



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
UNIDAD DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

Proyecto de investigación previo la obtención del
Grado Académico de Magister en Gestión Pública.

TEMA

**EFFECTO DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS A
PACIENTES DE LOS CENTROS DE SALUD PÚBLICA DEL
CANTÓN QUEVEDO. AÑO 2021.**

AUTOR

OD. CRISTHIAN DAVID SOLANO CHICHANDE

DIRECTOR

ING. WASHINGTON CARREÑO RODRIGUEZ, M.Sc.

QUEVEDO – ECUADOR

AÑO 2021

CERTIFICACIÓN

Ing. Washington Villamil Carreño Rodríguez, M.Sc. director de proyecto de investigación previo la obtención del Grado Académico de Magíster en Gestión Pública.

CERTIFICA

Que el OD., CRISTHIAN DAVID SOLANO CHICHANDE, autor del proyecto de Investigación titulado: **“EFECTO DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS A PACIENTES DE LOS CENTROS DE SALUD PÚBLICA DEL CANTÓN QUEVEDO AÑO 2021.”**, el mismo que se encuentra apto para la presentación y sustentación respectiva.

Quevedo, febrero del 2022

Ing. Washington Carreño Rodríguez, M.Sc.
DIRECTOR

AUTORÍA

Los contenidos que sustentan el presente Proyecto de Investigación son de exclusiva responsabilidad del autor y extendiendo los derechos a la Unidad de Posgrado de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo para hacer uso pertinente del presente documento como material de consulta académica.

Od. Cristhian David Solano Chichande
C.C.:1204423832

DEDICATORIA

A mi amada madre que me llena de orgullo ya que con su fortaleza y dedicación ha sabido guiarme con buenos hábitos y valores lo cual me ha ayudado a seguir en mi camino de formación académica, profesional y personal.

A mi abuelita que estuvo presente en este proceso de formación académica y que siempre me motivo y que ahora, aunque su presencia física no este conmigo tengo que certeza que siempre estará orgullosa de mi.

A mi novia que, con su apoyo y amor me da ánimo y me impulsa a realizar todos los proyectos que tengo en mente, mi complemento para alcanzar juntos todas las metas que tenemos

AGREDECIMIENTO

Agradezco a Dios por iluminar mi mente, fortalecer mi corazón y por guiar cada paso de mi vida.

A mi familia por el infinito amor, cariño y por todos sus consejos.

A mis maestros que durante mi proceso de formación de maestría aportaron con sus conocimientos y consejos.

A mi tutor por su valioso aporte en este trabajo de titulación y por su amistad.

Y a las excelentes personas que fueron mis compañeros de maestría que siempre fueron apoyo en cada uno de los trabajos que realizamos y algunos se convirtieron en grandes amigos.

PRÓLOGO

La atención de la salud constituye un derecho contemplado dentro de la Constitución de la República del Ecuador, por lo que el Ministerio de Salud Pública tiene como objetivo el garantizar la calidad, eficiencia y efectividad de los procesos de la prestación de servicios. La percepción de calidad de los servicios por los pacientes se da sobre varios factores como la valoración en la infraestructura, equipamiento e insumos, calidad de trato y seguridad en el personal, tramitología y tecnologías de comunicación.

La adecuada gestión administrativa sobre los recursos disponibles dentro del centro médico se pone en evidencia al recopilar información sobre el nivel de satisfacción de calidad, dando paso a programas de mejoras que cambian constantemente la gestión administrativa en pro del beneficio del usuario, siendo la gestión de calidad un proceso de suma importancia para alcanzar la excelencia en la prestación de servicios públicos.

Por tal motivo, se hace necesario evidenciar como la gestión de calidad influye en los procesos de gestión administrativa, y como estos cambios resultan satisfactorios al paciente que recibe la prestación del servicio de salud en los centros médicos del cantón Quevedo, de la provincia de Los Ríos.

Lcda. Priscila Alonzo Cedeño

Directora CS Venus del Río Quevedo

RESUMEN

En la actualidad, los centros de salud enfrentan una limitada cantidad de recursos que impiden atender de manera satisfactoria los problemas de los usuarios relacionados con la falta de consultorios, personal insuficiente, infraestructuras sin mantenimiento, carencia de insumos y medicamentos, entre otros. Por lo que las medidas que se tomen en la gestión de calidad son importantes para un manejo de recursos enfocado en la mejora de factores de riesgo dentro de los centros de salud.

Ante este escenario, el presente proyecto se realizó con el objetivo de determinar el efecto de la gestión de la calidad en los servicios a pacientes de los centros de salud pública del cantón Quevedo. Por tal motivo, este trabajo tiene un enfoque de investigación cuantitativo, con un diseño de investigación de tipo no experimental – transversal, con un alcance descriptivo, por lo cual se plantea dar una explicación comparativa entre los cuatro centros de salud estudiados.

La aplicación de los cuestionarios, como instrumentos de recolección, se realizaron dos grupos, uno conformado por 100 profesionales de la salud; y, el otro compuesto de una muestra de la población de Quevedo mayor de 19 años, conformado por 383 personas que han sido atendidos en uno de los cuatro centros de salud analizados. Los resultados indicaron que el nivel de gestión es 17% bajo, 66% medio y 17% alto; mientras que, el nivel de satisfacción es 65.8% crítico, 7.6% regular, 8.4% bueno, 14.1% muy bueno y 4.2% excelente, en donde tramitología se sitúa como la dimensión peor puntuada. Adicionalmente, se observó a través de una comparación de la estadística descriptiva que las variables gestión de calidad y satisfacción del paciente tienen una relación positiva entre estas.

Palabras clave: gestión de la calidad, calidad de servicio, pacientes, centros de salud, gestión administrativa, satisfacción del paciente.

SUMMARY

Currently, health centers face a limited amount of resources that prevent them from satisfactorily addressing user problems related to the lack of clinics, insufficient personnel, infrastructure without maintenance, lack of supplies and medicines, among others. Therefore, the measures taken in quality management are important for managing resources focused on improving risk factors within health centers.

Given this scenario, this project was carried out with the aim of determining the effect of quality management on patient services at public health centers in the Quevedo canton. For this reason, this work has a quantitative research approach, with a non-experimental - cross-sectional research design, with a descriptive scope, for which it is proposed to give a comparative explanation between the four health centers studied.

The application of the questionnaires, as collection instruments, two groups were made, one made up of 100 health professionals; and the other composed of a sample of the population of Quevedo over 19 years of age, made up of 383 people who have been treated in one of the four health centers analyzed. The results indicated that the management level is 17% low, 66% medium and 17% high; while the level of satisfaction is 65.8% critical, 7.6% regular, 8.4% good, 14.1% very good and 4.2% excellent, where paperwork is the worst rated dimension. Additionally, it was observed through a comparison of descriptive statistics that the variables quality management and patient satisfaction have a positive relationship between them.

Keywords: quality management, service quality, patients, health centers, administrative management, patient satisfaction.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....i

CERTIFICACIÓNii

AUTORÍA iii

DEDICATORIAiv

AGREDECIMIENTO.....v

PRÓLOGO.....vi

RESUMENvii

SUMMARY..... viii

ÍNDICE DE CONTENIDOix

ÍNDICE DE FIGURASxii

ÍNDICE DE TABLAS xiii

ÍNDICE DE ANEXOSxiv

INTRODUCCIÓNxv

CAPÍTULO I. MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN 17

1.1 UBICACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA 18

1.2 SITUACIÓN ACTUAL DE LA PROBLEMÁTICA..... 19

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN20

1.3.1 Problema general.....20

1.3.2 Problemas derivados20

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....20

1.5 OBJETIVOS21

1.5.1 Objetivo general21

1.5.2 Objetivos específicos21

1.6 JUSTIFICACIÓN21

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN23

2.1 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL24

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA26

2.2.1 El Estado y la prestación de servicios sanitarios.....26

2.2.2 Primer nivel de atención.....29

2.2.3	Seguridad del paciente	30
2.2.4	Desigualdad social en salud	31
2.2.5	Derechos y deberes de los pacientes	32
2.2.6	Eficacia de las organizaciones del sector de la salud.....	33
2.2.7	Modelo de gestión de calidad.....	34
2.2.8	Calidad en los servicios públicos	38
2.2.9	Rediseño de procesos de salud.....	40
2.3	FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	42
2.3.1	Constitución de la República del Ecuador 2008	42
2.3.2	Ley orgánica de salud	43
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		45
3.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	46
3.2	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.3	CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN	47
3.3.1	Población y muestra	47
3.3.2	Técnicas e instrumentos de investigación	48
3.4	ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO	49
3.5	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	49
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN		50
4.1	ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE CALIDAD SOBRE LAS MEJORAS CONTINUAS Y EL TRABAJO EN EQUIPO DE LOS CENTROS DE SALUD.....	51
4.2	ESTABLECIMIENTO DE LOS FACTORES DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA QUE SON INFLUENCIADOS POR LA GESTIÓN DE CALIDAD.....	55
4.3	IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA	58
4.4	COMPARACIÓN DEL EFECTO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD SOBRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS Y LA INFLUENCIA EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	61
4.4.1	Efecto de la gestión de calidad en la satisfacción del paciente	61

4.4.2 Influencia de la gestión de calidad en la gestión administrativa62

4.5 DISCUSIÓN65

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....67

4.6 CONCLUSIONES68

4.7 RECOMENDACIONES.....68

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS70

ANEXOS78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Nivel de gestión de calidad51

Figura 2. Gestión de calidad por dimensiones51

Figura 3. Mejoras continuas.....52

Figura 4. Trabajo en equipo53

Figura 5. Nivel de gestión administrativa.....55

Figura 6. Nivel de satisfacción del servicio58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4. Gestión de calidad por centro de salud54

Tabla 5. Mejoras continuas por centro de salud54

Tabla 6. Equipo de trabajo por centro de salud54

Tabla 7. Datos generales de profesionales de la salud.....55

Tabla 8. Nivel de gestión administrativa56

Tabla 9. Nivel de gestión administrativa por dimensiones56

Tabla 10. Planeación en centros médicos56

Tabla 11. Organización en centros médicos57

Tabla 12. Dirección en centros médicos57

Tabla 13. Control en centros médicos57

Tabla 14. Datos generales de pacientes58

Tabla 15. Nivel de satisfacción de servicio por centro de salud.....59

Tabla 16. Dimensiones de satisfacción del servicio59

Tabla 17. Personal de contacto por centro de salud.....60

Tabla 18. Infraestructura por centro de salud60

Tabla 19. Equipos y materiales por centro de salud60

Tabla 20. Tramitología por centro de salud61

Tabla 21. Tecnologías de contacto por centro de salud.....61

Tabla 22. Gestión de calidad y satisfacción del paciente62

Tabla 23. Gestión de calidad y gestión administrativa63

Tabla 24. Gestión de calidad y planeación63

Tabla 25. Gestión de calidad y organización64

Tabla 26. Gestión de calidad y dirección.....64

Tabla 27. Gestión de calidad y control64

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Certificado de antiplagio79

Anexo 2 Cuestionario de gestión administrativa y gestión de calidad sanitaria.....80

Anexo 3 Cuestionario de satisfacción del cliente – calidad del servicio82

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud del Ecuador (SNS) se ha caracterizado por su segmentación y fragmentación, lo que condiciona la implementación de políticas públicas en el sector y la provisión del servicio. Utilizando el marco analítico de la gobernanza en salud, se realiza un estudio de caso en el que se analiza la configuración institucional en la que se desenvuelve el SNS del Ecuador y cómo ésta afecta la implementación de la política pública. Se observa que, a pesar de los mecanismos diseñados para mejorar la coordinación del sistema, la estructura institucional impide la implementación de las redes integradas de prestación de servicios.

La evolución de los servicios de salud públicos que ha tenido toda la administración pública hacia la mejora continua debe tener como objetivo el optimizar las condiciones en que se entregan los servicios a los ciudadanos, ya que los servicios públicos de calidad son el mejor medio para construir sociedades sostenibles, equitativas y democráticas. La ciudadanía exige una administración más cercana a sus demandas y necesidades, con servicios eficientes, eficaces y transparentes.

Este estudio se desarrolló en Ecuador, en el cantón Quevedo de la provincia de Los Ríos, a nivel de cuatro centros de salud pertenecientes a la ciudad de Quevedo del Distrito de Salud 12D03 Quevedo – Mocache – Buena fe – Valencia.

El problema que origina el desarrollo de esta investigación es la insatisfacción de pacientes que acuden a los diferentes centros de salud pública del cantón Quevedo, debido a los constantes cambios que se producen a nivel administrativo y la necesidad que tiene los pacientes que se incorporen más.

En los 14 centros de salud operativos del cantón Quevedo se pueden observar varias problemáticas referentes a la calidad de la atención, entre los cuales se destacan los cambios administrativos y la rotación constante del personal que labora en estos centros de salud y el déficit de profesionales hacen que la atención en estos lugares sea lenta y que los pacientes tengan que esperar mucho tiempo para poder ser atendidos. Además de la falta de consultorios en algunos centros de salud, la inseguridad que existe en los alrededores tanto para el personal de salud que atiende como para los usuarios que llegan en busca de atención

La calidad en el campo de los servicios de salud es importante porque además de satisfacer al paciente estos engloban un conjunto de servicios que van desde la prevención, el tratamiento, la paliación y rehabilitación, para que toda la comunidad pueda gozar de una prestación de salud de calidad.

En la actualidad los servicios de salud pública de la ciudad de Quevedo y del país han constituido una preocupación constante ya que están atravesando momentos críticos por falta de medicamentos e insumos, lo cual conlleva a que muchos pacientes estén sufriendo al no poder acceder a un servicio de salud público que preste las garantías necesarias para poder ser atendida ya que hasta los equipos médicos y odontológicos están obsoletos por falta de mantenimiento.

En el Capítulo I denominado Marco Contextual se presenta la ubicación y contextualización de la problemática, se define la situación actual, se plantea el problema de investigación, se delimita el problema, se muestran los objetivos, y se justifica la investigación.

El Capítulo II de Marco Teórico contiene los conceptos relacionados con la gestión de calidad de los servicios de salud, se presentan los deberes y derechos de los pacientes, la desigualdad social, los modelos de gestión, la efectividad de los servicios de salud, el rediseño de la gestión de calidad pública, y las normas jurídicas que se relacionan con el tema.

La Metodología constituye el Capítulo III en el que se presentan los tipos y métodos de investigación empleados, la población y muestra, técnicas de instrumentos de recolección de la información, además de la Operacionalización de las variables.

Mientras que, en el capítulo IV se pone en ejecución estas técnicas e instrumentos, y se procesa los datos obtenidos a través de un análisis estadístico descriptivo sobre la muestra de profesionales de la salud y pacientes.

Finalmente, en el capítulo V se presentan las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

CAPÍTULO I

MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 UBICACIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

El estudio se desarrolló en Ecuador, en el cantón Quevedo de la provincia de Los Ríos, a nivel de 4 centros de salud pertenecientes a la ciudad de Quevedo del Distrito de Salud 12D03 Quevedo – Mocache – Buena fe – Valencia. Las oficinas del Distrito de Salud Quevedo – Mocache 12D03, están ubicadas en la parroquia Quevedo, en la calle decimoquinta entre la avenida Jaime Roldós Aguilera y malecón en la ciudad de Quevedo provincia de Los Ríos. Anteriormente el distrito de salud comprendía dos cantones, Quevedo y Mocache. En la actualidad se sumaron los cantones de Buena Fe y Valencia, con el objetivo de mejorar la atención y agilizar los procesos administrativos.

En estas oficinas funciona el departamento administrativo del Distrito de Salud, el cual está bajo la supervisión del Ministerio de Salud Pública. Aquí funcionan los departamentos de Epidemiología, Comunicación, Atención al Cliente, Dirección Administrativa del Distrito, entre otros.

