86	14.8	32.66
Trabajadores de Servicios Generales	17.86	16.33	34.19
Auxiliares de Servicios	18.37	14.8	33.17
Total	54.09	45.93	

Finalmente, en la Tabla 67, presenta las variables con mayor impacto que ejercen sobre las métricas de calidad al usuario, cada variable es como una perilla que al moverla ejerce un cambio sobre la variable de calidad, por ejemplo, se aprecia que un cambio en el grado de instrucción tiene un efecto de 42,81% en la confianza transmitida, depende mucho del grado de instrucción del usuario para percibir la confianza que ofrece el personal de la unidad. Con esta Tabla se puede realizar un análisis de procesos de calidad, colocando políticas en base a estos hechos reales, para que el usuario final perciba la calidad de servicio del personal de la unidad.

En vista de los resultados obtenidos, la variable sexo es de suma importancia para la toma de decisiones en la mejora de calidad de los servicios que presta la unidad de seguridad, salud y riesgo del trabajo, por ejemplo, información recibida al usuario (clasificarla por el sexo), interés que percibe el usuario, tiempo de consulta, cumplimiento de horario, como por ejemplo se puede

apreciar en la variable de calidad “Interés en solucionar problemas”, que tiene un impacto del 86.6%, de tal manera que son opuestos, mientras el usuario masculino percibe el interés en solucionar problemas de parte de los usuarios de la unidad, el personal femenino percibe totalmente lo contrario.

El grado de instrucción presenta una fuerte conexión con la calidad del trato percibido, es decir, a mayor grado de instrucción existe un mejor vínculo entre el personal y el usuario, concluyendo una empatía más fortalecida. Otra variable analizar es el área de servicio que presenta una fuerte conexión con el tiempo de dedicación del personal, principalmente con los auxiliares de servicio, sin embargo, el personal de planta docente no está muy conforme con el tiempo de dedicación. En relación con la ubicación es muy adecuada para los auxiliares de servicio, sin embargo, para la planta docente no existe conformidad con la ubicación. Finalmente, la edad tiene una fuerte relación con la falta de coordinación, mientras mayor es la edad del usuario percibe menor falta de coordinación.

Capítulo V

Propuesta

La propuesta consistió en el diseño de un Plan de Mejoramiento del Servicio de Atención.

El Proceso de Mejora de Servicios

Para realizar el proceso de mejora de servicios, se aplicó el modelo planteado por Deming, explicado anteriormente en el marco teórico. Este proceso involucra el mejoramiento de las siguientes variables, encontradas en la Tabla 67, detalladas a continuación en la Tabla 67:

Tabla 67

Proceso de mejora de servicios

Variables para mejorar	
• Frecuencia Visita	• Problema resuelto
• Información recibida	• Cumplimiento de horario
• Interés de ayuda	• Barreras de protección
• Tiempo de consulta	• Interés en solucionar problemas
• Explicación del personal	• ubicación
• Confianza transmitida	• Tiempo de dedicación
• falta de empatía	• falta de coordinación
• Dificultad de contacto	• Tiempo espera

Cada una de las variables, va a pasar por el proceso del ciclo de mejora de Deming Deming (Dudin, Frolova, Gryzunova, & Shuvalova, 2014), cada proceso de mejora va a tomar en consideración la dependencia que tiene la variable en cuestión, que es como una perilla que al moverla ejerce un gran impacto detallado en la misma Tabla 67.

Diseño de plan de mejora para frecuencia de visita.

En la Figura 3, se puede observar como se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no

satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar la frecuencia de visita.



Figura 3. Ciclo de Deming aplicado a la frecuencia de visita

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

A continuación, se detalla cada uno de los procesos:

Identificar: En esta fase de investigación, se procede a identificar las técnicas de medición, donde un ejemplo práctico es el reloj biométrico, donde cada usuario al registrar su huella es una introducción de hora en que asiste a la unidad de salud.

Medir: Se procede a implementar las herramientas investigadas en la etapa anterior, en este caso colocar el reloj biométrico en un lugar adecuado, además configurar la máquina donde se va a colocar la base de datos de los registros que entrega el biométrico.

Procesar: En esta etapa se procesa la data en un programa estadístico, identificando patrones de comportamiento, en lo particular dendrogramas.

Análisis de Datos: Se genera una búsqueda de patrones de perfilamiento del usuario, identificar la edad, el género, grado de instrucción, o alguna data que me arrojen los dendrograma, clasificándola y en lo preferible no tener más de 4 perfiles de usuario.

Acción: Realizar campañas de marketing con la información de los perfiles de usuario, en lo principal hacer pautas en redes sociales como Facebook o Instagram. Alguna otra actividad es crear volantes, y colocar en puntos estratégicos como baños, o lugares de espera.

Evaluación: Una vez realizada la campaña, hacer un seguimiento del impacto, se debe tener una matriz de evaluación y métricas de cada kpi que se analice en la campaña.

Diseño de plan de mejora para información recibida.

En la Figura 4, se puede observar como se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar la percepción de la información recibida por el usuario.

A continuación, se detalla cada uno de los procesos:

Identificar: Se identifican las técnicas de medición, para conocer como el usuario recibe la información de los servicios de la unidad, la aplicación de encuestas de satisfacción del usuario va a permitir conocer como el usuario ha recibido la información por parte del personal de los servicios de salud.

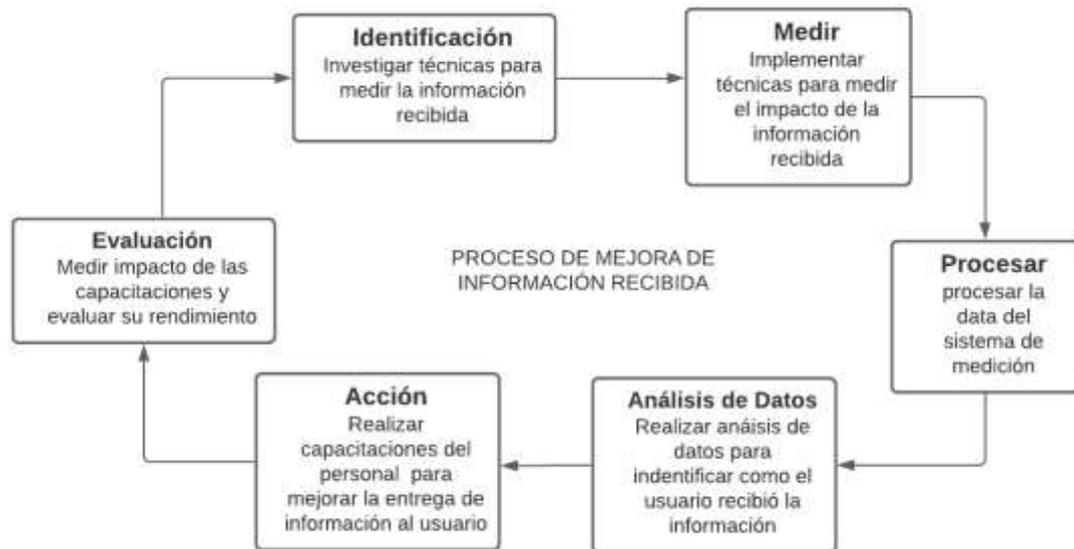


Figura 4. Ciclo de Deming aplicado a la información recibida

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

Medir: Se implementan las herramientas investigadas en la etapa anterior, entre las técnicas, se procede las más convenientes como las digitales, enviar información de resultados de exámenes y citas médicas por medio de aplicaciones móviles.

Procesar: La data de los correos y aplicaciones móviles es procesada, y se verifica si el usuario realmente ha recibido la información, dichos valores positivos y falsos, que a continuación serán analizados por programas estadísticos para evaluar el comportamiento del usuario.

Análisis de Datos: Se procede a buscar patrones de perfilamiento del usuario, perfiles de usuario según como reciben la información, debido a que, según el perfilamiento del usuario y según la Tabla 36, la variable que mayor efecto causa en la información recibida es el sexo, por lo que se hará diferente perfilamiento de acuerdo con el sexo del usuario.

Acción: Realizar campañas de capacitación que difunda que no se puede entregar la misma información al sexo masculino como femenino, el sexo es muy

determinante, y tiene que clasificarse, no colocar una imagen masculina o femenina únicamente, si no, ambas, inculcando los beneficios de los servicios, con frases diferenciadoras, y dando valor que tanto hombre como mujer tendrá el mejor beneficio en la unidad.

Evaluación: Una vez realizada la campaña de capacitación, se procederá realizar análisis del impacto de las acciones realizadas en el punto anterior, por ello se colocarán métricas, y esas métricas, darán porcentajes estadísticas, de que tan bien o mal ha sido las campañas.

Diseño de plan de mejora para interés de ayuda

En la Figura 5, se puede observar como se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar el interés de ayuda por parte del personal de la unidad.

