



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Tema:

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL ÁREA PEDIÁTRICA EN
EL HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS)
“DR. TEODORO MALDONADO CARBO” DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL**

Autora:

Dra. VIANCA ZAPATIER GAMARRA

**Previo a la obtención del Grado Académico
MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DIRECTORA:

Econ. Laura Zambrano Chumo, MBA

Guayaquil, Ecuador

2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Doctora Vianca Zapatier Gamarra** como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magister en Gerencia en Servicios de Salud**.

DIRECTORA DE TESIS

Econ. Laura Zambrano MBA

REVISORAS

Econ. Glenda Gutiérrez Mgs

Ing. Elsie Zerda MAE

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María Lapo Maza

Guayaquil, a los 12 del mes de octubre del año 2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Vianca Verona Zapatier Gamarra

DECLARO QUE:

La Tesis titulada: *Evaluación de la calidad de atención en el Área Pediátrica en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil*, previa a la obtención del **Grado Académico de Magister 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 de la Tesis del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 12 días del mes de octubre del año 2015

LA AUTORA

Dra. VIANCA VERONA ZAPATIER GAMARRA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Vianca Verona Zapatier Gamarra

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución de la Tesis de **Maestría en Gerencia en Servicios de Salud** titulada: **Evaluación de la calidad de atención en el área pediátrica en el hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 12 días del mes de octubre del año 2015

LA AUTORA:

Dra. VIANCA VERONA ZAPATIER GAMARRA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

INFORME DE URKUND

URKUND

Document: [TESIS 100% IMPRIMIR PARA PRESENTAR \(CORRECCIÓN FINAL\).docx](#) (D15620665)

Submitted: 2015-10-09 16:46 (-05:00)

Submitted by: byanka171206@hotmail.com

Receiver: maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com

Message: Tesis 100% [Show full message](#)

4% of this approx. 39 pages long document consists of text present in 3 sources.

Rank	Path/Filename	
1	http://www.iadb.org/Research/legislacionindigena/leyn/docs/ECU-ECU-Constitucion-Ecuador-08-W...	<input checked="" type="checkbox"/>
2	http://www.slideshare.net/karenobando/proyecto-final-de-buggy	<input checked="" type="checkbox"/>
3	http://www.researchgate.net/publication/262501867_Sistema_de_salud_de_Ecuador	<input type="checkbox"/>
4	http://bvs.insp.mx/rso/articulos/articulo_e4.php?id=002621	<input checked="" type="checkbox"/>
5	http://www.salud.gob.ec/base-legal/	<input type="checkbox"/>
6	SEXTA CORRECCION.docx	<input type="checkbox"/>
7	TESIS ERIKA SIN INDICE.pdf	<input type="checkbox"/>

0 Warnings | Reset | Export | Share

AGRADECIMIENTO

Es indiscutible que la elaboración del presente trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración y esfuerzo de muchas personas, es por ello que dedico las siguientes líneas a todos quienes forman parte del mismo, directa o indirectamente.

Agradezco a mis padres por su lucha constante y su apoyo incondicional para que mi aprendizaje sea fructífero; a mis compañeros de clase, porque juntos supimos salir adelante y llevar avante la tea de la buena amistad; a mi tutora: la Eco. Laura Zambrano quien con tolerancia y sabiduría supo conducir por buen camino mi trabajo y compartir sus conocimientos.

Pero sobre todo agradezco a Dios, al Creador, a ese Padre Celestial que vive en cada uno de nosotros ya que sin su voluntad no hubiera sido capaz de escribir una sola palabra.

Vianca Zapatier

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi familia, mis padres, mi esposo y mi hijo quienes fueron un pilar fundamental para la realización y finalización del mismo. Sin ellos nada hubiera sido posible.

Vianca Zapatier

Índice

Introducción	1
Antecedentes	3
Planteamiento del Problema.....	6
Justificación.....	7
Objetivo general	10
Objetivos específicos.....	10
Preguntas de Investigación.....	10
Capítulo I: Marco teórico y conceptual.....	12
Marco teórico	12
Calidad de los servicios.....	12
Calidad de atención salud.....	15
Pacientes y usuarios de servicios de salud	22
Importancia y gestión de áreas de pediatría	29
Marco Legal	31
Marco Conceptual	33
Capítulo II: Marco referencial.....	36
Contexto internacional	36
Características, análisis y evolución del sistema de salud en el Ecuador.....	38
Estructura y cobertura	41
Financiamiento del gasto de salud.....	44
Funciones del sistema de salud	46
Estadísticas generales de nutrición y asistencia médica en Ecuador.....	46
Prestadores externos de servicios de salud en convenio con el IESS	55
Capítulo III: Marco Metodológico	57
Población y criterios de selección	57
Tamaño de la muestra.....	58
Variables de estudio	59
Herramientas estadísticas y de apoyo.....	63
Capítulo IV: Análisis de resultados.....	64
Análisis de hallazgos en la encuesta.....	64
Conclusiones	81
Bibliografía.....	84

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA.....	47
FIGURA 2: LACTANCIA EXCLUSIVA ANTES DE LOS 6 MESES DE EDAD.....	47
FIGURA 3: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS 6 MESES, POR GRUPO ÉTNICO Y NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MADRE	48
FIGURA 4: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y CONTINUA, POR ÁREA DE RESIDENCIA	49
FIGURA 5: PREVALENCIAS COMPARATIVAS DE DESNUTRICIÓN Y EXCESO DE PESO, EN MENORES DE 5 AÑOS, ENTRE ENCUESTAS NACIONALES*	50
FIGURA 6: PREVALENCIAS COMPARATIVAS DE DESNUTRICIÓN Y RIESGO DE SOBREPESO, POBLACIÓN DE 0 A 60 MESES, SEXO Y GRUPO ÉTNICO.....	51
FIGURA 7: PREVALENCIA DE RETARDO EN TALLA, SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA POBLACIÓN DE 0 A 60 MESES, POR QUINTIL ECONÓMICO Y NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE	52
FIGURA 8: PREVALENCIA DE RETARDO EN TALLA (T/E <-2DE) EN LA POBLACIÓN DE 0 A 60 MESES, POR PROVINCIAS.....	53
FIGURA 9: PREVALENCIA DE RETARDO EN TALLA, SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA POBLACIÓN ESCOLAR (5 A 11 AÑOS), POR EDAD, SEXO Y ETNICIDAD.....	54
FIGURA 10: PREVALENCIA DE RETARDO EN TALLA, Y SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA POBLACIÓN ESCOLAR (5 A 11 AÑOS), POR PROVINCIAS.....	55
FIGURA 11: NOMBRE DEL PEDIATRA	64
FIGURA 12: CONOCIMIENTO DEL NOMBRE DEL ENFERMERO	65
FIGURA 13: TIEMPO DE ATENCIÓN	66
FIGURA 14: AMABILIDAD DEL PERSONAL	67
FIGURA 15: AYUDA DEL PERSONAL	68
FIGURA 16: TEMPERATURA DE LA SALA DE ESPERA.....	69
FIGURA 17: RUIDO EN LA SALA DE ESPERA	70
FIGURA 18: LIMPIEZA EN LA SALA DE CONSULTAS.....	71
FIGURA 19: GRUPOS DE EDAD DEL PACIENTE.....	72
FIGURA 20: SEXO DEL PACIENTE.....	73
FIGURA 21: INFORMACIÓN GENERAL DE LA ENFERMEDAD.....	74
FIGURA 22: INFORMACIÓN SOBRE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS.....	75
FIGURA 23: EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS TRAS EL TRATAMIENTO	76
FIGURA 24: RIESGOS DEL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO.....	77
FIGURA 25: INFORMACIÓN DE LOS CUIDADOS A SEGUIR EN CASA	78
FIGURA 26: CALIFICACIÓN GENERAL DE LOS CUIDADOS RECIBIDOS	79

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 INDICADORES BÁSICOS, ECUADOR, 2012	39
TABLA 2: DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, ECUADOR, 2012.....	40
TABLA 3 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, ECUADOR, 2012.....	40
TABLA 4 COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, ECUADOR 2010.....	43
TABLA 5 INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE	59
TABLA 6: SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA	60
TABLA 7: SATISFACCIÓN CON LAS CONDICIONES FÍSICAS	61
TABLA 8: SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA.....	62
TABLA 9: SATISFACCIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS.....	63

Resumen

En el presente estudio se realizará la evaluación de calidad de los procesos de atención médica en el área pediátrica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, desde la óptica de la satisfacción percibida en los padres de familia de los pacientes. Se analizaron los resultados de 184 casos a través de encuestas que dieron cobertura a los aspectos de mayor relevancia en la atención pediátrica. Los principales resultados indicaron que variables como la información deficiente recibida por el usuario en las diversas dimensiones analizadas parecen ser preponderantes en la evaluación final del hospital, así como también la poca satisfacción en amabilidad y ayuda por parte del personal. Otros problemas que afectarían a la calificación general es que el tiempo de atención brindado a los pacientes es bajo. Finalmente la calificación recibida por los usuarios sobre el servicio recibido indica que un porcentaje significativo de los consultados no considera el servicio como idóneo.

PALABRAS CLAVE: *hospital pediátrico, calidad de atención, satisfacción del usuario, nutrición, pediatría, servicios de salud.*

Abstract

In the present study assessing process quality health care in the pediatric area of the Hospital Teodoro Maldonado Carbo, from the perspective of perceived satisfaction in parents of patients it is performed. The results of 184 cases were analyzed through surveys that gave coverage to the most important aspects in pediatric care. The main results indicated that variables such as poor information received by the user in the various dimensions analyzed seem to be predominant in the final evaluation of the hospital, as well as the little satisfaction in kindness and help from the staff. Other problems that affect the overall rating is that time care provided to patients is low. Finally, the score received by users of the service received indicates that a significant percentage of respondents did not consider the service as ideal.

KEYWORDS: *Pediatric hospital, quality of care, user satisfaction, pediatrics, health services.*

Introducción

La calidad en los servicios de salud es un tema de interés general actualmente, que abarca diversas dimensiones de la sociedad, tales como organizaciones internacionales de salud, gobiernos, instituciones de salud, así como también a las personas que reciben los servicios. Esta preocupación parte de las premisas establecidas en los derechos humanos sobre la salud y su importancia dentro del derecho de las personas a gozar de un nivel apropiado de vida.

Cada vez son mayores los eventos y congresos que abordan este tema desde los aspectos académicos y científicos hasta aquellos que ya se centran en la prestación del servicio como tal. Otro hecho que denota el creciente interés es el surgimiento de instituciones con o sin fines de lucro que se dedican a realizar consultorías en este ámbito. Según Ruelas y Zurita (1993), este reciente interés nace de que existe una mayor conciencia del acceso a salud de calidad como un factor indispensable en los derechos humanos y su significancia dentro del desarrollo económico; así como también gana importancia desde el punto de vista de la responsabilidad social.

En ese sentido, existen diversos estudios que intentan descubrir cuáles son los niveles de satisfacción de los usuarios de servicios sanitarios y saber qué tipo de factores son los que guardan una mayor incidencia con esos resultados, todo lo anterior desde la perspectiva de que la percepción sobre la atención recibida por los pacientes es de gran relevancia en el concepto global de calidad y específicamente en el área de pediatría, las dimensiones de esta evaluación no dista de los servicios generales de atención médica.

Considerando la creciente demanda de atención para especialidades pediátricas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo surgen cuestionamientos sobre la capacidad de respuesta que tiene esta entidad de salud para poder solventar dicho crecimiento de pacientes, no solo en términos de infraestructura sino en número de profesionales que brinden su servicio de

atención médica. Por otra parte, fuera de las necesidades de implementación de un área netamente especializada en pediatría para esta casa de salud es necesario, previamente, conocer cuál es la valoración en diversos aspectos de la calidad de atención que se puede obtener con la oferta actual de servicios.

Es por esto que el presente estudio tiene como objetivo evaluar los niveles de satisfacción de los usuarios de los servicios médicos ofrecidos en el área de pediatría del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Para el cumplimiento de este objetivo se requerirá en primera instancia conocer de forma general cuáles son los aspectos más relevantes dentro del proceso de atención con enfoque pediátrico, temas que serán abordados a través de un marco teórico que permitirá dar luces de los aspectos que deberán ser tomados en cuenta para la evaluación.

De igual manera se analizará el contexto tanto internacional como local en el que se inserta el presente estudio. A través del desarrollo de este capítulo se hará énfasis en estudios previos de evaluación de calidad en áreas y hospitales pediátricos de modo que sus resultados brinden orientación para la delimitación de factores inherentes de la evaluación en base a dichas experiencias. Así también se analizará el sistema de salud del Ecuador y una serie de datos estadísticos que permitirán conocer la situación de salud de la población, haciendo énfasis en temas de interés pediátrico.

Finalmente, dicha evaluación de calidad se llevará a cabo a través de encuestas que tratarán de cubrir los aspectos más relevantes en la atención pediátrica, tal y como hayan sido descritos en el marco teórico y que permitirán conocer el grado de satisfacción de los responsables de pacientes del área pediátrica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. De dicha evaluación se podrán conocer cuáles son las falencias en el servicio que deberán ser tomadas en cuenta para la implementación de mejoras en el proceso asistencial.

Antecedentes

Fue en los años 60 cuando se dio la iniciativa para la creación de estos centros hospitalarios en las principales ciudades del Ecuador como son: Guayaquil, Quito y Cuenca, sin embargo debido al poco financiamiento, además de malas gestiones administrativas, la inauguración se dio el 7 de octubre de 1970 del que en ese tiempo se denominaba el “Hospital Regional de Guayaquil”, el hoy más conocido como “Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, en esta fecha y con la bendición del Arzobispo Benardino Echeverría en el periodo presidencial del Dr. José María Velasco Ibarra, abrió las puertas este importante centro hospitalario.

El hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, siendo uno de los principales hospitales pertenecientes al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se creó bajo el concepto de la atención médica a los mayores de edad trabajadores afiliados, por lo que se destacó durante varios años en diversas especialidades dirigidas a personas adultas, más no en lo que respecta a menores de edad (niños y adolescentes) debido a que no poseían especialidades ni áreas dirigidas a su atención exclusiva.

Sin embargo, debido a los cambios que se han dado en la Constitución así como, los derechos humanos y demás estatutos dictados a nivel mundial por las diversas ONG que se encargan del cuidado de la vida, en el año 1986 todos los centros hospitalarios pertenecientes o afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social tenían la obligación de garantizar el derecho a la vida hasta el primer año de vida, esto obligó al hospital a crear áreas de Neonatología y Pediatría, la preocupación por parte del estado en cuanto a la protección al menor se extendió y con esto los hospitales fueron cambiando y adaptándose hasta el 17 de febrero del 2011, fecha en que, a los afiliados al IESS se les otorgó el derecho de poder hacer atender a sus hijos hasta que estos cumplieran la mayoría de edad. Esto ha llevado a que en la actualidad las áreas de urgencias pediátricas y materno infantil tengan exceso de demanda de

aproximadamente un 300% ya a que pesar de las diferentes adecuaciones que se han hecho no pueden abastecer una demanda para la que no fueron creados.

La decisión de atender a los hijos menores de 18 años tuvo una lógica política, para garantizar la universalización de la salud y cumplir con lo que establece la Ley de Seguridad Social, reformada por la Asamblea. No obstante, generó problemas operativos, pues no estaban dadas las condiciones para enfrentar este cambio. Actualmente el IESS cuenta con 347 dispensarios anexos, 602 dispensarios campesinos, 40 unidades ambulatorias, 28 centros ambulatorios, 4 hospitales nivel I, 15 niveles II y tres nivel III. Para garantizar la atención de especialidades de tercer nivel de esta población, se necesita contar con médicos de todas las especialidades, en el campo de la Pediatría.

En el Ecuador, otra de las ciudades que ha visto este exceso de demanda es la ciudad de Quito y esto se ve reflejado en las estadísticas del Hospital “Carlos Andrade Marín” que también es un centro hospitalario perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, este presentó entre abril y mayo del 2011 más de 13.000 atenciones pediátricas para pacientes de entre 5 y 14 años, esto solo en emergencia; mientras que en el año 2012 durante todo el año se atendieron aproximadamente 11.000 chicos comprendidos entre estas edades, es decir, que en apenas dos meses se sobrepasó la atención de emergencias de un año. El Hospital, como medida compensatoria para este problema que se originó, debido a la demanda de los hijos de los afiliados, decidió aumentar el personal y los horarios en el área de consulta externa.

Este exceso de demanda no se vio sólo en los afiliados del IESS, sino también, en las unidades de hospitalización, los centros de atención ambulatoria e incluso las clínicas privadas, esto llevó a que el Hospital “Carlos Andrade Marín” cree una unidad pediátrica y materno-infantil anexa la cual funciona desde el 4 de diciembre del 2011 brindando atención a los hijos menores de 18 años de las personas que se acogen al seguro social.

En otros países como Perú, anteriormente el Seguro Social sólo brindaba atención pediátrica a los niños sanos menores de nueve meses de edad, esto se dio hasta el año 1979, el día 27 de marzo que se dictó el Decreto Ley N° 22482, el cual amplió este derecho a todos los hijos derechohabientes menores de 18 años de edad y que finalmente se reglamenta por medio Decreto Supremo N° 08-80-TR del 30 de abril de 1980; sin embargo no fue hasta Octubre de 1985 que se inició con el acatamiento de este Decreto de Ley y se comenzó a brindar atención de salud pediátrica en los Hospitales Nacionales de Lima en sus inicios, para posteriormente irse implementando en los Centros Asistenciales periféricos de la Seguridad Social sin dimensionar adecuadamente la demanda, por patologías ni por niveles de complejidad, la que, a su vez, se incrementa progresivamente frente a una oferta casi estática.

Si se considera esta realidad, la Seguridad Social ecuatoriana no contaba con los equipos ni especialistas requeridos para ampliar su cobertura a los menores de edad, debido a que estos necesitan otro tipo de atenciones como es la pediátrica, otro tipo de infraestructura y mayores recursos económicos para asegurarles la calidad de la atención médica. Actualmente, se evidencian esfuerzos por mejorar esos puntos pero el problema continúa, produciendo un impedimento en la oferta eficiente de este servicio.

En la actualidad los usuarios indirectos, en este caso los hijos de los empleados que están afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, presionan crecientemente para obtener más y mejores servicios sin que estos incurran en mayores costos. Sin embargo, no se puede dejar de lado el tema de la sustentabilidad económica financiera y el impacto o rentabilidad social que tienen sobre la equidad de los servicios, es decir, no se puede dar un mejor servicio sin que existan los recursos necesarios para los mismos. También se debe tener muy en cuenta los conceptos de la ética sanitaria y en torno a estos conceptos establecer los diversos sistemas de gestión que se pueden dar en un futuro en los diversos establecimientos hospitalarios.

Planteamiento del Problema

En la actualidad los hospitales pertenecientes al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, deben no solo atender a los trabajadores sino también, como lo indica la Constitución, a sus hijos menores de 18 años y estos no requieren solo de atención de emergencia y consulta externa que es lo que en la actualidad brinda este centro hospitalario.

Estos pacientes menores de edad también necesitan de atención especializada en diversas áreas así como de hospitalización y esta hospitalización no se puede dar de igual manera que con los pacientes mayores o en los mismos lugares ya que los menores no cuentan con las mismas defensas inmunológicas con las que cuenta un adulto.

El principal factor que determinará la importancia de la evaluación del área pediátrica será justamente la estadística de la demanda que existe de pacientes menores de 18 años que llegan al Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” con la necesidad no solo de ser atendidos de emergencia o en consulta externa si no aquellos que llegan en busca de una especialidad o aquellos que necesitan de una hospitalización inmediata.

Dentro de las estadísticas proporcionadas por la casa de salud en mención, se tiene que durante el año 2014 el número de consultas registradas en el área de pediatría sumaron alrededor de 21.752 siendo lo alcanzado en el año anterior de 10.575 lo que supone un incremento 106% aproximadamente en el número de consultas pediátricas. Dicho incremento en consultas ha creado una mayor carga de horas laborables considerando que el número de profesionales que laboran en esta especialidad pasaron de solamente siete a nueve de un año a otro. Por otra parte, el número de cirugías pediátricas que durante el 2013 fue de 311, en el 2014 se registraron 407, alcanzando un crecimiento de 31% aproximadamente (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2014).

En cuanto a ingresos por emergencias, del total de casos el 4.6% fueron canalizados a través del área de pediatría, representando un ligero crecimiento en relación al 2013 cuando la

emergencia pediátrica representaba el 4%. Otro indicador que cabe mencionar es el promedio diario de camas disponibles en el área, el cual durante el 2014 fue de 0.8, lo cual significa que en promedio, es probable que falte una cama para dar atención en cada día laborable (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2014).

De lo anterior se puede evidenciar la creciente demanda para el área de pediatría desde los diversos niveles de atención sean estos de consultas generales, cirugías y emergencias, solo comparando la producción de consulta externa del 2013 al 2014. Este incremento en la demanda de atención podría generar ineficiencias si se considera que el personal médico que brinda atención a los pacientes no crece significativamente y que indicadores de infraestructura elementales como el número de camas disponibles tienden a ser insuficientes para la creciente necesidad de atención pediátrica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, producto de las mayores facilidades para el acceso de la salud.