El problema que origina el desarrollo de esta investigación es la insatisfacción de pacientes que acuden a los diferentes centros de salud pública del cantón Quevedo, debido a los constantes cambios que se producen a nivel administrativo y la necesidad que tiene los pacientes que se incorpore más personal.

Los pacientes que acuden a los centros de salud pública por lo general manifiestan que al solicitar una cita estas son otorgadas con muchos días de espera por lo que se ven en la obligación en muchas ocasiones de acudir en búsqueda de una atención particular, situación que afecta también su economía ya que la mayoría de la ciudadanía que acude a los centros de salud pública son de escasos recursos.

Las quejas constantes de los pacientes para poder ser atendidos en estas casas de salud se vuelve un problema que cada día va en aumento, ya que otra problemática existente es que no se realizan las derivaciones a hospitales de segundo nivel de una manera eficaz, pues si necesita una atención por un especialista deben esperar varios meses para ser atendidos.

Si bien es cierto, el estado garantiza el derecho a la salud en cada uno de los ciudadanos ecuatorianos, pero existe una problemática en torno a la gestión del servicio médico, por lo que se ha vuelto necesario la repotenciación en todos los centros de salud a nivel del país y

principalmente de Quevedo, para que los ciudadanos puedan ser atendidos en un lugar digno, donde se cumplan con las obligaciones del estado sobre la materia de salud pública.

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención provista logre el balance más favorable de riesgos y beneficios (Barrios, 2014).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad requerida en los centros de servicios a la salud humana, sean éstas públicas o privadas deben asegurar que el paciente logre recibir de manera óptima los servicios de valoración, diagnóstico y procesos terapéuticos más adecuados, para obtener una atención de calidad. Dicho aspecto recae en las percepciones de las personas que son atendidas, es decir, en todas las acciones que se realizan, orientadas a mejorar la calidad, a organizar personas y recursos para obtener los mejores resultados en términos de efectividad, eficiencia, satisfacción de profesionales y usuarios y de impacto social (Fariño et al., 2018)

El sistema de gestión en casi toda la población está cubierto por un seguro público o por el propio estado, si bien existen grandes diferencias en el número de habitantes que optan por hacerse un seguro privado. En la mayoría de los casos este seguro actúa como una ampliación de la cartera pública por lo que en países como Bélgica, donde no existe la misma cobertura para autónomos que para trabajadores por cuenta ajena, puede ser especialmente importante. En el lado contrario de la balanza se encuentran países como Suecia, donde la oferta pública es lo suficientemente amplia y sus listas de espera lo bastante pequeñas como para que la sanidad privada prácticamente sea inexistente (sólo supone el 3% del gasto en salud). Alemania es un caso diferente, en este país los seguros públicos y privados pueden ser excluyentes y no todo el mundo puede optar a este último. Además, el privado basa sus contribuciones en un perfil de riesgos y no en un perfil de ingresos (las mujeres y los hombres mayores pagarán más, por ejemplo) por lo que tampoco será siempre la opción más ventajosa (Pablos, 2017).

1.2 SITUACIÓN ACTUAL DE LA PROBLEMÁTICA

En el cantón Quevedo en los 14 centros de salud operativos se pueden observar varias problemáticas referentes a la calidad de la atención, entre los cuales se destacan los cambios

administrativos y la rotación constante del personal que labora en estos centros de salud y el déficit de profesionales hacen que la atención en estos lugares sea lenta y que los pacientes tengan que esperar mucho tiempo para poder ser atendidos. Además de la falta de consultorios en algunos centros de salud, la inseguridad que existe en los alrededores tanto para el personal de salud que atiende como para los usuarios que llegan en busca de atención, mismos que en varias ocasiones estos centros producto de la delincuencia que atraviesa el cantón han sido víctimas de hurto perdiendo varios de sus equipos tecnológicos, lo agrava aún más la problemática en cuanto a las atenciones en salud ya que se pierde información de los pacientes.

Sumado a la falta de medicamentos e insumos y la precariedad de sus instalaciones, además de la mala gestión en el otorgamiento de citas tanto médicas y odontológicas con mucho tiempo de espera.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Problema general

¿Cuál es el efecto de la gestión de la calidad en los servicios a pacientes de los centros de salud pública del cantón Quevedo?

1.3.2 Problemas derivados

- ¿Cuál es la percepción de los encuestados sobre el manejo de la gestión de calidad?
- ¿Cuáles son los factores de la gestión administrativa que son influenciados por la gestión de calidad?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los usuarios en cumplimiento de las necesidades de atención médica?
- ¿Cuál es el impacto que genera la gestión de calidad sobre el nivel de satisfacción de los usuarios y la gestión administrativa?

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

A continuación, se delimita el problema de la siguiente manera:

Campo: Administración pública

Área: Gestión de la calidad

Línea: Administración, comercio, economía, finanzas y turismo

Lugar: Centros de salud del cantón Quevedo

Tiempo: Año 2021

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

- Determinar el efecto de la gestión de la calidad en los servicios en pacientes de los centros de salud pública del cantón Quevedo, periodo 2021.

1.5.2 Objetivos específicos

- Analizar la gestión de calidad sobre las mejoras continuas y el trabajo en equipo de los centros de salud.
- Establecer los factores de la gestión administrativa que son influenciados por la gestión de calidad
- Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios en el cumplimiento de las necesidades de atención médica.
- Comparar el efecto que tiene la gestión de calidad sobre el nivel de satisfacción de los usuarios y la influencia en la gestión administrativa.

1.6 JUSTIFICACIÓN

La calidad en el campo de los servicios de salud es importante porque además de satisfacer al paciente estos engloban un conjunto de servicios que van desde, la prevención, el tratamiento, la paliación y rehabilitación, para que toda la comunidad pueda gozar de una prestación de salud de calidad.

En la actualidad, los servicios de salud pública de la ciudad de Quevedo y del país han constituido una preocupación constante ya que están atravesando momentos críticos por falta de medicamentos e insumos y el personal de salud está corriendo mucho riesgo al atender pacientes sin las medidas de bioseguridad respectivas, lo que provoca afectación en el sistema de salud público, lo cual conlleva a que muchos pacientes estén sufriendo al no poder acceder a un servicio de salud público que preste las garantías necesarias para poder ser atendida ya que hasta los equipos médicos y odontológicos están obsoletos por falta de mantenimiento.

Para que contribuya a la mejora de los servicios deben analizarse todas las experiencias de los pacientes que acuden con frecuencia a estos centros de salud y atender los requerimientos de los ciudadanos, para poder identificar qué aspectos requieren que se realicen cambios, y de esta manera mejorar la calidad de los servicios de salud que los pacientes demandan.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

- **Gestión de calidad.** - Implemento primordial para la optimización y eficacia de los procesos de control, organizacional, aseguramiento y mejora de la calidad en una organización empresarial (Hernández, Barrios, & Martínez, 2018).
- **Efecto.** – Es la consecuencia que se deriva de una causa (Valbuena, 2018).
- **Salud pública.** – Es la respuesta o reacción guiada de una sociedad con el objetivo de procurar, establecer y proteger la salud de cada individuo en la comunidad (OMS, 2021).
- **Servicio.** – Es la acción o conjunto de actividades destinadas en satisfacer las necesidades de los usuarios (Gonzalez, 2017).
- **Paciente.** – Individuo que sufre o padece dolor o malestar físico y/o mental, y se encuentra recibiendo algún estado de atención médica (Castiglione, 2017).
- **Centro de salud.** – Se dice del lugar físico o establecimiento destinado a la salud, que permite, coordina y deriva la prestación de servicios relacionados con los diferentes puntos, tales como centros comunitarios, puestos de salud y otros servicios de complejidad avanzada y con capacidad resolutive ubicadas en el sector de influencia (Ovalle, 2018).
- **Atención.** –indica que la atención es un proceso de índole psicológico básico y altamente necesario para la adquisición y procesamiento de la información, basado por un complejo sistema neuronal (Carvalho, 2016).
- **Gestión.** – Conjunto de operaciones que se realizan para direccionar una organización (Huergo, 2020).
- **Calidad.** – Agrupación de estándares o características de un producto que logran saciar las necesidades y expectativas de los consumidores y, por lo tanto, hacen que un producto o servicio sea satisfactorio (Juran, 2020).
- **Calidad del servicio.** - Diferencia entre las expectativas de los consumidores del servicio es esperan recibir, de sus sensaciones sobre lo que finalmente obtuvieron por la empresa (Requena, 2017).

- **Satisfacción del cliente.** - Respuesta positiva que se obtiene del encuentro positivo entre el consumidor con un producto o servicio; y trata de un estado emocional que se produce a partir de la evaluación de este (Santos, 2016).
- **Atención primaria de salud.** – Se define como el enfoque en la atención integral de la salud que mezcla una forma particular de identificar las afectaciones básicas de la comunidad, con una estrategia para tratar los principales problemas de salud que forman parte activa en la comunidad y la organización con otros sectores de política pública (Elorza, 2017).
- **Odontología.** – Es la ciencia del área del conocimiento que se enfoca en la salud bucal u oral. Forma parte del área general de la salud y, por ende, participa en la satisfacción de necesidades psicosociales del paciente (Díaz, Tirado, & Madera, 2017).
- **Enfermedad.** - Alteración o desbalance del estado fisiológico en una o varias partes del organismo, por causas generalmente previamente estudiadas y conocidas, con un desarrollo sintomatológico característicos, y cuya evolución es previsible (OMS, 2019).
- **Gestión de calidad.** - Herramienta fundamental para optimizar los procesos de planeación, control, aseguramiento y mejoramiento de la calidad en una organización empresarial (Hernández, Barrios, & Martínez, 2018).
- **Liderazgo.** - Disciplina que involucra un conjunto de habilidades en un individuo que le permiten influenciar sobre sus seguidores para generar un cambio (Peiro & Rodríguez, 2008).
- **Planificación.** - Es el proceso en el que la empresa establece tiempos para la ejecución de actividades que involucren inversión de recursos para el cumplimiento de los objetivos planteados (Pérez, 2016).
- **Procesos internos.** - Secuencia de tareas que se realizan de forma concatenada para alcanzar los objetivos de la empresa (Bravo, 2011).
- **Talento humano.** - Es el personal que conforma a una empresa (Vallejo, 2016).

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 El Estado y la prestación de servicios sanitarios

Por otro lado, el contexto sociopolítico e histórico en América Latina ha mostrado diversa inquietud por determinar los efectos de la gestión de calidad en los servicios destinados a los pacientes de centros de salud pública. En este aspecto, se toma en consideración el interés político por la resolución de problemáticas heredadas del anterior gobierno y el panorama económico, con lo cual se toman medidas que priorizan acciones ante los requerimientos básicos del ciudadano (Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega, 2018).

En consecuencia, se puede apreciar dos modelos que engloban ampliamente la importancia que toma el sector de la salud dentro de la administración del estado. Por un lado, existen países que plantean ajustes a las reformas del gobierno dirigidas al sector de la salud, incorporando modelos de contención de costo y desarrollo de sistemas de protección social, como método para la eficiencia del gasto público en salud. Mientras que, otros países proponen modelos económicos que dejan de lado las necesidades de los ciudadanos respecto a este aspecto (Guix, 2005).

En general, la salud pública es un tema delicado que debe estudiarse desde los ejes económicos, políticos y educativos de un gobierno, para comprender las posibilidades y estrategias que se puedan integrar para el cumplimiento de la obligación del estado respecto a la entrega de un servicio de calidad en el ámbito de la salud (Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega, 2018).

El Sistema Nacional de Salud del Ecuador, conocido por sus siglas SNS, se ha distinguido por su fragmentación, lo que ha provocado el condicionamiento de la implementación de políticas públicas en el sector y la provisión del servicio. En un estudio realizado sobre la gobernanza en salud y los tipos de relaciones para la provisión de servicios públicos se detectó que la organización y jerarquía institucional que maneja el SNS del Ecuador impide la correcta implementación de las redes convergentes de prestación de servicios, lo cual es producto de mecanismos inadecuados para la mejora del sistema interno (Guzmán, 2018).

La garantía de una vida digna para cada individuo, en igualdad de condiciones y oportunidades, es un enfoque particular que el Estado asume para lograr el desarrollo; ya que este es el administrador y el principal responsable de otorgar a todos sus ciudadanos, las

condiciones y oportunidades equitativamente que permitan alcanzar los objetivos esperados durante el ciclo de vida, de tal forma que cada individuo u organización no sean solamente “beneficiarios” de un servicio, y lleguen a ser sujetos que exigen y ejercen los derechos que les corresponden (Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2017).

Por ende, se llegó a la decisión de erigir una sociedad que resguarda, respeta y exige sus derechos en todas las dimensiones, por lo que se plantea como estrategia principal, el desarrollo de un sistema que logre asegurar una vida digna, equitativa, sin discriminación y socialmente justa, con el alcance de solventar todas las necesidades básicas, tales como: vivir en una casa, alimentación diaria, acceso a la educación, la salud, seguridad, entre otros servicios considerados fundamentales para que un individuo consiga desarrollarse tanto física y psicológicamente, en autonomía, igualdad y libertad, enfatizando la eliminación de la pobreza en la población, pues dicho factor no es solo se reduce a la falta de ingresos y recursos (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2012).

De hecho, la pobreza es una problemática con varias dimensiones; donde entre sus principales causas se incluyen: la falta de oportunidades en el mercado laboral, la exclusión social, y como resultado de esta se tiene la alta vulnerabilidad a enfermedades, desnutrición, acceso limitado a la educación, condiciones precarias de salud y vivienda, falta de redes de servicios públicos, entre otros (MIES, 2017).

De igual manera, como el estado siendo el encargado de otorgar condiciones equitativas, se plantea un sistema de salud que reconoce a la prevención, protección y socialización de enfermedades como un método para otorgar una garantía al ciudadano sobre las condiciones de salud a las que debe aspirar para conseguir y permanecer en un estado saludable, lo cual contribuye a la calidad de vida de la población (Rodríguez & Echemendia, 2011).

A su vez, el Estado también reconoce la importancia de la atención de enfermedades que ya están presentes en el ciudadano o emergencias que se provocan por cualquier eventualidad, por lo cual se presenta un sistema encargado de la atención general y universal sobre las problemáticas de salud existentes para su correcto tratamiento y pronta recuperación (Ramos, 2015).

Sin embargo, ambos sistemas requieren un enfoque administrativo que exige el desarrollo de diversas redes de servicios del sector de la salud, las cuales se deben enfocar en saciar las

necesidades de las comunidades circundantes, acorde a los grupos de edad, la diversidad cultural y sexual. En la provisión de servicio de salud a la comunidad, es de gran valor el adoptar una visión que busque y asegure el acceso a la salud a todos los grupos por igual, sin discriminación ni distinción de ninguna clase, ubicación geográfica, cultura, etc. (MIES, 2017).

El derecho a la salud debe dirigirse de forma especializada hacia grupos vulnerables, como lo son los infantes, tercera edad, embarazadas, y con el apoyo de la familia como grupo base que debe estar presente para el cumplimiento de los derechos de estos grupos (Egry, Fornari, Taminato, Vigeta, & Fonseca, 2021). Por tal motivo, la familia como base de la sociedad está presente como un sector de gran interés del Estado para el control y provisión de derechos sobre la salud sexual y reproductiva, para que el ciudadano tenga pleno conocimiento sobre las alternativas para el control natal, prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre otros (Huerta, Moreno, Muñoz, Rodríguez, & Velasco, 2014).

Es necesario recalcar que, una correcta educación sexual, sin tabúes ni discriminación, además de una socialización otorgada por diversos medios, que permitan un conocimiento base de planificación familiar, entre otros, permitirá realmente el alcanzar el derecho a la libertad individual, disminuyendo en gran medida la tasa de inconvenientes como enfermedades de transmisión sexual y tasa de embarazos no deseados (MIES, 2017).