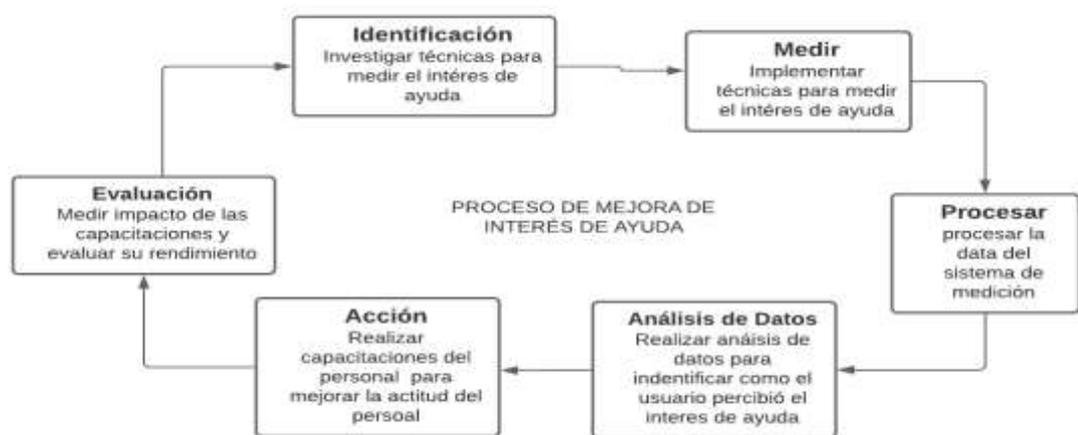


Figura 5. Ciclo de Deming aplicado al Interés de ayuda

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

A continuación, se detalla cada uno de los procesos:

Identificar: Se procede a la identificación de las técnicas de medición, en este caso una técnica para mejorar el interés de ayuda en el personal de la unidad es realizar campañas de capacitación de liderazgo, que motiva al personal a

trabajar con más interés, además incentivos por cumplimiento de objetivos, finalmente se procederá a tener una matriz de cumplimientos para alimentar una estadística, de los cumplimientos de objetivos.

Medir: Se implementan capacitaciones de liderazgo, y se crean alianzas con comisariatos o farmacias para tener descuento o regalos al cumplir los objetivos empresariales.

Procesar: Se procesa la matriz de cumplimientos de objetivos en un programa estadístico.

Análisis de Datos: Se buscan patrones, revisando cual es la motivación que realmente es efectiva para aumentar al interés de ayuda al personal de la unidad, enfatizando la diferenciación de los descuentos y regalo, en el sexo. Además, se procederá analizar los resultados de la capacitación, calificando, haciendo análisis marginal, donde solo las capacitaciones más efectivas continuarán con el proceso.

Acción: Una vez concluido el análisis, se procede a realizar más campañas de motivación, con su respectiva capacitación de liderazgo, pero corrigiendo de los puntos anteriores, solo otorgando descuentos efectivos, y capacitaciones, que tengo impacto según los descubrimientos en el análisis de datos.

Evaluación: Una vez realizada la campaña de capacitación y otorgar los incentivos, evaluar el interés de ayuda del personal, mediante encuestas al usuario, sobre todo encuestas de satisfacción, en caso de que no hay mejoramiento, investigar nuevas técnicas, efectuando el ciclo de mejoramiento.

Diseño de plan de mejora para tiempo de consulta.

En la Figura 6, se puede observar como se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no

satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar el tiempo de consulta.

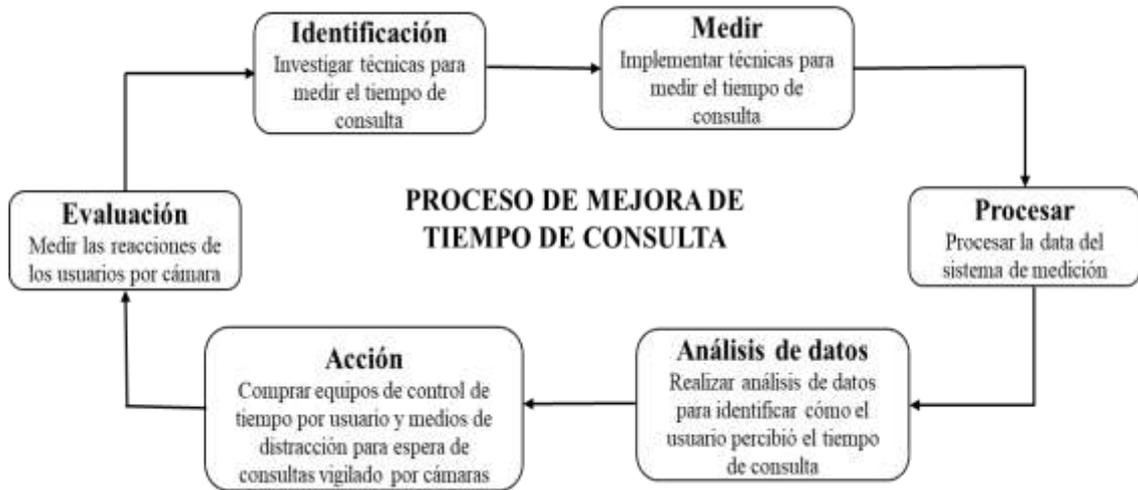


Figura 6. Ciclo de Deming aplicado al tiempo de consulta

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

A continuación, se detalla cada uno de los procesos:

Identificar: Se identifican las técnicas de medición para mejorar el tiempo de consulta. Lo más recomendable es analizar los procesos realizados en hospitales modernos dentro a fuera del país, y verificar casos prácticos de cómo mejorar el tiempo de consulta, ya sea basado en tiques o aplicaciones móviles.

Medir: Una vez que la técnica se ha identificado, se procede a ponerse en marcha, siempre y cuando se pueda medir el impacto, ya sea mediante matriz de tickets en Excel, o lectura de base de datos de las aplicaciones móviles.

Procesar: La data es procesada en un programa estadístico, y como objetivo se debe tener comportamientos de los usuarios en cómo perciben el tiempo de la consulta, y compararlo con la calidad de atención, y si fue oportuno haber invertido el tiempo en la atención en la consulta.

Análisis de Datos: En esta etapa se procede a buscar patrones de comportamiento de usuario en relación con el tiempo de consulta percibido,

buscar las características, que generen alguna clasificación y divida en grupo a los usuarios, en este caso un dendrograma, que produzca 2 o 3 perfiles de usuarios, que identifican de manera distinta la percepción del tiempo de la consulta.

Acción: Realizar procesos para mejorar el tiempo de consulta, tal como hacer capacitaciones al personal de salud, y que atienda a la brevedad al paciente con la mejor calidad posible, para que el paciente no sienta que le lleva mucho el tiempo, además de hacer encuestas de satisfacción a los usuarios, y evalúen médicos, donde se estudie el tiempo de consulta.

Evaluación: Evaluar los procesos de las capacitaciones y, además, de revisar las encuestas de satisfacción, creando inferencias entre tiempo de consulta con la calidad de la atención, creando métricas que evalúen la efectividad de cada médico.

Diseño de plan de mejora para explicación del personal

En la Figura 7, se puede observar como se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar la explicación personal.

A continuación, se detalla cada uno de los procesos:

Identificar: En esta etapa de investigación, se procede a identificar las técnicas de medición de la explicación de personal, cabe recalcar que estas técnicas van a ayudar a mejorar en la forma en que el personal de la unidad mejora la explicación de los servicios a los usuarios y el trato en sí. Esta actividad es alejada del servicio en sí, sin embargo, es vital como se lo comunica, por ello es esencial que el personal tenga habilidades blandas, por lo tanto una de las técnicas

a utilizar son las capacitaciones, que involucren temática referente a mejora de la calidad del servicio y mejora de la calidad de atención al cliente.



Figura 7. Ciclo de Deming aplicado a la Explicación del personal

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

Medir: En este paso se implementa las herramientas investigadas en la etapa anterior, la cual concierne a buscar empresas de capacitación de habilidades blandas, además de tener capacitaciones que permitan mejorar las habilidades de atención al cliente cultivando estrategias de atención al cliente. Cabe recalcar que todas estas capacitaciones deben ser medidas, tanto en que el personal haya receptado la información por medios de evaluaciones de capacitación, y, además, si el personal es capaz de aplicar lo aprendido, realizando mediciones en la ejecución de la actividad de atención al cliente, colocando indicadores en matrices de evaluación en cada una de las etapas.

Procesar: La data es procesada en un programa estadístico, la data proviene de las evaluaciones de la capacitación como de los indicadores de la matriz de la evaluación post capacitación.

Análisis de Datos: En esta fase se busca patrones a partir del análisis de datos, en primera instancia se procede a eliminar las anomalías, que son los casos que se alejan de alguna distribución. Luego se procede a buscar patrones mediante

algoritmos de clustering o clasificación, dichas clasificaciones busca perfilamientos, indicando diferentes tipos de comprensión por parte del personal, dichas comprensiones son modelos causa efecto, que permite determinar las consecuencias debido a las acciones realizadas y evaluadas en las matrices de evaluación de cada una de las etapas. Este análisis de como resultado un plan de actividades efectivas, como por ejemplo establecer protocolos para comunicarse con el cliente, creando estrategias de conversación, saber que hablar y que no, siendo así más directos y objetivos.

Acción: Se procede a realizar las actividades e interacción con el cliente, utilizando los protocolos establecidos en el análisis de datos.

Evaluación: Las acciones usadas en la etapa anterior, deben ser siempre pensadas, para descubrir errores, dichos actividades, deben estar evaluadas en matrices, y mejorando errores, día a día.