Por tanto, surge la necesidad de evaluar la situación actual del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en aspectos de calidad de atención dada la ocurrencia de los factores descritos anteriormente que podrían afectar significativamente a la capacidad del hospital para atender a sus usuarios lo que se traduciría en la generación de ineficiencias en la atención. La satisfacción de los pacientes y usuarios dependería, por tanto, de diversas variables relacionadas a infraestructura hospitalaria, idoneidad y buen trato del personal, además de la obtención de resultados favorables posteriores a la atención. El comportamiento de estas variables tendrá impacto sobre la satisfacción del usuario y la calidad del servicio prestado que, para el presente estudio, será considerada como variable dependiente.

Justificación

Dentro del país, las principales señales de insuficiencia y riesgos asociados a la atención de pacientes menores de edad, corresponden exclusivamente a los casos en que éstos llegan a los diversos hospitales y muchas veces no pueden ser atendidos ya sea por falta de la

especialidad requerida, o por falta de camas; así como también al tiempo y costos asociados en el proceso de derivación propio del sistema de salud actual que redirige a los pacientes hacia las diversas casas de salud tanto públicas como privadas, todo lo anterior bajo el esquema de seguridad social vigente. En el caso del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo no se cuenta con área exclusiva para pacientes pediátricos y esto hace que en caso de ser necesaria una hospitalización no puedan ser internados, además en el área de consulta externa se cree que aún no cumple con la calidad requerida y esto es lo que se estudiará.

Esto muchas veces, se convierte en la causa principal de la muerte del paciente por no obtener una atención oportuna, además esto incurre en un gasto que debe hacer el Hospital al momento de la derivación, ya que ellos gastan en transporte además de tener que enviar personal del hospital hasta que se efectuó la entrega del paciente, y si a esto se suma la evidente fuga de capitales ya que los hospitales reciben del gobierno los financiamientos de acuerdo al número de pacientes que atiende.

La implementación de un área pediátrica en el HTMC garantizaría la accesibilidad y oportunidad de atención de calidad a los hijos de los afiliados menores de 18 años, confiriendo los siguientes beneficios:

- Mejorar la calidad de atención a los pacientes hijos de afiliados
- Permitir un adecuado uso de los recursos hospitalarios en beneficio del paciente y de la institución.
- Disminuir el gasto económico excesivo con las Unidades prestadoras de servicios de salud en convenio con la institución debido a las transferencias de dichos pacientes.
- Optimizar los recursos financieros de la Institución.

Entonces, debido al aumento masivo de la demanda de pacientes menores de 18 años hijos de afiliados y para satisfacer las necesidades que impone la atención de dicha población,

el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y su Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” en Guayaquil requiere de una unidad pediátrica capaz de brindar una atención oportuna, de calidad e integral. No obstante, para efectos de conocer la situación actual de los servicios ofrecidos para este tipo de pacientes es eficiente o no, se partirá de una evaluación de calidad en la atención para de esta manera conocer cuáles son las principales debilidades a tomar en cuenta y así conocer hacia qué aspectos de la atención dirigir los esfuerzos y potencializar mediante la implementación de cambios que den lugar a la creación del área especializada.

De tal manera, se puede destacar que en el caso específico de la atención pediátrica, los principales beneficiarios son los menores de edad. Una adecuada evaluación de los sistemas de atención y su influencia en la calidad y satisfacción de los usuarios dará lugar a la detección de los aspectos más relevantes a mejorar y la posterior consideración de implementación del área integral de pediatría y por consiguiente, dar paso a la creación de un ambiente propicio de atención para los pacientes menores de edad que acudirían al área en mención y que dispondrían de un servicio integral que brinde soluciones eficientes en el tratamiento de las patologías propias de la pediatría.

Con lo anterior se buscaría dar cumplimiento y alinearse a los objetivos planteados en el Plan Nacional del Buen Vivir impulsado por el actual Gobierno, donde se proponen lineamientos como garantizar la gratuidad y la calidad dentro de la red pública integral de salud y sus correspondientes subsistemas, Incorporar personal médico y de otros servicios de salud, capacitado y especializado, dentro de los establecimientos de salud pública; todos enmarcados en el objetivo 3 correspondiente a mejorar la calidad de vida de la población. Así también se plantea consolidar procesos de planificación participativa para perfeccionar el sistema de atención especializada, de acuerdo con la dinámica demográfica y con la pertinencia cultural y de género.

Objetivo general

Evaluar la calidad de atención de los servicios prestados por el Área de Pediatría del Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” considerando la satisfacción del usuario o paciente como factor fundamental para determinar la idoneidad de la atención en menores de edad.

Objetivos específicos

- Determinar la importancia de las unidades de pediatría en hospitales públicos así como las principales características del proceso de atención.
- Analizar los principales datos estadísticos relacionados a temas de pediatría en el sector de la salud a nivel nacional.
- Evaluar el proceso de la atención pediátrica en la Unidad de Pediatría del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo a través de encuestas realizadas a padres de familia de pacientes atendidos en dicha institución.

Preguntas de Investigación

- ¿En materia administrativa, qué implicaciones gerenciales tiene la calidad de servicio al cliente sobre la rentabilidad del negocio?
- ¿Cuáles son las principales teorías que sustentan la importancia de la gestión de calidad en las instituciones que brindan servicios de salud?
- ¿Qué aspectos o indicadores deben ser considerados en la evaluación de calidad para los servicios de salud?
- ¿Cuál es el modelo de gestión de una Unidad Pediátrica?
- ¿Cuáles son los principales datos estadísticos e indicadores relativos a temas pediátricos de acuerdo a la última Encuesta Nacional de Salud?

-¿Cuál es la percepción sobre calidad de atención que recibe la Unidad de Pediatría del Hospital Teodoro Maldonado Carbo según el criterio de los padres de familias de pacientes atendidos en la institución?

Capítulo I: Marco teórico y conceptual

Marco teórico

En el siguiente capítulo se verá brevemente la historia de los Hospitales pediátricos y su evolución a través del tiempo, así como el Modelo de atención integral de salud. Además se analizará sobre la Seguridad Social y su marco legal así como los prestadores externos que brindan servicios de salud en convenio con el IESS, todo ello indispensable para determinar la importancia de la presente investigación.

Calidad de los servicios

Existen diversos autores que han buscado definir a la calidad desde los criterios más precisos hasta conceptos generalizados. Generalmente se suele mencionar que no existe una expresión clara que englobe todo aquello que implica calidad, debido a la subjetividad propia de la palabra. Una de las de las más aceptadas es que la calidad se refiere a un conjunto de características que vuelven a un producto o servicio deseable, para lo cual debe cumplirse con ciertos parámetros establecidos. Además de lo anterior se suele incluir al cumplimiento de lo esperado por los consumidores respecto del producto o servicio (Griful & Canela, 2005).

Desde el enfoque anterior se puede apreciar que las expectativas del usuario toman un valor muy relevante dentro del marco de la calidad. En forma general, los usuarios esperan que el producto o servicio sea idóneo conforme a la intención de adquisición y que su recepción se dé en un entorno de eficiencia, eficacia, cortesía e idoneidad (Gutiérrez, 2004).

Generalmente, la gran variedad de empresas han dirigido todo su accionar a la gestión de sus recursos para poder cumplir con sus metas económicas. A pesar de ello, hoy en día es cada vez más complicado conseguirlas debido a la fuerte competencia. Desde el punto de vista de los consumidores, estos están constantemente expuestos a una amplia oferta de bienes y servicios, muchas veces de similares características; por lo que se vuelve dificultoso la diferenciación entre ellos (Pérez Torres, 2006). Es ahí donde la atención que se brinde al

consumidor gana relevancia en este entorno competitivo y se convierte un factor diferenciador entre tanta competencia.

En la actualidad, los clientes dan un mayor peso dentro de su decisión de compra a las cualidades intangibles de todo aquello que consumen, razón por la que las empresas tienden a redoblar esfuerzos para lograr satisfacer las expectativas de sus compradores para así lograr un paso adelante frente a la competencia en un entorno cada vez más globalizado y variable (Pérez Torres, 2006).

En términos generales, la atención al cliente es definida como la conjunción de todas las actividades realizadas por las empresas para poder detectar las necesidades de los consumidores y poder satisfacerlas de forma óptima. Todas estas necesidades surgen en el cliente como demanda ante la consideración del precio, así como del perfil y prestigio de la compañía a la que compra el producto o servicio (Blanco, 2007).

Para que exista una adecuada calidad en el servicio brindado a los clientes, las organizaciones deben establecer procedimientos que tengan como objetivo la obtención de la mayor información posible sobre sus consumidores, así como también tener bien definido su mercado objetivo para así facilitar la determinación de la conducta de los consumidores en el mismo. Todo lo anterior es vital para establecer relaciones a largo plazo con el cliente (Pérez Torres, 2006).

Por otra parte, satisfacción del consumidor es un factor importante la formación de los deseos de los consumidores para sus compras futuras. Los consumidores satisfechos probablemente hablarán a los demás de sus buenas experiencias. La satisfacción ha sido definida como la diferencia entre las expectativas y el rendimiento, pero hay diferencias entre calidad y satisfacción.

Las principales características que deben ser tomadas en cuenta para poder obtener un adecuado servicio de calidad son las siguientes: Se debe cumplir con lo que ofrece el producto

o servicio, se debe suplir las necesidades para las cuales fue adquirido. Así también, debe generar los resultados esperados. Existen características que ya no dependen de los administradores sino de las personas que laboran en la organización como la amabilidad en el trato con los clientes, la proactividad para suplir a las necesidades, la disposición a la colaboración ante los problemas que surgen y la eficiencia en la resolución de los mismos (López, 2013).

Para poder entender quiénes son los principales actores intervienen en la atención al cliente, Pérez Torres (2006) hace énfasis en que existe un vínculo entre la empresa y el cliente. Específicamente, esta relación se da entre la *estrategia de servicio*, *los usuarios*, *los colaboradores* y *los sistemas o métodos* empleados, en un entorno de constante interacción. De esta forma el cliente es una pieza fundamental en el giro de negocio el punto de vista de la atención.

Las *estrategias* tienen que ver con todas las políticas y procedimientos que apuntan a las relaciones con el cliente. Consiste en establecer todos los parámetros que permiten configurar la oferta de modo que ésta se ajuste a las exigencias del consumidor. Para esto se vuelve vital la retroalimentación constante por parte de los clientes en función de lo que ya conocen actualmente del producto o servicio. Partiendo de ese enfoque, este tipo de información también ayuda a los colaboradores a conocer mejor a los clientes, con quienes guardan un trato constante. Estas estrategias deben ser conocidas por todas las áreas de la empresa de forma que el accionar sea enfocado directamente a la satisfacción de las necesidades del cliente (Pérez Torres, 2006).

En cuanto a los sistemas, estos se refieren a todos los medios tecnológicos, equipos, logística y procedimientos que se emplea al momento de brindar el servicio. Estos sistemas no sólo están presentes en el trato directo con los clientes, sino que también se manifiestan en las tareas secundarias que dan soporte al servicio principal. Al igual que en el caso de las

estrategias, los sistemas deben ser construidos y orientados de tal forma que se ajusten a las necesidades del cliente ya conocidas mediante los métodos de retroalimentación (López, 2013).

Entre las principales ventajas que se obtienen de las mejoras en la atención al cliente, desde el enfoque de la calidad se tienen las siguientes: (a) el establecimiento de las relaciones a largo plazo lo que se conoce como fidelización, (b) el aumento de las ventas y por ende de la rentabilidad del negocio, (c) el cumplimiento y éxito en las metas establecidas para los colaboradores en cuanto a ventas, (d) mejoras significativas en la imagen y reputación de la empresa y finalmente (e) la diferenciación del producto o servicio ante la gran oferta de competidores en el mercado. (López, 2013)

Calidad de atención salud

A lo largo del tiempo se ha puesto en manifiesto la preocupación generalizada acerca de la calidad de atención que se brinda en los diversos servicios de salud y cómo esto afecta a la eficiencia del sistema. Además de ello, sus implicaciones van más allá de la percepción del usuario, así también como punto de partida para la evaluación y aplicaciones de políticas gubernamentales.

De acuerdo a Fernández (2005), uno de los principales factores que influyen sobre la calidad de la atención tiene que ver con la diferencia en intereses entre administradores y trabajadores médicos. Los primeros basan su criterio en la eficiencia en costos y ampliar la cobertura a los usuarios. Su preocupación se centraría en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de los clientes, pero no desde un punto netamente ético, sino que nace de la competencia propia del sistema. Por otra parte, la preocupación de los trabajadores médicos hacia la calidad tiene un enfoque más profesional y se relaciona con todo el proceso de preparación que amplíe el conocimiento práctico y científico de los mismos que da lugar a la experticia, basado como en cualquier profesión en la conducta ética.

Sin embargo, la calidad en la salud no solo es un tema que concierne a los actores que brindan el servicio, sean estos los administradores o médicos; sino que también surge de la percepción de los usuarios del mismo. Esta percepción de los pacientes implica dos dimensiones: el sentimiento de bienestar y la capacidad técnica de quienes les brindan atención. El bienestar general se relaciona con el ambiente e infraestructura en que es atendido, precios, calidez, entre otros factores que son propios en cualquier otro negocio; mientras que la capacidad técnica abarca el qué tan competentes, desde el punto de vista profesional, son las personas que los atienden (Fernández, 2005).

Para que la calidad de la atención pueda ser medida, se necesita conceptualizarla, esto es, partir de una definición generalizada que sirva como marco de referencia y permita emitir algún juicio de valor técnico o descriptivo sobre la misma. No obstante, ha sido difícil encontrar una definición que abarque de manera precisa a la calidad y existen diversas acepciones que pueden resultar algo obvias y un tanto carentes de precisión. A pesar de ello, González et al. (2004) logran establecer cinco perspectivas desde las cuales se puede enmarcar a la calidad en salud: (a) nivel de profesionalismo de los trabajadores médicos, (b) eficiencia en la utilización de los recursos disponibles, (c) reducción al mínimo del riesgo en los usuarios, (d) elevado nivel de satisfacción del usuario y (d) resultados generales en salud.

Definiciones de calidad pueden haber muchas incluso desde un punto de vista económico o empresarial donde dicha relación es relativa al cumplimiento de diversos estándares que garanticen la satisfacción de ciertas necesidades. En forma general tiene que ver con el hecho de estar conforme con las políticas de atención establecidas. Tiempo atrás la calidad del servicio prestado venía definida por los administradores en casi una especie de imposición, pero hoy en día es el cliente o paciente el que define los parámetros de calidad en función de lo que realmente necesita para su recuperación o atención en general (González, et al., 2004).

La tendencia actual sobre la medición de la actividad médica desde la perspectiva de la calidad de servicio nace de diversos cuestionamientos, circunstancias y demás factores que provenientes de ámbitos globales, particulares e incluso derivados de la preocupación de otros sectores paralelos a la salud.

El desarrollo del concepto de la ética-profesional juega un papel importante en la calidad. El hecho de que la actividad profesional, este caso la médica, se desarrolle en un ambiente social hace que las normas éticas tomen relevancia. De esta manera cada uno de los aspectos morales que la sociedad acepta o rechaza tiene influencia sobre la percepción del servicio médico. Por tanto los cambios que se den en la sociedad producto de la evolución del pensamiento moral determinan los parámetros para medir la calidad. Un ejemplo de ello es que la ética profesional estaba regida por un pensamiento que no daba lugar a errores para asegurar la calidad profesional. Sin embargo, los errores son parte la esencia humana y base del aprendizaje, por lo que en la actualidad existe una tendencia más tolerante respecto a dicho pensamiento, dejando de lado el perfeccionismo. Esto favorece al aprendizaje perfectible, en base a la aceptación de errores (Fernández, 2005).

Otro aspecto a tomar en cuenta es la credibilidad en la medicina como ciencia efectiva en el cuidado de la salud. De la aparición de casos de negligencia se ha generalizado la idea de que esta profesión no brinda total seguridad al paciente y genera preocupaciones que se derivan en nuevas exigencias por parte de los usuarios de modo que el riesgo asumido pueda ser menor. Esto tiene directas implicaciones con la calidad de atención que debe ser brindada por los profesionales como vía de aplicación de sus conocimientos (Fernández, 2005).

Por otra parte, desde que los países adoptaron a la salud como uno de los ejes de la política económica a aplicar para los planes de desarrollo gubernamentales, la calidad de atención en la salud toma relevancia y relación con la evaluación económica. La salud en general de la ciudadanía es integrada a los cálculos presupuestales, merecen análisis de vías

de financiamiento e inversión, elaboración de políticas y regulaciones. Desde el punto de vista económico, la salud es considerada como una gran industria, principalmente por la gran oferta y demanda de productos farmacéuticos, quirúrgicos, entre otros (Fernández, 2005).

De acuerdo a Baly, Toledo y Jústiz (2001), la evaluación económica dentro del campo de salud es primordial en la optimización de los recursos económicos para conseguir mejoras significativas en términos de calidad y cobertura. Así también el análisis de todos los procedimientos, medios tecnológicos y proveedores de servicios que permitan dar solución a los problemas estructurales, evaluando las diversas opciones en base al costo-beneficio de la aplicación de cada una de ellas.

Los factores anteriores guardan una influencia importante sobre los estándares de calidad y alimentan, desde diversas fuentes, dicha conceptualización a través de parámetros sociales, económicos y éticos. De esta manera se han establecido tendencias que incentivaron el actual interés por los temas relacionados a la calidad de atención en la salud en un marco internacional de relevancia global (Fernández, 2005).

Conforme al trabajo de Donabedian (2005), la calidad en la salud se ha podido determinar mediante el uso de dos aspectos: la rehabilitación y las tasas de mortalidad. Estos indicadores no han sido cuestionados y su aceptación en el medio es generalizada desde un punto de vista lógico. Sin embargo, criterios están sujetos a algunas limitaciones y ambigüedades, principalmente porque no hay certeza de que específicamente la ciencia médica fue decisiva en los resultados, sino que también puede ser producto de lo que se conoce como *medicina científica*. Así también se necesitaría un monitoreo exhaustivo y constante del paciente para lograr una aproximación al resultado definitivo.

Otra de las formas para poder emitir un juicio de valor sobre la calidad en la atención es el análisis del proceso médico como tal y no solo los resultados del mismo. Este método permitiría conocer si realmente se ha ofrecido un excelente servicio, tomando en cuenta el

transcurso del mismo; incluyéndose en él, el tratamiento, la claridad y profundidad de la información recabada mediante el historial de los pacientes, los diagnósticos, exámenes y prescripciones; desde un enfoque de pertinencia para la solución del problema (Donabedian A. , 2005).

Finalmente, Donabedian (2005) menciona un método más que no tiene que ver con el proceso del cuidado médico en sí, sino en los medios o vehículos sobre los cuales se realiza la atención, esto es, que se disponga de la infraestructura adecuada, tecnologías de vanguardia, eficiencia administrativa, experticia y profesionalismo del personal médico, además de control logístico de los procesos. La ventaja de este criterio radica en la facilidad de obtención y medición de la información, a diferencia de las variables consideradas en otros enfoques.

En forma general, existen diversas fuentes de datos que permitirán evaluar a la atención médica tomando en cuenta los criterios mencionados con anterioridad, sin embargo, Donabedian (2005) hace un especial énfasis en los siguientes, que según sus investigaciones, son los más aplicados e idóneos conforme a los aspectos de evaluación ya expuestos:

- *Historial clínico:* Son la fuente de información más usada para este tipo de evaluaciones, no obstante, su aplicación presenta importantes desventajas, entre las que destacan las disponibilidad, pues el acceso a este tipo de información suele ser restringido y solo para uso interno. Otra de las limitaciones que poseen es que no tienen uniformidad en la información y suelen presentarse vacíos en el registro de la misma.
- *Observación directa:* Consiste en la observación y reporte de las actividades realizadas durante la atención médica por otro colega quien registra el proceso. Este método suele ser confiable, sin embargo, su cuestionamiento se orienta a que el profesional que brinda el servicio puede alterar su proceder si conoce que está siendo observado. Por otra parte, el médico que realiza la evaluación

puede interpretar el accionar conforme a su conocimiento y criterios personales, lo que puede generar cierta distorsión en la información final.

- *Observación indirecta*: Tiene que ver con la obtención de información mediante consultas de opiniones a los profesionales médicos y al personal administrativo que laboran en la institución evaluada. La debilidad del método surge cuando las personas consultadas tienden a sobrevalorar su opinión, dado el nivel de sentido de pertenencia que guardan con la institución. Este método puede ser aplicado también a quienes reciben el servicio, es decir los pacientes. En este caso, el problema de percepción se daría porque los pacientes no suelen ser objetivos en sus respuestas.

Entre estos diversos métodos, enfoques de evaluación y demás criterios queda en tela de duda la validez de los mismos, dadas las desventajas que presentan a menudo. A pesar de ello, más allá de la confiabilidad de los mismos para alcanzar la perfección en la evaluación, el objetivo de la evaluación es poder determinar una escala de medición que permita establecer niveles de calidad en el servicio, meta que se ha podido lograr con estos métodos y que han sido vitales en la detección de problemas y toma de decisiones (Donabedian A. , 2005).

De acuerdo a Sheps (1955) existen normas de aceptación general las que deberían ser reglamentarias en el proceso de atención al paciente y consideradas también como requisitos primarios que contribuyan a la mejora del servicio. Entre estas reglas se puede mencionar a las siguientes:

- Constante adecuación y mantenimiento de las instalaciones e infraestructura hospitalaria en general
- Disponibilidad de servicios adicionales como banco de sangre, laboratorios para exámenes de todo tipo, incubadoras, entre otros.