La garantía de los derechos fundamentales se da en el marco de un Estado plurinacional y pluricultural, en el que se reconocen las diversidades. Esto implica fortalecer la identidad de los pueblos y las culturas con acciones enfocadas a mantener las lenguas maternas, a trabajar para asegurar el acceso a servicios y extinguir cualquier tipo de discriminación (Betancourt, 2021).

De igual manera, los esfuerzos para garantizar el cumplimiento de derechos se deben extender hacia otros colectivos como LGBTTIQ, culturas urbanas, emigrantes, entre otros, debido a la evidente exclusión social en la que desarrollan sus vidas, lo cual se extiende de manera errónea en los sistemas de salud. Esta desigualdad en salud para dichos grupos vulnerables provoca un incremento de trastornos y enfermedades, por lo que es una situación que se debe erradicar (Juarez, y otros, 2014).

Por otro lado, es evidente que Ecuador ha colocado mucho esfuerzo en las últimas décadas, en la construcción, rehabilitación y ampliación de la infraestructura sanitaria. Sin embargo, es notable que, tras la caída del precio del petróleo, desastres naturales y la pandemia Covid-19, la reducción de los recursos del Estado ha sido considerable y ha perjudicado notablemente a que se continúen realizando estas operaciones en favor a la prestación de servicios que cubra con los requerimientos actuales y poblacionales del Ecuador (Tenorio, Veintimilla, & Reyes, 2021).

De igual manera, los esfuerzos han sido colocados en el desarrollo del SNS, el cual se plantea como un sistema que permite la organización entre la red pública y los proveedores afiliados. Por lo que se hace necesario mencionar que, para la completa formación de este sistema como mecanismo fundamental para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud con orientación Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), se debe alinear al cumplimiento de los derechos de los ecuatorianos, prevaleciendo la equidad social y cultural, para lograr la reducción de la desigualdad entre territorios y la consecución de una vida digna (MIES, 2017).

2.2.2 Primer nivel de atención

El primer nivel o también conocido de atención primaria, representa el primer contacto que la red de salud tiene con el paciente, por lo cual se considera como la asistencia sanitaria base para la coordinación y flujo del usuario dentro sistema de salud, a través de la implementación de métodos y tecnologías prácticas para la consecución de la garantía de continuidad de la atención (Kroegeer & Luna, 1992).

En Ecuador, a través del Acuerdo No. 5212 expide la Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 428, de 30 de enero de 2015, en el que se define que el primer nivel de atención atiende hasta un nivel de complejidad nivel 5, distribuidos en la categoría I, correspondiendo a: puesto de salud (I-1), consultorio general (I-2), centro de salud A (I-3), centro de salud B (I-4), y centro de salud C – Materno infantil y emergencia (I-5), los cuales se detallan a continuación.

- **Puesto de salud:** es un establecimiento que presta servicios de promoción y prevención de la salud, actividades de participación comunitaria y primeros auxilios.

La carga poblacional a la que están dirigidos es de menos de 2.000 personas. Es la unidad de máxima descentralización, atendida por una auxiliar de enfermería o técnico superior de enfermería. Se ubica en la zona rural con alta dispersión poblacional.

- **Consultorio general:** Es un establecimiento que presta atenciones de diagnóstico y tratamiento en medicina general o familiar, obstetricia, odontología general y psicología.
- **Centro de salud A:** Es un establecimiento del SNS que realiza servicios de prevención, promoción, recuperación, cuidados paliativos mediante la atención médica, odontológica, enfermería y farmacia. Tiene asignado 2.000 a 10.000 ciudadanos.
- **Centro de salud B:** Es un establecimiento del SNS que presta servicios de prevención, promoción, recuperación y cuidados paliativos, a través de medicina general, odontología, psicología y enfermería; en la que puede incluirse servicios de apoyo en nutrición y trabajo social. Tiene servicios auxiliares de diagnóstico en laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría y farmacia institucional. Adicionalmente, promueve acciones de salud pública y participación social. Tiene asignado 10.000 a 50.000 ciudadanos.
- **Centro de salud C:** Es un establecimiento del SNS que brinda servicios de prevención, promoción, recuperación y cuidados paliativos, mediante la aplicación de conocimientos en medicina, ginecología, pediatría, odontología, psicología, enfermería, maternidad y emergencia. Dispone de servicios de laboratorio clínico, imagenología básica, opcionalmente audiometría, farmacia institucional. Promueve la participación social y las acciones de salud pública.

En general, los Centros de Salud A, B Y C serán homologados con los Centros de 8, 12 y 24 horas respectivamente (Ministerio de salud publica, 2012).

2.2.3 Seguridad del paciente

La seguridad del paciente comprender conceptos que son propuestos según el punto de vista. Para el caso del profesional que brinda asistencia, la seguridad del paciente es el intento consciente de evitar lesiones causadas por su intervención. Mientras que, por parte del

paciente, la seguridad es la confianza que el usuario siente sobre la atención que el personal de contacto de la salud está ofreciendo (Rocco & Garrido, 2017).

Partiendo del punto de vista profesional, la garantía de realizar adecuados procedimientos que garanticen la seguridad del paciente abarca casi todos los atributos de los sistemas de salud, ámbitos de atención, grupos demográficos y áreas temáticas. Por consiguiente, se desarrolla a través de políticas, estrategias y planes en materia de seguridad del paciente que deben aplicarse en todos los entornos y niveles (Aranaz & Moya, 2011).

Las intervenciones para mejorar la seguridad del paciente deben estar coordinadas con los objetivos generales del sistema de salud e incorporarse a todos los programas. Estas constituyen la base del fortalecimiento de los sistemas de salud. Es imprescindible su aplicación, sobre todo, en la atención primaria, ya que es el primer contacto que el paciente tiene con la red del sistema de salud, por lo cual la primera impresión sobre la atención que se presta es vital para la formación de confianza y seguridad del paciente (Pilar, Torijano, & Olivera, 2016).

La percepción de una atención poco segura y de baja calidad es uno de los motivos principales por el que los pacientes deciden evadir la atención primaria, y aventurarse directamente a la secundaria. Esta problemática trae consigo tiempos de espera más largos, que se traducen a factores que influyen la percepción de la calidad del servicio. Por tal motivo, la seguridad del paciente es importante desde el primer contacto con la red de salud, por lo que es necesario generar confianza en el funcionamiento del sistema médico, para que el paciente comprenda y distribuya a manera de referencia, la experiencia obtenida en el centro de salud y se extienda la seguridad de la prestación de servicios frente a su comunidad (OMS, 2019).

2.2.4 Desigualdad social en salud

El Estado, de acuerdo con el contexto socioeconómico y político, dispone de cobertura médica diferente debido a la densidad poblacional. Sin embargo, esta resolución a medida de jerarquización y distribución de recursos no debe de constituir o instaurar desigualdad social en salud, pues, a pesar de que la instalación de centros de salud con mayores especializaciones presta servicios en las ciudades más grandes, el acceso a su atención es gratuita y universal (Becerra, 2015).

Aunque en la realidad, las condiciones de inequidad en salud existentes en la población, la respuesta del Estado es la creación de políticas públicas orientadas a frenar las diferencias injustas, de tal manera que estas condiciones no profundicen o agraven la obtención de una atención sobre la salud de calidad, pudiéndose comprender que la marginación del individuo y su familia, por causas económicas o sociales son un proceder erróneo que provoca escenarios que atentan a sus derechos (Cárdenas, Juárez, Moscoso, & Vivas, 2017).

2.2.5 Derechos y deberes de los pacientes

De acuerdo con la OMS las características básicas del servicio de salud son la accesibilidad, eficiencia, adecuada gestión y satisfacción de las necesidades de la salud de los pacientes. De hecho, este último término hace referencia al goce del grado de satisfacción máxima de salud que se contempla dentro de los derechos fundamentales de todo ser humano (Ríos, Barreto, & Martínez, 2015).

En América Latina la atención de la salud ha evolucionado en 4 fases, que parten de la superación de la segregación de los sistemas de salud, antes del siglo XIX, la cual era ofertada por la caridad religiosa; seguida de la creación del ministerio de salud pública, cuyas campañas produjo la serie de datos más compleja sobre la esperanza de vida, disminución de mortalidad infantil y fecundidad. Posteriormente, se fusiona las agencias de seguridad social a favor de la población asalariada. Finalmente, en la última fase se descubre el progreso de la condición de salud, la importancia de la inversión pública y la relación con el desarrollo económico de cada país (Ríos, Barreto, & Martínez, 2015).

Dentro de los lineamientos del Ministerio de Salud Pública (MSP) sostienen que los pacientes tienen derecho a recibir atención oportuna con cortesía, respeto y sin discriminación; confidencialidad; estar informado sobre su diagnóstico y tratamiento; y, potestad de elección del tratamiento médico que se propone para su caso, notificando al paciente sobre las respectivas consecuencias. Adicionalmente, también menciona que el paciente debe proporcionar toda información referente a su enfermedad y estado actual; autorizar a un familiar a solicitar información sobre su tratamiento, en el caso que el paciente no lo pueda realizar; preguntar si no entiende las instrucciones y procedimientos en su tratamiento; solicitar que alivien el dolor; ingerir exclusivamente los medicamentos o bebidas indicadas

por el médico; colaborar con el control del número de visitas en su habitación; y, respetar a todo el personal y los equipos o bienes que forman parte de la Institución (MSP, 2012).

2.2.6 Eficacia de las organizaciones del sector de la salud

El éxito de las organizaciones puede medirse a través de la evaluación del impacto en la sociedad, mediante la aplicación de indicadores de eficacia, los mismos que deben relacionarse con el modelo de planificación y marco lógico de cada institución, para la identificación del cumplimiento de los objetivos y metas (Eraso, y otros, 2017).

Estas estrategias aplicadas en el ámbito de las organizaciones de la salud se apoyan en el progreso del desarrollo de nuevas tecnologías de la información y telecomunicaciones, para garantizar la participación social en la evaluación de la gestión, de forma colaborativa y abierta. A partir de estos resultados, las empresas públicas y privadas deben enfocarse en las mejoras continuas que dirijan a la organización a un servicio de calidad, de manera permanente, teniendo en cuenta que las necesidades y expectativas de los usuarios son variables y crecientes (Calvo, Pelegrín, & Gil, 2018).

Entre las organizaciones que conforman el sector de la salud, se puede resaltar a la industria farmacéutica, pues emplea los métodos de medición de eficacia sobre la producción de medicamentos bajo rigurosas normas y tecnologías sanitarias para la toma de decisiones, con el fin de brindar un producto de calidad para los usuarios, que se dirija a la solución de problemas de salud específicos (Eraso, y otros, 2017).

En general, los hospitales son organizaciones de servicios que cumplen una función social fundamentada legítimamente en las cartas magnas y derechos internacionales. Por tanto, los hospitales deben ser eficaces y eficientes, que se acerquen a las personas de manera abierta, con un trato recíproco de respeto en el que se logre satisfacer las necesidades de los usuarios, mediante una escucha activa, comprendiendo los fenómenos de la organización que afectan a la calidad del servicio

En consecuencia, los cambios más profundos parten de la concepción de las prioridades que considera la alta dirección, las cuales deben partir de la retroalimentación de distintos métodos evaluativos y de seguimiento de estrategias. Sin embargo, en el sector público la resistencia al cambio, y sobre todo, la burocracia y rigidez en los procesos son factores de riesgo que dificultan alcanzar los objetivos deseados (Medina & Marco, 2017).

Otras de las características de la política pública de salud son la centralización de los recursos financieros y humanos, estructuras pesadas verticales, limitantes legales, y cultura poco sensible a las necesidades de los pacientes. Este escenario genera una organización compleja de administrar, pues es inflexible al cambio (Jiménez, 2004).

Por lo tanto, mantener el proceso de adaptación de manera permanente se convierte en una necesidad ineludible. Dentro del cambio debe incluirse nuevas formas de financiamiento, desarrollo del personal, aportes creativos de los miembros de la organización, implementación de nuevas tecnologías, compromiso corporativo, y análisis crítico de las sugerencias y retroalimentaciones de los pacientes. Este nuevo escenario debe proyectarse en el personal de la organización y el dinamismo de su entorno (Medina & Marco, 2017).

2.2.7 Modelo de gestión de calidad

En cuanto a la calidad de prestación de servicios públicos, se considera la filosofía de Philip B. Crosby, el cual menciona que los estándares se realizan para lograr la ausencia total de defectos, por lo que la integración de la gestión de calidad en instituciones dedicadas a la prestación de servicios de la salud debe establecer objetivos claros para una mejora continua (Chacón, 2018).

Adicionalmente, se debe considerar otras teorías y métodos de mejoramiento de calidad que se ajusten a la realidad de la organización, ya que es evidente que la diversidad del país trae consigo aspectos particulares que deben ser atendidos acorde a las circunstancias de la comunidad, prevaleciendo, ante todo, la calidad del servicio (Veliz, Bianchetti, & Silva, 2019).

Una vez seleccionado el modelo más adecuado, se debe aplicar en la institución de manera periódica y sistemática, en la que se documente los resultados como línea de base para comprobar si las estrategias propuestas por los altos mandos han sido adecuadas para la mejora de las problemáticas existentes, o si, por el contrario, han sido contraproducentes (Miyahira, 2001).

Así también, los métodos industriales pueden ser aplicados al sector de la salud, debido a que se alinean al mismo propósito, la entrega de un servicio de calidad, que satisfaga las necesidades del usuario. Adicionalmente, ambos sectores tienen la misma problemática en cuanto a la conexión de procesos y sistemas. Este aspecto se ve reflejado en el sector de la

salud cuando en la prestación del servicio, el paciente percibe errores que son producto de la conexión entre procesos, como la derivación a otros centros médicos (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Los principios de calidad están definidos en diferentes documentos, la Norma Internacional ISO 9001/2001 expone de manera clara que el cliente es el centro de enfoque del trabajo, por lo que los resultados de una institución están determinados por el cumplimiento de las expectativas de los usuarios sobre los servicios que ofrecen, en el cual debe prevalecer la calidad de relaciones intrapersonales, protección de los derechos de los pacientes y la ética médica (Haro, y otros, 2018).

La alta dirección y los directivos en los diferentes niveles de organización deben tener poder de liderazgo en el que visualicen sus propósitos a cumplir objetivos para lograr brindar un servicio de calidad hacia los pacientes, por lo cual la dirección y ambiente interno debe contemplar la flexibilidad y adaptación a los cambios para asegurar una correcta reacción frente a distintos escenarios, donde la comunicación interna y el correcto manejo de recursos es la base sobre la cual se asienta los demás factores que intervienen en la calidad de gestión, la misma que se percibe con procesos de seguimiento y control de estrategias gerenciales y locales (Varo, Asenjo, Cabo, & Donabedian, 2021).

La participación del personal en la institución es un factor clave para la calidad de un servicio, su interacción con los pacientes, las experiencias y capacidades presentan un beneficio para la organización, por lo que la capacitación constante y una adecuada estimulación provoca una motivación que desencadena en una intervención de calidad y calidez, piezas claves de la salud integral (Haro, y otros, 2018).

Las relaciones entre proveedores siempre deben estar alineadas al beneficio mutuo, pues aumenta la capacidad de agregar valor a la prestación de servicios y producciones. En este punto, se debe realizar análisis y conocer las características de los proveedores, así como de sus servicios y productos, para establecer las relaciones de colaboración y contratos correspondientes (Amador & Cubero, 2010).

Un buen enfoque en el sistema para la gestión toma en consideración hasta el mínimo detalle de los actores de la institución de la salud, las necesidades, y las acciones que se requieren realizar para alcanzar la calidad en el servicio. Para lograrlo se debe fijar a la institución como

un todo, en un sistema abierto, en donde se busca valorar el cumplimiento de la misión, el cual se da mediante evaluaciones, controles y seguimientos en subsistemas, procesos y unidades organizativas. Cada una de estas piezas deben estar sobre un ambiente armónico, que permita interrelaciones saludables y estables entre sí (Aguirre, 2008).