Diseño de plan de mejora para confianza transmitida

En la Figura 8, se puede observar como se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar la confianza transmitida

A continuación, se detalla cada uno de los procesos:

Identificar: Se identifican las técnicas de medición de la confianza transmitida al usuario de la unidad. Estas técnicas deben otorgar un sentido de seguridad, que incluso se dé la molestia de comentar el mismo por medio de redes sociales, por lo que se procederá a realizar campañas de marketing de los servicios de la unidad, y mediante técnicas de scraping de twitter o Facebook, y así poder evaluar la confianza de los usuarios de la unidad en los comentarios de cada

posteo de los servicios en las respectivas redes. Además del scraping, también se enviará la calificación del servicio a los usuarios.

Medir: Con respecto a esta fase se procederá a obtener información de los resultados de la calificación del servicio o del scrapping de las redes sociales para evaluar la confianza.

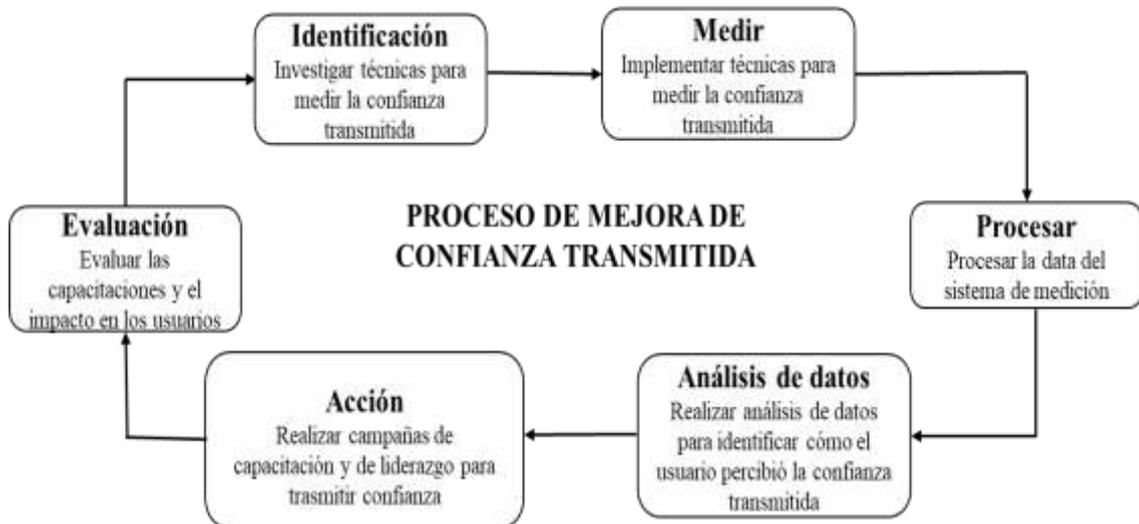


Figura 8. Ciclo de Deming aplicado a la Confianza transmitida

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

Procesar: La data de las encuestas y del scrapping de redes sociales es procesada en un programa estadístico.

Análisis de Datos: En esta etapa, se realiza el procesamiento de los datos, el objetivo es identificar, cual es la situación actual de la empresa respecto a la confianza que tienen los usuarios, luego de ello es conveniente realizar correctivos, en la Tabla 50, se ha determinado que existe una relación directa del grado de instrucción del usuario y la confianza transmitida, por lo que es recomendable establecer protocolos diferentes respecto al trato.

Acción: Con la información recopilada en la etapa anterior, se procede a tomar acciones, como establecer protocolos, dirigidos desde la gerencia a todo el personal a través de comunicados institucionales y de capacitaciones trimestrales, haciendo énfasis, en que no se puede tratar a todos por igual, hay que establecer

diferencias de acuerdo al grado de instrucción del usuario, y eso permitirá tener ganar mayor confianza, a unos tratarlos con mayor agilidad, y otros con más delicadeza, entre otras diferencias, porque cada usuario de acuerdo al grado de instrucción percibe los resultados de manera diferente.

Evaluación: Estas acciones deben tener una matriz de evaluación, donde cada proceso a llevar a cabo debe tener su respectiva métrica de evaluación, mejorándola cada instante, basadas en ratios y porcentajes de crecimiento.

Diseño de plan de mejora para falta de empatía

En la Figura 9, se puede observar como se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar la falta de empatía.

A continuación, se detalla cada uno de los procesos:

Identificar: Las técnicas de medición son identificadas para mejorar la falta de empatía, para este caso es un caso similar para la explicación del personal, es un tratamiento basado en capacitación para mejorar habilidades blandas, por lo que el procedimiento es muy similar, mejorando las técnicas de comunicación, y mejorar la calidad de atención al cliente.

Medir: Se procede a realizar las capacitaciones respectivas de habilidades blandas y medir dichas capacitaciones en matriz de evaluación, luego revisar el impacto generado en el usuario, midiendo su accionar, y evaluando constantemente su actividad. Además, es conveniente medir las conversaciones del personal con el cliente mediante cámaras con audio.

Procesar: Se procesa la data de las evaluaciones en un programa estadístico, el objetivo es encontrar patrones de comportamiento creando un

modelo causa efecto y revisar si las capacitaciones tuvieron el impacto adecuado. Procesar las grabaciones por medio de un NVR (Network Video Recorder o Grabador de Video de Red) en un disco en un lapso de 2 días, para cada personal, y verificar su interacción con los usuarios.



Figura 9. Ciclo de Deming aplicado a la falta de empatía

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

Análisis de Datos: En el análisis de la salida del procesamiento del programa estadístico, revisar modelos causales, y determinar cuando el usuario detecta falta de empatía, debido a todas las actividades serán evaluadas con matrices y modelos causa efecto, se podrá descubrir la causa de la percepción de la falta de empatía. Analizar las grabaciones de las cámaras con un psicólogo especialista, y verificar porque no se tiene un trato adecuado, en este análisis hay que establecer protocolos del porque no se puede llegar a tener empatía con el usuario, en la Tabla 60 se ha verificado que la falta de empatía se percibe diferente y con más potencia de acuerdo con la variable grado de instrucción, por lo que es un camino que nos permite a tomar medidas diferentes de acuerdo con el establecimiento de conversaciones.

Acción: La medida a tomar luego del análisis, es tomar las recomendaciones del psicólogo, estableciendo métricas en el accionar del cliente, evaluándolo mediante cámaras de vigilancia con audio, y tener una persona encargada de monitorear comportamiento inadecuado. Otra acción es monitorear mediante un control de actividades, para verificar como se desempeña el personal con el usuario, analizando las métricas de evaluación.

Evaluación: Evaluar las acciones de las cámaras y matrices de evaluación, para mejorar los protocolos de conversación con el usuario, y mejorar en la medida de lo posible.

Diseño de plan de mejora para dificultad de contacto

En la Figura 10, se puede observar cómo se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar la frecuencia de visita.



Figura 10. Ciclo de Deming aplicado a la Dificultad de contacto

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

A continuación, se detalla cada uno de los procesos:

Identificar: En esta fase se identifican las técnicas de medición para mejorar la forma de contactarse con la unidad, técnicas como inclusión digital,

mediante una presencia en redes sociales y una página web amigable con el usuario, con los contactos actualizados y que estén 100% disponibles, en caso de expansión sería adecuado colocar una central telefónica.

Medir: Se implementan las herramientas investigadas en la etapa anterior, tal como como la página web, donde indica los contactos, además de colocar un Google map, con la ubicación exacta. Tener una persona a tiempo completo para contestar llamadas telefónicas, se va a contratar una central issabel, para poder tener las grabaciones de las llamadas telefónicas, y además la página web contemplara las veces que un usuario ha contactado a la misma mediante estas buscadores SEO y SEM.

Procesar: En esta etapa se procesa la data en un programa estadístico, donde la data viene ya sea de las grabaciones de las llamadas telefónicas y de la base de datos de la página web.

Análisis de Datos: Se procede a reconocer patrones en las conversaciones telefónicas y en patrones de comportamiento del manejo de la página web. Hay que tomar ventaja que una persona que visita una página web, viene con su metadata, por lo que se conoce lo localización de donde hizo la búsqueda, y como debe estar logeada la persona, se conoce sus datos personales como edad, y se puede hacer un comportamiento de cuál es el perfil de la persona que contacta con la unidad, permitiendo crear campañas de marketing efectivas con data real.

Acción: Mejorar la página web, para hacerla más actualizada, además de mejorar el trato con la persona, y se facilite el contacto con la misma logrando una fidelización. Es necesario contratar una persona que este monitoreando la red social, porque al estar números telefónicos, se comunicaran ya sea vía mensajería como WhatsApp o Facebook

Evaluación: Una vez que la página web esta lista, y, además, la persona encargada de estar encargada ya se de comunicaciones vía llamadas telefónicas o mensajería de texto, hay que controlar que esté llevando bien la comunicación con el cliente cumpliendo los protocolos de comunicación, que deben estar establecidos previamente en la unidad.

Diseño de plan de mejora para problema resuelto

En la Figura 11, se puede observar como se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar el problema resuelto.