- Una administración de la institución eficiente y profesional que garantice la atención oportuna
- La existencia de manuales de procedimientos y normas a seguir para las diversas áreas de las que disponga la institución
- Número idóneo de médicos y personal administrativo conforme a la demanda de pacientes
- Contar con la mayor cantidad posible de especialistas en las diversas áreas de la medicina para casos específicos
- Constante capacitación de los médicos con el objetivo de incrementar la disponibilidad de médicos altamente calificados
- Sometimiento regular de controles internos tanto a nivel técnico como administrativo, así como también la realización auditorías externas

El aseguramiento de que estas medidas sean cumplidas a cabalidad contribuiría a la mejora de los índices de calidad, sin embargo se deben realizar énfasis y ampliación de cada uno de estos puntos y no tratados de forma general, lo cual dependerá del caso específico de cada institución que brinde el servicio de salud, y por tanto, estas medidas deberían ser tomadas solamente como pautas referenciales.

De lo anterior se puede observar, que las evaluaciones de calidad en el ámbito de la salud tiene un amplio concepto que generalmente va dirigido factores como nivel de atención a pacientes, información detallada sobre los procedimientos médicos a los que son sometidos los usuarios de los servicios de salud, así como la idoneidad en la infraestructura hospitalaria. Los factores anteriores sumados al profesionalismo del cuerpo médico, calidez en el trato a nivel administrativo y consecución de resultados esperados, dan al paciente o a las personas encargadas de su hospitalización la percepción de satisfacción sobre los servicios recibidos.

Por tanto, los estudios relacionados a la evaluación y determinación de los niveles de calidad en las instituciones de salud deberán considerar las variables antes expuestas entre otras mencionadas para tener una visión global de los resultados pudiendo así tomar medidas correctivas y preventivas que se orienten hacia el constante desarrollo de los procesos asistenciales, no solo desde una perspectiva humana y social relacionada con el bienestar de los pacientes, sino también como modelo de negocios en el que la rentabilidad de la institución tanto pública como privada se base en la fidelización de usuarios que recomienden y den fe de la buena gestión alcanzada.

Por otra parte, cabe mencionar que la evaluación de la calidad de salud es un tema que ha tomado representatividad en los países hicieron énfasis en la salud como uno de los ejes de la política económica a aplicar para los planes de desarrollo gubernamentales, la calidad de atención en la salud toma relevancia y relación con la evaluación económica. La salud en general de la ciudadanía es integrada a los cálculos presupuestales, merecen análisis de vías de financiamiento e inversión, elaboración de políticas y regulaciones. Desde el punto de vista económico, la salud es considerada como una gran industria, principalmente por la gran oferta y demanda de productos farmacéuticos, quirúrgicos, entre otros.

Pacientes y usuarios de servicios de salud

La comprensión de las razones por las que los individuos tienden a solicitar a atención médica, pasando a la condición de paciente, gana relevancia a la hora de establecer políticas dirigidas a la optimización de los servicios de salud desde la perspectiva de la calidad que se analizó en el apartado anterior; En otras palabras, es importante determinar y analizar todos los factores determinantes que tienen incidencia sobre la decisión de los individuos de visitar al médico y su preferencia en la utilización de un servicio en específico. Explorar sobre dichas razones, permite conocer las necesidades, expectativas y exigencias del usuario acerca del servicio que recibirá. Desde ese punto de vista, dicha información sugiere la implementación

de medidas para poder satisfacer dichos requerimientos, introduciendo de esta forma la satisfacción del paciente como variable a estudiar. En referencia al trabajo de Seclén-Palacin y Darras (2005), los niveles de satisfacción de los usuarios van de la mano con el análisis de optimización del servicio y la calidad del mismo. Estos autores destacan la relevancia de tomar en cuenta ese factor en los pacientes para lograr progresos en la logística y administración así como en la entrega del servicio como tal.

Todas las tareas que conforman los procesos de atención médica son producto de una necesidad que se genera cuando existe una perturbación del bienestar o salud del individuo. Esta necesidad lleva a que el afectado reconozca que debe visitar a un profesional de la salud o en otros casos se ayuda de sus relaciones sociales (familiares o amigos) para automedicarse sin consultar a un médico. (Donabedian A. , 1988)

En el suceso de la visita a un profesional de la salud, el mecanismo de indagación conlleva a la formación de una relación con el médico y con las instituciones que prestan estos servicios. En otras circunstancias en este proceso de búsqueda intervienen las relaciones sociales, experiencias y recomendaciones de amigos y familiares lo que provoca un *sistema no profesional de referencias*, lo cual es un factor influyente dentro de la elección de los proveedores de salud. (Arredondo, Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socioeconómico, 2010).

Luego que se ha logrado la relación con el profesional de la salud, este establece una secuencia de pasos que se visualizan en la segunda parte del esquema anterior. En la última etapa *proceso terapéutico* se desencadena un *sistema profesional de referencias* que resulta de la derivación del paciente a otros profesionales con respecto a la patología que se desarrolle en él. (Hurd & McGarry, 1997)

Los dos centros esenciales dentro de este mecanismo de búsqueda de profesionales de la salud, la conducta del usuario y la conducta del proveedor, se unen en el uso de los

servicios, que tienen por objeto el aplacamiento de la necesidad que dio origen a toda la secuencia. Es por esto que se puede establecer que en el mecanismo de atención médica, el centro es el tratamiento de la afección, sea mejorando el bienestar del paciente o aliviándolo en su totalidad. De este proceso además se desencadenan algunos modelos que condicionan y determinan la utilización de servicios de salud. (Giovagnoli & Busso, 2009)

Para que un individuo haga uso de los servicios de atención médica, debe tener un móvil. Para comprender de mejor forma esta conducta y el proceso que conlleva es necesario analizar los modelos más conocidos: psicosocial, epidemiológico, sociológico y socioeconómico.

Modelo psicosocial: Tiene como base a todas las tareas que el individuo sano realiza para prevenir cualquier tipo de enfermedad y conservar su salud. Según la primicia de este modelo la determinación del individuo de buscar prevenir y mantener su salud mantiene una secuencia de pasos, es por esto que esta teoría pretende establecer algunas variables que influyen de manera significativa en la conducta de los usuarios. (Rosenstock, 1986)

Se incluyen dos tipos de variables: aquellas que tienen que ver con el estado mental de alerta, la información que se percibe de la seriedad de las enfermedades existentes, y aquellas que tienen que ver con las creencias difundidas acerca de la utilidad y los impedimentos de la medicina preventiva. (Dossier, 1994)

Modelo epidemiológico: Este modelo se centra en la investigación acerca de las necesidades de atención médica de una población, en estas también se incluyen la tasa de mortalidad por ejemplo, todas aquellas situaciones que impulsen a la población a hacer uso de los servicios médicos. (Canales, Almada, & Navarro, 1984)

Este modelo señala que la predisposición de la población a buscar la atención médica está íntimamente relacionada con el nivel de riesgo al que este expuesta, las alteraciones en este nivel y a las alteraciones en el alcance social de la patología. Esto factores determinan la

posibilidad de que una persona contraiga un padecimiento de salud y por ende la búsqueda de servicios de salud. (Selwyn, 1988)

Las variables más relevantes de este modelo se clasifican en tres grupos: los riesgos iniciales son aquellos que se presentan cuando la patología tiene cura, los riesgos promotores se producen cuando la patología no tiene cura y finalmente los riesgos pronósticos permiten asegurar si el paciente mejorará o fallecerá (Arredondo, Nájera, & Leyva, 1999).

Modelo sociológico: En este modelo se hace hincapié en áreas como la socioculturalidad y el ambiente y su importancia en la decisión de la población de recurrir a asistencia médica. Parte del hecho de que cada individuo convive con su grupo social y que esto interviene en su decisión de buscar atención del personal médico o recurrir a la automedicación. (Tanner, 1983).

Este modelo ha sido complementado por Mckinlay, quien afirma que la cultura del individuo tiene un impacto en la decisión de atención ante un decaimiento de su salud. Determina, además, varios niveles de influencia de los aspectos culturales: primer nivel en donde se descubre la sintomatología, en el segundo se analiza el problema considerando su individualidad y la pertenencia a un grupo y el tercer nivel se encuentra la fragilidad que se produce durante el acercamiento entre el profesional de la salud y el usuario. (Eisenberg & Kleinman, 1981).

Este modelo posibilita observar las diferencias entre el uso de la atención médica como prevención, cuando existen circunstancias que crean predisposición a enfermedades, y el uso curativo, en donde la enfermedad ya existe y la atención médica se vuelve una necesidad.

Brehil y Granda consideran que para que un individuo decida visitar al personal médico, la persona debe transitar ciertas etapas: la percepción de que algo anda mal, el reconocimiento efectivo del problema, la determinación de que el problema necesita una

solución, escoger los mecanismos para resolver el problema y finalmente la realización de los actos que concluyan con el problema (Anda, 2006).

Modelo socioeconómico: En este modelo se desarrollan varios puntos de vista que pretenden describir el uso de los servicios médicos. Todos ellos pretenden mostrar el lazo existente entre economía, sociedad y salud, por lo que se los puede clasificar en dos grupos: modelos de demanda y modelos de capital humano (Arredondo, 2010).

Aquellos modelos que se basan en el análisis de la demanda tienen como objetivos explicar la tendencia del uso de los servicios de salud a través del concepto de maximización de utilidad, el usuario tiene un presupuesto mensual y debe elegir la mejor combinación de bienes de salud y otros bienes que permita maximizar su utilidad (Feldstein, 2006).

Así mismo se considera que la elección del individuo de consumir bienes de salud depende del precio del mismo, esto determina la elasticidad de la demanda, cuando mayor sea el precio de los servicios de salud menor será su consumo por parte del individuo y así mismo si su precio es menor el individuo se inclinará por consumirlo más. También podría darse un cambio positivo en el ingreso del individuo lo que tendría un efecto de mayor consumo de servicios de salud (Parada, Hernández, & Arredondo, 2000).

Aquellos modelos que analizan al capital humano, proponen que los servicios médicos deben ser vistos como una oportunidad para que usuarios y proveedores incrementen y diversifiquen sus propias capacidades y de aquellos que dependen económicamente de ellos, a través de la inversión. (Arredondo, 2010)

En la actualidad es aceptado el concepto de que una mayor inversión en capital humano (estudios formales, capacitaciones, cursos) aumenta la productividad, por ende al igual que otras variables, si no se invierte en salud, esto afectaría al rendimiento de los individuos económicamente activos, deteniendo la productividad en su conjunto.

Luego del planteamiento de estos modelos se puede determinar que existen un sinnúmero de variables que influyen en la decisión del individuo de usar los servicios de asistencia médica, desde factores culturales que influyen en la percepción de las enfermedades, la prevención, el reconocimiento de la enfermedad, la búsqueda de los proveedores con el fin de curar la enfermedad y los beneficios y barreras en los sistemas de salud. Es necesario analizar si estos modelos podrían complementarse entre sí o el uso de uno significa descartar el otro. A continuación un diagrama que permite visualizar como convergen diferentes aspectos que influyen en la búsqueda y utilización de servicios de salud.

La satisfacción del usuario tiene gran relevancia en las siguientes áreas de estudio respecto de la gestión: (a) la comparativa entre los sistemas de salud, (b) valoraciones de calidad en la atención médica, (c) determinar cuáles son los procesos dentro del servicio en general que necesitan potencializarse y (d) en la asesoría a todas organizaciones inmersas en el medio en la determinación de la aceptación o rechazo de los usuarios por los servicios que reciben (Seclén-Palacin & Darras, 2005).

Por tanto, el estudio de las interrelaciones que se presenta en la utilización de los servicios de salud por parte de los pacientes es vital en los temas relativos al cuidado médico, específicamente en los aspectos relacionados a la gestión y gerencia. Para ahonda en el tema de la satisfacción del usuario es necesario conocer las definiciones generales que llevan a los pacientes a definirse tal. En ese sentido, Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo (2005) mencionan que conocer la definición de la “conducta del enfermo” sirve como introducción en las generalidades conceptuales que se pretende estudiar. Así, dicha conducta se define como la manera en que la sintomatología es perceptible por el individuo y produce diversas reacciones en el mismo. Estas reacciones o síntomas podrían agruparse de la siguiente forma: (a) perceptibilidad de síntomas, (b) qué tan graves son los síntomas, (c) disponibilidad de medios para interpretarlos y (d) componentes característicos del servicio de salud.

De la conducta del enfermo, surgen las causas por las que el individuo se predispone a solicitar atención, es decir, requiere de la utilización del servicio. Esta necesidad nace de los siguientes aspectos: (a) el grado de propensión a utilizar el servicio, derivado de la apreciación que tiene el individuo sobre su estado de salud y sus signos corporales o vitales, (b) el conocimiento previo sobre los beneficios de la atención y las limitantes que supone. Además de lo anterior, existen otros factores sociodemográficos que influyen sobre esta decisión como edad, distribución del hogar, sexo y otras variables relativas a la condición económica del paciente, incluyendo la disponibilidad o no de seguros médicos (Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda, & Oviedo, 1997).

En el trabajo de Massip, Ortiz, Llantá, Peña e Infante (2008) se enlistan los principales aspectos que intervienen en la satisfacción de los usuarios. Entre los principales destacan la confiabilidad que implica la obtención de resultados favorables en la práctica médica, la competencia en cuanto a experiencia y conocimientos de los profesionales, seguridad de las instalaciones y los procesos, buen trato y constante comunicación. Así también se considera como relevante a la idoneidad de toda la infraestructura e implementos médicos. Todos los factores señalados tienen que ver con el usuario del servicio, pues este es quien realmente monitorea los niveles de calidad y puede valorarlo. De esta forma se brinda a los administradores de las instituciones de salud tanto públicas como privadas información vital que no es posible captar por medios diferentes; esto debido a la subjetividad de sus opiniones basadas en lo que necesitan y las expectativas que tengan. Estas opiniones pueden ser captadas mediante *encuestas de satisfacción*, en las que es posible identificar y evaluar cada una de los aspectos mal o bien valorados por los pacientes (Massip, Ortiz, Llantá, Peña, & Infante, 2008).

Importancia y gestión de áreas de pediatría

A la Pediatría se la puede definir como la atención médica integral en la etapa de vida comprendida desde la concepción hasta la terminación de la pubertad (Asociación Española de Pediatría, 2013). Por este motivo incluye:

- La atención preventiva del infante sano.
- La atención médica y clínica del infante enfermo.
- Los cuidados al infante en su correspondencia con su entorno.

Para poder cumplir con estas obligaciones la pediatría se subdivide en varias áreas como son:

Pediatría asistencial

Para cual existen 3 diversos tipos de consulta:

a) Consulta a demanda: Es en la cual se da atención a todo paciente pediátrico que llega a una consulta, y en ella se realiza el trabajo pediátrico cotidiano. En ellas se atiende a todo niño que llega espontáneamente a consulta, y se realiza el habitual trabajo pediátrico que intenta recuperar la salud a todo niño enfermo que acude, resolviendo las diversas patologías que se presentan, usando los medios complementarios necesarios y, cuando se precisa, derivándolo a otros niveles asistenciales. Debería ser la puerta de entrada del niño al sistema sanitario.

b) Consulta Programada: Una revisión del infante sano en la cual se sigue un proceso ordenado, que permite hacerle un seguimiento al paciente en las diferentes etapas de su niñez. Se estima que a un infante en sus primeros dos años de vida se le debe asistir en este tipo de consulta por al menos diez veces. Aquí también se incluye el seguimiento a enfermedades crónicas como asma, alergias, etc.

c) Asistencia de Urgencia: la organización de esta área está dada de manera diversa y peculiar en las diferentes zonas, y con una amplia carencia de pediatrías en la misma. Al momento uno de los retos, es organizar aspectos como horarios y localización del servicio con

la finalidad de buscar los más adecuados y brindar una atención de primera a cada uno de los pacientes, sin duda existe una deficiencia en el número de pediatrias en el país.

Pediatría preventiva

La misma se debe realizar en diferentes momentos de la jornada de trabajo, se desarrollara bajo distintas metodologías que aporten a la promoción de la salud y la educación sanitaria, se deberá incluir actividades como la difusión de la importancia de la lactancia materna, la detección neonatal de metabopatías, desarrollo control y seguimiento de los programas de vacunaciones, la salud buco-dental, la prevención de accidentes o las Guías Anticipadas, todo eso resumido en programas de aplicación periódica y de constante evolución de acuerdo a las necesidades de los pacientes.

Pediatría social

La pediatría social es una de las actividades para la cual los médicos especializados en esta área están capacitados, está considerada como una de las más necesarias, pero no está desarrollada lo suficiente en la pediatría de atención primaria, debido a la falta de tiempo. Esta parte de la pediatría actúa sobre problemas que afectan a la sociedad de manera directa, como los hijos de los toxicómanos, los niños sometidos a maltratos, los abusos sexuales, o las situaciones de desamparo y otros muchos problemas dependientes de las condiciones socioeconómicas de la zona, el profesional debe estar ampliamente comprometido con este tipo de pediatría, ya que es de suma importancia para lo sociedad por la complejidad de estos temas y el efecto que causan a la sociedad.

Pediatría formativa, docente e investigadora

Este es uno de los aspectos más desarrollados, con una lenta implementación es sumamente demandado por parte de la pediatría de atención primaria, esta exigencia ha

nacido de los jóvenes estudiantes de pediatría que han terminado su formación, y van a ejercer su profesión en la atención primaria, y por lo tanto esa formación no debe ser solamente hospitalaria, sino que debe ser impartida desde el momento de la formación profesional en la pediatría de atención primaria, se aspira a una formación con más práctica que genere profesionales de calidad.

Esta formación debe ser acompañada de la realización de trabajos de investigación pediátrica extra hospitalaria, intentando abarcar todos los aspectos docentes, desde el pregrado (formación pediátrica de los estudiantes de medicina), en la formación de pediatría y contando con la actualización en temas de interés de manera continua del propio pediatra.

En la actualidad se enfatiza en la formación del profesional de pediatría en materia de atención primaria, se pretende que todos estos profesionales roten obligatoriamente una parte de su periodo formativo por los centros de salud. Esta práctica se está llevando a cabo en varios centros, pero se intenta que se practique en todos los centros y que pasen por ellos todos los profesionales de pediatría, pidiéndose para ello la acreditación de unidades docentes de pediatría de atención primaria.

Marco Legal

De acuerdo a lo citado en la Constitución de la República del Ecuador se puede observar que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado, por su parte, garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios

de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Se destaca de lo anterior que lo propuesto se basa exclusivamente a los servicios en cuanto a salud que el Estado está obligado a brindar a todos sus habitantes. La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

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

El artículo 362 tiene como premisa asegurar la calidad que deben tener los servicios públicos de salud y que deben abarcar todos los niveles de atención es decir todos los hospitales deben estar adecuados en todas las áreas de la medicina incluida la pediatría que es el área que se quiere adecuar.

Por otra parte se garantiza que el Estado será responsable de:

- Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
- Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
- Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

Respecto a la Ley Orgánica de la Salud indica que será mediante la autoridad sanitaria nacional que se regulara la gestión de los recursos destinados a la salud y que satisfaga las

necesidades de la población según el artículo 5 de esta ley, mismo que menciona que la autoridad sanitaria nacional creará los mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población.

Finalmente en la Ley de Seguridad Social se menciona que el Seguro General de Salud Individual y Familiar se financiará con una aportación obligatoria de hasta el diez por ciento (10%) sobre la materia gravada del afiliado, que cubrirá la protección de éste, su cónyuge o conviviente con derecho, e hijos hasta dieciocho (18) años de edad, y con las demás fuentes de financiamiento determinadas en esta Ley. En el caso del trabajador en relación de dependencia, la aportación del afiliado será compartida con su empleador, en la forma señalada en esta Ley.

Lo anterior garantiza, por tanto, la cobertura a paciente menores de edad incluidos dentro del plan asistencial de los afiliados al IESS y que, por ende, deberían gozar de todos los beneficios asistenciales propuestos para el titular del mismo, sin que existan restricciones de acceso sea cual fuere el caso.

Marco Conceptual

Infraestructura hospitalaria: Es el conjunto de elementos tangibles que conforman el sitio permanente destinado para brindar los servicios de salud, cuya adecuación se rige a parámetros establecidos. Suele incluirse dentro de la infraestructura hospitalaria a todos el equipamiento y configuración de las áreas específicas (Malagón, Galán, & Pontón, 2008).

Historial clínico: Es la sucesión de todo tipo de información tanto médica como administrativa que se genera de los pacientes atendidos bajo modalidad ambulatorias o de

hospitalización, la cual debe ser documentada. Este historial debe ser único y de carácter acumulativo y su función principal es la de dar continuidad a la atención del paciente (Castro & Gámez, 2002).

Atención médica: Es la aplicación de los conocimientos médicos para restituir la salud del paciente mediante métodos terapéuticos y que incluye también el fomento a la salud y la prevención de las enfermedades que suelen caracterizarse por la ausencia de síntomas. No implica únicamente la asistencia por los médicos, sino también la brindada a nivel de enfermería y administración (OMS, 1959).

Tiempos de espera: Es el tiempo de colas que ocasionadas en forma general por los cambios en la carga laboral del personal que labora en las instituciones de salud, que incluye la dimensión administrativa y médica (Soto, 2012).

Procesos de atención: Son todas las actividades que integran el transcurso comprendido entre la determinación de la enfermedad o dolencia del usuario del servicio de salud hasta la solución efectiva de la misma. En dicho proceso se recopila la información válida para el análisis del caso y su posterior evaluación y toma de decisión (Corona & Fonseca, 2010).