En este sentido, un buen enfoque basado en procesos que parta del conocimiento y comprensión de las actividades regulares de los puestos de trabajo. Seguido del diseño, revisión, seguimiento y mejoramiento de procesos de la institución de salud. El objetivo de este punto es dar cumplimiento de los requisitos extraídos de las demandas de los consumidores de sus servidores (Amador & Cubero, 2010).

De igual manera, se requiere de un enfoque basado en hechos para la toma de la decisión, debido a que se requiere que las decisiones se tomen a partir de un análisis lógico e intuitivo de los datos e información mediante la aplicación de métodos y herramientas que establezcan conclusiones (Aguirre, 2008).

Una vez culminados los enfoques de trabajo, se debe realizar una mejora continua, con lo cual la institución debe aplicar evaluaciones y controles en donde se requiera pruebas sobre indicadores de calidad que comprueben la aplicación de las estrategias y su impacto en la organización (Jiménez, 2004).

A pesar de que la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad tiene un precio elevado, la recuperación final se supera con el cumplimiento de los requisitos y un buen diseño. La estructura de la calidad no debe ser paralela a la estructura administrativa, sino que los encargados de los diferentes niveles deben de direccionarse a un mismo objetivo en común, en el que sus objetivos propios complementen a que se cumpla la meta final (Aguirre, 2008). Por tal motivo, la comunicación y la identificación de las actividades que se interconecten para conseguir el logro en común es de suma importancia. La distribución de tiempos y tareas para localizar los puntos críticos sirven para la planificación de rutas más eficientes, que reduzcan los estancamientos por falta de tiempo (Amador & Cubero, 2010).

La calidad de los procesos públicos y privados en el contexto asistencial se estructuran desde los conocimientos técnicos y la disponibilidad tecnológica actual y disponible. Así también, se componen del aspecto humano, en el que influye el trato al paciente y sus familiares, e

inclusive, la gestión de la información, ambiente, confort y las acciones que anticipan las demandas de los usuarios (Jiménez, 2004).

Por lo tanto, se puede clasificar en dos grandes grupos: calidad técnica y calidad percibida. En el primer grupo se encuentran los componentes científicos técnicos, personal suficiente y entrenado, procesos, desempeño, resultados, y retroalimentación. Mientras que, en el segundo grupo se señala a la buena comunicación en el que se destaca la calidad de escucha y diligencia del profesional; anticiparse a las demandas lo que se percibe en disminuir el tiempo de esperas; infraestructura, en el que se resalta al orden; y, el seguimiento, referencia y educación al alta, en el que se presenta como los procesos que fomentan la continuidad del tratamiento para lograr la salud del paciente (Varo, Asenjo, Cabo, & Donabedian, 2021).

Estos aspectos brindan una ventaja competitiva para cuidar la calidad de la infraestructura, y la confianza que perciben los pacientes sobre el trato y expresión de los profesionales de la salud. De hecho, entre los factores más relevantes se encuentra la preparación del personal, su disposición para ayudar y solucionar problemas, la amabilidad, y el tiempo de espera. En segundo plano, se coloca la infraestructura, insumos, maquinarias y muebles (Barragán & Moreno, 2013).

En virtud de lo expuesto, los modelos de gestión hospitalaria evolucionan constantemente, ya que implica conseguir resultados utilizando diferentes estrategias que verifiquen la consecución de objetivos. Por tal motivo, los centros de salud tienen que adaptarse a las exigencias constantemente en brevedad de tiempo, lo cual está regido por las políticas públicas, económicas y sociales (Medina & Marco, 2017).

En la práctica, la calidad hospitalaria de los servicios de salud públicos se registra como crítica en tres aspectos: eficiencia, calidad de atención y limitaciones en accesibilidad. Tradicionalmente, los centros de salud públicos están direccionados bajo una cultura de gestión administrativa que rechaza el riesgo, genera bajo nivel de motivación y presenta un gran peso burocrático (Medina & Marco, 2017)

Ante estos inconvenientes, un modelo empresarial es el indicado para arreglar los inconvenientes que como empresa pública presenta, manteniendo la característica sin fines de lucro. Este modelo de gestión se destaca por el pensamiento estratégico, gran autonomía

y orientación comercial, llevando los esfuerzos a un solo fin, prestar servicios de calidad y eficiencia (Carmen, 2019).

En otras palabras, el nuevo modelo de gestión debe buscar la autogestión, en donde se establezca la participación de la ciudadanía a través de distintas organizaciones sociales; se definan las estructuras planas, participativas y corresponsables de la gestión; se promocióne la flexibilidad y adaptación de los cambios; se entregue competencias a cada establecimiento; se diferencien los recursos, de uso múltiple, clasificados por complejidad, y priorizando los recursos escasos; impulsar la polifuncionalidad del recurso humano; reducir los tiempos en los procesos; desarrollar el recurso humano; e integrar y coordinar con la red hospitalaria (Medina & Marco, 2017).

2.2.8 Calidad en los servicios públicos

El término calidad se asocia al juicio del usuario sobre la experiencia del servicio. La percepción es un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante (Mora, 2011). El reconocimiento del ambiente a primera vista es un acto que permite dar una visión subjetiva del proceso interno, los cuales son procesados por procesos cognitivos propios de cada individuo, los cuales generan juicios de valor, acciones y reacción con un grado de significancia distintivos (Ríos, Barreto, & Martínez, 2015).

Dentro del contexto de la salud, la calidad es una propiedad inmersa en los procedimientos de atención médica, la cual se percibe en diversos aspectos. Esta visión de carácter abstracto es subjetiva en las culturas y paradigmas sociales, por lo que son influenciadas, en un primer punto, por el individuo más cercano al paciente, quien da referencia sobre su experiencia en primera persona, lo cual conlleva a un prejuicio del servicio de salud (Massip, Ortiz, Llantá, Peña, & Infante, 2008).

Por otro lado, la calidad se define como el proceso de evaluación continua que permite establecer parámetros de optimización del servicio prestado, lo cual permite diferenciar los errores y aciertos que tienen ciertas acciones para remediar e impulsar estrategias a lo largo de un período de tiempo establecido (Ríos, Barreto, & Martínez, 2015).

La calidad en el enfoque de la satisfacción al cliente requiere de una evaluación continua, que se debe desarrollar de manera estandarizada con objetivos medibles y delimitados, teniendo en cuenta que la evaluación no es sobre un producto, sino sobre un servicio, por lo que se debe tomar en consideración las actitudes, comunicación interpersonal, trato, atención y los comportamientos del personal (Ríos, Barreto, & Martínez, 2015).

El mejoramiento continuo de la calidad se confirma a través de la auditoría, la cual se realiza como un mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad, el cual encierra un conjunto de principios esenciales sobre los que se direccionan las instituciones a procesos de autocontrol, enfocados en los usuarios, y sus necesidades (Ríos, Barreto, & Martínez, 2015).

La responsabilidad del mejoramiento de calidad del servicio de salud se asocia a la aplicación de sistemas y proyectos impulsados por los altos mandos, quienes tienen la obligación de ejecutar acciones a partir de sus conocimientos en gestión de calidad y administración, con lo cual den paso a la identificación de problemas, para una correcta toma de decisiones, con lo cual proporcionen métodos coherentes, en base a la realidad económica, para la aplicación de mejoras (Saturno, Hernández, Magaña, Garcia, & Vértiz, 2015).

La administración pública en búsqueda de la mejora continua y en consideración a los recursos limitados que dispone, optimiza los esfuerzos para la resolución de problemáticas expuestas en objetivos jerarquizados que dependen del planteamiento del gobierno de turno (Pedraza, Lavín, & Bernal, 2014).

Sin embargo, también se debe mencionar la responsabilidad de los actores principales en la prestación de servicios, es decir, del personal de salud, quienes son el contacto y representación de las políticas sobre el talento humano para el cumplimiento del derecho del ciudadano de una atención digna y de calidad (Podesta & Maceda, 2018).

Por otro lado, el ciudadano es el que exige una administración que resuelva las demandas y necesidades a través de servicios eficientes, eficaces y transparentes, que simplifiquen procesos y mejoren continuamente. Por tal motivo, la administración pública en cuanto a calidad del servicio tiene el reto de mejorar acorde a la demanda del ciudadano, en el que plantee alcances, implicaciones y estrategias de posicionamiento de sus servicios, para que

la ciudadanía perciba cambios positivos, con el adecuado manejo de recursos (Servicio de Acreditación Ecuatoriano, 2018).

En otras palabras, la fiabilidad del trabajo que realizan los servidores públicos es lo que espera la ciudadanía, lo cual implica características como capacidad de respuesta, accesibilidad amigable, rapidez en trámites, información concreta y comprensible, credibilidad, seguridad, compromiso y confidencialidad. Por tal motivo, la administración pública debe enfocarse en la reducción de los tiempos de espera, mejorar el costo/rendimiento de los servicios públicos, crear compromiso en el trabajador y conciencia de sus actos a través de la aceptación de su responsabilidad como pilar de la seguridad del paciente (Muiño, y otros, 2007).

2.2.9 Rediseño de procesos de salud

El acceso geográfico a los servicios es un tema en el que la mayoría de los sistemas de redes de salud concuerdan en los países, ya que su enfoque está dirigido a la densidad poblacional, por lo que varios estudios aseguran que es necesario que se rediseñe la prestación de servicios (Del Carmen, 2019).

En Ecuador, los esfuerzos de los últimos años han sido con el fin de aproximarse hacia gran parte de la población; no obstante, la dispersión y escasa planificación derivó a una débil presencia y escasa capacidad resolutoria, lo que provocó poca credibilidad en la utilidad del primer nivel de atención, traduciéndose en una aglomeración en los hospitales con cuestiones que podían haber sido resueltas en el primer contacto con la red del sistema de salud (Beltrán, Díaz, Sarduy, & Uriarte, 2018).

La reconstrucción del lazo de confianza debe de considerarse como meta principal para el correcto direccionamiento de la ciudadanía, que permita la circulación de pacientes acorde a las necesidades, permitiendo que se haga un adecuado empleo de las instalaciones y del personal de salud (Del Carmen, 2019).

En este sentido, la gestión de procesos para el cambio debe tomar en cuenta el desarrollo de las capacidades del personal de salud, y evitar el síndrome del trabajo operativo. Deben enfocarse en la transformación del grupo en equipo, por lo que se debe crear un ambiente de confianza donde puedan compartir sus intereses, y colaborar para dar cumplimiento a los objetivos del SNS (Beltrán, Díaz, Sarduy, & Uriarte, 2018).

De igual manera, es necesario cambiar el paradigma y abrir las mentes sobre las creencias y métodos nuevos para la resolución de problemáticas. Así también, se requiere de un personal con fuertes conocimientos en la materia, con altos valores, experiencia, y con facilidad para transmitir un mensaje claro al paciente (Chacón, 2018).

Igualmente, es necesario que la administración identifique las fuentes de estrés, temores, problemas de salud u otros factores que condicionan el pensamiento del personal, traduciéndose en interrupciones frecuentes que puedan afectar la calidad el servicio o de las relaciones interpersonales (Beltrán, Díaz, Sarduy, & Uriarte, 2018).

Así mismo, la resistencia al cambio es un factor que obstaculiza una organización, por lo cual es necesario concientizar a los trabajadores que dentro de la gestión del proceso existen conflictos y problemas, por lo que deben ser capaces de aceptarlo, asumirlo, y aprender a resolverlos (Jiménez, 2004).

Las creencias negativas deben ser sustituidas, y dar paso a creencias básicas como la flexibilidad para la resolución de conflictos, aceptación de equivocaciones, escuchar opiniones, y estar convencidos de que pueden encontrar una solución respetando los valores éticos de la profesión (Beltrán, Díaz, Sarduy, & Uriarte, 2018).

Por otro lado, también se debe dar uso de las respuestas de los usuarios a través de las distintas evaluaciones que se aplican anualmente, ya que los datos que se recolectan son de gran importancia, y en el contexto actual, son desperdiciados. La falta de análisis de datos es un error enorme en una empresa, porque significa que los cambios que se realizan son parte de la percepción del empresario o altos mandos, y no siempre refleja los requerimientos de los usuarios (Morelo, y otros, 2010).

A pesar de que se tiene matrices de seguimiento y control, es necesario que se actualice y adapten a cada realidad de los distintos niveles de centros de salud. Las categorías para realizar rediseños de modelos deben basarse en la información a modo de auditoría y encuestas de satisfacción del usuario (Jiménez, 2004).

Por tanto, dada su importancia, se introduce el término indicadores de calidad, los cuales son los que miden la calidad de los procesos son de suma importancia para las evaluaciones de calidad, y sobre todo, para la toma de decisiones para el rediseño de los procesos de calidad,

pues permite distinguir aspectos que deben quedarse, eliminarse y modificarse (Medina & Marco, 2017).

Los indicadores de calidad se clasifican en: a) estructura, la cual implica los recursos materiales, humanos y otros aspectos institucionales y gerenciales, clasificándose en estructura física, ocupacional, financiera y organizacional; b) procesos, son los que miden la calidad de proceso de atención médica; y, c) basados en resultados, son la medición de la respuesta del paciente sobre un tratamiento, los cuales se clasifican en centinela, de datos agregados, trazadores (Pedraza, Lavín, & Bernal, 2014).

La estructura física es el resultado de la evaluación de lo tangible como edificaciones, equipos médicos y no médico, vehículos, mobiliario, insumos, y mantenimiento. La estructura ocupacional es el resultado de la calidad y cantidad de personal de los centros de salud, siendo evaluados profesionales de la salud y los de apoyo institucional; además, incluye la relación entre las categorías de personales y población, capacitación y criterios de desempeño. La estructura financiera es el resultado del presupuesto disponible. La estructura organizacional es el resultado de las relaciones entre la autoridad de diferentes niveles y los trabajadores, sus responsabilidades, diseños de organización, aspectos de poderes, proximidad entre responsabilidad financiera y operacional, y la capacidad de descentralización (Jiménez, 2004).

Por otro lado, los indicadores centinela los cuales representan un suceso muy grave e indeseable del resultado de la atención, que da paso a la revisión individual del caso, se caracteriza por una probabilidad baja de ocurrencia y alta probabilidad de ser atribuibles a un fallo en atención. Mientras que, los indicadores de datos agregados son los que indican una necesidad de una revisión detallada, sólo si la proporción de los casos sobrepasa el límite considerado. En cuanto a los indicadores trazadores, son la condición diagnóstica típica de una determinada especialidad que represente de forma fiable la globalidad de la asistencia (Jiménez, 2004).

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

2.3.1 Constitución de la República del Ecuador 2008

La Constitución de la República del Ecuador 2008, publicada en el Registro Oficial 449, de 20 de octubre de 2008, señala en su artículo 32 que la salud es un derecho que garantiza el

Estado mediante la aplicación de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; para brindar acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. Así también, se garantiza que la prestación de los servicios de salud se regirá bajo los principios de la equidad universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Mientras que, en el artículo 261 del mismo cuerpo legal menciona que el Estado central tiene competencias exclusivas sobre las políticas de salud, lo cual da paso al artículo 366, el mismo que señala que el financiamiento público en la salud debe ser oportuno, regular y suficiente para garantizar la gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos del ciudadano, por lo que las instituciones están sujetas al control y regulación del Estado.

Por otro lado, en el artículo 362, menciona que la atención de la salud como servicio público debe prestarse mediante las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que se enfoquen en las alternativas ancestrales y complementarias. Estos servicios deben presentarse de manera segura, brindando calidad y calidez, garantizando el consentimiento informado, acceso a la información, y, a su vez, la confidencialidad.

En este sentido, en el artículo 363 se señala al Estado como responsable de la universalizar la atención de la salud, y, de manera especial, sobre la mejora permanente de la calidad y ampliación de cobertura. Esta mejora continua se extiende a la disponibilidad de medicamentos.