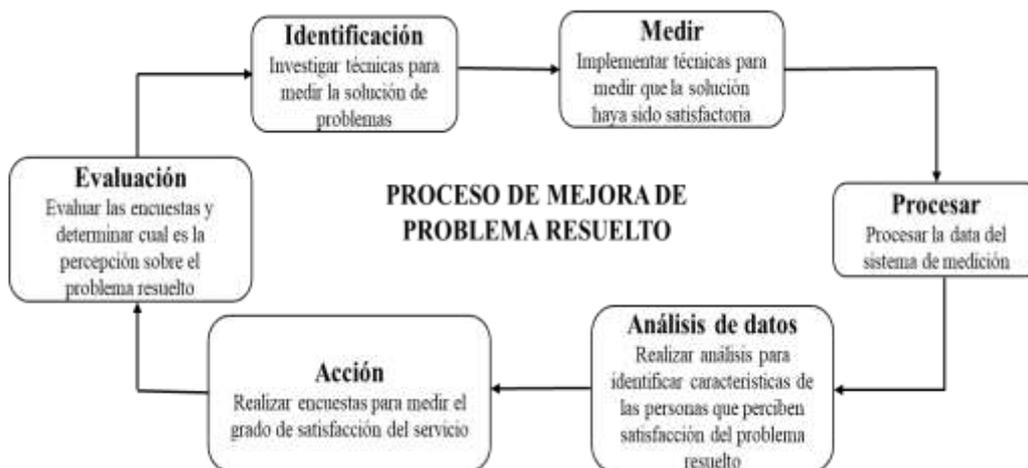


Figura 11. Ciclo de Deming aplicado al problema resuelto

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

A continuación, se detalla cada uno de los procesos:

Identificar: Se procede a identificar las técnicas de medición para la percepción del problema resuelto, tal como preguntas de satisfacción, y además mediante análisis de comentarios en redes sociales.

Medir: Se implementan las herramientas investigadas en la etapa anterior, incentivando al usuario a llenar la satisfacción del servicio, y, además, contratar un personal técnico adecuado, para que implemente un sistema de análisis de

sentimiento de las redes sociales y verificar la imagen de la unidad en los medios digitales (Sameerchand, Sharmila, Narmeen, & Adeelah, 2018).

Procesar: A continuación, se procesa la data en un programa estadístico, la data obtenida de una base de datos del grado de satisfacción del servicio, pero al no ser confiable la información, se procede como una tarea en paralela analizar la data obtenida el sistema de análisis de sentimiento de los comentarios de las redes sociales.

Análisis de Datos: El siguiente paso es buscar patrones de perfilamiento del usuario, en los resultados del análisis del sistema estadístico, dicho perfil debe estar clasificados en las personas que hablan bien y en los que hablan mal, no obstante, buscar las razones por las que hablan mal, identificando entre 4 a 7 razones aproximadamente.

Acción: Realizar campañas de para mejorar la imagen de las razones encontradas en la etapa anterior, luego de la campaña hay que hacer matrices de evaluación, y verificar como se va mejorando la percepción del problema resuelto.

Evaluación: Verificar las matrices de evaluación, analizando mediante ratios de comparación entre una mejora y otra, y verificar la evolución de la percepción de resolución de problemas de la compañía.

Diseño de plan de mejora para cumplimiento de horario

En la Figura 12, se puede observar como se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar el cumplimiento de horario.



Figura 12. Ciclo de Deming aplicado al Cumplimiento de horario

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

A continuación, se detalla cada uno de los procesos:

Identificar: Inicialmente se identifican las técnicas de medición, en la que se pretende usar un reloj biométrico para medir los registros de entrada y salida de la empresa.

Medir: En este paso se implementan las herramientas investigadas en la etapa anterior, por lo que se va a proceder en la instalación y configuración del reloj biométrico en la unidad de salud. Además, se procederá analizar las razones de las causas de atraso.

Procesar: Se procesa la data que ofrece el reloj biométrico, en relación con el registro de entrada y salida, y verificar dichos registros con las causas de atraso.

Análisis de Datos: En esta etapa se procederá analizar porque existen atrasos, además si existen patrones de atraso, como, por ejemplo, que falten todos los viernes, o algún otro patrón.

Acción: En base a los patrones de atraso encontrados en los registros anteriores, junto con las razones de incumplimiento, se procederá a establecer protocolos de disciplina para que esos eventos no vuelvan a ocurrir.

Evaluación: Una vez colocados los protocolos establecer métricas de evaluación de los protocolos, y, analizar si esas actividades están mejorando el incumplimiento de horario, caso contrario, se procederá seguir analizando más causas.

Diseño de plan de mejora para interés en solucionar problemas

En la Figura 13, se puede observar cómo se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar en la solución de problemas.



Figura 13. Ciclo de Deming aplicado a solucionar problemas

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

Este ítem de solucionar problemas al ser muy parecido a problema resuelto, se aplicará el mismo procedimiento

Diseño de plan de mejora para ubicación

En la Figura 14, se puede observar cómo se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar la ubicación de la unidad de salud.

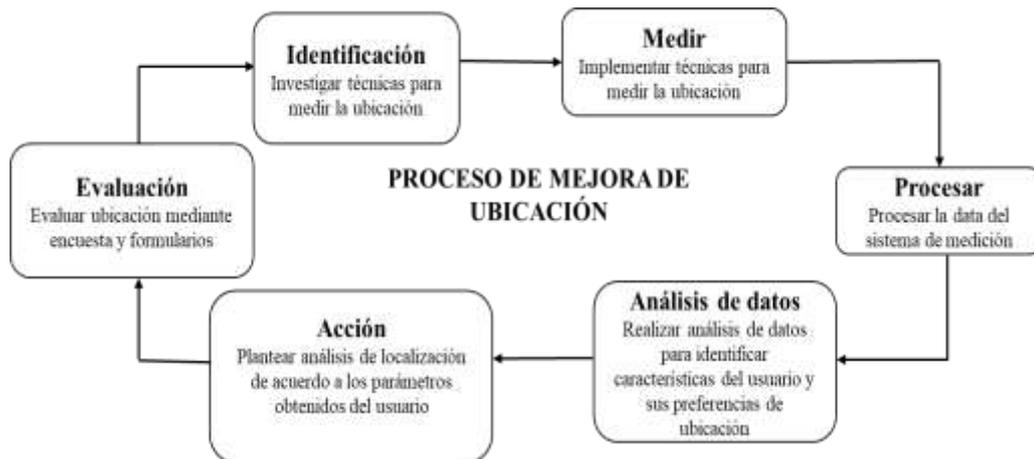


Figura 14. Ciclo de Deming aplicado a la ubicación

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

A continuación, se detalla cada uno de los procesos:

Identificar: En esta etapa de investigación, se procede a identificar las técnicas de medición, para mejorar la ubicación de la unidad, en donde se procederá a realizar un análisis de sentimiento (Sameerchand, Sharmila, Narmeen, & Adeelah, 2018) respecto a la ubicación dentro de los comentarios de las redes sociales, como Facebook, twitter entre otros. Posteriormente se procederá hacer volantes, con el croquis incorporado, para realizar publicidad de la ubicación. Otra forma de obtener data es por medio de un documento ya sea físico o digital, que el usuario, pueda colocar su nivel de satisfacción respecto a la ubicación. Finalmente, se integrará Google map a las páginas y redes sociales, para indicar la ubicación de la unidad.

Medir: Se inicia la implementación las herramientas investigadas en la etapa anterior, usando métricas para evaluar y medir la actividad de estas.

Procesar: Se procesa la data obtenida del sistema del análisis de sentimiento, además de la metadata de las redes sociales para saber la localización del usuario para llegar a la unidad de salud, y finalmente de los resultados

digitales o físicos, para saber el nivel de satisfacción del usuario respecto a la ubicación.

Análisis de Datos: Se buscan patrones de perfilamiento del usuario, de toda la información que se haya extraído de la metadata de las redes sociales, y de los resultados físicos y digitales. El hecho de buscar perfiles de usuario, son las características en común que comparte un grupo de usuario, lo ideal es tener de 1 a 3 a 5 perfiles, para que en base a las características de los perfiles se procede a lanzar campañas de marketing.

Acción: Realizar campañas de marketing, para mejorar la localización ubicación, en base a las necesidades de los usuarios de la unidad, dichas campañas involucran redes sociales, volantes y páginas web.

Evaluación: Una vez realizada la campaña hay que evaluar el impacto de estas, por lo que cada campaña debe estar vinculada con una matriz de evaluación, y en caso de que no llegue a las expectativas, hay que buscar nuevas medidas para mejorar la localización repitiendo el ciclo.

Diseño de plan de mejora para tiempo de dedicación

En la Figura 15, se puede observar como se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no

satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar el tiempo de dedicación.



Figura 15. Ciclo de Deming aplicado al Tiempo de dedicación

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

Esta variable debido a la similitud el tiempo de consulta, se llevará a cabo

el mismo proceso

Diseño de plan de mejora para falta de coordinación

En la Figura 16, se puede observar como se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar la falta de coordinación.



Figura 16. Ciclo de Deming aplicado a la falta de coordinación

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

A continuación, se detalla cada uno de los procesos:

Identificar: Aquí se identifican las técnicas para medir la falta de coordinación. La mejor técnica para mejorar la coordinación en la unidad es tener un sistema en la web, integrado con aplicaciones móviles para organización de tareas en grupo ya sea trello o Monday. Además de plantear reuniones de discusión, ya sea físicas o virtuales.