Cobertura de servicios de salud: Es el nivel de asistencia médica que recibe una población en función del tamaño de la misma y la oferta de centros médicos. Dentro de la cobertura también se introducen otros aspectos como la facilidad de acceso a la atención, asequibilidad y dotación de medicamentos (OMS, 2012).

Logística médica: Comprende a las actividades médicas como un todo, cuyas partes intervinientes se relacionan entre sí para la consecución de la atención médica de forma que esta sea oportuna, ordenada y efectiva; a través del empleo óptimo de todos los recursos disponibles. En esta se incluye a factores como el abastecimiento, transporte y almacenamiento adecuado (OPS, 2001).

Atención primaria: Comprende toda aquella asistencia médica fundamental que debe caracterizarse por su accesibilidad a la población en general, idoneidad y asequibilidad para casos de bajos recursos. Es el eje principal de los sistemas de salud, siendo así parte del desarrollo de las comunidades (OMS, 2012).

Capítulo II: Marco referencial

Contexto internacional

Dentro del ámbito internacional se han realizado diversos estudios relativos a la evaluación de la calidad en el proceso asistencial en hospitales pediátricos o áreas especializadas en dicho campo para así poder determinar cuáles son los factores preponderantes y que tienen una incidencia directa en la percepción de calidad en los usuarios y de igual manera bajo lineamientos técnicos.

En ese sentido Masuet (2010), efectuó una evaluación de la calidad de atención en médica en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús en Córdoba-Argentina, bajo el enfoque de la satisfacción percibida por representantes de los pacientes de la casa de salud, mediante el uso de encuestas, sus principales resultados y conclusiones indican que la satisfacción de los usuarios de los servicios prestados no siempre es el mejor indicador técnico para medir la calidad de atención, sin embargo el hecho de cubrir las necesidades y expectativas de los pacientes es vital en el proceso del cuidado.

No obstante, en dicho estudio se hace énfasis en que el público en general no dispone de información suficiente para asimilar en forma completa los criterios técnicos y tecnológicos implícitos en el proceso asistencial, siendo esta una de las principales limitantes en el criterio o juicio que suelen utilizar para poder valorar a la atención de forma objetiva (Masuet, 2010).

Finalmente, otra de las conclusiones a las que llega el estudio en mención es que las personas se ven influidas en su percepción de la calidad principalmente por el buen trato recibido por parte por el personal médico incluido el de enfermería, así como también la idoneidad de la información que recibe sobre el procesos de atención que recibe el paciente así como generalidades, causas, consecuencias y cuidados válidos para la enfermedad. Entre los aspectos que mayor impacto negativo causan en la satisfacción de los usuarios de los

servicios de salud están factores de infraestructura como la limpieza de las instalaciones y la falta de señalización (Masuet, 2010).

La situación anterior es validada por el estudio de Miranda et al. (2012) en el que tenía como objetivo principal evaluar la satisfacción en pacientes pediátricos bajo el esquema de un seguro social, mediante el empleo de entrevistas a familiares de pacientes pediátricos en veinte hospitales de la Ciudad de México. Dentro de sus principales hallazgos se puede citar que las familias muestran una mayor satisfacción respecto del servicio recibido en función de la comunicación existente entre el equipo de salud y ellos.

El trato recibido también es una variable preponderante en la calificación final del servicio. Así también se lograron detectar oportunidades que podrían potencializar los indicadores de satisfacción y estas son relativas a variables como los tiempos de espera, el cual puede constituirse en una barrera que limite la utilización de los servicios de salud; y la comprensión de la información recibida por los familiares, que en ciertos casos llega con un lenguaje muy técnico y de difícil asimilación para personas que carecen de conocimientos médicos. Esta información debe ser clara, objetiva y amigable de modo que los usuarios de los servicios de salud se sientan en capacidad de poder interpretarla y que la comunicación sea mucho más completa entre ambas partes: prestadores y usuarios (Miranda, et al., 2012).

Finalmente en un estudio de similares características realizado en Asunción Paraguay por Mesquita, Pavlicich y Benítez (2008) se llegó a la conclusión de que el criterio de mayor incidencia en sobre la percepción de calidad en la atención fue la excelencia en el trato proveniente del personal médico que va de la mano con el interés que estos muestran sobre la situación del paciente, factor que incluye también al personal administrativo de la casa asistencial. Así también pudieron constatar que la forma en que se desarrolla y da lugar la consulta médica genera bienestar en los familiares del paciente.

Características, análisis y evolución del sistema de salud en el Ecuador

Según los resultados del Censo de Población y Vivienda del 2010 realizado por el Instituto de Estadísticas y Censos, la población total del Ecuador es de 14.5 millones de habitantes cuya composición es la siguiente: 50,44% son individuos del sexo femenino y el 49.56% son varones. El Ecuador posee una tasa de crecimiento poblacional que ha variado de un 2.62% en 1982 a 1.95% en 2010. Y la población se identifica mayoritariamente como mestiza, alcanzando el 71,9% (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2013).

En 2010, la estructura de la población agrupada por edades conservaba la forma típica que se observa en los países en vías de desarrollo, aun así en la década de los 90's se observó una reducción de la población joven y un aumento de la población mayor. Entre 1990 y 2009 se evidenció una baja en la población infantil y adolescente y un aumento en la población adulta mayor de casi el 20% (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011).

En el año 2008 se ubicaron entre las principales causas de muerte de los ecuatorianos enfermedades como la diabetes en el primer lugar seguido de las enfermedades cerebro-vasculares y en tercer puesto las enfermedades hipertensivas, de aquellas enfermedades transmisibles se reportaron como otras principales causa de muerte la influenza y la neumonía. (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

(Ver tabla en la siguiente página)

Tabla 1: Indicadores Básicos, Ecuador, 2012

Población total	14,204,900
Esperanza de vida al nacer	75
Tasa de mortalidad general (2008)	4.35
Tasa de mortalidad infantil (2009)	11.4
Razón de mortalidad materna (2008)	80
Prevalencia de hipertensión arterial	28.7
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (2005)	80
Cobertura de vacunación en menores de 1 año (%) (2008)	
<i>Tuberculosis (BCG)</i>	99
<i>Sarampión</i>	97.6
Población con seguridad social	4,036,300
Población sin seguridad social	10,168,600
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2009)	5.9
Gasto per cápita en salud (2008)	474
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud (2008)	39.5

Tomado de:(Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

Si se analizan los datos, se puede evidenciar que los dos tipos de enfermedades (transmisibles y no transmisibles) coexisten. En el caso de los individuos del sexo femenino seguían el mismo patrón de las enfermedades de la población. Las cuatro enfermedades mencionadas anteriormente son las causantes del 25% del total de las muertes (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011).

(Ver tabla en la siguiente página)

Tabla 2: Diez principales causas de muerte en mujeres, Ecuador, 2012

Enfermedad	Número	Tasa	%
Diabetes melitus	1,931	28.0	7.6
Enfermedades cerebro vasculares	1,685	24.5	6.6
Enfermedad hipertensivas	1,580	22.9	6.2
Influenza y neumonía	1,521	22.1	6.0
Insuficiencia cardiaca	1,183	17.2	4.6
Enfermedades isquémicas del corazón	1,056	15.3	4.1
Enfermedades del sistema urinario	933	12.0	3.2
Neoplasia m,aligna del estómago	719	10.4	2.8
Noeplasia maligna del útero	708	10.3	2.8
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	665	9.7	2.6

Tomado de: (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

Como responsables de casi el 12% de muerte de los varones se identificó a los accidentes de tránsito y la violencia, seguidas de las enfermedades anteriormente mencionadas que provocan al igual que en las mujeres el 25% de fallecimientos. (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

Tabla 3: Diez principales causas de muerte en hombres, Ecuador, 2012

Enfermedad	Número	Tasa	%
Agresiones	2,279	32.9	6.6
Accidenetes de transporte terrestre	2,188	31.6	6.3
Enfermedades cerebrovasculares	1,723	24.9	5.0
Enfermedades isquémicas del corazón	1,704	24.6	4.9
Enfermedades hipertensivas	1,685	24.4	4.9
Influenza y neumonía	1,666	24.1	4.8
Diabetes melitus	1,579	22.8	4.6
Insuficiencia cardiaca	1,134	16.4	3.3
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1,127	16.3	3.3
Neoplasia maligna del estómago	945	13.7	2.7

Tomado de: (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

La tasa de mortalidad infantil en el 2010 fue de 11 por 1000 bebés nacidos vivos. Entre las principales causas de muerte en el año 2011 se evidencian ciertas afecciones originadas en el periodo prenatal con el 53,7% del total de las muertes seguido de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías crónicas con el

17,1% de las muertes y en tercer lugar la influenza y neumonía con el 6.6%. (Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, 2013)

En el caso de las muertes por causas maternas la tasa en el 2011 alcanzó un 5.8%, en este indicador la hemorragia postparto ocupa el primer lugar entre las causas con un 17,08% del total de las muertes, compartiendo el segundo lugar está la hipertensión gestacional y la eclampsia, responsables del 12,5% del total de las muertes cada una. Y en tercer lugar la sepsis puerperal con el 8,33%. (Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, 2013)

Estructura y cobertura

El sistema de salud ecuatoriano se divide en sector público y sector privado. Dentro del sector público encontramos el más grande proveedor de salud a nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública, en este sector también se incluyen los servicios de salud otorgados por todas las dependencias públicas como son los municipios y por supuesto todos los sistemas de seguridad social. (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

A través del Ministerio de Salud Pública se provee de atención médica a toda la población. Las dependencias públicas elaboran programas de salud como campañas de vacunación, dirigidas a los ecuatorianos que no se encuentran cubiertos por ninguna institución aseguradora. Y los sistemas de seguridad social se enfocan en la atención a la población que cuenta con un empleo y por ende está afiliada. (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

El sector privado de salud incluye todas las instituciones que generan beneficios o utilidades, clínicas privadas, consultorios privados, aseguradoras privadas, aquí también se incluyen aquellas instituciones privadas que ofrecen un servicio médico social para la comunidad en general. (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

Se contabilizan alrededor de 10.000 consultorios privados que poseen la infraestructura más importante para la atención de los ecuatorianos, ubicados en las ciudades más

importantes, en los cuales los usuarios efectúan un pago por el servicio prestado. (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

La nueva Constitución de la República del Ecuador de 2008 señala que:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, alimentación, nutrición, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

La mayor cobertura en infraestructura hospitalaria la tiene el Ministerio de Salud Pública con casi el 50% de unidades hospitalarias y ofrece una cobertura a poco más de la mitad de la población. En lo que a seguridad social se refiere, se obliga por ley a todos los empleadores a afiliar a sus colaboradores al Instituto Ecuatoriano de seguridad Social, este beneficio también lo tienen los dueños de tierras agrícolas a través del Seguro Campesino. Estos dos sistemas de aseguración protegen al 20% de la población. Instituciones como el ISSFA y el ISSPOL ofrecen cobertura al 5% de la población. El beneficio de este aseguramiento público radica en que su cobertura abarca a los hijos que tengan 25 años o menos y a los convivientes que no trabajan en relación de dependencia. (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011).

Este instituto público, cubre al menos la quinta parte del total de la población ecuatoriana. El ISSFA y el ISSPOL cubren un poco más del 5% de la población con seguros públicos, que

representan un 2% de la PEA. La cobertura de salud de estos sistemas es familiar e incluye a los hijos de hasta veinticinco años. Resumiendo, a pesar de que la ley proclama cobertura universal en cuanto a servicios de salud, en la realidad aún existe una limitada cobertura real de estos servicios, cuya calidad aún no llega a la óptima (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2013).

Tabla 4: Cobertura de la Seguridad Social, Ecuador 2010

Seguro	Cotizantes	Jubilados	Montepío (viudez y orfandad)	Dependientes	Total	%
IESS	1,826,911	187,911	90,060	545,685	2,650,567	65.7%
SSC	227,694	34,729	-	689,723	952,146	23.6%
ISSFA	37,719	25,379	11,576	148,384	223,058	5.5%
ISSPOL	39,286	10,450	6,616	154,179	210,531	5.2%
Total	2,131,610	258,469	108,252	1,537,971	4,036,302	100%

Tomado de (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

La población con mayor acceso y beneficio en el sector salud es aquella que está bajo la protección de alguna de las entidades que brindan seguridad social. En el caso de los ciudadanos cubiertos por el IESS cuentan con beneficios de asistencia por cualquier enfermedad, cirugías y medicinas, en todos los niveles desde consulta programada, emergencias, hospitalización y hasta rehabilitación. Aparte de haber ampliado su cobertura en años recientes mediante convenios con hospitales y clínicas del sector privado. (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

Por otro lado, la seguridad social de las Fuerzas Armadas ofrece un servicio total para los afiliados al igual que el IESS, pero para los dependientes (hijos, conviviente) el beneficio es limitado y exclusivo para determinadas enfermedades. Entre los servicios que ofrece la seguridad social de la Policía Nacional se encuentran: servicios de medicinas, cirugías, atención durante la gestación y el parto, etc. (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

La Ley de Maternidad Gratuita beneficia a un sinnúmero de mujeres embarazadas y les provee de servicios de medicinas incluyendo vitaminas y todo lo necesario para que lleven un

embarazo saludable, todo tipo de exámenes de laboratorio que permitan asegurar la salud del bebé. (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

El Bono de Desarrollo Humano alcanzó una inversión de \$728.157.696 constituyendo el mayor subsidio destinado a los quintiles 1 y 2 de la población, es decir los más vulnerables, incluyendo los adultos mayores y madres con niños en edad escolar. Así mismo este programa posee un subprograma en donde se cubre (hasta una cifra determinada) los gastos por enfermedades catastróficas. (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

Financiamiento del gasto de salud

La Constitución en el artículo 366 estipula lo siguiente: “El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud”. El IESS financia sus servicios de salud a través de tres fuentes: el aporte monetario de cada uno de los beneficiarios (titulares), el aporte que corresponde a todos los empleadores y al presupuesto que destina el gobierno para esta institución.

El Seguro de la Policía Nacional es financiado con el aporte monetario del 2.5% de aquellos beneficiarios titulares que se encuentran en servicio activo y pasivo (pensionistas). Al ser empleados del Estado, este es quien debe cubrir el aporte patronal que consiste en un 3%. En el seguro de las Fuerzas Armadas aportan solo los miembros en servicio activo con un 3,35% y el Ministerio de Defensa con un 5,58%. (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011)

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

La inversión social en el sector salud ha venido creciendo en Ecuador, pasó de ser 0,8% del PIB en 2001 al 1,9% en 2012. Así mismo el gasto per cápita pasó de ser \$15 en 2001 a \$108 en 2012. Y la inversión total en salud se incrementó considerablemente, en 2001 apenas alcanzaba los 188.6 millones de dólares y en 2012 alcanzó la dramática cifra de 1.678,8

millones de dólares es decir se incrementó en un 890%. (Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, 2013)

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

Al 2009 se contabilizan a nivel nacional 3.164 establecimientos médicos pertenecientes al sector público y 730 al sector privado. El MSP posee la mayor cantidad con 1.861, el IESS con 72 unidades propias y 268 anexadas. Dentro del sector privado las entidades sin fines de lucro son superiores a las con fines de lucro alcanzando 556 sobre 174. (Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, 2013)

Los establecimientos de salud con internación al 2011 representan una tasa del 4.7% por 100.000 habitantes. Así mismo, los establecimientos de salud sin internación están compuestos de la siguiente manera a nivel nacional: 183 centros de salud, 1.285 subcentros de salud, 286 puestos de salud, 1.101 dispensarios médicos y otros establecimientos con 64.

Al año 2009 el MSP tiene 29 hospitales generales, 81 hospitales cantonales, 15 hospitales especializados, 139 centros de salud, 1.301 subcentros de salud, 280 puestos de salud y 8 dispensarios médicos. El IESS brinda mayor cobertura a través de los 269 dispensarios médicos, 12 hospitales generales, 4 hospitales cantonales y 3 hospitales de especialidad. (Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, 2013)

SOLCA pertenece al sector privado, y posee 9 hospitales especializados para la atención gratuita de las personas con cáncer, es la entidad principal en cobertura para este tipo de padecimiento, atiende además en sus 3 dispensarios médicos y en su centro de salud. (Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, 2013)

Según datos del 2011 Ecuador contaba con 16.1 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes, de estas, 7.8 pertenecen al sector privado. Se cuenta con 19.98 médicos por cada 10.000 habitantes, 1.7 ginecólogos/obstetras, 7.15 enfermeras, 10.63 auxiliares de enfermería y 1.61 odontólogos. Se dio además un mejoramiento en el equipamiento e infraestructura para

brindar mejor calidad en los servicios prestados.

Funciones del sistema de salud

El artículo 32 de la Constitución Política de la República del Ecuador 2008 consagra a la salud como un derecho garantizado por el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Además, el artículo 358 menciona que “el sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral....”; el artículo 359 enuncia que “El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud...” y, en el artículo 360 que “el sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud....”.

Estadísticas generales de nutrición y asistencia médica en Ecuador

Inicio temprano de la lactancia materna

Según datos del MSP un poco más de la mitad de los niños menores a dos años se alimentaron con leche materna desde su nacimiento, de esta cifra el 25% no tomó leche materna hasta pasada una hora luego de su alumbramiento. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

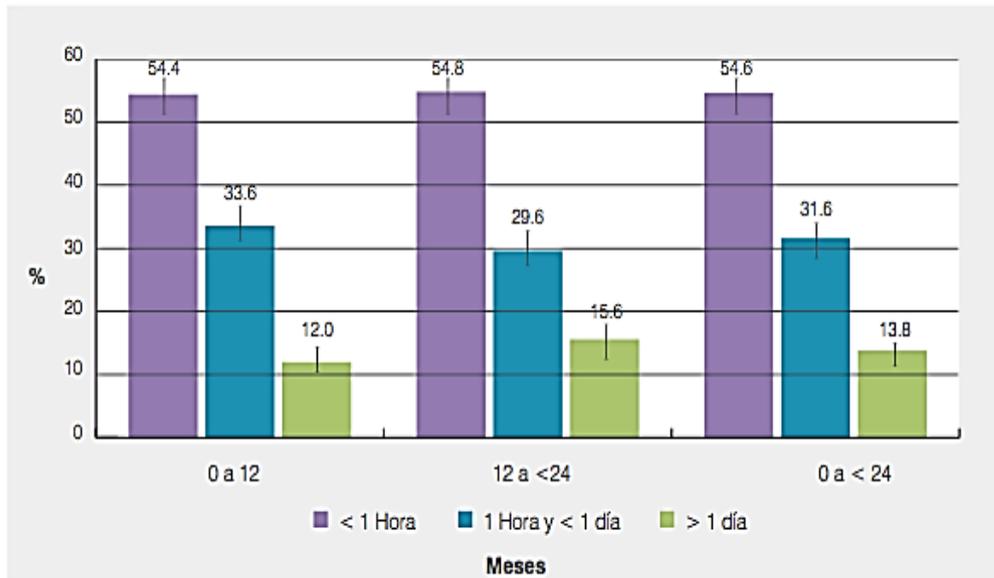


FIGURA 1: INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA
Tomado de: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses y lactancia materna continúa a los 2 años.