2.3.2 Ley orgánica de salud

La Ley Orgánica de Salud publicada en el Registro Oficial Suplemento 423, de 22 de diciembre de 2006, modificada el 18 de diciembre de 2015, señala en su artículo 1 la regularización de las acciones para efectivizar el derecho universal de la salud contemplada en la Constitución de la República del Ecuador.

En este sentido, el artículo 5 del mismo cuerpo legal menciona que la autoridad sanitaria nacional es la encargada en crear mecanismos regulatorios para que los recursos 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.

Por consiguiente, el artículo 6 ibidem, señala que dentro de las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública está el diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con las condiciones particulares de los ciudadanos.

Por otro lado, este mismo cuerpo legal menciona en su artículo 7 sobre el derecho a un trato sin discriminación, de acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; manteniendo respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad, a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos.

Además, en el artículo 9 se indica que el Estado es responsable de garantizar la inversión en infraestructura y equipamiento de servicios de salud, los cuales deben estar permanente disponible para una atención integral, eficiente, de calidad y oportuna para responder de manera adecuada a las necesidades epidemiológicas y comunitarias.

Finalmente, en el artículo 201 señala la responsabilidad de los profesionales de la salud, para brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, dentro del ámbito de sus competencias, con lo cual se busca el beneficio de la salud de sus pacientes, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación tuvo un enfoque cuantitativo, pues se emplearon métodos secuenciales para la obtención de datos correspondientes a dos variables específicas y delimitadas, los cuales fueron procesados mediante estadística descriptiva para dar respuesta a las preguntas de investigación.

El diseño de investigación fue de tipo no experimental - transversal, debido a que no se planteó la manipulación de las variables para la obtención de respuestas, sino que, se hizo uso de técnicas que permitieron la observación y recopilación de información sobre el entorno en el que se desarrollaron las actividades cotidianas del personal. Esta toma de datos se realizó en un tiempo único, por lo que se precisa la fecha de su recolección.

Finalmente, el alcance de investigación es de tipo descriptivo, ya que permitió determinar los principales factores de la insatisfacción de los pacientes y como interviene la gestión de la calidad en los servicios de salud. A partir de esta información, se planteó dar una explicación para evidenciar el efecto de la infraestructura de los centros de atención en la satisfacción del usuario; y, además diagnosticar la situación administrativa actual en el proceso de atención y sistematización de las consultas médicas y odontológicas.

Esta estructura de investigación contribuyó al estudio debido a que facilitó la direccionalidad, tiempo y alcance. Este trabajo de investigación se formó con el propósito de obtener resultados descriptivos, por lo que la delimitación permitió esclarecer el tipo de instrumento y técnicas que se requieren para conseguir el alcance deseado y dentro del plazo de tiempo que la universidad ofrece.

3.2 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación empleó el método inductivo ya que permitió observar patrones respecto a la gestión de calidad de las organizaciones con la calidad de servicio que perciben los usuarios, para identificar la relación que existe entre estos aspectos para cada uno de los centros de salud.

Adicionalmente, se utilizó el método analítico ya que se plantea descomponer en dimensiones las variables dependiente e independiente para observar las causas, naturaleza y los efectos entre sí. Este método permite la verificación empírica, por lo que se basa en instrumentos de

medición, que, para la presente, se hace uso de encuestas para la recopilación de datos y próximo análisis a través de estadística descriptiva sobre la muestra de estudio.

La selección de dichos métodos de investigación contribuyó al presente estudio de manera sistémica, ya que permitieron identificar la calidad que percibe cada paciente y relacionarlo con la gestión administrativa y gestión de calidad. La diferenciación característica de las variables y su interacción facilitó la comprensión de la calidad de servicio brindado por los cuatros centros de salud de Quevedo.

3.3 CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

3.3.1 Población y muestra

El presente trabajo se compone de dos poblaciones bien definidas. Por un lado, se encuentran los profesionales de la salud que trabajan en las instituciones públicas, y por otro lado se encuentran los pacientes que se hacen atender en dichas entidades.

Para la primera población no se realizó un muestreo, sino que se encuestó a los profesionales de la salud que desearon colaborar con la evaluación de la gestión de calidad sanitaria, en donde se tuvo el apoyo 100 profesionales, provenientes de manera igualitaria de 4 centros de salud pública.

Para el segundo caso se realizó el muestreo, y se partió de la proyección población para el período 2021 del cantón Quevedo de 217.95 habitantes, de los cuales 108.640 son hombres y 108.555 son mujeres. Sin embargo, para efectos del presente estudio, se menciona la población hacia la que va dirigida el instrumento evaluativo, la cual se compone de ciudadanos con 20 años cumplidos a la fecha o superiores, los mismos que se calculan en 124.902 pobladores, de los cuales 61.828 son hombres y 63.074 son mujeres (INEC, 2020). A partir de esta cifra, se aplica el muestreo para datos finitos, en el cual se toma como parámetro estadístico el valor de 1.96, el cual se establece dado el nivel de confianza del 95% (Z), y un error de estimación máximo aceptado del 5% (e), con el cual se obtuvo una muestra de 383 pobladores de Quevedo mayores de 19 años, que se hayan hecho atender en los centros de salud públicos.

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q} = 383$$

3.3.2 Técnicas e instrumentos de investigación

Para la presente investigación se aplicó técnicas para la recopilación de la información e instrumentos característicos a cada uno de estos, los mismos que se detallan a continuación.

Encuesta

La técnica de la encuesta se usa para la evaluación de los dos grupos de interés, mediante cuestionarios que permitan identificar el nivel de la calidad de servicios públicos y la gestión de calidad de la institución, por tal motivo, se detalla a continuación las características más distintivas, su puntuación, manera de aplicación e interpretación de datos.

Cuestionario de gestión administrativa y gestión de calidad sanitaria

Para la recolección de datos de la percepción que tiene el personal médico sobre las estrategias administrativas de los recursos económicos, humanos y físicos de los centros de salud, se aplica el cuestionario de gestión administrativa sanitaria propuesto por Riega (2020), el cual consta de 35 preguntas, 21 ítems sobre la gestión administrativa y 14 sobre la gestión de calidad sanitaria o programas de mejora, evaluados bajo la escala de Likert, donde 1 equivale a muy inadecuado, 2 inadecuado, 3 regular, 4 adecuado y 5 muy adecuado (Anexo 2). La interpretación de los datos se da en nivel dimensional y para la variable en categorización baja, media y alta.

Este instrumento de gestión administrativa se encuentra compuesto por 4 dimensiones: planeación, organización, dirección y control. En planeación se cuestiona sobre las estrategias, políticas y programas; en la dimensión organización se pregunta sobre la estructura organizacional, división y distribución de funciones, cultura organizacional, recursos humanos, cambio organizacional e instrumentos técnicos de apoyo; en la dimensión dirección se cuestiona sobre el liderazgo, la comunicación, motivación, manejo del estrés – conflicto – crisis; tecnologías de la información, toma de decisiones y creatividad; y, finalmente en la dimensión control se pregunta sobre los sistemas, niveles, áreas de aplicación, herramientas y calidad (Riega, 2020).

Por otro lado, el instrumento para la gestión de calidad o programa de mejora está conformada por 2 dimensiones: mejora del desempeño del centro de salud y trabajo en equipo. En el primer caso se cuestiona sobre el análisis de servicios, estructura, procesos y resultados.

Mientras que, en el segundo caso se pregunta sobre las etapas de desarrollo, roles en un proyecto, tareas de un equipo de proyecto y dinámicas del proyecto (Riega, 2020).

Cuestionario de satisfacción del cliente

En 2018, el Ministerio del Trabajo desarrolló la guía metodológica para la medición y evaluación de la percepción de la calidad de los servicios públicos, en el cual se evalúan los componentes como infraestructura, equipamiento y materiales, tramitología, personal de contacto y tecnología de contacto. Para efecto del presente estudio, se seleccionó la evaluación presencial, trabaja con una escala del 0 al 10, en donde 0 representa la percepción de no satisfecho y 10 se considera como completamente satisfecho con el servicio utilizado. La evaluación considera como calificaciones críticas las que se encuentren por debajo de los 7 puntos (7/10 – 70%). Este sistema se aplica tanto para el valor global como para cada dimensión (Ministerio del Trabajo, 2018) (Anexo 3).

No obstante, para los valores que superen esa calificación se toman el calificativo propuesto por Torres y Luna (2017), por tal motivo, 7 se relaciona con regular, 8 bien, 9 muy bien, 10 excelente.

3.4 ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO

El presente estudio parte de una búsqueda bibliográfica sobre estudios previos por parte de técnicos y especialistas de la materia, cuya recopilación se realiza mediante buscadores académicos como Scielo, Science Direct, Elsevier, Google Académico, Redalyc y repositorios universitarios de pregrado y postgrado, con el fin de obtener información teórica y diagnóstica del panorama general de las variables en cuestión, a través de fuentes confiables y con validez científica. Adicionalmente, también pone interés en el aspecto legal al que se alinean las variables de estudio, por lo que se recopila información esencial y breve sobre el marco jurídico jerárquico de relevancia para la presente investigación.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

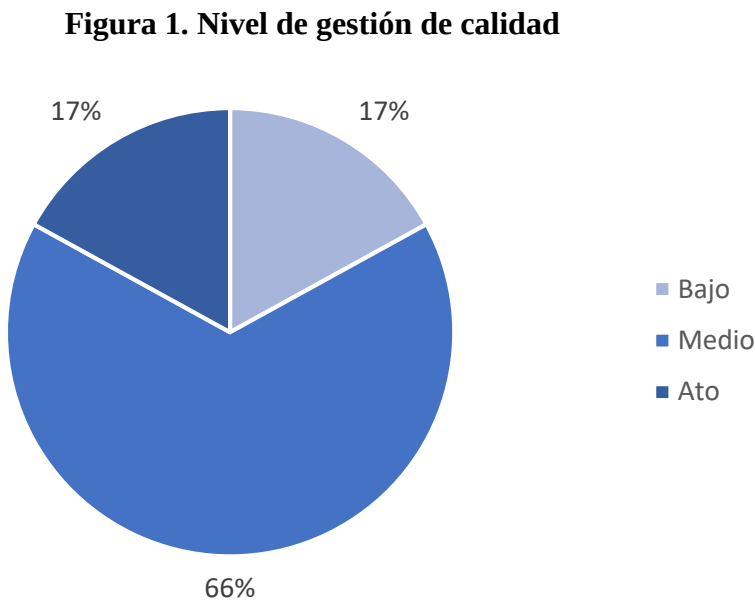
Una vez aplicadas las encuestas, se digitalizan al programa Excel, en donde se realizan las operaciones básicas de estadística descriptiva. Posteriormente, la base de datos se importa al software SPSS, en donde se realizan los análisis correlacionales para evidenciar la incidencia de la gestión de calidad en el servicio de los centros de salud.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

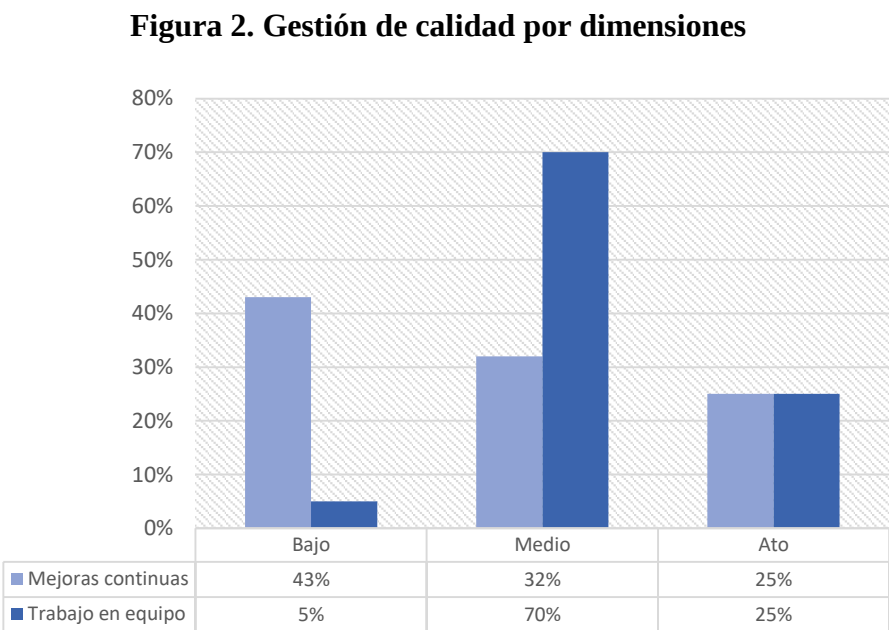
4.1 ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE CALIDAD SOBRE LAS MEJORAS CONTINUAS Y EL TRABAJO EN EQUIPO DE LOS CENTROS DE SALUD

La figura 1 muestra el nivel de gestión de calidad general que agrupa el criterio de todos los profesionales de los cuatro centros de salud, en donde se aprecia que el 17% es bajo, 66% medio y 17% alto.



Fuente: Encuesta, 2021.

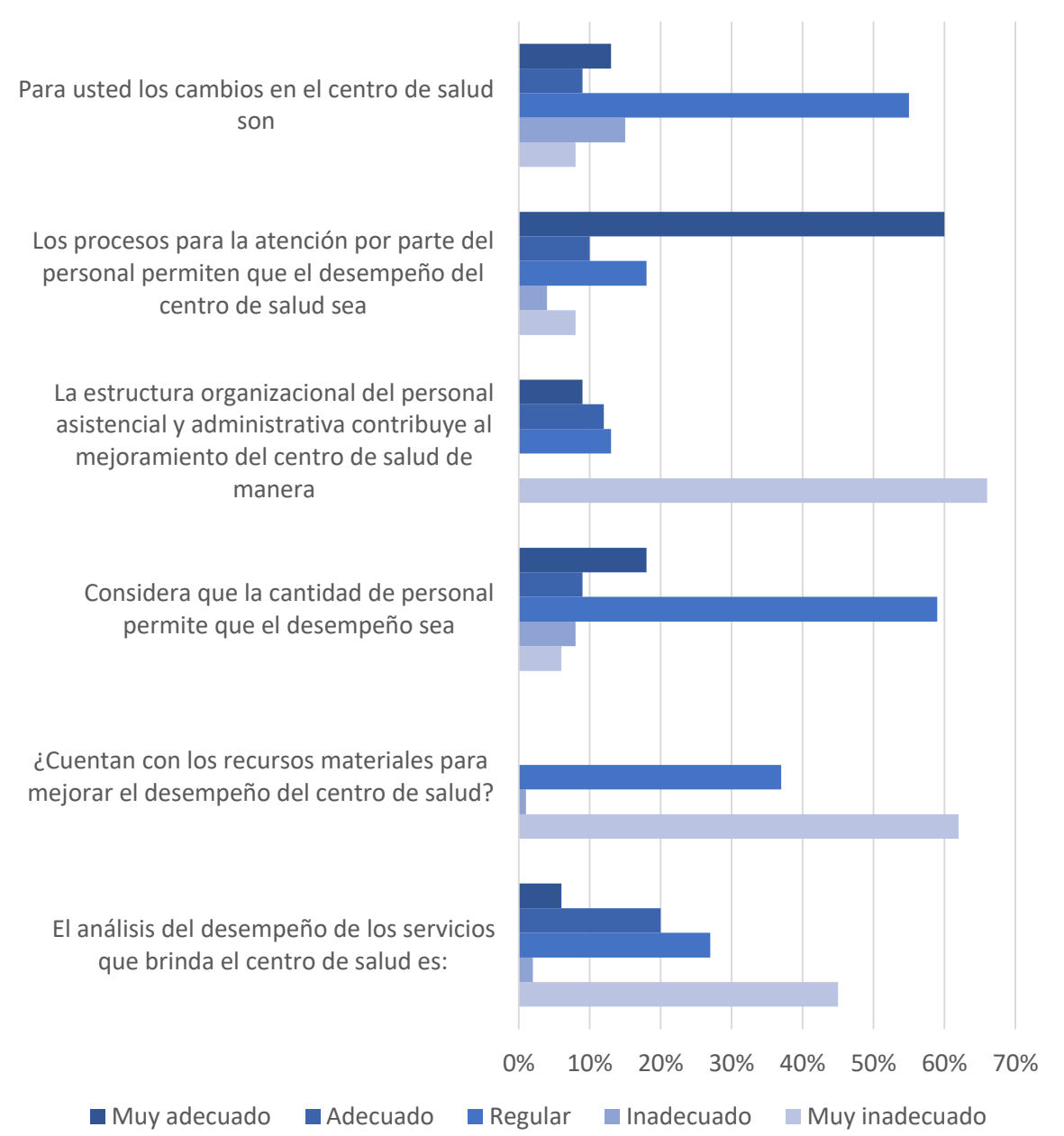
Profundizando en las dimensiones, se puede apreciar en la figura 2 que el nivel de mejora continua es bajo en un 43%, media en un 32% y alta en un 25%; mientras que, se aprecia un panorama más ventajoso en el ámbito del trabajo en equipo con un nivel bajo del 5%, medio del 70% y alto del 25%.