Medir: Se procede a implementar las herramientas investigadas en la etapa anterior, el sistema de trello o Monday que permita ver las tareas de cada uno de los miembros del grupo, trello es una aplicación gratuita, que también posee su versión móvil, por lo que no es necesario estar conectado a un computador, para ver el avance, o que está haciendo sus compañeros. Las reuniones grupales son vitales, para plantear quejas o colaborar para una tarea compleja que se pueda realizar en conjunto, las reuniones grupales deben ser ingresadas a un sistema para llegar un control de estas.

Procesar: Se realiza el procesamiento de la data, proveniente de los sistemas web, y verificar la coordinación y sus posibles problemas, establecer modelos causa efecto en base al análisis de patrones. Además, se debe procesar la data de las reuniones virtuales y físicas, para buscar patrones de comportamientos para de igual manera establecer modelos causa efecto.

Análisis de Datos: De la data procesada en la etapa anterior, se busca causas que deriven a los problemas de coordinación, esas causas deben ser agrupadas o clasificadas por características en común.

Acción: Realizar campañas de capacitación para eliminar esas características que infieren a tener efectos negativos de coordinación dentro de la unidad.

Evaluación: Una vez realizada la campaña se procede a evaluar los resultados de la capacitación, y finalmente, evaluar constantemente los efectos de la capacitación, comparando la situación actual de la actividad de coordinación, a como se espera que se dé, mejorando constantemente el proceso.

Diseño de plan de mejora para tiempo espera

En la Figura 17, se puede observar cómo se llevará a cabo cada proceso cumpliendo el ciclo, luego de la evaluación, y en caso de que el impacto no satisfaga la necesidad, debe volver al ciclo, para investigar otras técnicas para mejorar el tiempo de espera.

A continuación, se detalla cada uno de los procesos:

Identificar: Se identifican las técnicas para medir el tiempo de espera, entre las más sonadas es la implementación de tickets físicos, y otra no tan común pero muy efectiva, es mediante un ticket móvil, tal como se ha aplicado en los otros países, para no esperar al tren, que le indica al usuario en cuanto tiempo pasa el tren, se puede especificar, cuantos turnos faltan para que le toque el suyo.

Medir: En esta etapa se procede a implementar la aplicación móvil para realizar turnos para usuarios.

Procesar: La aplicación móvil, genera información de los usuarios, tal como características de ámbito personal y profesional.

Análisis de Datos: La data procesada permite hacer análisis, como, por ejemplo, cuáles son las personas que más usan la aplicación de tickets, y que características tienen esos usuarios.



Figura 17. Ciclo de Deming aplicado al Tiempo espera

Nota. Adaptado de Ciclo de Deming (PDCA), Gobierno de la República del Ecuador, 2021.

Acción: Realizar campañas de marketing de la aplicación móvil generada por la unidad, para que los usuarios usen la app, y solo se acerquen a la unidad, a la hora establecida por la aplicación. Cabe recalcar que la aplicación, mide en tiempo real, cual es el turno actual y cuantos turnos falta para que el toque al usuario, y un tiempo aproximado del mismo. La aplicación debe tener un sistema de recomendación para reagendar automáticamente si es que el usuario acepta, o que la posponga cuando el usuario desee reagendar la cita.

Evaluación: La aplicación móvil, genera data de problemas, y hay que llevar un registro de estos, en una matriz que contenga las métricas para mejorar la aplicación en forma cíclica.

Materiales, Recursos Humanos y Financieros

Los recursos materiales, humanos y financieros necesarios se encuentran expuestos en la Tabla 68 y fueron los siguientes: dos relojes biométricos, uno para colaboradores y otro para pacientes con la finalidad de conocer los horarios de entrada y salida, desarrollo de una aplicación web para registrar interacción de los pacientes, generación de tickets, envío de exámenes, entre otras funcionalidades,

campañas y capacitaciones de forma presencial, dirigidas a usuarios del servicio de salud de forma trimestral, en horarios preferentemente previos a la salida, con temáticas de liderazgo, habilidades blandas, ámbito de salud actual, servicios de la unidad de salud, prestaciones externas de salud y beneficiarios de seguros, pauta en redes sociales mensuales durante un año, elaboración de una página web para tener presencia online, contratación de un *Community manager* para que desarrolle la presencia en línea, volantes para incentivar la ubicación y servicios prestados, autogestión en tareas de organización, protocolo de servicio al cliente, construcción de página en redes sociales, elaboración de encuestas de satisfacción al cliente, entre otras actividades y recursos que ascienden de manera anual a un presupuesto de \$4.750,00 el cual se presenta a continuación:

Tabla 68
Recursos necesarios para propuesta de mejora

Cantidad	Recursos	Precio unitario	Precio final
2	Reloj biométrico	200,00	400,00
1	Aplicación móvil	1.000,00	1.000,00
1	Capacitación de liderazgo	150,00	150,00
1	Capacitación de habilidades blandas	100,00	100,00
2	Pauta redes sociales	100,00	200,00
1	Página web	300,00	300,00
2	Community manager	500,00	1.000,00
4	Volantes con croquis del establecimiento	100,00	400,00
1	Organizador de tareas en la nube Trello	Autogestión	-
1	Tickets generados en la aplicación móvil	Autogestión	-
1	Computadora	600,00	600,00
1	Incentivos de cumplimiento	100,00	100,00
1	Capacitación de servicio al paciente	150,00	150,00
1	Protocolos de servicio al cliente	Autogestión	-
1	Contratación de un estadístico servicios prestados	200,00	200,00
1	Construcción de Fan page	Autogestión	-
1	Encuestas de satisfacción al cliente online	Autogestión	-
1	Protocolos de disciplina	Autogestión	-
1	Integración de dirección con Google maps	Autogestión	-
1	Alianzas con comisariatos y farmacias	Autogestión	-
1	Central telefónica	150,00	150,00
Total		3.650,0	4750,00

En la Tabla 69 se aprecian los parámetros que representan gastos excesivos en caso de no implementar plan de mejoras. El primer parámetro es el

ausentismo laboral el cual se presenta en múltiples áreas de servicio, y que, en función de la remuneración, genera un gasto aproximado de \$40 por día de ausentismo por cada trabajador, el segundo parámetro hace referencia a las citas médicas subsecuentes, si el trabajador debe ausentarse más de un día, el valor anteriormente mencionado puede elevarse significativamente.

El tercer parámetro que se tomó en cuenta fue la atención médica externalizada, en muchas instituciones se permite la externalización de servicios de salud con empresas aseguradoras o clínicas particulares, costos que en la mayoría de los casos asume la institución, un valor mínimo mensual por consulta externalizada es de \$20, las empresas que prestan servicios externalizados solicitan una nómina mínima de diez trabajadores para iniciar la atención médica. Esto genera un costo anual de \$2.400,00.

Los exámenes complementarios son también agendados mediante la externalización de servicios, en este parámetro se consideró un valor referencial anual de \$200, por exámenes de laboratorio y de imagen realizados por control con un intervalo de tiempo de seis meses, aunque en ciertos casos de requerimientos especiales el valor puede ser mayor.

El quinto parámetro que se consideró fue la inconsistencia diagnóstica, si mediante la atención médica y realización de exámenes de forma externalizada no se logra solventar las necesidades clínicas del trabajador se requiere una asistencia médica de mayor capacidad resolutoria que puede incluir traslado en ambulancia, uso de insumos y dispositivos, estancia hospitalaria y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, para los cuales se toma un costo referencial de \$1000.

Tabla 69
Gastos sin implementar plan de mejoras

Cantidad	Parámetro	Precio unitario	Precio final
1	Ausentismo por atención medica	40,00	480,00
1	Citas médicas subsecuentes externas	40,00	960,00
10	Atención medica externalizada	20,00	2.400,00
2	Realización de exámenes complementarios	100,00	200,00
2	Inconsistencia diagnóstica	1.000,00	2000,00
Total		1.200,00	6.040,00

Fuente: Datos de la Unidad de Seguridad, Salud y Riesgo del Trabajo.

Estos valores han sido considerados como referencia mínima del costo y con un solo empleado como ejemplo, hay que tomar en cuenta que ciertas condiciones clínicas, capacidad resolutive e intervenciones médicas pueden alcanzar costos sumamente altos en función del requerimiento del paciente.

Conclusiones

El análisis de los referentes teóricos y de la evidencia empírica de seguridad, salud y riesgo del trabajo permitió desarrollar este estudio, por medio de una revisión de literatura se realizaron adaptaciones para estructurar los capítulos y abordar los temas relacionados con el nivel de satisfacción del usuario y servicios de salud.

Se ha determinado la idoneidad de la metodología utilizada para establecer si los servicios médicos se asocian con el nivel de satisfacción del usuario que acude a los servicios de salud de la Unidad de seguridad, salud y riesgos del trabajo de la Universidad Técnica de Machala.

La regresión lineal correspondiente a frecuencia de visita demostró que el personal docente acude de forma periódica a los servicios de salud.

El plan de mejoras diseñado se ajusta en gran medida la satisfacción del usuario de la Unidad de seguridad, salud y riesgos del trabajo de la Universidad Técnica de Machala, ya que se consideran múltiples parámetros para generar una cobertura satisfactoria de las necesidades del usuario.

El análisis referente a la característica tiempo de consulta, determinó que el sexo femenino, es la que tiene mejor conexión el tiempo de consulta, donde su mayor porcentaje se centra en la categoría de adecuado con un 12.76%. En contraste está el sexo masculino, con un 10.20% que considera que el tiempo de consulta es inadecuado.