Durante el primer mes un poco más de la mitad de los niños fueron alimentados solamente con leche materna, aquellos niños que iban de 2 a 3 meses poco menos de la mitad se alimentaban de esta forma y entre los de 4 a 5 meses la tasa bajó a un 34.7%. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

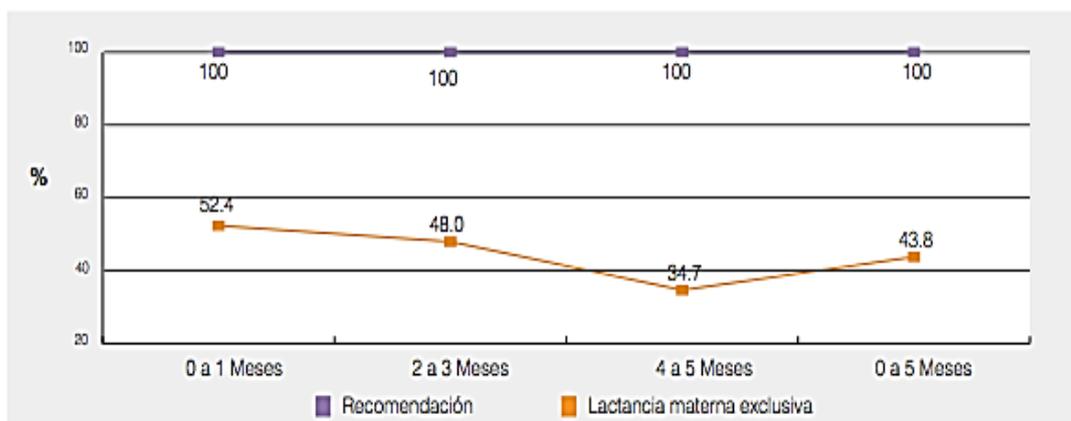


FIGURA 2: Lactancia exclusiva antes de los 6 meses de edad
Tomado de: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Se pueden analizar los datos a través de las etnias rescatando que las mujeres indígenas fueron más responsables con la alimentación de sus hijos debido a que tres cuartos de su población se inclinó por la lactancia materna solamente hasta los 5 meses, en contraste con las mujeres montubias quienes tuvieron un porcentaje del 23%. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

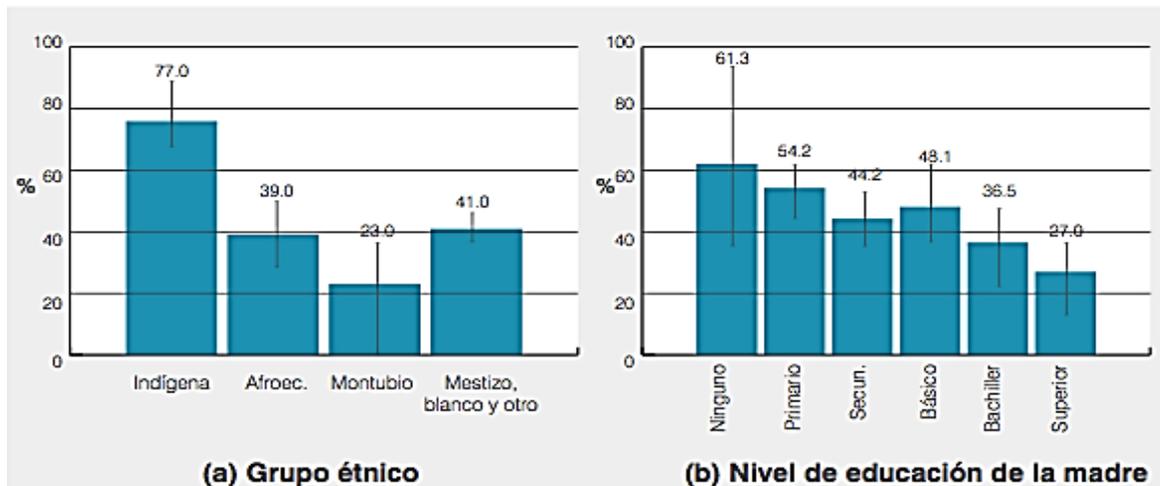


FIGURA 3: Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, por grupo étnico y nivel de educación de la madre

Tomado de:(Ministerio de Salud Pública, 2013)

Se observa una relación inversamente proporcional entre la instrucción educativa y la lactancia materna exclusiva, esto es que a través de cifras se demostró que mientras más alta es la educación de la madre, la elección de la leche materna va disminuyendo. Muy al contrario de las naciones del primer mundo, en las cuales se evidencia que si es superior el nivel de educación de la madre, ésta reconoce la importancia de la leche materna. En los sectores rurales el porcentaje de niños amamantados es superior que en los sectores urbanos. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

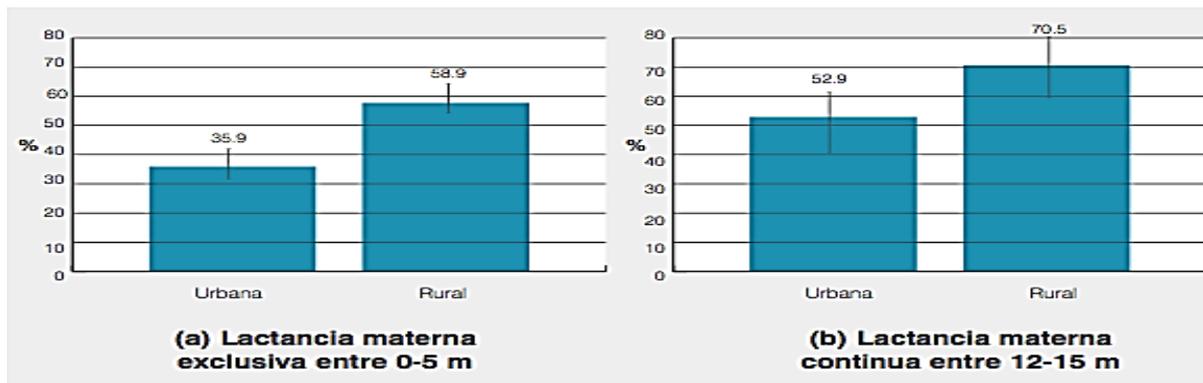


Figura 4: Lactancia materna exclusiva y continua, por área de residencia

Tomado de: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

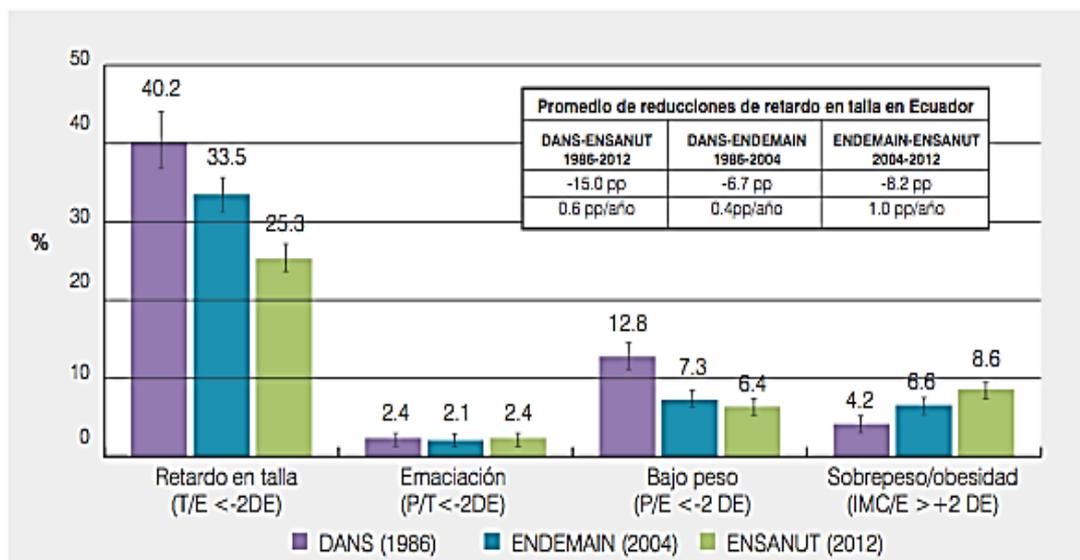
Una vez que los infantes llegaban a los 2 años, menos de la quinta parte se alimentó de leche materna de forma continua. Si la OMS indica que lo más saludable es darle leche materna hasta los 24 meses, las estadísticas en Ecuador resultan realmente bajas.

Estado nutricional de la población pre escolar (0 a 60 meses)

A través del gráfico se observa que la desnutrición crónica ha decrecido muy levemente en aproximadamente 25 años reduciéndose un 15% entre 1986 y 2012. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Entre los años 2004 al 2012 la tasa de bajo peso de los niños disminuye 8.2% pasando de 33.5% a 25.3%. Según las cifras no se observan cambios positivos considerables en la desnutrición aguda y global. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Se evidencia un incremento del sobrepeso y la obesidad desde mediados de la década de los 80's hasta la actualidad, debido a que la tasa correspondiente a este indicador se ha doblado en este periodo. Las cifras permiten observar ambas caras de la moneda, por lado la desnutrición y por otro el sobrepeso. (Ministerio de Salud Pública, 2013)



*A fin de comparar los resultados de la ENSANUT-ECU con las encuestas DANS (1986) y ENDEMAIN (2004), se tomó como referencia la población de estudio de la encuesta DANS, es decir, se consideraron para estos análisis como preescolares a la población de 0 a 59 meses.

T/E talla para la edad, P/T peso para la talla, P/E peso para la edad, IMC/E índice de masa corporal para la edad.

FIGURA 5: Prevalencias comparativas de desnutrición y exceso de peso, en menores de 5 años, entre encuestas nacionales*

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

En el gráfico se observa que a partir de los 6 meses el bajo peso de los niños es superior que en sus primeros meses de vida, y este se agrava luego del año, alcanzando 32.6%. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

En el índice de sobrepeso y obesidad, se observa predominante sobre los varones que sobre las niñas con una diferencia de casi 4 puntos porcentuales. Se puede estimar que poco más de un quinto de los niños tienen tendencia al sobrepeso y la obesidad. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

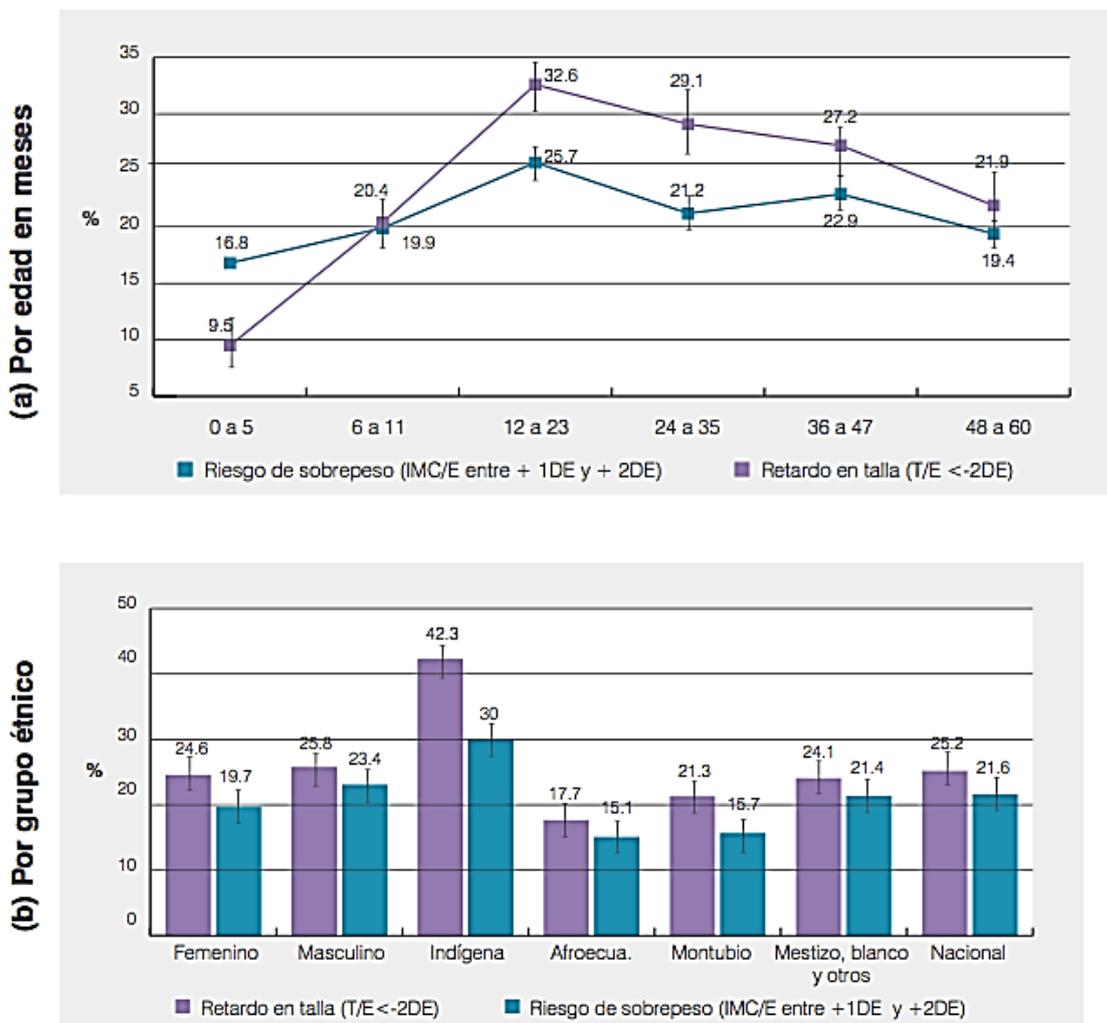


FIGURA 6: Prevalencias comparativas de desnutrición y riesgo de sobrepeso, población de 0 a 60 meses, sexo y grupo étnico

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

La pobreza es evidente en la etnia indígena y esta situación se observa en la desnutrición de los niños pertenecientes a este grupo debido a que su índice representa el doble que en el caso de las demás etnias. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Este índice aumenta mientras más pobres sean los progenitores, es por esto que el quintil 1 posea un índice 2.6 veces mayor que la población más rica. En este caso el índice baja mientras la instrucción de la madre sea superior. Las condiciones económicas no tienen mayor influencia en el índice de sobrepeso y obesidad. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

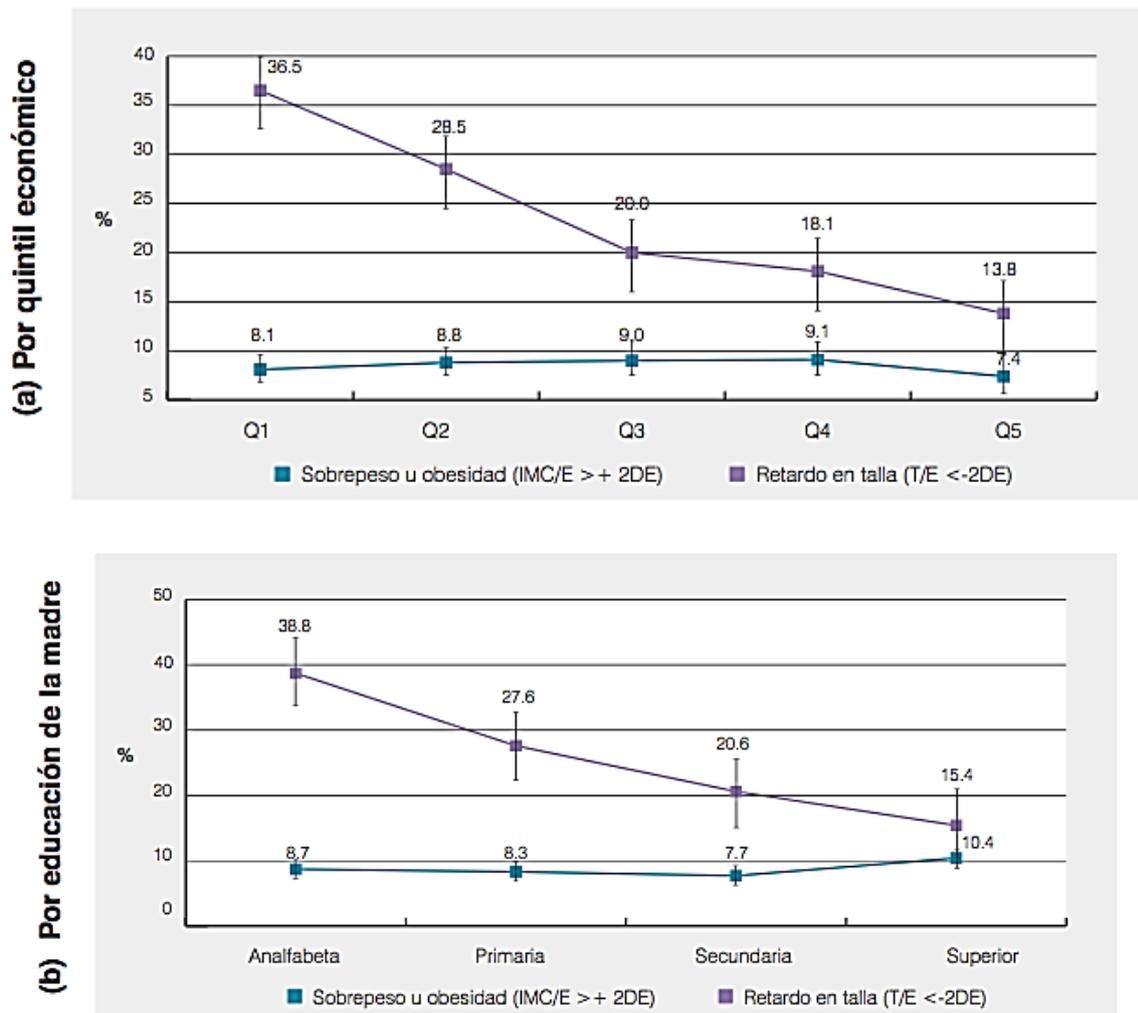


FIGURA 7: Prevalencia de retardo en talla, sobrepeso y obesidad en la población de 0 a 60 meses, por quintil económico y nivel de escolaridad de la madre

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

El bajo peso de los niños es más predominante en la Sierra y Amazonía. En donde se encuentran los mayores índices provinciales es en Chimborazo y Bolívar. Por otro lado el índice de sobrepeso y obesidad se ubica mayoritariamente en Galápagos y Guayaquil. Así mismo en la Sierra 4 de cada 10 niños presentan problemas alimenticios sea con desnutrición o sobrepeso y obesidad.

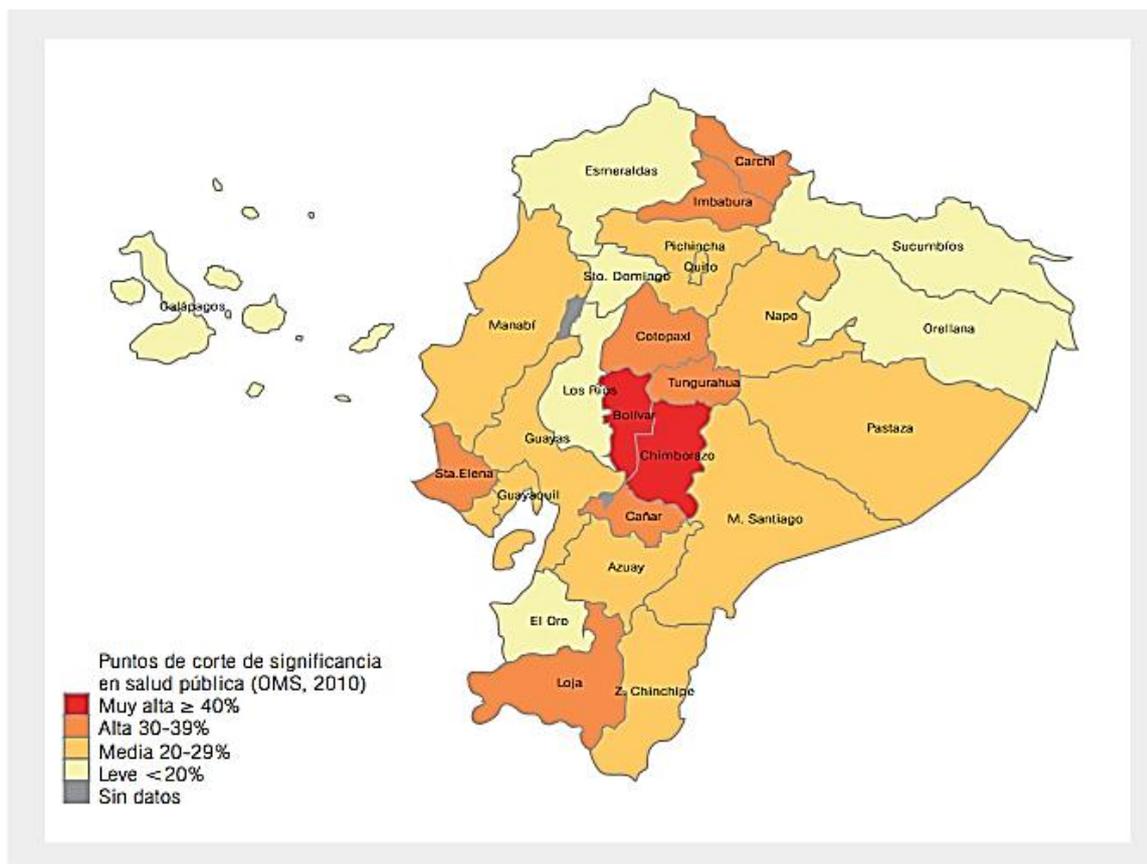


FIGURA 8: Prevalencia de retardo en talla (T/E <-2DE) en la población de 0 a 60 meses, por provincias

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Estado nutricional de la población escolar (de 5 a 11 años)

En esta etapa el 15% de los niños tiene bajo peso, según el índice no existen diferencias marcadas dependiendo de si es niño o niña o de la edad. Se observa un aumento en el índice de sobrepeso y obesidad. La etnia indígena sigue ocupando los índices más altos en comparación con las demás etnias. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

En el caso del sobrepeso, en esta etapa, es predominante en la etnia mestiza y blanca, y al igual que en la etapa anterior el bajo peso se observa en mayor proporción en la población más pobre. Se evidencia un punto interesante, el sobrepeso a diferencia del bajo peso es mayor en los sectores más ricos. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

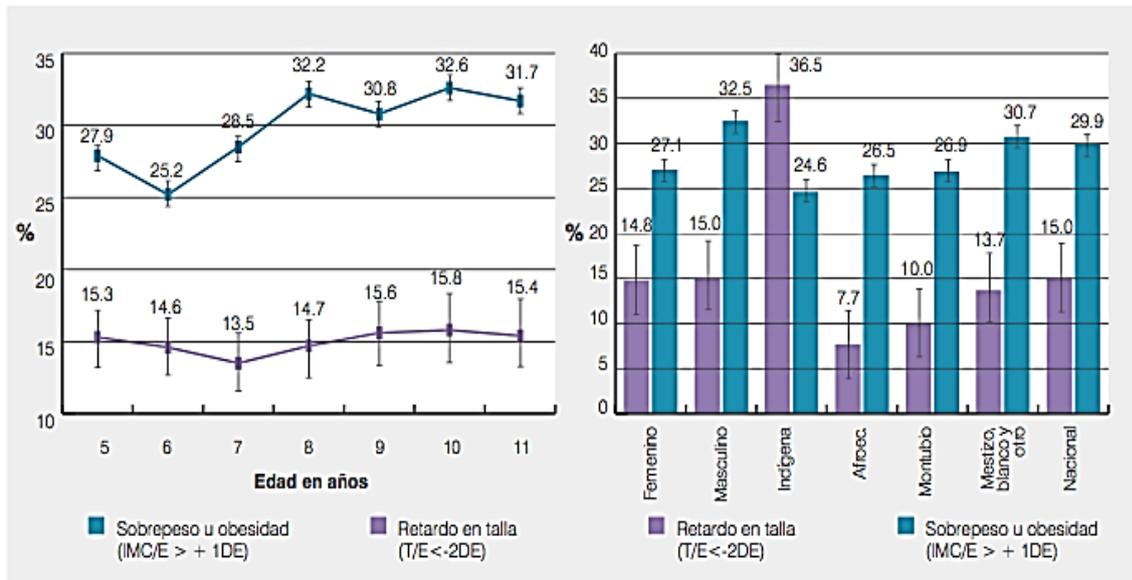


FIGURA 9: Prevalencia de retardo en talla, sobrepeso y obesidad en la población escolar (5 a 11 años), por edad, sexo y etnicidad