Fuente: Encuesta, 2021.

Esta información se relaciona con la figura 3, en donde se expone los ítems consultados en el cual se muestra que el personal considera regular los cambios en el centro de salud. Los encuestados consideran que los procesos para la atención por parte del personal permiten que el desempeño del centro médico sea muy adecuado. La estructura organizacional del personal asistencial y administrativa contribuye al mejoramiento del centro médico de manera muy inadecuada. Los profesionales consideran que la cantidad de personal permite que el desempeño sea regular. Los recursos materiales para mejorar el desempeño del centro de salud son muy inadecuados y regulares. Finalmente, se observa una discrepancia en criterios sobre el desempeño de los servicios que brinda el centro de salud médica, ya que el 45% considera que son muy inadecuados, el 27% regular y el 20% adecuado.

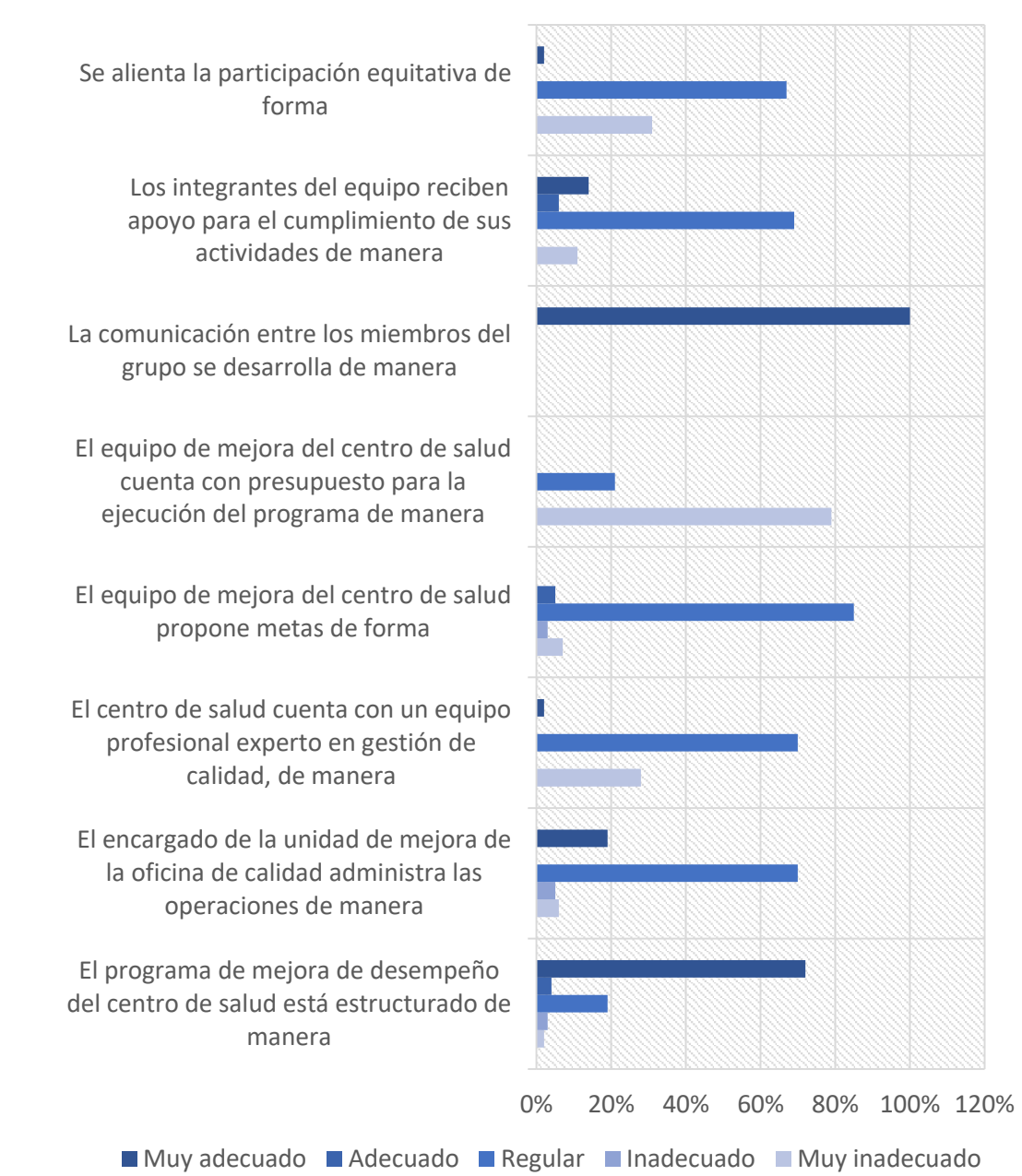
Figura 3. Mejoras continuas



Fuente: Encuesta, 2021.

De igual manera, analizando el trabajo en equipo, se puede observar en la figura 4 que el personal considera que se alienta la participación equitativa de forma regular (67%) y muy inadecuada (31%). Los integrantes del equipo de trabajo reciben apoyo para el cumplimiento de sus actividades de manera regular. La comunicación entre los miembros del grupo se desarrolla de forma muy adecuada. El equipo de mejora del centro de salud no cuenta con el presupuesto suficiente para la ejecución de los programas. El equipo de mejor del centro de salud propone metas de forma regular. El centro de salud cuenta con un equipo profesional experto en gestión de calidad de manera regular. El encargado de la unidad de mejora de la oficina de calidad administra las operaciones de manera regular. Sin embargo, el programa de mejora para el desempeño del centro de salud está estructurado de forma muy adecuada.

Figura 4. Trabajo en equipo



Fuente: Encuesta, 2021.

En la tabla 4 se aprecia la gestión de calidad por centro de salud, en el que se evidencia que el CS4 es el que mayor frecuencia de valores bajos recibe frente a las demás instituciones. Mientras que, el CS1 tiene puntuaciones que dejan observar la disyuntiva entre el personal por la valoración de las actividades que se realizan para la gestión de calidad, teniendo la segunda frecuencia más alta en el nivel bajo, y la primera en el nivel alto. Por otro lado, el CS3 tiene la menor frecuencia en nivel bajo con respecto a los demás centros, y la segunda más alta en nivel alto.

Tabla 1. Gestión de calidad por centro de salud

Nivel	CS1	CS2	CS3	CS4	Total
Bajo	5	4	1	7	17
Medio	14	19	19	14	66
Ato	6	2	5	4	17

Fuente: Encuesta, 2021.

En la tabla 5 se muestra las mejoras continuas por centro de salud, en donde se destaca la participación del CS3 ya que tiene la menor frecuencia de nivel bajo, la mayor en nivel medio, y la segunda en nivel alto.

Tabla 2. Mejoras continuas por centro de salud

Nivel	CS1	CS2	CS3	CS4	Total
Bajo	13	11	6	13	43
Medio	4	10	12	6	32
Ato	8	4	7	6	25

Fuente: Encuesta, 2021.

En la tabla 6 se muestra la dimensión de equipo de trabajo en cada centro de salud, en donde se aprecia que se sigue la tendencia de nivel medio. Sin embargo, el CS4 es el que mayor frecuencia tiene en nivel bajo, mientras que, CS3 presenta la mayor frecuencia en nivel alto.

Tabla 3. Equipo de trabajo por centro de salud

Nivel	CS1	CS2	CS3	CS4	Total
Bajo	1	0	0	4	5
Medio	18	20	16	16	70
Ato	6	5	9	5	25

Fuente: Encuesta, 2021.

4.2 ESTABLECIMIENTO DE LOS FACTORES DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA QUE SON INFLUENCIADOS POR LA GESTIÓN DE CALIDAD

La tabla 7 muestra los datos generales de los 100 profesionales de la salud, los cuales se componen del 55% de mujeres y el 45% de hombres. En cuanto a la edad, se observa que el grupo poblacional con mayor cantidad de trabajadores se encuentra en el rango de entre 40 y 50 años, con un 39% del total de los encuestados. Adicionalmente, se puede apreciar que los profesionales se distribuyen al 25% de cada uno de los centros médicos (CS).

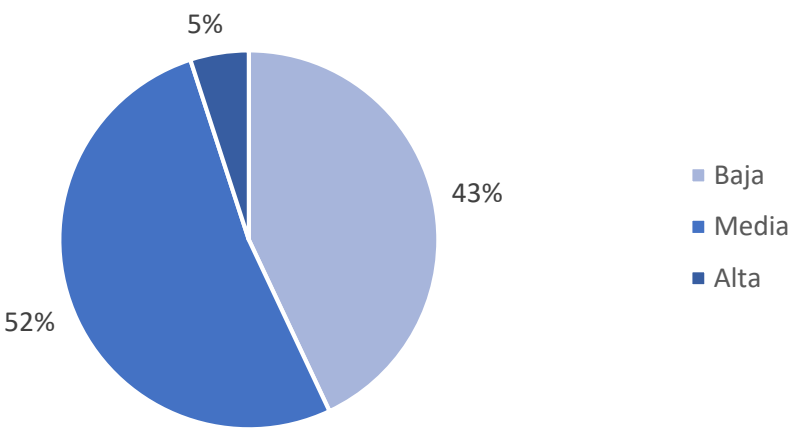
Tabla 4. Datos generales de profesionales de la salud

Variable	Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	55	55,0
	Hombre	45	45,0
Edad	Menores de 40 años	28	28,0
	Entre 40 y 50 años	39	39,0
	Mayores de 50 años	33	33,0
Ubicación	Centro de salud (CS1)	25	25
	Centro de salud (CS2)	25	25
	Centro de salud (CS3)	25	25
	Centro de salud (CS4)	25	25

Fuente: Encuesta, 2021.

En la figura 5 se presenta el nivel de gestión administrativa general, en donde se puede apreciar que el 43% de los encuestados perciben un nivel bajo de gestión administrativa; mientras que, el 52% consideran que es media, y el 5% alta.

Figura 5. Nivel de gestión administrativa



Fuente: Encuesta, 2021.

En la tabla 8 muestra el nivel de gestión administrativa para cada centro de salud, en donde se puede apreciar que el que tiene mayor calificación es el CS3, en el que 4 profesionales

identificaron una gestión administrativa alta, y 16 a nivel medio. En contraste, el CS4 se presenta como el que menor nivel de gestión administrativa se percibe, con una frecuencia de 17 encuestados indicando un nivel bajo, y tan sólo 8 profesionales señalaron que sus actividades son de nivel medio.

Tabla 5. Nivel de gestión administrativa

Nivel	CS1	CS2	CS3	CS4	Total
Baja	10	11	5	17	43
Media	14	14	16	8	52
Alta	1	0	4	0	5

Fuente: Encuesta, 2021.

Ante estos datos, se presenta a continuación la descomposición por cada una de las dimensiones, para la identificación de los factores que influyen en la satisfacción del cliente. Por lo cual, a través de la tabla 9 se puede apreciar que el peor nivel se encuentra en el control sobre los sistemas, niveles, áreas de aplicación, herramientas y calidad; seguido de la planeación con un 73% en nivel bajo. En contraste, la dirección muestra la más alta calificación con un 33% en nivel alto y un 38% en nivel medio. Mientras que, para la dimensión organización se detecta nivel medio con un 54%.

Tabla 6. Nivel de gestión administrativa por dimensiones

Dimensiones	Bajo	Medio	Alto
Planeación	73,0	23,0	4,0
Organización	26,0	54,0	20,0
Dirección	29,0	38,0	33,0
Control	87,0	13,0	0,0

Fuente: Encuesta, 2021.

En la tabla 10 muestra la planeación en centros médicos, en donde se detecta que el CS3 tiene levemente una mejor aplicación de la planeación sobre las estrategias, políticas y programas, debido a que se observa el 8% en nivel alto, 32% en nivel medio. En contraste, se observa que, el CS1 tiene la peor planeación debido a que se aprecia una frecuencia de 22, siendo superior con 4 puntos sobre la calificación de los otros centros de salud.

Tabla 7. Planeación en centros médicos

Nivel	CS1	CS2	CS3	CS4	Total
Bajo	22	18	15	18	73
Medio	2	6	8	7	23
Alto	1	1	2	0	4

Fuente: Encuesta, 2021.

En la tabla 8 se observa que la mayor frecuencia de nivel bajo de organización se encuentra en el CS4, en donde se aprecia un valor de 11 para bajo y 8 para medio. Mientras que, el CS3 se presenta como el mejor en la organización, con una frecuencia de 7 para nivel alto, y 15 para medio.

Tabla 8. Organización en centros médicos

Nivel	CS1	CS2	CS3	CS4	Total
Bajo	5	7	3	11	26
Medio	14	17	15	8	54
Alto	6	1	7	6	20

Fuente: Encuesta, 2021.

En la tabla 11 se observa que la mayor frecuencia del nivel más bajo se encuentra en el CS4, en donde se aprecia un valor de 12 para nivel bajo y 5 para medio. Mientras que, se identifica al CS3 como el mejor en dirección, seguido cercanamente del CS1. Adicionalmente, es necesario mencionar que esta dimensión es en la que más se ha podido contar con niveles altos, representando el 33%, por lo que se puede deducir que es la dimensión que mejor manejan los centros de salud públicos.

Tabla 9. Dirección en centros médicos

Nivel	CS1	CS2	CS3	CS4	Total
Bajo	5	8	4	12	29
Medio	10	12	11	5	38
Alto	10	5	10	8	33

Fuente: Encuesta, 2021.

En la tabla 12 se puede observar que no existe niveles altos para el control de los sistemas, niveles, áreas de aplicación, herramientas y calidad. El nivel bajo se aprecia casi de manera similar en todos los centros de salud, a excepción del CS3 con un punto menos frente a la frecuencia del resto de entidades. Por tal motivo, se puede indicar que esta dimensión es la que menos se ha desarrollado.

Tabla 10. Control en centros médicos

Nivel	CS1	CS2	CS3	CS4
Bajo	22	22	21	22
Medio	3	3	4	3

Fuente: Encuesta, 2021.

4.3 IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA

En la tabla 13 se expone las características generales de la muestra encuestada, la cual se conforma de 48.6% de mujeres y 51.4% de hombres. La aplicación del instrumento se realizó tratando de evitar una diferencia mayor al 0.5%, para poder realizar un análisis que permita comparar resultados sin necesidad de ponderaciones.