Se concluye que el interés del personal en resolver problemas es la característica con mayor impacto y por lo tanto lo más prioritario a mejorar, la cual presenta con un 86,6% de relación con el sexo, y 33,5% con la edad.

De igual forma, la característica interés del personal en resolver tiene un 17,43% de relación con la falta de coordinación, por lo que, al mejorar la falta de coordinación, mejora en el 17,43% a la percepción del usuario en interés por resolver problemas. Por lo tanto, se debe trabajar en ese aspecto según las sugerencias planteadas en el plan de mejora de servicios.

Se detallan las características de la satisfacción del usuario, por lo que se realizaron diseños del proceso de mejora de los servicios respecto a cada una de las características, tal como frecuencia de visita, información recibida, interés de ayuda, tiempo de consulta entre otros. Este plan de mejora incluye procesos de identificación, medición, procesamiento, análisis de datos, acción y evaluación, de forma cíclica para mejorar paso a paso los inconvenientes identificados en esta investigación.

En conclusión, se determinó que los servicios médicos se asocian directamente al nivel de satisfacción del usuario que acude a los servicios de salud de la Unidad de seguridad, salud y riesgos del trabajo de la Universidad Técnica de Machala.

Recomendaciones

Se recomienda la implementación del plan de mejoras, ya que representa múltiples beneficios a corto y a largo plazo, como disminución del ausentismo, resolución de casos internamente y bienestar del personal, lo cual se traduce en mayor rendimiento laboral.

Se sugiere realizar procesos para la mejora de la calidad del servicio, realizando capacitaciones al personal, clasificando la información, el tiempo de dedicación y la explicación del personal que labora en la unidad estudiada.

En relación con el grado de instrucción se propone categorizar el trato del personal con los usuarios, intensificando la empatía con los usuarios con menor grado de instrucción, evaluando el personal de acuerdo con el trato al usuario, usando métricas de evaluación de empatía.

Se sugiere mejorar los procesos en relación con el tiempo dedicado al personal de planta docentes otorgando a los docentes tickets preferenciales. En relación con la ubicación de la unidad se recomienda implementar una logística de traslado que ayude a contrarrestar el tiempo de llegada, además de mejorar la calidad de coordinación de los procesos en relación con los usuarios más jóvenes, direccionando los procesos más tecnológicos.

Referencias

- Arbeláez-Rodríguez, G., & Mendoza, P. (2017). Relación entre gestión del director y satisfacción del usuario externo en centros de salud de un distrito del Ecuador. Paper presented at the Anales de la Facultad de Medicina.
- Chancusi, S., Delgado, M., & Ortega, D. (2018). Políticas de prevención de la seguridad y salud ocupacional en el Ecuador (Riesgo Laboral). *Digital Publisher*(5), 16-30.
- Molina, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 1(63), 185-205.
- Arboleda, A., Chernichovsky, D., & Esperato, A. (2018). Encuestas de Satisfacción del Paciente en Colombia: Una Oportunidad para Mejorar. *Salud Uninorte*, 34(1), 33-46.
- Asamblea constituyente. (20 de Octubre de 2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>
- Banegas, J. (2014). Nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia del Centro de Diagnóstico Integral "Los Arales". *Revista del Centro Provincial de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba*, 18(7).
- Bleich, S., & Ozaltin, E. (2009). *Relación entre la satisfacción con el sistema de atención sanitaria y la experiencia personal de los pacientes*. Obtenido de <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-050401-ab/es/>
- Cadena, P., Rendón, R., Aguilar, J., Salinas, E., Morales, F., & Sangerman, D. (2017). Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 8(7), 1603-1617. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2631/263153520009.pdf>
- Calva, J. (2009). *Satisfacción de Usuarios: la investigación sobre las necesidades de información*. México D.F.: Cuadernos de Investigación II. Obtenido de <https://cutt.ly/jyUIZMe>
- Cano, J. (2015). Cultural material, globalización y Arqueología de la industrialización. *Revista Arqueología Pública*, 9(4), 99-115.
- Cañizares, R., Mena, G., & Abi-Hanna, G. (2015). Análisis del sistema de salud del Ecuador. *Rev. Med. FCM-UCSG*, 19(04), 193-204.

- Castelo, W., Castelo, A., & Rodríguez, J. (2016). Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(3).
- CEPAL. (2017). *Panorama Social de America Latina*. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42716/7/S1800002_es.pdf
- Céspedes, G., & Martínez, J. (2016). Un análisis de la seguridad y salud en el trabajo en el sistema empresarial cubano. *Revista latinoamericana de derecho social*(22), 2-40.
- Collado, S. (2008). Prevención de riesgos laborales: principios y marco normativo. *Revista de Dirección y Administración de Empresas*(15), 26.
- De los Ríos, J. Á. (2004). Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. *Revista Investigación y Educación en enfermería*, 11.
- Díaz, V., & Calzadilla, A. (2016). Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(1), 115-121. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/562/56243931011.pdf>
- Dirección Educativa de Salud Ambiental de Huánuco. (2014). *Boletín Salud Ambiental*, 7. Huánuco, Perú.
- Dudin, M., Frolova, E., Gryzunova, N., & Shuvalova, E. (2014). The Deming Cycle (PDCA) Concept as an Efficient Tool for Continuous Quality Improvement in the Agribusiness. *Asian Social Science*(11).
- ESAN . (19 de Enero de 2018). *La salud ocupacional y su importancia para las empresas*. Obtenido de <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2018/01/la-salud-ocupacional-y-su-importancia-para-las-empresas/>
- Fariño, J. (2018). Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en las unidades operativas de atención primaria de salud. *ESPACIOS*, 22.
- Figueroa, M. (2015). Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México. *Nueva época*(12), 149-175.

- Fontova, A. (2015). *Estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de urgencias hospitalario*{Tesis Doctoral, Universidad de Girona}. Girona, España.
- Gallardo, A. (2014). Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería. *Enfermería Global*, 13(36), 353-360.
- Gallegos, W. (2012). Revisión histórica de la salud ocupacional y la seguridad industrial. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 13(3), 45-52.
- Gastañaga, M. d. (2012). Salud Ocupacional: Historia y retos del futuro. *Rev. Peru Med Exp Salud Publica*, 29(2), 177-178.
- Gobierno de la República del Ecuador. (2021). *Ciclo de Deming (PDCA)*. Obtenido de <https://www.gobiernoelectronico.gob.ec/ciclo-de-deming-pdca/>
- Gonzalez, V., Vera, D., Amaya, C., & Noboa, J. (2018). Propuesta de sustentabilidad para el fondo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). *Revista Espacios*, 39(7), 2-20.
- Granados, I. (2011). Calidad de vida laboral: historia, dimensiones y beneficios. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 214-219.
- Hagopian, D. (2016). Experimentos en una ciencia no experimental. *Investigación Económica*, LXXV(295), 31-91. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/601/60144179002.pdf>
- Hamui, L. (2015). Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica. *Revista UNAM*, 22(4), 3-11.
- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. 10(2).
- Howard, J.A, Sheth, J.N. *The Theory of Buyer Behavior*. Nueva York: Willey; 1969. Disponible en: <https://www.worldcat.org/title/theory-of-buyer-behavior/oclc/33508> [Links]
- Izaguirre M, Reategui L, Mori H. (2014) *Calidad y Marketing de los Servicios de Salud*. Lima.
- Jiménez Paneque, Rosa E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1) Recuperado en 08 de enero de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&tlng=es.

- Jiménez, W., Granda, M., Ávila, D., Cruz, L., Flórez, J., Mejía, L., & Vargas, D. (2017). Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. *Rev Univ. Salud, 19*(1), 126-139.
- Lepre, C. (2006). El gerundio de posterioridad ¿Un proceso de cambio?, (págs. 1075-1083).
- Letayf, J., & González, C. (1994). *Seguridad, higiene y control ambiental*. Mexico: McGraw-Hill.
- Levandovski, P., Dias da Silva, M., & Marques, A. (2015). Patient satisfaction with nursing care in an emergency service. *Investigación y Educación en Enfermería, 33*(3), 473-481.
- Malagon, G. (2000). *Administración Hospitalaria 2 ed.* Bogotá (Colombia) Panamericana.
- Malo, M., & Malo, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 31*(4), 754-761.
- Martínez, D. (2017). ¿Cuáles son los métodos preferidos para el modelado de preferencias? – Estudio de la comparación entre pares frente a la valoración directa. *International Journal of Information Systems and Software Engineering for Big Companies, 4*(1), 7-20. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6040459.pdf>
- Martinez, J. (2014). Consideraciones sobre el concepto de salud y su enfoque en relación a la salud bucal. *Revista Médica Electrónica Universidad Médica de Matanzas, 36*(5), 671-680.
- Martínez, M., & Yandùn, E. (2017). Seguridad y Salud Ocupacional en Ecuador: Contribución Normativa a la Responsabilidad Social Organizacional. *INNOVA Research Journal, 2*(3), 59-66.
- Massip Pérez, Coralia, Ortiz Reyes, Rosa María, Llantá Abreu, María del Carmen, Peña Fortes, Madai, & Infante Ochoa, Idalmis. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública, 34*(4) Recuperado en 08 de enero de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es&tlng=es.
- Merino, P., Cornelio, C., Lopez, M., & Fernando, B. (2018). Propuesta de indicadores para la vigilancia de la salud ocupacional en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana Salud Publica, 42*, 1-5.