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Ciertas provincias de la Sierra y de la Costa presentan los mayores índices en ambas categorías y a través de las cifras se puede inferir que al menos el 60% de los infantes sufren de algún tipo de malnutrición. Se debe rescatar además que en ciertas provincias de la Costa se presentan altas tasas de sobrepeso pero muy bajas en el índice de bajo peso. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

(Ver gráfico en la siguiente página)

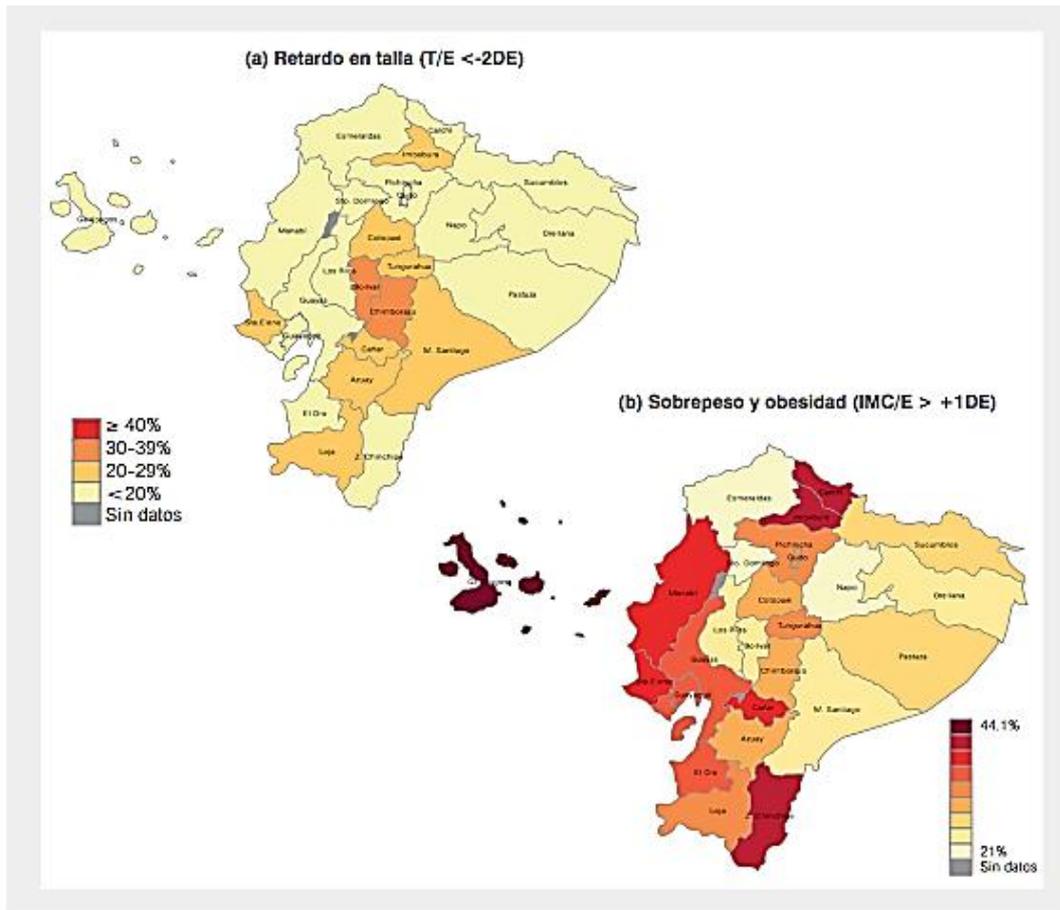


FIGURA 10: Prevalencia de retardo en talla, y sobrepeso y obesidad en la población escolar (5 a 11 años), por provincias

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Prestadores externos de servicios de salud en convenio con el IESS

Existe una población bastante amplia de afiliados al IESS, por lo que la institución al reconocer que sus instalaciones por si solas no pueden abastecer su demanda optó por hacer convenios con los denominados *prestadores externos*. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2013)

Hasta el 2009 el IESS tenía 268 instituciones anexas, las cuales cuentan con todos los requisitos para atender a todos los afiliados en todo el Ecuador. (Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, 2013)

En 2012, el IESS ha cancelado más de \$400 millones a dichos prestadores externos. Cada pago debe ser auditado con el fin de asegurar el destino de los recursos de la entidad, a través de este programa se redujo la población afiliada que no podía ser atendida. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2013)

Con el fin de dar cobertura a todos los gastos de la entidad, sean estos servicios médicos, pensiones, etc. la institución diseñó un presupuesto para el 2014 superior en un 15% al del año anterior. Actualmente, esta entidad pone a disposición sus servicios a 8 millones de afiliados, más del 50% de los habitantes. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2013)

En los últimos siete años, esta institución ha invertido en infraestructura y tecnología con el fin de brindar mejores servicios así como también la inversión en personal médico especialista con el propósito de promover mayor salud en los ecuatorianos. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2013)

Capítulo III: Marco Metodológico

En este capítulo se expondrá un vistazo generalizado a la metodología de investigación que se implementará en el presente estudio comprendido por las principales técnicas empleadas, descripción de las variables de interés, características de los datos a utilizar, así como también las limitaciones entre otras generalidades metodológicas que aclararán al lector el proceso utilizado para la consecución de los resultados.

Población y criterios de selección

La población elegida para el presente trabajo fueron los padres de familia de los pacientes registrados en la Unidad de Pediatría del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en un periodo de recolección de información de una semana. El esquema que se plantea guarda relación con un estudio de corte transversal que tiene por objetivo la evaluación del nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios médicos a través de una encuesta. En ese sentido, fue diseñado un cuestionario, el cual fue entregado a los padres de familia que acuden a la Unidad de Pediatría.

Por otra parte, los criterios empleados para la elección de pacientes idóneos para la encuesta fueron los siguientes: pacientes de cirugías ambulatorias en la Unidad de Pediatría, pacientes mayores al mes de edad y menor a 15 años y pacientes atendidos en la consulta externa. En cuanto a los criterios de rechazo de sujetos de encuesta se eligieron los siguientes criterios: encuestas efectuadas por personas distintas a los padres de familia, pacientes que siguen su proceso de atención en su domicilio u otras instituciones y padres de pacientes que decidieron no formar parte de la encuesta. Así también fueron descartados aquellos formularios con más de 10% de preguntas sin solución.

Tamaño de la muestra

Dentro de las estadísticas que se manejan a nivel administrativo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, se pudo conocer que, en promedio, asisten aproximadamente 350 pacientes por semana a la Unidad de Pediatría del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Por tal motivo, este número fue tomado como referencia en la determinación de la población sobre la cual se estableció el muestreo del cual se obtuvo el número de usuarios a ser consultados.

Para el cálculo de la muestra, se establece un nivel de confianza del 95% y el margen de error de 5%, se hizo a través del muestreo simple aleatorio para poblaciones finitas:

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

Donde:

N: es el tamaño de la población

n: es el tamaño de la muestra

Z: es el nivel de confianza

p: porcentaje de la población que tiene el atributo deseado

q: porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado

e: es la precisión o el error.

El cálculo de la formula se puede apreciar:

$$n = \frac{350 * 1.96^2 * 0.95 * 0.5}{0.5^2 * (350 - 1) + 1.96^2 * 0.95 * 0.5} = 184$$

El espacio muestral a calcular será de 184 pacientes en la Unidad de Pediatría, los cuales fueron escogidos aleatoriamente.

Variables de estudio

En las encuestas elaboradas se incluyen variables válidas para el estudio de los niveles de satisfacción en los pacientes y que aportan al cumplimiento de los objetivos planteados en este trabajo. A continuación se describen las principales características de las preguntas incluidas en el formulario de encuestas:

Tabla 5: Información general del paciente

Indicador	Escala
Edad del paciente	Menor a 1 año
	De 1 a 3 años
	De 4 a 6 años
	De 7 a 9 años
	De 10 a 12 años
Sexo del paciente	Masculino
	Femenino

Estas preguntas permiten obtener datos generales sobre el tipo de paciente que recibe atención en la casa de salud en mención. La edad de los pacientes fue agrupada a conveniencia de forma simétrica. Cabe destacar que a los pacientes que registraban meses de edad fueron agrupados como menores a 1 año. A pesar de que la delimitación incluía pacientes de hasta 15 años de edad, el máximo de la muestra indica que la mayor edad registrada era la de 12 años. Para todos los demás casos se estableció un ancho de 3 años entre cada categoría. Así también se incluyó el sexo del paciente, clasificado como masculino y femenino.

Tabla 6: Satisfacción con la atención recibida

Indicador	Escala
Nombre del pediatra	Lo conoce
	No lo conoce
Nombre del enfermero(a)	Lo conoce
	No lo conoce
Tiempo de atención	Muy escaso
	Escaso
	Correcto
	Excesivo
	Muy excesivo
Amabilidad del personal	Nunca
	Pocas veces
	Casi siempre
Ayuda del personal	Siempre
	Nunca
	Pocas veces
	Casi siempre
	Siempre

La satisfacción de la atención recibida fue evaluada desde los siguiente puntos de interés: conocimiento sobre el nombre del pediatra y del enfermero(a) tratantes. Otra variable considerada fue el tiempo de atención que recibieron los pacientes durante el servicio asistencial estableciendo categorías en función de que van de escaso a muy excesivo, según el criterio de los padres de familia. Finalmente el trato del personal fue evaluado desde la perspectiva de la amabilidad y la predisposición para la ayuda al paciente, a través de escalas que van de nunca a siempre, según se muestra en la tabla anterior.

Estas variables nos permiten recabar información que permite conocer sobre la percepción de satisfacción sobre la atención recibida, desde el punto en el que los pacientes deben saber los nombres de los profesionales que prestan el servicio, hasta aspectos que en la administración son conocidos como calidad de servicio como amabilidad y ayuda.

Tabla 7: Satisfacción con las condiciones físicas

Indicador	Escala
Temperatura de la sala de espera	Mucho peor
	Peor
	Como lo esperaba
	Mejor
	Mucho mejor
Ruido en la sala de espera	Mucho peor
	Peor
	Como lo esperaba
	Mejor
	Mucho mejor
Limpieza en la sala de consulta	Mucho peor
	Peor
	Como lo esperaba
	Mejor
	Mucho mejor

En este grupo de preguntas la finalidad es obtener información sobre la percepción de idoneidad del espacio físico en que se lleva a cabo el proceso asistencial. Se evalúan aspectos como la temperatura y ruido de la sala, así como también la limpieza de la sala en todos sus niveles. Estas fueron medidas en función de escalas categorizadas como: mucho peor, peor, como lo esperaba, mejor y mucho mejor. Todas estas respuestas son aplicables a los tres aspectos de evaluación en cuanto a condiciones físicas o del entorno de atención.

Estos aspectos son relevantes dentro de la satisfacción del usuario de servicios de salud y determinan el bienestar de los mismos. Las deficiencias en estos aspectos suelen tener grandes repercusiones sobre la evaluación general de las instituciones de salud.

Tabla 8: Satisfacción con la información recibida

Indicador	Escala
Información general de la enfermedad	Nunca
	Pocas veces
	Casi siempre
	Siempre
Información sobre pruebas diagnósticas realizadas	No procede
	Nunca
	Pocas veces
	Casi siempre
Evolución de los síntomas tras el tratamiento	Siempre
	No procede
	Pobre
	Aceptable
Riesgos del diagnóstico del tratamiento	Buena
	Muy buena
	Excelente
	Nunca
¿Le informaron de los cuidados a seguir en casa?	Pocas veces
	Casi siempre
	Siempre
	No procede
	Si
	No

El grupo de preguntas anterior tiene como objetivo determinar la satisfacción de los usuarios sobre la información recibida para lo cual se consideraron factores como la información general recibida sobre la enfermedad del paciente así como de las pruebas de diagnóstico realizadas. También se incluyó una pregunta referente a la información que deben recibir los pacientes sobre los cuidados posteriores a seguir una vez dado el alta y el paciente regresa a casa. Como preguntas complementarias se escogieron aspectos como la evolución de los síntomas tras el tratamiento y la existencia de riesgos durante el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Tabla 9: Satisfacción general de los servicios recibidos

Indicador	Escala
¿Cómo calificaría en general los cuidados recibidos?	Pobre
	Aceptable
	Buena
	Muy buena
	Excelente

Finalmente, se planteó una pregunta que permite dar una conclusión general a los padres de familia de los pacientes evaluados sobre la calificación que otorgaría en la casa de salud en función de las dimensiones de la atención médica antes mencionadas. Dicha calificación es evaluada por los usuarios en función de escalas que van de pobre a excelente.

Herramientas estadísticas y de apoyo

Dentro del desarrollo metodológico del presente trabajo se empleará de forma primordial un análisis descriptivo por lo que este aspecto será evaluado principalmente a través de estadísticos de frecuencia de forma que se los datos se puedan describir en forma nominal y porcentual conforme a la distribución de los atributos con los que cuentan las variables tratadas.

Por otra parte, las principales herramientas de apoyo corresponderán a las hojas de cálculo de Microsoft Excel, mientras que el tratamiento de datos con mayor volumen se empleará el software estadístico SPSS de IBM, en el cual se realizarán los principalmente los cálculos de frecuencia en los que se hará énfasis para la fase de resultados.

Capítulo IV: Análisis de resultados

Análisis de hallazgos en la encuesta

A continuación se realizará una descripción de los resultados de las encuestas a 184 responsables o padres de familia de los pacientes del área pediátrica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, a quienes se les consultó sobre los principales indicadores de calidad asistencial en aspectos esenciales como el acceso a la información en el proceso de atención, tiempo de demora en la atención, buen trato del personal médico y administrativo, idoneidad de instalaciones y demás espacios físicos, efectividad del tratamiento recibido. Todo lo anterior con la finalidad de que se pueda emitir una percepción general de la atención y finalmente el paciente pueda dar una calificación general del servicio recibido.

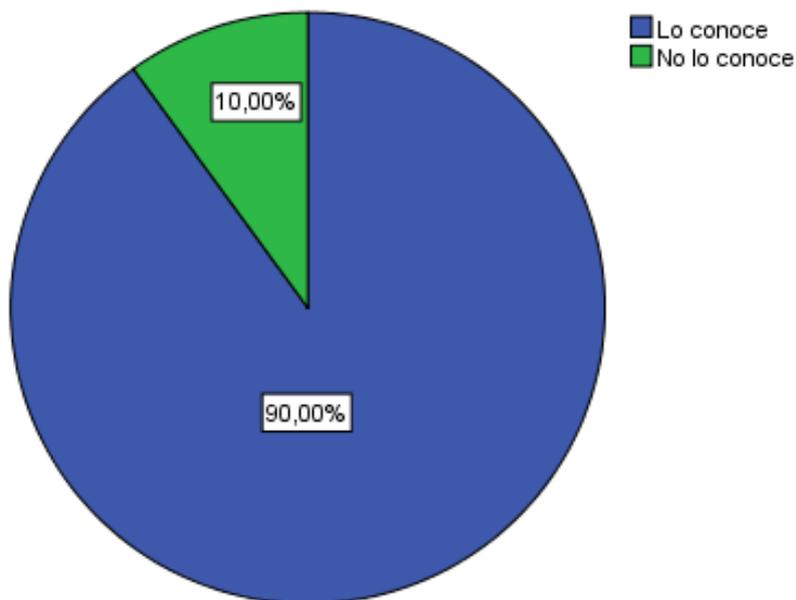


FIGURA 11: Nombre del Pediatra

Tomado de los resultados de la encuesta

Como se puede observar en el gráfico anterior, el 90% de los pacientes del área pediátrica que acuden en busca de servicio en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, como mínimo tienen conocimiento del nombre del Pediatra que los va a tratar. La principal razón es por recomendación de personas cercanas o por derivaciones por parte del área de Medicina General de la clínica.

Por su parte, el 10% restante afirma que durante el proceso asistencial, no se recibió información sobre el médico tratante. Este es un factor crítico dentro del proceso, pues la falta de información y comunicación en este aspecto genera ineficiencias y malestar en los responsables o padres de familia que llevan a sus hijos para recibir asistencia.

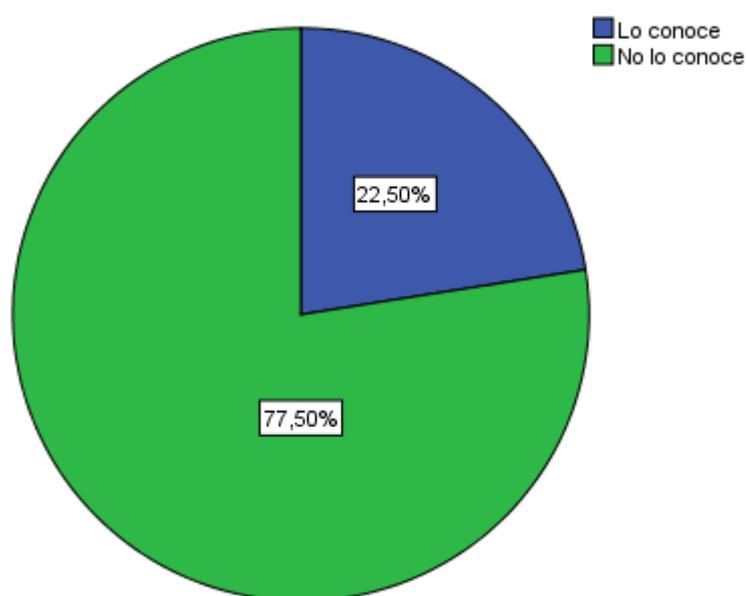


FIGURA 12: Conocimiento del nombre del enfermero

Tomado de los resultados de la encuesta

Como se puede observar en la Figura 12, el 77.50% de los pacientes que acuden al área de Pediatría en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo no tienen conocimiento del nombre del enfermero por el cual serán atendidos para las revisiones básicas que se deben

aplicar a los niños. El 22.5% restante de los encuestados, reportan haber recibido información del nombre del personal de enfermería quien brinda la atención primaria.

La razón principal es porque las personas prefieren conocer el nombre del doctor especializado más no de la persona que es de apoyo para el mismo. Sin embargo, como se mencionó para el caso del conocimiento del nombre del médico tratante, este aspecto también evidencia falencias en la comunicación y acceso a información hacia los pacientes o responsables que podría o no tener las consecuencias citadas en el caso anterior.

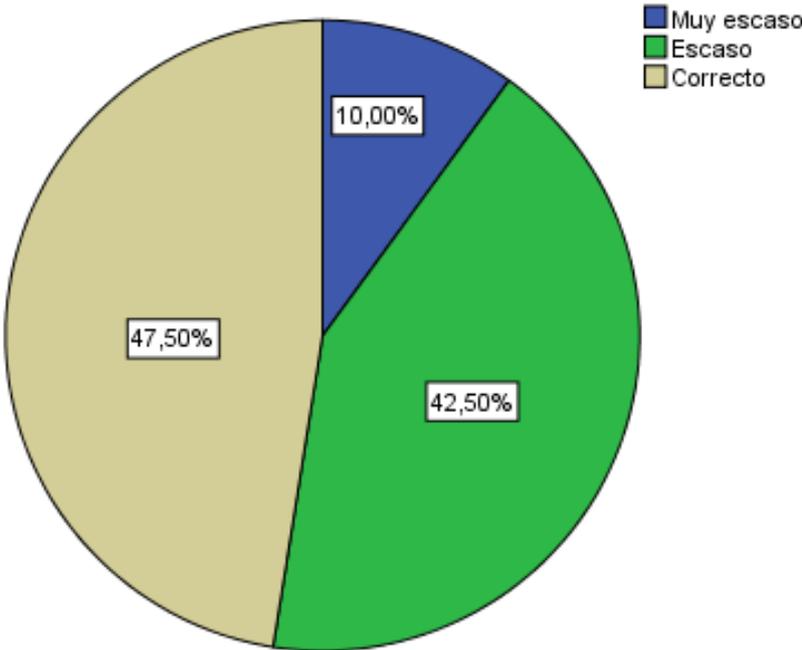


FIGURA 13: Tiempo de atención

Tomado de los resultados de la encuesta

Los tiempos de atención es una variable muy importante en la calidad asistencial de las instituciones de salud, que gana relevancia mayor en los casos en los que el servicio solicitado es de emergencia, incluso de los que no requieren atención inmediata, pues tiene incidencia sobre las percepciones de eficiencia y bienestar de los pacientes o de la persona que solicita atención.

De las personas encuestadas el 47.50% indican que el tiempo que les fue dedicado con respecto a sus necesidades de atención durante la consulta es el correcto. Mientras el 42.50% reportan que el tiempo tomado fue escaso. Además solo el 10% coinciden que el tiempo es muy escaso en el momento de la atención del especialista.