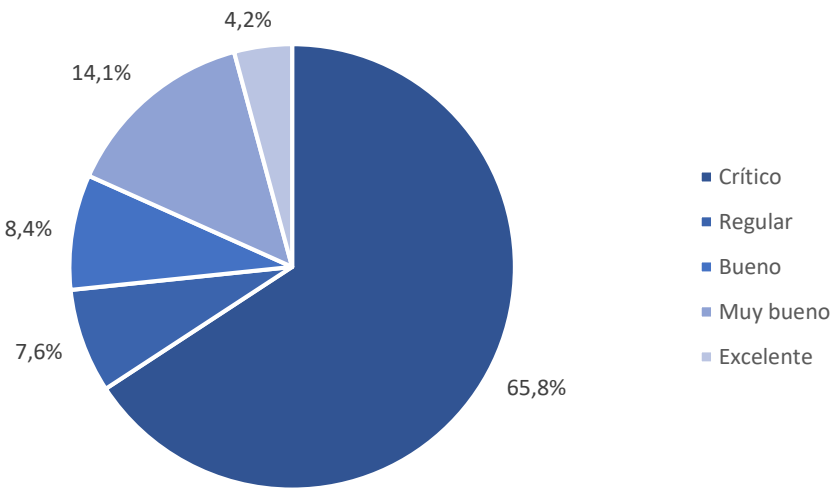
Tabla 11. Datos generales de pacientes

Variable	Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	186	48,6
	Hombre	197	51,4
Edad (Agrupada)	Menores de 30 años	106	27,7
	Entre 30 y 39 años	53	13,8
	Entre 40 y 49 años	25	6,5
	Entre 50 y 59 años	29	7,6
	Entre 60 y 69 años	77	20,1
	Mayores de 70 años	93	24,3
Centro de salud	Centro de salud (CS1)	95	24,8
	Centro de salud (CS2)	95	24,8
	Centro de salud (CS3)	96	25,1
	Centro de salud (CS4)	97	25,3

Fuente: Encuesta, 2021.

La figura 6 expone el nivel de satisfacción del servicio percibido por el paciente de manera general, en donde el 65.8% se encuentra en estado crítico, 7.6% es regular, 8.4% es bueno, 14.1% es muy bueno y 4.2% es excelente.

Figura 6. Nivel de satisfacción del servicio



Fuente: Encuesta, 2021.

En la tabla 15 se muestra que 252 personas sitúan el servicio en nivel crítico, principalmente en CS4, seguido de CS2 y CS1. De hecho, el único que presenta valores que se diferencian de los demás sobre la percepción de la satisfacción es el CS3, con 13 pacientes que consideraron tener un excelente servicio; mientras que, las cifras críticas disminuyen en 36 puntos frente al peor escenario (CS4).

Tabla 12. Nivel de satisfacción de servicio por centro de salud

Nivel	CS1	CS2	CS3	CS4	Total
Crítico	65	69	41	77	252
Regular	18	10	0	1	29
Bueno	5	6	8	13	32
Muy bueno	6	10	34	4	54
Excelente	1	0	13	2	16
Total	95	95	96	97	383

Fuente: Encuesta, 2021.

En la tabla 16 se muestran el nivel de satisfacción del servicio por dimensiones, en donde se aprecia que la dimensión de tramitología tiene el mayor porcentaje crítico, representando el 71.8% de la muestra; seguido de equipos y materiales (66.1%), infraestructura (65.0%), tecnologías de contacto (63.4%) y personal de contacto (63.4%). En contraste, se observa que tecnologías de contacto es la dimensión con mayor porcentaje de excelencia frente a las demás estudiadas, con un valor de 5.2%, seguido del personal de contacto con 5.0%.

Tabla 13. Dimensiones de satisfacción del servicio

Dimensiones	Crítico	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
Personal de contacto	243	40	40	41	19
	63,5%	10.4%	10,4%	10,7%	5,0%
Infraestructura	249	38	41	40	15
	65,0%	9,9%	10,9%	10,4%	3,9%
Equipos y materiales	253	38	40	34	18
	66,1%	9,9%	10,4%	8,9%	4,7%
Tramitología	275	45	20	26	17
	71,8%	11,8%	5,2%	6,8%	4,4%
Tecnologías de contacto	243	38	40	42	20
	63,5%	9,9%	10,4%	11,0%	5,2%

Fuente: Encuesta, 2021.

En la tabla 17 se expone la dimensión personal de contacto por centro de salud, en donde se aprecia que el CS3 tiene la mayor cantidad de encuestados que consideran un servicio de excelencia frente a los demás centros de salud. De igual manera, el CS3 es el que menor cantidad de pacientes refieren situaciones negativas en comparación con el resto.

Tabla 14. Personal de contacto por centro de salud

Nivel	CS1	CS2	CS3	CS4	Total
Crítico	60	65	41	77	243
Regular	24	14	1	1	40
Bueno	0	5	26	9	40
Muy bueno	10	11	14	6	41
Excelente	1	0	14	4	19
Total	95	95	96	97	383

Fuente: Encuesta, 2021.

En la tabla 18 se muestra la dimensión infraestructura por centro de salud, en donde se aprecia que el CS3 tiene la mayor cantidad de encuestados que consideran un servicio de excelencia frente a los demás centros de salud. De igual manera, el CS3 es el que menor cantidad de pacientes refieren situaciones negativas en comparación con el resto.

Tabla 15. Infraestructura por centro de salud

Nivel	CS1	CS2	CS3	CS4	Total
Crítico	61	66	43	79	249
Regular	23	14	0	1	38
Bueno	0	5	27	9	41
Muy bueno	10	10	14	6	40
Excelente	1	0	12	2	15
Total	95	95	96	97	383

Fuente: Encuesta, 2021.

En la tabla 19 se expone la dimensión equipos y materiales por centro de salud, en donde se aprecia que el CS3 tiene la mayor cantidad de encuestados que consideran un servicio de excelencia frente a los demás centros de salud. De igual manera, el CS3 es el que menor cantidad de pacientes refieren situaciones negativas en comparación con el resto. No obstante, las cifras demuestran que la tramitología es el proceso menos atendido por esta instrucción (CS3), en relación con las demás dimensiones.

Tabla 16. Equipos y materiales por centro de salud

Nivel	CS1	CS2	CS3	CS4	Total
Crítico	64	66	45	78	253
Regular	23	14	0	1	38
Bueno	0	5	26	9	40
Muy bueno	6	10	12	6	34
Excelente	2	0	13	3	18
Total	95	95	96	97	383

Fuente: Encuesta, 2021.

En la tabla 20 se presenta la dimensión tramitología por centro de salud, en donde se aprecia que el CS3 tiene la mayor cantidad de encuestados que consideran un servicio de excelencia frente a los demás centros de salud. De igual manera, el CS3 es el que menor cantidad de pacientes refieren situaciones negativas en comparación con el resto.

Tabla 17. Tramitología por centro de salud

Nivel	CS1	CS2	CS3	CS4	Total
Crítico	79	77	41	78	275
Regular	7	10	22	6	45
Bueno	3	1	8	8	20
Muy bueno	5	7	13	1	26
Excelente	1	0	12	4	17
Total	95	95	96	97	383

Fuente: Encuesta, 2021.

Finalmente, en la tabla 21 se muestra la dimensión tecnologías de contacto por centro de salud, en donde se aprecia que el CS3 tiene la mayor cantidad de encuestados que consideran un servicio de excelencia frente a los demás centros de salud. De igual manera, el CS3 es el que menor cantidad de pacientes refieren situaciones negativas en comparación con el resto.

Tabla 18. Tecnologías de contacto por centro de salud

Nivel	CS1	CS2	CS3	CS4	Total
Crítico	60	65	41	77	243
Regular	23	14	0	1	38
Bueno	0	5	26	9	40
Muy bueno	10	11	15	6	42
Excelente	2	0	14	4	20
Total	95	95	96	97	383

Fuente: Encuesta, 2021.

4.4 COMPARACIÓN DEL EFECTO DE LA GESTIÓN DE CALIDAD SOBRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS Y LA INFLUENCIA EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA.

4.4.1 Efecto de la gestión de calidad en la satisfacción del paciente

Una vez obtenidos los resultados para gestión de calidad y el nivel de satisfacción del usuario, se procede a realizar una comparación sobre los niveles para cada centro de salud. En la tabla 22 se puede observar que el CS3 presenta la menor frecuencia en nivel bajo de gestión de

calidad, lo cual concuerda con el nivel de satisfacción del paciente con menor porcentaje en nivel crítico (42.7%). Mientras que, en el caso del CS1 se resuelve la disyuntiva sobre la divergencia de la apreciación de la gestión de calidad, pues se confirma a través de los niveles de satisfacción del cliente que las acciones tomadas por los directivos no son las adecuadas debido a que existe un nivel crítico del 68.4%. Por otro lado, para el CS4 se observa una relación entre el bajo nivel de gestión de calidad (28%) y nivel crítico en satisfacción al cliente (79.4%), ya que en ambos casos se aprecia los porcentajes más altos para los niveles más bajos frente a los demás centros de salud. En cuanto al CS2, se encuentra que es el único en no alcanzar un servicio de excelencia, lo cual tiene congruencia con la menor frecuencia de apreciación de nivel alto de gestión de calidad. Ante estas afirmaciones, se concluye que el mejor centro de salud es el CS3, concordando la gestión de calidad con el nivel de satisfacción del paciente sobre los servicios públicos.

Tabla 19. Gestión de calidad y satisfacción del paciente

Variables	Nivel	CS1		CS2		CS3		CS4		Total
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Nivel de gestión de calidad	Bajo	5	20,0%	4	16,0%	1	4,0%	7	28,0%	17
	Medio	14	56,0%	19	76,0%	19	76,0%	14	56,0%	66
	Ato	6	24,0%	2	8,0%	5	20,0%	4	16,0%	17
	Total	25	100,0%	25	100,0%	25	100,0%	25	100,0%	100
Nivel de satisfacción del paciente	Crítico	65	68,4%	69	72,6%	41	42,7%	77	79,4%	252
	Regular	18	18,9%	10	10,5%	0	0,0%	1	1,0%	29
	Bueno	5	5,3%	6	6,3%	8	8,3%	13	13,4%	32
	Muy bueno	6	6,3%	10	10,5%	34	35,4%	4	4,1%	54
	Excelente	1	1,1%	0	0,0%	13	13,5%	2	2,1%	16
	Total	95	100,0%	95	100,0%	96	100,0%	97	100,0%	383

Fuente: Encuesta, 2021.

4.4.2 Influencia de la gestión de calidad en la gestión administrativa

Ante estos resultados, se procede a realizar un análisis sobre la gestión de calidad en la realidad actual de la gestión administrativa. Por tal motivo, se hace uso de la prueba de Kolmogorov smirnov, en donde se obtuvo un p-valor inferior al nivel de significancia (0.05), por lo cual se rechaza la hipótesis nula, y se confirma que los datos no siguen una distribución normal, por lo que se debe tomar pruebas no paramétricas para realizar la correlación entre las variables.

En consecuencia, se emplea el estadístico Rho de Spearman con el cual se obtuvo una p-valor menor al nivel de significancia (0.05) y un coeficiente de correlación de 0.601, por lo cual se concluye que existe una relación significativamente moderada entre la gestión de calidad y la gestión administrativa (tabla 23).

Tabla 20. Gestión de calidad y gestión administrativa

Variables	Detalle	Gestión administrativa	Gestión de calidad
Gestión administrativa	Coeficiente de correlación	1,000	0,601
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	100	100
Gestión de calidad	Coeficiente de correlación	0,601	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	100	100

En cuanto a la influencia de la gestión de calidad sobre las dimensiones de la gestión administrativa, se aplica el estadístico Rho de Spearman para realizar la respectiva correlación, con lo cual se detectó que no existe relación entre la gestión de calidad y la planeación debido a que el p-valor es superior al nivel de significancia (0.05), tal como se puede observar en la tabla 24.

Tabla 21. Gestión de calidad y planeación

Variable / Dimensión	Detalle	Gestión de calidad	Planeación
Gestión de calidad	Coeficiente de correlación	1,000	0,168
	Sig. (bilateral)		0,094
	N	100	100
Planeación	Coeficiente de correlación	0,168	1,000
	Sig. (bilateral)	0,094	
	N	100	100

Por otro lado, mediante el estadístico Rho de Spearman se evidenció que existe una relación significativa moderadamente fuerte entre la gestión de calidad y la organización, dado que se observa en la tabla 25 que el p-valor es menor al nivel de significancia (0.05) y existe un coeficiente de relación de 0.711.

Tabla 22. Gestión de calidad y organización

Variable / Dimensión	Detalle	Gestión de calidad	Organización
Gestión de calidad	Coeficiente de correlación	1,000	0,711
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	100	100
Organización	Coeficiente de correlación	0,711	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	100	100

En la tabla 26 se muestra un p-valor inferior al nivel de significancia (0.05) y un coeficiente de correlación de 0.699, con lo cual se comprueba que existe una relación moderadamente significativa entre la gestión de calidad y la dirección de los centros de salud.

Tabla 23. Gestión de calidad y dirección

Variable / Dimensión	Detalle	Gestión de calidad	Dirección
Gestión de calidad	Coeficiente de correlación	1,000	0,699
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	100	100
Dirección	Coeficiente de correlación	0,699	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	100	100

Finalmente, se presenta la tabla 27, la cual recoge los resultados de la aplicación del estadístico Rho de Spearman, en el que se muestra que el p-valor es menor al nivel de significancia (0.05) y un coeficiente de correlación de 0.357, por lo cual se comprueba que existe una relación significativamente débil entre la gestión de calidad y el control.

Tabla 24. Gestión de calidad y control

Variable / Dimensión	Detalle	Gestión de calidad	Control
Gestión de calidad	Coeficiente de correlación	1,000	0,357
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	100	100
Control	Coeficiente de correlación	0,357	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	100	100

4.5 DISCUSIÓN

Los resultados revelan valores críticos que superan el 50% en tres de los centros de salud estudiados, lo cual no es superior a estudios realizados por otros autores. De hecho, Arbaláez y Mendoza (2017) encontraron que, en una muestra de 652 usuarios externos, todos reportaron insatisfacción del servicio en consulta externa y mala calidad de atención en todos los centros de salud examinados en dicho estudio.

Entre los aspectos que son de gran relevancia para los usuarios se encuentra la facilidad que tiene el profesional para que el paciente comprenda su explicación sobre la enfermedad y el tratamiento, por lo que se resalta la confianza – empatía que genera el personal de la salud sobre el paciente o sus familiares, así lo mencionan Chávez y otros (2016). En concordancia, Guato y otros (2016) señalaron al desempeño del profesional y el trato que da a los pacientes como el factor más importante que incrementa el nivel de satisfacción de los usuarios. Ante estas afirmaciones, el presente estudio confirma la importancia de este aspecto dado que se registró un nivel aceptable del 36.5% del contacto con el personal, el cual recoge de manera acumulada los valores que no se ubican dentro del nivel crítico. Esta dimensión es la segunda en tener una puntuación de excelencia, con un 5% del total de la muestra.

Por otro lado, Castelo (2016) mencionó a la infraestructura como un aspecto que los pacientes no toman tanto en consideración, si la atención del personal de salud es de calidad. No obstante, en la valoración global de la satisfacción del paciente se observa que el 65% de la dimensión salud tiene un nivel crítico. Por lo que estos resultados se ajustan con lo que indicaron Fariño y otros (2018) en su estudio de satisfacción de los usuarios y la calidad de atención de las unidades operativas de atención primaria de salud, en donde mencionan que la apreciación de esta dimensión la realiza mayoritariamente un paciente que visita constantemente el centro de salud y que nota los cambios en la infraestructura, equipamientos, cantidad de camillas, sillas de espera, la limpieza, entre otros.

En este sentido, se menciona otro factor tangible, los equipos y materiales, los cuales fueron valorados con un nivel crítico del 66.10%, asociado a la cantidad disponible para el uso y desarrollo del servicio. Ante esta cifra, se confirma la veracidad de lo expuesto por Fariño y otros (2018).

En cuanto a la tramitología, se detectó un nivel crítico del 71.8%, representando la dimensión con mayores casos de insatisfacción del paciente, lo cual se asocia a la capacidad del centro de salud para resolver requisitos y facilitar las actividades que condicionan la prestación del servicio (Ministerio del Trabajo, 2018). Este mismo panorama fue percibido por Fariño y otros (2018), quienes obtuvieron valores negativos atribuidos al tiempo de espera, así como para la resolución de problemas, quejas y reclamos.