- Messarina, P. (2015). Calidad de atención del personal de salud y satisfacción del paciente en el servicio de resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Trujillo, 2015. *UCV-SCIENTIA/ Journal of Scientific Research of University Cesar Vallejo*, 119-123.
- Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Moreno, D., Veloz, N., Moreno, H., & Santacruz, F. (2020). Sistema de medición del nivel de riesgo de zonas de desprendimiento con tecnología SDRadar en ambientes de laboratorio. *MASKAY*, 10(1), 1-5.
- Muñoz, A. (2015). *La Seguridad Industrial Fundamentos y Aplicaciones*. Madrid.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2013). *Gestión de la seguridad y Salud laboral en las PYMES*. Obtenido de <https://cutt.ly/gyUzcCU>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *¿Cómo define la OMS la salud?* Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud. (10 de Diciembre de 2017). *La salud es un derecho humano fundamental*. Obtenido de <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Salud de los Trabajadores: Recursos. *Publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud*, 3.
- Ovalle, M. (2010). Principales causas de insatisfacción de los usuarios en el servicio de urgencias de la e.s.e. Hospital San Francisco; Ibagué-Tolima. alternativas viables de solución.
- Pezoa, M. (2013). *Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores Informe Global*. Santiago.
- Quispe, G. (2016). Medición de la satisfacción del cliente en organizaciones no lucrativas de Cooperación al Desarrollo. *Instituto de Investigaciones y Estudios Superiores de las Ciencias Administrativas de la Universidad Veracruzana*.
- Red Mundial de Salud Ocupacional. (2003). Red Mundial de Salud Ocupacional. *The Global Occupational Health Network*, 12.

- Ros, A. (2016). CALIDAD PERCIBIDA Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LOS SERVICIOS PRESTADOS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. Murcia, España.
- Salto, E. (Noviembre de 2014). Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento Médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012. Quito, Ecuador.
- Sameerchand, P., Sharmila, M., Narmeen, P., & Adeelah, C. (2018). Sentiment Analysis from Facebook Comments using Automatic Coding in NVivo 1. *ADCAIJ: Advances in Distributed Computing and Artificial Intelligence Journal*, 7(1), 41-48.
- Serrano, R. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente. *Revista de Salud Publica de México*, 50(2).
- Suárez, L., & Rodríguez, S. (2018). Satisfacción de los usuarios con la atención en los consultorios médicos. Colón 2015-2016. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1002-1010.
- Subirats, P., Bretau, F., Vilardell, M., Carreras, R., Sanchez, E., Guixeras, A., . . . Colomé, L. (2018). ¿Podemos medir la cultura preventiva?: elaboración y validación de un cuestionario de cultura preventiva. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 664(250), 33-49.
- Swan, J.E, Trawick, I.F, Carroll, M.G. Satisfaction Related to Predictive, Desired Expectations: A Field Study. *NA - Advances in Consumer Research*. 1982; 8: 77 - 82. Disponible en: <https://www.acrwebsite.org/volumes/9790/volumes/v08/NA-08> [Links]
- Toro, J., Valencia, S., & Ocegüera, Á. (2014). Marco legal e institucional de la seguridad y salud ocupacional en el Ecuador. *Acta Republicana Política y Sociológica*, 13(13), 101-107.
- Vargas, G. (2017). Validez y confiabilidad de la escala de actitudes hacia el reciclaje y uso responsable de papel en los estudiantes de la UNMSM. *Letras*, 88(128), 208-215.
- Vega, C., Maguiña, J., Soto, A., Lama, J., & Correa, L. (2021). Estudios transversales. *Rev. Fac. Med. Hum*, 21(1), 179-185. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n1/2308-0531-rfmh-21-01-179.pdf>
- Villegas, F. (2014). Gestión de Satisfacción al Cliente II. *Revista Ciencia UNEMI*, 14.

Vivas, J. P., Reyes, E., Ríos, F., Lozano, R., Pérez, J., & Plazas, M. (2018). Measurement of satisfaction with anesthetic recovery in a high-complexity postanesthetic care unit: a patient perspective. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 46(4), 279-285.

ANEXO 1

CUESTIONARIO SIUSEX 2 (Satisfacción, Insatisfacción de Usuarios de Servicios de Salud desde sus Expectativas y Experiencias 2)

Intentos 1...2...3...4...5...6...7...8...9...10...11...12...13...14...15

1. Folio #

Encuestador:	
<i>Los textos con letra cursiva son indicaciones para uso exclusivo de los encuestadores. Escriba con letra de molde legible las respuestas de las preguntas abiertas. No olvide que las respuestas deben ser siempre con referencia al paciente, sin importar si lo responde otra persona por él. Si la persona tiene 17 años o menos, el cuestionario debe ser respondido por el familiar o acompañante responsable.</i>	
Buenos días / tardes, mi nombre es... y trabajo en Mendoza Blanco & Asociados en un proyecto de la UNAM. Estamos haciendo una encuesta para mejorar el servicio del hospital, por lo que le agradeceríamos nos contestara con toda honestidad unas preguntas. Su absoluta honestidad es muy importante para nosotros ya que nos permitirá proponer mejoras en cuanto al servicio que brinda este hospital. Le reitero que el cuestionario es totalmente confidencial y su aplicación llevará aproximadamente 20 minutos.	
Artículo I. I. Datos Generales	
2. Fecha de nacimiento del paciente día /mes /año	3. Sexo 1. Hombre 2. Mujer ()
4. ¿Cuál es su estado civil? ()	5. ¿Qué escolaridad tiene? (X)
1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo 6. Separado	7. Preparatoria completa 8. Profesional técnica incompleta 9. Profesional técnica completa 10. Profesional incompleta 11. Profesional completa 12. Posgrado 99. No respuesta
6. ¿Cuál es su ocupación actual? <i>(Mostrar tarjeta 1)</i> () (X)	7. Considerando a todos los miembros de su hogar que contribuyen al gasto familiar, ¿cuál es el ingreso mensual de su familia? <i>(Mostrar tarjeta 2)</i> () (X)
1. Hogar 2. Campesino / Jornalero 3. Comercio ambulante 4. Comercio establecido 5. Obrero 6. Realiza un oficio 7. Empleado de gobierno 8. Empleado de empresa privada 9. Empleado doméstico 10. Estudiante 11. Profesionista independiente 12. Empresario 13. Desempleado 14. Jubilado/pensionado/incapacitado permanente 97. Ninguna 99. No sabe / No respuesta	1. Menos de \$1,870.00 (hasta 1 salario mínimo) 2. Entre \$1,871.00 y \$3,740.00 (hasta 2 salarios mínimos) 3. Entre \$3,741.00 y \$5,610.00 (hasta 3 salarios mínimos) 4. Entre \$5,611.00 y \$7,480.00 (hasta 4 salarios mínimos) 5. Entre \$7,481.00 y \$9,350.00 (hasta 5 salarios mínimos) 6. Entre \$9,351.00 y \$11,219.00 (hasta 6 salarios mínimos) 7. Entre \$11,220.00 y \$13,089.00 (hasta 7 salarios mínimos) 8. Más de \$13,090.00 (más de 7 salarios mínimos) 99. No sabe / No respuesta
8. ¿En qué estado radica actualmente? 99. No sabe	() (X)
9. ¿En qué delegación o municipio radica actualmente? 99. No sabe	() (X)
Artículo II. II. Experiencia con el Hospital y Actividades Preventivas	
<i>(Apoyar al entrevistado en caso necesario para contabilizar el número de veces que ha acudido al hospital con anterioridad)</i>	
10. ¿Acude por primera vez a este hospital? 1. Sí 2. No ¿Cuántas veces ha acudido anteriormente? 99. No sabe	() (X) () (X)
11. Área a la que acudió el usuario 1. Consulta externa 2. Hospitalización Urgencias Otra, ¿Cuál? No sabe	() (X) () (X)
12. Con relación a la consulta del día de hoy, ¿obtuvo una ficha o tenía una cita programada con anterioridad? 1. Por Cita 2. Por Ficha <i>(Pasar a P14)</i>	() (X)
13. A partir de la hora registrada en su cita, ¿cuánto tiempo permaneció esperando recibir atención médica? Horas Minutos 99. No sabe <i>(Pasar a P15)</i>	() (X) () (X)
14. Y desde que llegó al hospital, ¿cuánto tiempo esperó para recibir atención médica? Horas Minutos 99. No sabe	() (X) () (X)
15. ¿Utiliza medicina alternativa (homeopatía, acupuntura, comadrona/partera, herbolaria, hierberos, sobador, huesero, curandero, otro)? 1. Sí 2. No 99. No sabe/no respondió	() (X) () (X)
Artículo III. III. Condición de Salud del Usuario	
16. ¿Cuál es el motivo por el que vino hoy al hospital? R1.	() (X)
17. Sin considerar la atención médica de su doctor, ¿usted esperaba que le realizaran algún tipo de estudios? 1. Sí 2. No 99. No sabe/no respondió	() (X)
18. Sin considerar la atención médica de su doctor, ¿le han realizado estudios con relación a su padecimiento/embarazo actual? 1. Sí 2. No 99. No sabe/no respondió	() (X)
19. Con relación al tratamiento de su padecimiento/embarazo actual en este hospital, ¿por cuántas diferentes especialidades ha sido atendido? 99. No sabe	() (X)
20. ¿Y en cuántas diferentes especialidades esperaba ser atendido? 99. No sabe	() (X)
21. En este hospital y con relación a su padecimiento/embarazo, ¿cuántos médicos considera que le han atendido responsablemente y con compromiso? () (X)	() (X)
22. ¿Y cuántos esperaba que se responsabilizaran y comprometieran con su padecimiento/embarazo? () (X)	() (X)
Artículo IV. IV. Preocupaciones del Usuario	
Artículo V. (En esta sección vamos a centrarnos en las preocupaciones del paciente durante su padecimiento/ embarazo)	
Preocupaciones Económicas	
23. ¿Considera que su padecimiento/embarazo ha afectado su economía familiar? 1. Sí 2. No 99. No sabe	() (X)