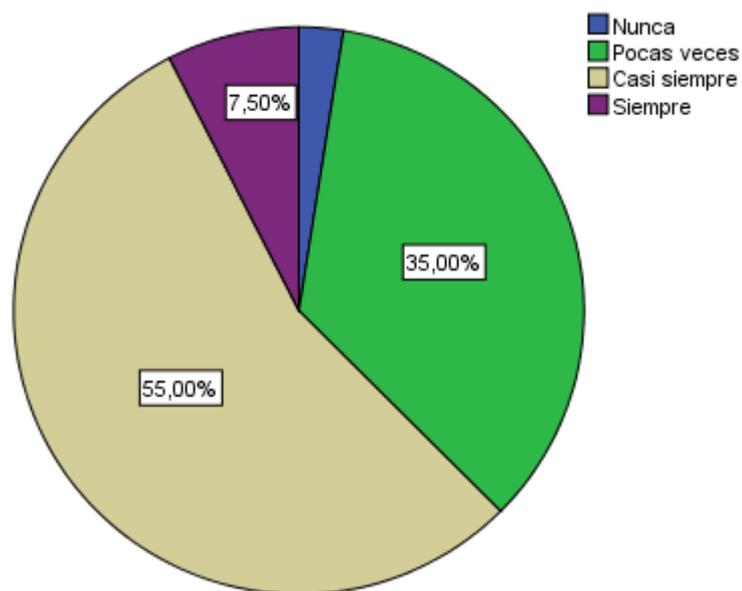


FIGURA 14: Amabilidad del personal

Tomado de los resultados de la encuesta

La amabilidad recibida por el personal en las instituciones de salud dentro del ámbito general sin contar con todas las habilidades del especialista, es un factor preponderante dentro de la satisfacción percibida por paciente o por la persona responsable del mismo. En ese sentido se puede observar cierto grado de preocupación pues el 55% de los pacientes indican que casi siempre obtiene este tipo de trato. Mientras que el 35% coinciden en que muy pocas veces obtienen este tipo de atención, seguido de un 7.50% reportan que la atención del personal siempre es la adecuada y finalmente un 2.5% que nunca obtiene buen trato.

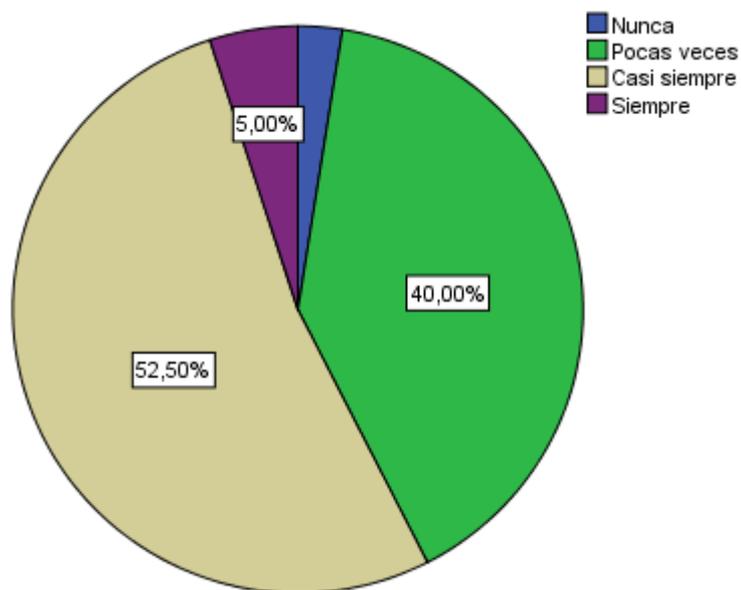


FIGURA 15: Ayuda del personal

Tomado de los resultados de la encuesta

Otro aspecto importante dentro de la evaluación es la ayuda prestada por los colaboradores o el personal del hospital, porque es una de las partes fundamentales para que el usuario pueda obtener buena calidad en el servicio que desean recibir, ya que son quienes están en constante contacto con el paciente y son vitales en el proceso de atención.

En este aspecto, dicha colaboración es medida en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo como *casi siempre* por un 52.50% de los pacientes encuestados. Con un 40.00% los usuarios reportaron haber recibido ayuda *pocas veces*, mientras que el 5% de los casos reportan *siempre* haber obtenido una respuesta satisfactoria. Finalmente un 3% coinciden en que *nunca* reciben el trato esperado. Cabe destacar que hay un porcentaje considerable de usuarios que no han recibido ayuda en todos los casos, hecho que incide significativamente sobre la evaluación de satisfacción general.

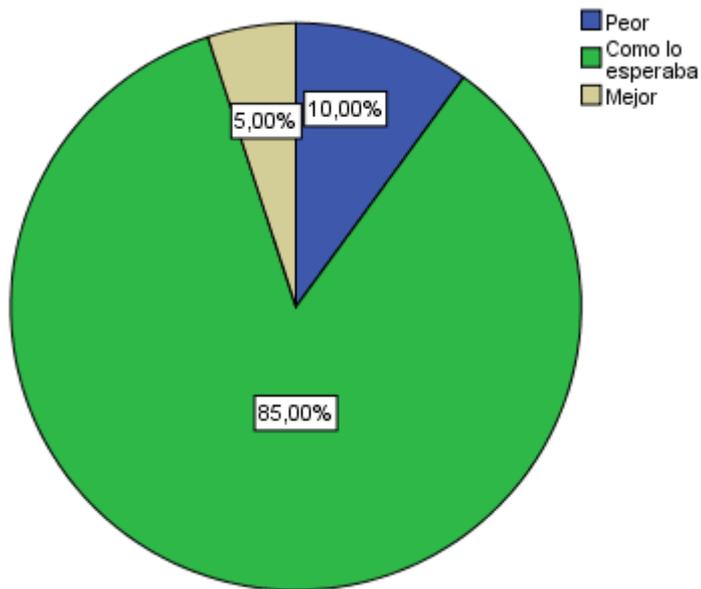


FIGURA 16: Temperatura de la sala de espera

Tomado de los resultados de la encuesta

Debido al constante crecimiento de pacientes que llegan al Hospital Teodoro Maldonado Carbo en busca de atención médica, la temperatura en el área de espera debe estar de acuerdo a los estándares requeridos y necesarios para los usuarios. Los mismos en un 85% indican que el área en mención se encuentra *como lo esperaban*, mientras que un 10% declaran que el estado es *peor* a lo que suponían que estaría. Vale recalcar que el restante de pacientes coincide en un 5% que la temperatura es mejor a lo que creían obtener.

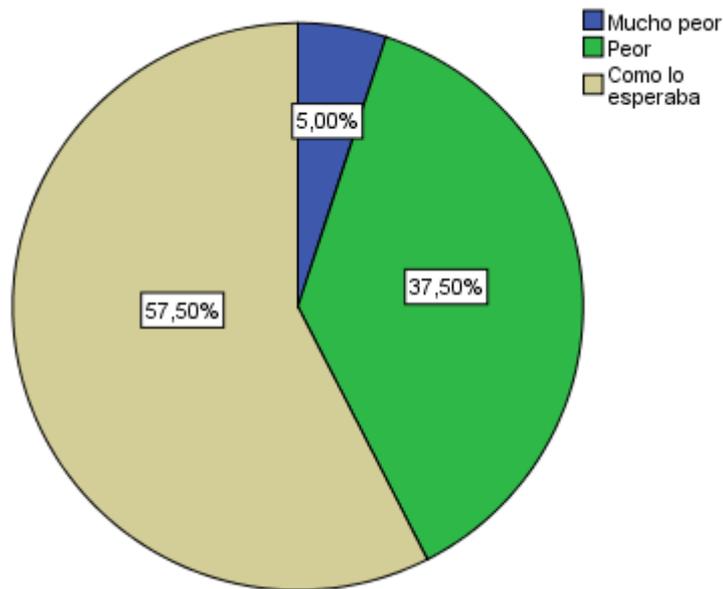


FIGURA 17: Ruido en la sala de espera

Tomado de los resultados de la encuesta

Debido que el área que se está evaluando es de Pediatría en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo donde las personas que acuden van a acompañadas de niños, se sabe que un motivo fundamental para estar expuesto a la contaminación acústica o sonora provocado es por las actividades humanas, en este caso por la gran cantidad de infantes que se encuentran en el lugar.

Por lo antes expuesto un 57.50% de los pacientes exponen que el ambiente esta *como lo esperaban* encontrar, mientras que el 37.50% indican que resultado *peor* a lo que se espera normalmente y finalmente resultó *mucho peor* para el restante 5% de los pacientes. En este caso también resulta relevante señalar que un porcentaje considerable tuvo una percepción inferior en temperatura del ambiente. Otro aspecto a resaltar es que no se registraron caso en los que la percepción de temperatura fue *mejor* o *mucho mejor* de lo que se esperaba, categorías incluidas en esta pregunta de la encuesta.

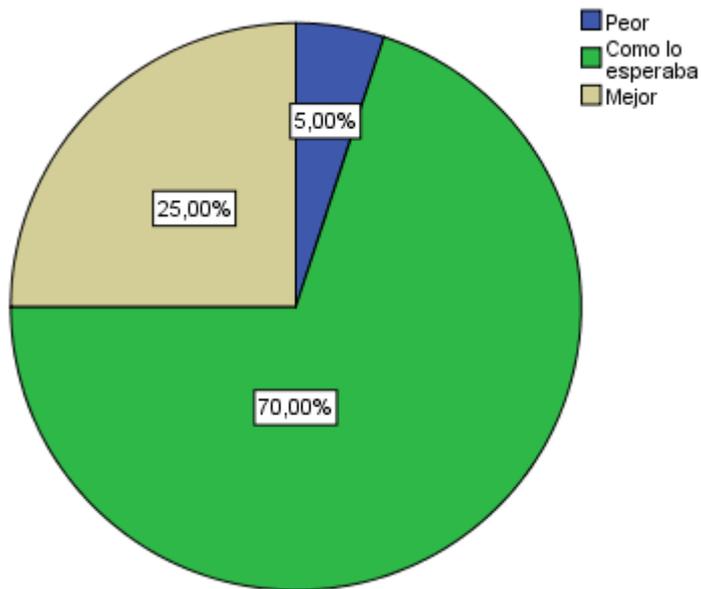


FIGURA 18: Limpieza en la sala de consultas

Tomado de los resultados de la encuesta

La limpieza juega un papel importante en un hospital. Este aspecto tiene que ver con las paredes, pisos, ropa de cama y equipos que se encuentran en los diferentes departamentos y salas de atención en el hospital con el fin de proteger a los pacientes, al personal, a los visitantes de la comunidad de los múltiples virus, microorganismos y extensión de infecciones que pueden ser perjudiciales para la salud.

Dada la importancia de este factor en la calidad asistencial, los resultados indican que un 70% de los pacientes encontraron el lugar *como lo esperaban*, mientras que un 25% indican que es *mejor* con respecto a sus expectativas y finalmente un 5% concuerdan que la limpieza es *peor* a lo que normalmente se espera. Para esta variable se puede destacar que la percepción general sobre limpieza en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo es ideal, pues 95% en forma agrupada indica que la limpieza es adecuada e incluso ha superado expectativas previas.

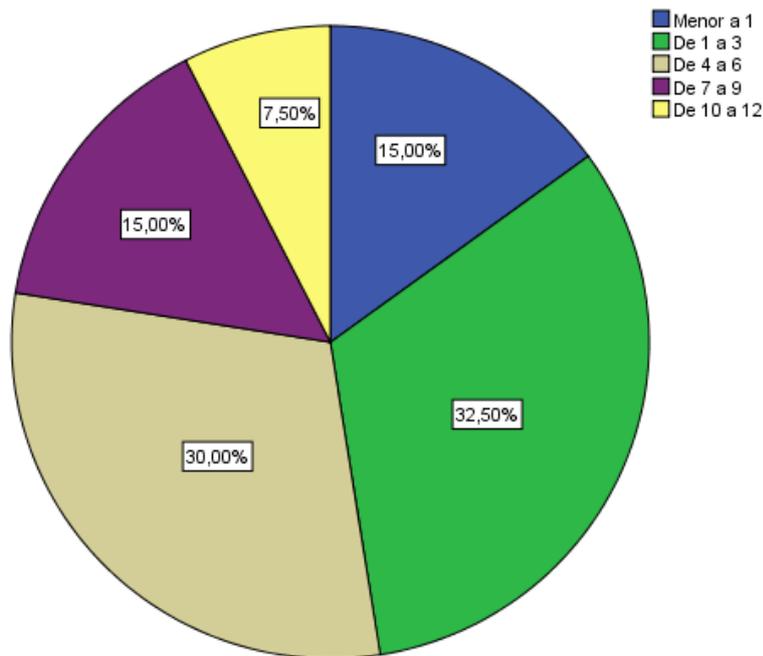


FIGURA 19: Grupos de edad del paciente

Tomado de los resultados de la encuesta

Las edades consideradas en el proceso de atención pediátrica van desde recién nacidos, hasta la edad de 12 años. Para el análisis de esta variable sobre los pacientes encuestados se establecieron grupos de edad definidos de la siguiente forma: menores de 1 año, de 1 a 3 años, de 4 a 6 años, de 7 a 9 años y finalmente de 10 a 12 años. Por temas de conveniencia, esta distribución de edades permite analizar los resultados de forma menos dispersa.

En ese sentido, de los pacientes encuestados en el área de pediatría del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, se puede destacar que la mayor concentración de atención está dirigida hacia las niñas y niños con edades que van de 1 a 3 años. En segundo lugar, se registra una mayor frecuencia en edades de 4 a 6 años. Con un porcentaje del 15% están los pacientes pertenecientes al grupo “de 4 a 6 años” y también los “menores de 1 año”. Finalmente, la menor frecuencia registrada es en aquellos pacientes con edades de 10 a 12 años. Esto se explica porque la mayor parte de los pacientes de estas características ya no

suelen ser atendidos bajo la figura pediátrica, sino que son derivados a áreas de atención adulta.

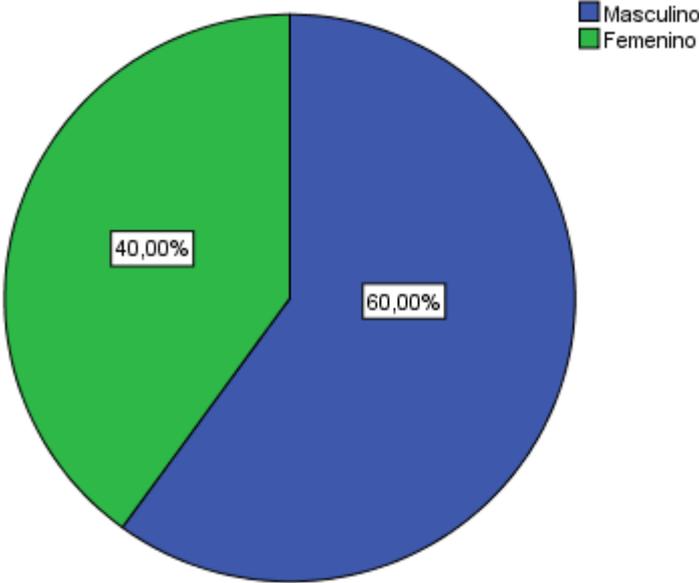


FIGURA 20: Sexo del paciente

Tomado de los resultados de la encuesta

Con esta variable se puede complementar la información general sobre características de los pacientes que asisten al área de pediatría del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Conforme a la encuesta realizada, el 60% de los pacientes que asisten para una consulta son del sexo masculino, mientras que el 40% restante corresponde al género femenino.

(Ver gráfico en la siguiente página)

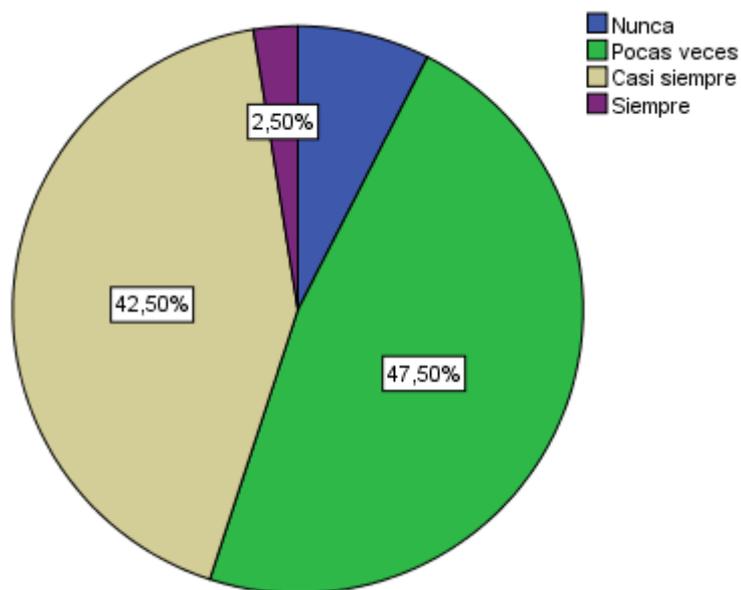


FIGURA 21: Información general de la enfermedad

Tomado de los resultados de la encuesta

Como pieza clave de la calidad asistencial se debe proporcionar al paciente información relacionada con la enfermedad, los riesgos y la naturaleza. Además esta información aparte de completa, debe ser de fácil comprensión para el destinatario y adecuada a las circunstancias. En dicho aspecto, la figura del médico debe ser primordial como responsable de la difusión de información general sobre la enfermedad que adolece al paciente.

De forma específica se puede establecer que el 47.50% mencionan que *pocas veces* logran obtener información clara de los resultados. Por lo contrario, el 42.50% indican que *casi siempre* la respuesta es satisfactoria. Mientras el 7.50% dicen *nunca* entenderlos resultados proporcionados. Y tan solo el 2.5% coinciden en *siempre* salir de la consulta con una idea clara del tratamiento a seguir con respecto a la enfermedad diagnosticada.

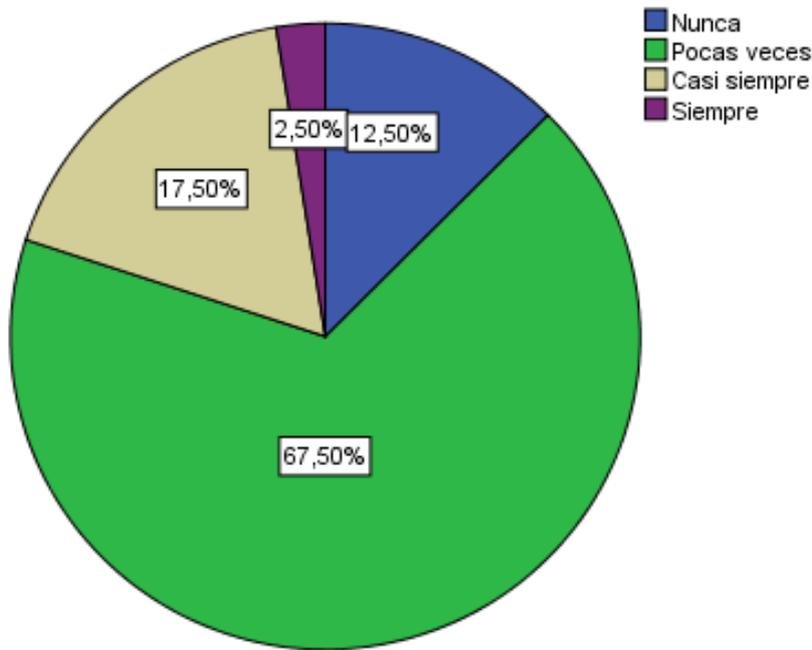


FIGURA 22: Información sobre pruebas diagnósticas realizadas

Tomado de los resultados de la encuesta

De igual manera que la pregunta anterior, la información recibida sobre las pruebas de diagnóstico a las que se ha sometido al paciente es una variable a considerar dentro de los aspectos de satisfacción de los usuarios de servicios de salud. La falta o insuficiencia de información de este tipo también tiene implicaciones la atención posterior.

Respecto de lo anterior y según los resultados, el 67.50% de los usuarios del Hospital Teodoro Maldonado Carbo *pocas veces* reciben información de este tipo, por lo contrario el 17.50% indican que *casi siempre* se le ha informado sobre las pruebas realizadas. Mientras que el 12.50% declaran *nunca* haber tenido conocimiento alguno por parte de los médicos y 2.50% restante dan a conocer que *siempre* han sido informados correctamente sobre estos procedimientos.

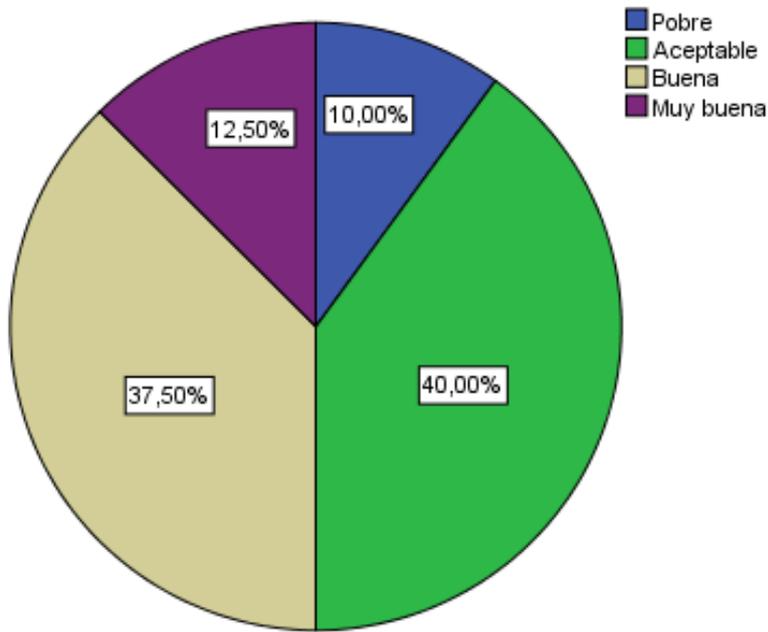


FIGURA 23: Evolución de los síntomas tras el tratamiento

Tomado de los resultados de la encuesta

La evolución que vaya teniendo el paciente con el tratamiento dictado por el médico especializado es muy importante al momento de tener que seguir con el mismo, ya que al no darse los resultados esperados, el paciente tendría que volver a realizarse nuevos chequeos y en el peor de los casos la situación se podría agravarse.

En este aspecto el 40% de los responsables de pacientes declaran haber tenido una *aceptable* evolución en el tratamiento aplicado. En cuanto al 37.50% indican haber tenido una *buena* reacción. El 12.50% manifiestan que fue *muy bueno* el tratamiento que les fue aplicado y finalmente en un 10% califican como *pobre* el desarrollo de su recuperación.

Como se puede observar, los índices de eficacia del tratamiento recibido en el área pediátrica son altos, no obstante, la calificación de evolución pobre con el tratamiento recibido es un aspecto a considerar.

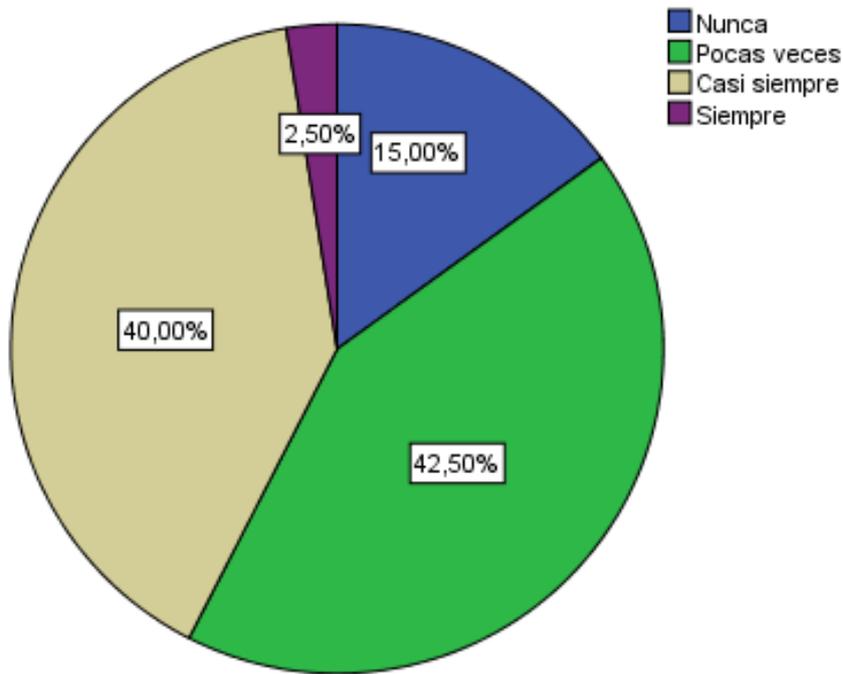


FIGURA 24: Riesgos del diagnóstico y el tratamiento

Tomado de los resultados de la encuesta

La mayoría de las veces, el tratamiento diagnosticado por el médico especializado, hacen que la calidad de vida y salud mejoren, en reducción de dolores, contrarrestar infecciones, etc. No obstante los medicamentos pueden causar reacciones no deseadas, conocidas como efectos secundarios. Muchos de ellos son leves y se desvanecen al dejar de tomar el medicamento. Otros pueden resultar graves como alergias, entre ellas las cutáneas que son del tipo más común.

De acuerdo a lo señalado, existe una opinión dividida por parte de los usuarios o responsables de los pacientes del área de pediatría, pues el 42.5% de ellos menciona que *pocas veces* se presentó algún riesgo en el tratamiento y diagnóstico; mientras un 40% argumenta haber recibido *casi siempre* un tratamiento con implicaciones riesgosas. Un 15% de las personas encuestadas respondieron que nunca el tratamiento fue riesgoso y un 2.5% asegura siempre el diagnóstico y tratamiento fue riesgoso.

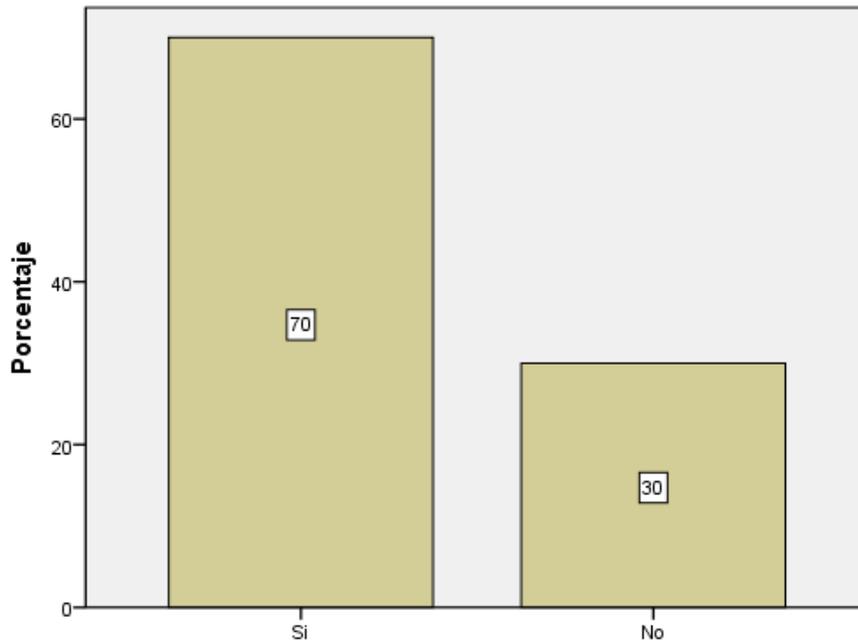


FIGURA 25: Información de los cuidados a seguir en casa

Tomado de los resultados de la encuesta

La información que deben recibir los pacientes y sus familiares no solo corresponde a los medicamentos que debe ingerir, sino que también incluye los cuidados que debe tomar en sus hogares para que el tratamiento pueda obtener buenos resultados y en el menor tiempo posible. Es un factor importante pues así el paciente conoce y monitorea su estado de salud y está pendiente de cuál sería el procedimiento a seguir durante los controles.

Así, el 70% de los usuarios consultados afirma haber recibido información sobre los cuidados que debe seguir en el hogar, mientras que aproximadamente el 30% respondió que no recibió tal información por parte del médico especializado.

(Ver gráfico en la siguiente página)

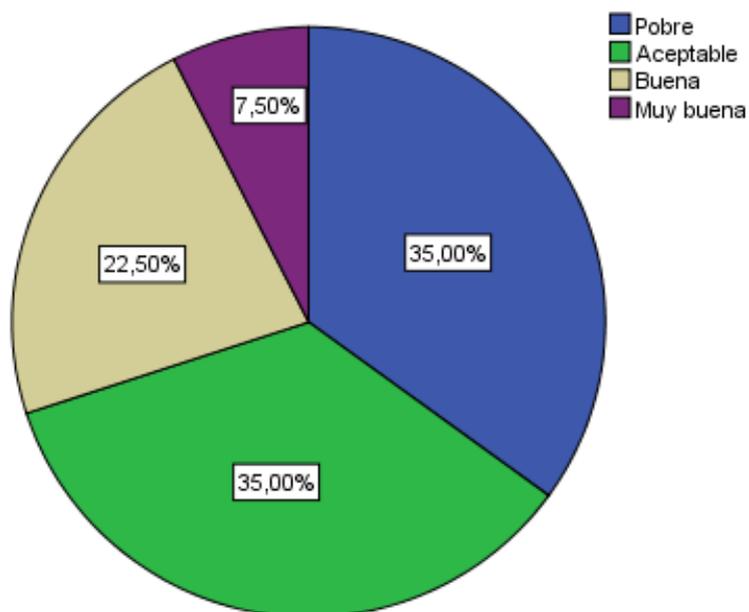


FIGURA 26: Calificación general de los cuidados recibidos

Tomado de los resultados de la encuesta

Finalmente, cuando los pacientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo fueron consultados sobre qué calificación general debería recibir esta institución, en función del servicio recibido antes, durante y después de su atención; estos respondieron que es *aceptable* en un 35% de los casos. Mismo porcentaje se registra en los usuario que consideraron el servicio recibido como *pobre*, mientras que en el 22.50% afirman que es *buena*, y el 7.50% califican como *muy buena* los cuidados que recibieron por parte del hospital.

A manera de recapitulación de los resultados anteriores para cada pregunta de la encuesta realizada, se puede abstraer que en cuanto a información, se detectan falencias en comunicación sobre el nombre de los enfermeros que asisten en el proceso médico. En tiempos de atención, en más de la mitad de los casos fue considerado como *escaso*, es decir, se tuvo percepción de que el tiempo dedicado a la atención no fue suficiente, según los usuarios.

En amabilidad del personal médico y administrativo, sumando los resultados de que el buen trato fue recibido *pocas veces* y *nunca* se obtiene casi en un 40% de los casos. Esto es

señal de insatisfacción. En ayuda de personal se reflejan resultados similares e incluso superiores al 40%. En cuestiones del entorno del hospital, variables como limpieza, ruido de la sala y temperatura, solo el ruido fue considerado como un problema en un porcentaje mayor 40% sumando las respuestas de percepción negativa.

En torno a información general de la enfermedad y pruebas específicas realizadas, los resultados son considerablemente negativos. Respecto de la primera variable mencionada, los resultados de que *pocas veces* o *nunca* se recibió supera el 50%. Bajo las mismas condiciones el 80% declaró que la información sobre las pruebas a las que fue sometido el paciente fue *pocas veces* recibida o *nunca*. Un 30% no recibió información sobre cuidados a recibir en casa. Un aspecto a considerar es que la evolución del tratamiento fue *pobre* en un 10% de los casos. En términos generales, el servicio recibido en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo fue considerado como *aceptable*, *bueno* y *muy bueno* en un 65%, lo que sugiere que el 35% restante cree que el servicio recibido es *pobre*, siendo este porcentaje de ocurrencia un resultado que requiere de especial atención y que refleja ineficiencias que deben ser tomadas en cuenta inmediatamente en pro de la calidad asistencial.

VARIABLES COMO LA INFORMACIÓN DEFICIENTE RECIBIDA POR EL USUARIO EN LAS DIVERSAS DIMENSIONES ANALIZADAS PARECEN SER PREPONDERANTES EN LA EVALUACIÓN FINAL DEL HOSPITAL, ASÍ COMO TAMBIÉN LA POCAS SATISFACCIÓN EN AMABILIDAD Y AYUDA POR PARTE DEL PERSONAL. OTROS PROBLEMAS QUE AFECTARÍAN A LA CALIFICACIÓN GENERAL ES QUE EL TIEMPO DE ATENCIÓN BRINDADO A LOS PACIENTES ES BAJO. PODRÍA INFERIRSE QUE NO SE CUENTA CON EL NÚMERO DE PERSONAL ADECUADO QUE PUEDA OFRECER ATENCIÓN EN TIEMPOS RECOMENDADOS Y QUE SEGÚN LA IDONEIDAD DEL MISMO SE PUEDA TRANSMITIR LA INFORMACIÓN VITAL A LOS USUARIOS EN TODOS SUS ASPECTOS DE MODO QUE LA EVALUACIÓN REFLEJE MEJORES RESULTADOS.

Conclusiones

- Con el análisis expuesto se puede ver la vital importancia que tienen las unidades de pediatría en los hospitales públicos, ya que permiten que las acciones sean tomadas de manera inmediata y de esta manera disminuir la mortalidad infantil, se necesita que los niños quienes son más vulnerables a las enfermedades, sean quienes reciban la atención más rápido, y esto se puede lograr gracias a las unidades pediátricas en los hospitales, y que estas cumplan con los debidos procesos de atención como son la pediatría asistencial, que es una de las más importantes al momento de presentarse la enfermedad ya que en esta se incluyen las emergencias, por otro lado está la pediatría preventiva que, como su nombre lo indica, trata de evitar que las enfermedades se presenten mediante vacunaciones y charlas preventivas y finalmente la pediatría social que es la que se encarga de atender a aquellos pacientes cuyos padres crean situaciones de peligro para ellos, estos son los principales procesos de atención y todos son importantes para que la calidad de una unidad pediátrica mantenga los mejores estándares.
- En referencia a los datos estadísticos obtenidos a nivel nacional se puede concluir que la tasa de mortalidad infantil hasta el año 2010 era de 11 por cada 1000 nacido vivos, donde dentro de las causas principales están las enfermedades transmisibles como influenza y neumonía con un 6,6%, además, se observa que la tasa de desnutrición infantil ha decrecido solo un 15% en 25 años, una problemática que se vive hasta la actualidad, ya que en el 2012 la tasa de bajo peso de los niños pasó, de 33,5% en 2004, a 25.3%, reflejando una reducción del 8,2% en 8 años, lo que no resulta un cambio positivo considerable frente a la desnutrición aguda y global. Los niños entre 0 y 60 meses de edad tienen bajo

peso en un 32,6%, mientras que entre 5 y 11 años un 15%. Otro factor determinante, y que contribuye en gran parte al estado nutricional e inmunológico del niño es la lactancia materna, la misma que en Ecuador es muy buena durante los primeros 6 meses donde debe ser exclusiva, sin embargo esta se ve disminuida durante los siguientes 18 meses que es hasta cuando los pediatras recomiendan se mantenga la lactancia, principalmente en la zona urbana, en la zona rural es más asiduo el consumo de la leche materna.

- Finalmente, según la encuesta aplicada a familiares de los pacientes del área de pediatría del Hospital Teodoro Maldonado Carbo concluye que en más del 50% de los casos no consideran que el médico tome el suficiente tiempo para realizar un buen diagnóstico, tampoco se sienten bien atendidos por el personal, casi en un 40% de los casos consideran que el buen trato fue recibido *pocas veces y nunca*, creando una insatisfacción en los pacientes; como puntos a favor se puede notar lo concerniente a la limpieza e instalaciones del lugar, consideran que está bien adecuado a pesar de existir mucho ruido. El 80% de los encuestados declaró que la información sobre las pruebas a las que fue sometido el paciente fue *pocas veces* recibida o *nunca*. Como se puede notar, en torno a información general de la enfermedad y pruebas específicas realizadas, los resultados son considerablemente negativos.

Más de la mitad de las personas encuestadas (65%) afirman que la atención es mayor o igual a aceptable, lo que sugiere que el 35% restante cree que el servicio recibido es *pobre*, lo cual quiere decir que aún no se consigue la satisfacción total. Esto indica que, si bien es cierto el servicio de pediatría en el país y en el hospital han implementado mejoras, aún falta entre un 20 y 30% de mejoras en la atención

y tratamientos por parte de los médicos así como mejorar el proceso de atención por parte de los administrativos.

Recomendaciones

En base al análisis de la importancia de las unidades pediátricas en los hospitales públicos, la creciente demanda de pacientes menores de 18 años hijos de afiliados en el hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo y las deficiencias en la calidad de atención que esto genera, sería indispensable la implementación de un área pediátrica con profesionales especializados y áreas de emergencia y hospitalización exclusivas para este grupo etario, que ayude a satisfacer las necesidades que impone la atención de dicha población, garantizando la accesibilidad y oportunidad de atención de calidad a los hijos de los afiliados menores de 18 años.

Realizar estudios en cuanto al área física del área pediátrica actual, tomando en consideración la infraestructura, tecnología, equipos y el personal que labora en dicha área, con relación al crecimiento anual en atenciones de salud a niños.

Para continuar la disminución de la desnutrición y mortalidad infantil e incrementar las medidas preventivas de este grupo etario sería recomendable replicar los diversos programas y campañas de salud que realiza el Ministerio de Salud Pública (MSP), a otros hospitales y centros de salud pertenecientes al IESS para de esta manera alcanzar una mayor cobertura de la población. Del mismo modo, se debe seguir trabajando, con las múltiples campañas, para lograr una cobertura total de vacunación en menores de 1 año, con meta en llegar al 100% de la población infantil.

Bibliografía

- Anda, E. (2006). Lineamientos teóricos sobre la demanda de los servicios de salud. *Ministerio Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Quito, Ecuador*, 66-81.
- Arredondo, A. (2010). Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socioeconómico. *Salud Mental*, 397-408.
- Arredondo, A., Nájera, P., & Leyva, R. (1999). Atención ambulatoria en México: el costo para los usuarios. *Salud pública de México*, 45-53.
- Asociación Española de Pediatría. (2013). *AEPED*. Obtenido de <http://www.aeped.es/>
- Blanco, A. (2007). *Atención al cliente*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C., & Oviedo, J. (1997). Del "cuánto" al "por qué": La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 39(5), 442-450. Obtenido de <http://www.gycperu.com/descargas/La%20Utilizacion%20de%20los%20Servicios%20de%20salud.pdf>
- Canales, M., Almada, B., & Navarro, R. (1984). La mortalidad de una población rural en México y su relación con el uso de los servicios médicos antes de la muerte. *Salud Pública de México*, 404-414.
- Castro, I., & Gámez, M. (2002). *Farmacia Hospitalaria*. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.
- Corona, L. A., & Fonseca, M. (2010). Un modelo simplificado del proceso de atención médica. Implicaciones asistenciales, docentes e investigativas. *Medisur: Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 8(2), 34-37.

- Donabedian, A. (1988). Organizació de la atención médica: el proceso de utilización de servicios de salud. *Fondo de Cultura Económica*, 78-89.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Dossier, N. (1994). Expert medical decisions in occupational medicine: a sociological analysis of medical judgement. *Sociology Health Illness*, 414-489.
- Eisenberg , L., & Kleinman, A. (1981). *The relevance of social science for medicine*. Holanda: Reidel Publishing.
- Feldstein, P. (2006). Hospital costs and utilization. *Health Care Economics*, 151-193.
- Fernández, N. (2005). *Calidad de la Atención Médica*. Fascículo, Programa de Educación a Distancia: “Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud”. Obtenido de Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud : <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/ejcurso.pdf>
- Giovagnoli, P., & Busso, M. (2009). *Aspectos de la demanda por servicios de salud*. IADB.
- Griful, E., & Canela, M. Á. (2005). *Gestión de la calidad*. Barcelona: Edicions de la Universitat Politècnica de Catalunya.
- Gutiérrez, M. (2004). *Administrar para la calidad: Conceptos administrativos del control total de calidad*. México, D.F.: Editorial Limusa S.A.
- Hurd, M., & McGarry, K. (1997). Medical insurance and the use of health care services by the elderly. *J Health Economics*, 129-154.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2013). *IESS*. Obtenido de <http://www.iess.gob.ec/es/web/guest/prestadores-externos1>

- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (2014). *Producción de consulta externa en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo*. Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, Guayaquil.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2013). Obtenido de INEC:
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>
- López, M. (2013). Importancia de la calidad del servicio al cliente: Un pilar en la gestión empresarial. *El Buzón de Pacioli*, 4-13.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México Vol. 53*, 177-187.
- Malagón, G., Galán, R., & Pontón, G. (2008). *Administración hospitalaria*. Bogotá: Editorial Médica Internacional.
- Massip, C., Ortiz, R., Llantá, M., Peña, M., & Infante, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4).
Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000400013&script=sci_arttext
- Masuet, A. M. (2010). *La calidad de atención médica ambulatoria en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, de la ciudad de Córdoba*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *UNICEF*. Obtenido de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013: <http://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013.pdf>
- Miranda, A., Miguel, V., Reyes, A., Ruiz, J., Escamilla, A., Dorantes, E., . . . Garduño, J. (2012). Satisfacción con la atención médica que reciben niños y adolescentes con

- leucemia linfoblástica aguda: Experiencia en México con pacientes afiliados al Seguro Popular. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 69(3), 233-241.
- OMS. (1959). *Función de los hospitales en la asistencia médica ambulatoria y domiciliaria*. Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica, Ginebra.
- OMS. (2012). *Preguntas y respuestas en línea*. Recuperado el 14 de octubre de 2014, de sitio Web de la Organización Mundial de la Salud:
http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
- OPS. (2001). *Logística y gestión de suministros en el sector salud*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
- Parada, I., Hernández, P., & Arredondo, A. (2000). Financiamiento en programas de farmacodependencia en México. *Salud Pública de México*, 118-125.
- Pérez Torres, V. C. (2006). *Calidad total en la atención al cliente: Pautas para garantizar la excelencia en el servicio*. Vigo: Ideaspropias Editorial.
- Rosenstock, J. (1986). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 385-393.
- Ruelas, E., & Zurita, B. (1993). Nuevos horizontes de la calidad de atención a la salud. *Salud Pública de México*, 235-237.
- Seclén-Palacin, J., & Darras, C. (2005). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. *Anales de la Facultad de Medicina*, 66(2), 127-141. Obtenido de
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v66n2/a07v66n2.pdf>

Selwyn, J. (1988). An epidemiological approach to the study of users and nonusers of child health services. *Am J Public Health*, 231-236.

Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. (2013). *SIISE*. Obtenido de <http://www.siise.gob.ec/siiseweb/siiseweb.html?sistema=1#>

Soto, A. (2012). *Estudio de tiempos y movimientos en los establecimientos de salud: Metodología de trabajo y análisis de resultados*. Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de la Salud de las Personas, Lima.

Tanner, L. (1983). Predicting physician utilization in medical care. *Health Services Research*, 693-700.