24. ¿Esperaba usted que hubiera cambios que afectaran la economía familiar debido a su padecimiento/embarazo?	(X)
1. Sí 2. No 99. No sabe	
25. ¿Le cobraron por la atención médica que recibió?	(X)
1. Sí 2. No 99. No sabe	
26. ¿Esperaba que le cobraran por la atención médica que recibió?	(X)
1. Sí 2. No 99. No sabe	
27. ¿Compró medicamentos y/o material médico para su atención?	(X)
1. Sí 2. No 99. No sabe	
Preocupaciones Relacionadas con las Actividades Laborales, Domésticas y/o Escolares	
28. Ahora le voy a preguntar sobre consecuencias que su padecimiento/embarazo pueden tener en el trabajo, casa o escuela.	
a. ¿Puede realizar todos sus quehaceres habituales de la casa?	1. Sí 2. No 99. No sabe (X)
b. ¿Ha buscado un reemplazo para sus actividades?	1. Sí 2. No 99. No sabe (X)
c. Desde que inició su actual padecimiento/embarazo, ¿ha estado trabajando o estudiando?	1. Sí 2. No 99. No sabe (X)
Preocupaciones Relacionadas con las Redes Familiares y Sociales	
29. Como consecuencia de su padecimiento/embarazo ¿ha dejado de hacer alguna actividad con sus familiares o amigos? (X)	
1. Sí 2. No 99. No sabe	
30. ¿Su familia está más, igual o menos unida desde que presentó su padecimiento/embarazo? (X)	
1. Más 2. Igual 3. Menos 99. No sabe	
31. ¿Está usted conforme con el acceso al hospital que le dieron a su familia? (X)	
1. Sí 2. No 99. No sabe	
Artículo VI. Preocupaciones Relacionadas con el Estado de Animo	
32. ¿Esperaba que su padecimiento/embarazo le causara tristeza, enojo o preocupación? (X)	
1. Sí 2. No 99. No sabe	
33. ¿Ha recibido ayuda para manejar sus emociones? (X)	
1. Sí 2. No 99. No sabe	
Artículo VII. Preocupaciones Relacionadas con el Tratamiento Médico	
34. ¿Le han recetaron algún tratamiento? (X)	
1. Sí 2. No 99. No sabe	
35. ¿El tratamiento que le recetaron es el que esperaba? (X)	
1. Sí 2. No 99. No sabe	
36. ¿Toma o se aplica sus medicamentos como se lo indicaron siempre, a veces o nunca? (X)	
1. Siempre 2. A veces 3. Nunca 99. No sabe	
Artículo VIII. Atención y Trato al Usuario	
37. ¿En general el trato que recibió por parte del personal del hospital fue muy bueno, bueno, malo o muy malo? (X)	
(Mostrar Tarjeta 3)	
1. Muy bueno 2. Bueno 3. Malo 4. Muy malo 99. No sabe	
38. ¿Qué tipo de trato esperaba del personal de salud muy bueno, bueno, malo o muy malo? (X)	
(Mostrar Tarjeta 3)	
1. Muy bueno 2. Bueno 3. Malo 4. Muy malo 99. No sabe	
39. Para cada uno de los aspectos que le voy a mencionar y de acuerdo con las respuestas que le muestro en esta tarjeta, indíqueme por favor... (Mostrar Tarjeta 4)	
1) ¿Qué tanto el médico le permitió hablar sobre su estado de salud?	1. Muchísimo 2. Mucho 3. Poco 4. Nada 99. No sabe (X)
2) ¿Qué tanto el médico le explicó sobre su estado de salud?	1. Muchísimo 2. Mucho 3. Poco 4. Nada 99. No sabe (X)
3) ¿Qué tanto el médico le explicó el tratamiento que debe seguir?	1. Muchísimo 2. Mucho 3. Poco 4. Nada 99. No sabe (X)
4) ¿Qué tanto el médico le explicó los cuidados que debe seguir?	1. Muchísimo 2. Mucho 3. Poco 4. Nada 99. No sabe (X)
5) ¿Qué tanto la información que le dio el médico le fue clara?	1. Muchísimo 2. Mucho 3. Poco 4. Nada 99. No sabe (X)
40. Indíqueme como la/lo trato el médico? (X)	
1. Muy bien 2. Bien 3. Mal 4. Muy mal 99. No sabe	
41. ¿Vivió algunas de las siguientes situaciones por parte del personal de hospital: maltrato físico, maltrato emocional y/o psicológico, trato desigual, impuntualidad, actitud grosera/descortesía, prepotencia, corrupción, falta de información, maltrato a familiares y/o acompañantes, falta de respeto a su intimidad, desorganización del personal de salud, etc.? (X)	
1. Sí 2. No 99. No sabe	
42. ¿La seguridad para evitar accidentes en las instalaciones del hospital es muy buena, buena, mala o muy mala? (X)	
1. Muy buena 2. Buena 3. Mala 4. Muy mala 99. No sabe	
43. ¿El funcionamiento de los aparatos y equipos del hospital es muy bueno, bueno, malo o muy malo? (X)	
1. Muy bueno 2. Bueno 3. Malo 4. Muy malo 99. No sabe	
44. ¿Cómo se siente en general con la atención recibida en este hospital: muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho, nada satisfecho? (X)	
1. Muy satisfecho 2. Satisfecho 3. Poco satisfecho 4. Nada satisfecho 99. No sabe	
Artículo IX. VI. Ficha de Identificación	
45. Hospital donde se aplicó (X)	
46. La persona que respondió el cuestionario es ... ()	
1. El paciente (X)	
2. Un familiar Parentesco: _____ Relación: _____	
3. Un acompañante	
Le agradecemos mucho su disposición y tiempo para contestar estas preguntas. La información que nos dio es muy valiosa para la investigación y se reflejará en una mejor calidad de la atención para la salud.	



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Samaniego Namicela Luis Guillermo, con C.C: # 110406767-1 autor del trabajo de titulación: “*SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LA UNIDAD DE SEGURIDAD, SALUD Y RIESGO DEL TRABAJO DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA*” previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

Guayaquil, 1 de junio de 2022



Verificado digitalmente por:
LUIS GUILLERMO
SAMANIEGO
NAMICELA

f. _____

Nombre: Samaniego Namicela Luis Guillermo

C.C: 110406767-1



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Satisfacción del usuario con los servicios médicos de la Unidad de seguridad, salud y riesgo del trabajo de la Universidad Técnica de Machala.		
AUTOR(ES)(apellidos/nombres):	Samaniego Namicela Luis Guillermo		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Dr. Ricardo Loaiza Cucalón. Ing. Yanina Shegía Bajaña Villagómez. PH. D.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de junio de 2022	No. DE PÁGINAS:	146
ÁREAS TEMÁTICAS:	Satisfacción usuaria, servicios de salud		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Satisfacción del usuario, servicios de salud, plan de mejoras.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El objetivo de la investigación es determinar si existe correlación entre la satisfacción del usuario y los servicios médicos de la unidad de seguridad, salud y riesgo del trabajo de la Universidad Técnica de Machala, mediante análisis correlacionales con el fin de diseñar una propuesta que mejore el servicio. La metodología que se aplicó fue un diseño de investigación no experimental, tipo de investigación transversal, alcance descriptivo, se utilizó la encuesta como técnica de toma de datos, partiendo de los datos de docentes y colaboradores de auxiliares de servicios se reportan 400 colaboradores de la Universidad Técnica de Machala. Los resultados de la investigación generan interés ya que al ser un área en donde confluyen servidores de múltiples modalidades y departamentos de la institución permite desarrollar diversos criterios a partir de dichos resultados los cuales determinaron que el interés del personal en resolver problemas es la característica con mayor impacto y por lo tanto lo más prioritario a mejorar; además, se realizaron diseños del proceso de mejora de los servicios respecto a cada una de las características, tal como frecuencia de visita, información recibida, interés de ayuda, tiempo de consulta entre otros. Este plan de mejora incluye procesos de identificación, medición, procesamiento, análisis de datos, acción y evaluación, de forma cíclica para mejorar paso a paso los inconvenientes identificados en esta investigación.</p>			
ADJUNTO PDF:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0989130990	E-mail: guillermosamaniegon@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Núñez Lapo, María de los Ángeles		
	Teléfono: 043804600 / 0997196258		
	E-mail: maria.nunez@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):			