Finalmente, para las tecnologías de contacto se aprecia la valoración más alta en satisfacción del paciente con un nivel de excelencia del 5.2%, lo cual se asocia a la utilización de redes digitales para la difusión de la información institucional, la reserva de turnos y el trato recibido a través de estos medios.

Por otro lado, la comparación de la estadística descriptiva de las variables gestión de calidad y satisfacción del paciente muestra que existe una relación positiva entre estas, debido a que se observó que, si tiene un nivel bajo en gestión de calidad, también tendrá nivel crítico en satisfacción del paciente, como en el caso CS1, CS2 y CS4. De igual manera, si tiene un porcentaje bajo en nivel alto de gestión de calidad, también tendrá un porcentaje bajo en nivel alto de satisfacción del paciente, caso que se repite en CS1, CS2 y CS4.

Ante estas afirmaciones, se menciona el CS3, el cual presenta el menor porcentaje en nivel bajo de gestión de calidad, con concordando con el menor porcentaje de nivel crítico. De igual forma, CS3 tiene el mayor porcentaje de nivel alto en gestión de calidad, por consiguiente, tiene el mayor porcentaje de nivel de excelencia en satisfacción del paciente.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.6 CONCLUSIONES

- Dentro del análisis de la gestión de calidad de los cuatro centros de salud se determinó que el 17% tiene un nivel bajo, el 66% un nivel medio y el 17% un nivel alto.
- Entre las dimensiones de la gestión de calidad se observó que la mejor puntuada fue el trabajo en equipo con un nivel medio del 70% y alto del 25%. Mientras que, el nivel de mejora del desempeño del centro de salud fue de nivel bajo en un 43%. El trabajo en equipo se destacó por la excelente comunicación entre jerarquías y la adecuada estructuración del programa de mejoras. Mientras que, la dimensión mejora del desempeño del centro de salud resaltó en los procesos para la atención por parte del personal, los cuales permiten que el desempeño del centro de salud sea muy adecuado.
- Los factores de la gestión administrativa que son influenciados por la gestión de calidad son la organización, dirección y control que ejecutan los altos mandos.
- El nivel de satisfacción del servicio percibido por el paciente de manera general fue 65.8% crítico. El mayor porcentaje crítico se situó en la dimensión tramitología, representando el 71.8% de la muestra.
- Se concluye que el mejor centro de salud es el CS3, concordando la gestión de calidad con el nivel de satisfacción del paciente sobre los servicios públicos.

4.7 RECOMENDACIONES

- Se recomienda elaborar un plan de mejora de la gestión de carácter urgente para los cuatro centros de salud, en donde se priorice los recursos y estrategias en la dimensión de tramitología, en el que debe constar los responsables de las unidades y procesos internos, el cronograma de actividades, los costos, y el detalle de la implementación de las acciones correctivas.
- Se sugiere que los altos mandos realicen cambios en la estructura organizacional del personal asistencial y administrativo para que contribuya al mejoramiento del centro de salud de manera adecuada. Igualmente, se deben buscar métodos para mejorar el desempeño de los servicios que brinda el centro de salud, de modo que se jerarquicen prioridades en torno a la realidad sobre los recursos limitados con los que cuentan.

- Se recomienda mejorar la partición equitativa de los trabajadores y dar apoyo a los integrantes del equipo para el cumplimiento de sus actividades.
- A pesar de que se tiene un programa de mejora de desempeño muy bien estructurado, se reporta que las metas que se proponen son regulares, debido a que no pueden ser cumplidas por falta de recursos. Por tal motivo, se sugiere proyectar objetivos y metas acordes a la realidad económica del centro de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuerdo No. 5212. Tipología sustitutiva para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención y servicios de apoyo del Sistema Nacional de Salud. (s.f.). *Suplemento del Registro Oficial No. 428*. de 30 de enero de 2015.
- Aguirre. (2008). Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. *Cir. Ciruj.*, 76(2), 187-196. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc082o.pdf>
- Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- Amador, & Cubero. (2010). Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(2), 175-179. Obtenido de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v36n2/spu12210.pdf
- Aranaz, & Moya. (2011). Seguridad del paciente y calidad. *Rev Calid Asist*, 331-332. doi:10.1016/j.cali2011.10.001
- Arbaláez, & Mendoza. (2017). Relación entre gestión del director y satisfacción del usuario externo en centros de salud de un distrito del Ecuador. *An. Fac. med.*, 78(2), 154-160. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832017000200007&script=sci_arttext
- Barragán, & Moreno. (2013). Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enfermería Global*, 12(29), 217-230. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/administracion2.pdf>
- Barrios, M. M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*.
- Becerra. (2015). *Equidad en salud: mandato esencial para el desarrollo sostenible*. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n1/01-04/>

- Beltrán, Díaz, Sarduy, & Uriarte. (2018). Gestión por procesos en los servicios de salud y el trabajo en equipo: consideraciones metodológicas. *Scielo*.
- Betancourt. (2021). La salud pública en contextos pluriculturales. Avances y retrocesos. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 61(4).
- Bravo. (2011). *Gestión de procesos*. Santiago de Chile: Evoluación. Obtenido de <http://hsjd.org/seminariogestion2013/docs/02-Dia5-TercerModeloProcesos.pdf>
- Calvo, Pelegrín, & Gil. (2018). Enfoques teóricos para la evaluación de la eficiencia y eficacia en el primer nivel de atención médica de los servicios de salud del sector público. *Rev retos*, 12(1), 96-118. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rdir/v12n1/rdir06118.pdf>
- Cárdenas, Juárez, Moscoso, & Vivas. (Agosto de 2017). Determinantes sociales en salud. Lima, Peru: esan ediciones.
- Carmen, D. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 292.
- Carvalho, C. (4 de 3 de 2016). *Hablemos de neurociencia*. Obtenido de <https://hablemosdeneurociencia.com/atencion/#:~:text=Como%20sabemos%20exist en%20m%C3%BAtiples%20definiciones%20sobre%20qu%C3%A9%20es,l%C3%ADneas%20de%20pensamiento%20que%20suceden%20de%20manera%20simul t%C3%A1nea>.
- Castelo, W., Castelo, A., & Rodríguez, J. (2016). Satisfacción de pacientes con atención médica en emergencias. *Rev Cubana Enfermer*, 32(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-03192016000300007
- Castiglione, M. S. (03 de 2017). *OPS*.
- Chacón. (2018). *Modelo de gestión de calidad para hospitales*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Chávez, Rojas, Bravo, & Guzmán. (2016). *Calidad de los cuidados de enfermería relacionada con el grado de satisfacción de los pacientes en el Hospital General Enrique Garcés - Servicio de Emergencias*. Universidad Central del Ecuador.
- Constitución de la República del Ecuador 2008. (s.f.). *Registro Oficial 449*. de 20 de octubre de 2008.

- Del Carmen. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 292.
- Díaz, Tirado, & Madera. (2017). Odontología con enfoque en salud familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Egry, Fornari, Taminato, Vigeta, & Fonseca. (2021). Indicadores de buenas prácticas de enfermería para grupos vulnerables. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 29, 1-12.
- Elorza. (2017). Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Rev Cubana Salud Pública*.
- Eraso, Chávez, Herrera, Torres, Gallo, & Armijos. (2017). ¿Cómo medir la eficacia de la gestión en instituciones de salud? *Rev Cubana Invest Bioméd*, 6(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002017000300017&script=sci_arttext&tlng=en
- Escuela Europea de Excelencia. (16 de 10 de 2018). *Quiere saber lo que significa la gestión de calidad*. Obtenido de <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2018/10/quiere-saber-lo-que-significa-la-gestion-de-calidad/>
- Fariño et al., J. (2018). Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en las unidades operativas de atención primaria de salud. *revista espacios*, 22.
- Gonzalez. (2017). Los Servicios: concepto, clasificacion y problemas de medicion. *Ekonomiaz*.
- Guato, Rojas, Illusanguil, & Quispe. (2016). *Calidad de los cuidados de enfermería relacionados con la satisfacción percibida por los pacientes hospitalizados en el servicio de ginecología del Hospital de Especialidades las FF.AA. No 1 de la ciudad de Quito en el período diciembre 2015 - enero 2016*. Universidad Central del Ecuador.
- Guix. (2005). Calidad en salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 19(4), 325-332. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911105747890>
- Guzmán, A. M. (2018). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Revista de Ciencias Sociales* , 185-205.
- Haro, Macías, Haro, López, Ayala, & Gutiérrez. (2018). Sistema de gestión de calidad en el servicio de atención de salud. *Pol. Con.*, 3(11), 210-234. doi:10.23857/pc.v3i11.790

- Hernández, Barrios, & Martínez. (2018). Gestión de la calidad: elemento clave para el desarrollo de las organizaciones. *criterio libre*, 179-195.
- Huergo, J. (2020). *Los Procesos de Gestión*.
- Huerta, Moreno, Muñoz, Rodríguez, & Velasco. (2014). *Consecuencias de la poca información acerca de las ETS y los métodos anticonceptivos en los jóvenes de CUAltos*. Instituto del Centro Universitario de los ALtos. Obtenido de <http://repositorio.cualtos.udg.mx:8080/jspui/handle/123456789/684>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2020). *Proyección poblacional a nivel cantonal periodo 2020 - 2025*. Obtenido de <https://sni.gob.ec/proyecciones-y-estudios-demograficos>
- Jiménez. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev. Cubana Salud Pública*, 30(1). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004
- Juarez, Marquez, Salgado, Pelcastre, Ruelas, & Reyes. (2014). Health inequality among vulnerable groups in Mexico: older adults, indigenous people, and migrants. *Pan American Health Organization*, 35(4).
- Juran, J. (2020). *Alteco Consultores. Desarrollo y Gestion*. Obtenido de <https://www.aiteco.com/concepto-de-calidad/>
- Kroeger, & Luna. (1992). *Atención primaria de salud: Principios y métodos*. Organización Panamericana de la Salud.
- Ley Organica de Salud. (18 de 12 de 2015). *Ley Organica de Salud*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Ley Orgánica de Salud. (s.f.). *Registro Oficial Suplemento*. de 22 de diciembre de 2006.
- López, J. F. (9 de 10 de 2019). *Economipedia.com*. Obtenido de <https://economipedia.com/definiciones/poblacion-estadistica.html>
- Massip, Ortiz, Llantá, Peña, & Infante. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de la Salud Pública*, 34(4), 1-10. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2008.v34n4/1-10/es/>

- Medina, & Marco. (2017). Indicadores de Productividad en Hospitales Públicos. *Vis. Futuro*, 21(2). Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-87082017000200002
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2017). Plan nacional de desarrollo- Toda una vida 2017-2021. Ecuador.
- Ministerio de salud publica. (14 de 6 de 2012). Quito, Pichincha, Ecuador.
- Ministerio de Salud Publica. (18 de 12 de 2015). *Ley organica de salud*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Ministerio del Trabajo. (2018). *Guía metodológica para la medición y evaluación de la percepción de la calidad de los servicios públicos*. Dirección de Calidad en el Servicio Público. Obtenido de <https://www.gobiernoelectronico.gob.ec/wp-content/uploads/2019/08/Gu%C3%ADa-Metodol%C3%B3gica-para-la-Evaluaci%C3%B3n-y-Medici%C3%B3n-de-la-Percepci%C3%B3n-de-la-Calidad-de-los-Servicios-P%C3%BAblicos2.pdf>
- Miyahira. (2001). Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? *Rev Med Hered*, 12(3).
- Mora. (2011). La calidad del servicio y la satisfacción del consumidor. *Revista Brasileira de Marketing*, 10(2), 146-162.
- Morelo, Panunzio, Cruz, Núñez, Zambrano, Parra, & Sánchez. (2010). Gestión de la calidad de atención en laboratorios clínicos de hospitales públicos en Maracaibo, Venezuela. *Rev. Salud Pública*, 12(4), 658-668. Obtenido de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v12n4/v12n4a12.pdf
- MSP. (2021). *Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad*.
- Muiño, Jiménez, Pinilla, Durán, Cabrera, & Rodríguez. (2007). Seguridad del paciente. *Anales de Medicina Interna*, 24(12), 602-606.
- Organización de las Naciones Unidas. (2012). *Los principios rectores sobre la extrema pobreza y los derechos humanos*. Naciones Unidas Derechos Humanos. Obtenido de

- https://www.ohchr.org/Documents/Publications/OHCHR_ExtremePovertyandHumanRights_SP.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (23 de 10 de 2019). *Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud*. Obtenido de <https://tratamientoyenfermedades.com/definicion-enfermedad-oms-concepto-salud/>
- Organización Mundial de la Salud. (25 de 03 de 2019). *Seguridad del paciente*. Obtenido de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-sp.pdf
- organización mundial de la salud, [. (2021). *euroinnova business school*. Obtenido de <https://www.euroinnova.edu.es/blog/que-es-salud-publica-segun-la-oms>
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Guías e instrumentos para evaluar la calidad de la atención*. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Obtenido de https://www.paho.org/dor/dmdocuments/guia_instrumentos_calidad_atencion.pdf
- Ovalle, L. W. (2018). *Modelo de atención integral en salud*.
- Pablos, G. (2017). ¿Cómo se organiza la Sanidad en Europa?
- Pedraza, Lavín, & Bernal. (2014). Evaluación de la calidad del servicio en la administración pública en México: Estudio multicaso en el sector salud. *Revista Estado, gobierno, gestión pública*(23), 25-49.
- Peiro, & Rodríguez. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del psicólogo*, 29(1), 68-82. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829109.pdf>
- Pérez. (8 de marzo de 2016). *La planificación empresarial más completa*. Obtenido de OBS Business School: <https://www.obsbusiness.school/blog/la-planificacion-empresarial-mas-completa>
- Pilar, Torijano, & Olivera. (2016). Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. *Aten primaria*, 48(1), 3-7.
- Podesta, & Maceda. (2018). Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017. *Horiz. Med.*, 18(3), 48-56.
- RAE. (2021). *RAE*. Obtenido de <https://dpej.rae.es/lema/servicio>

- Ramos. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc*, 16(2), 175-189.
- Requena. (02 de 11 de 2017). Tesis: Calidad de Servicio desde la perspectiva de clientes, usuarios, y auto-percepcion de empresas de captacion de talento. *Tesis: Calidad de Servicio desde la perspectiva de clientes, usuarios, y auto-percepcion de empresas de captacion de talento*. Caracas, Venezuela.
- Riega. (2020). *La gestión administrativa sanitaria y su incidencia en la aplicación del programa de mejora de calidad del hospital de emergencias Villa El Salvador Lima Perú 2020*. Instituto de Gobierno y Gestión Pública. Obtenido de https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/7305/riega_cgd.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Ríos, Barreto, & Martínez. (2015). *Percepción de la satisfacción en la atención en salud en usuarios del servicio de consulta externa, de los hospitales San Antonio de Chia y Santa Rosa de Tenjo, marzo de 2016*. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Obtenido de <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/639/Percepcion%20de%20la%20satisfaccion,%20Tenjo.pdf;jsessionid=A8DAF6B870EDD3B9B3DC1730F5821B1B?sequence=1>
- Rocco, & Garrido. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795.
- Rodríguez, & Echemendia. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Rev Cubana Hig Epidemiol*, 49(1), 135-150.
- Santos. (2016). Calidad y satisfacción: el caso de la Universidad de Jaén. *Revista de la Educación Superior*, 79-95.
- Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en las unidades operativas de atención primaria de salud*. (s.f.).
- Saturno, Hernández, Magaña, Garcia, & Vértiz. (2015). Estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad de los servicios. *Salud Publica Mex*, 57(3), 275-283. Obtenido de

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v57n3/v57n3a17.pdf

Servicio de Acreditación Ecuatoriano. (26 de 04 de 2018). www.acreditacion.gob.ec.

Obtenido de <https://www.acreditacion.gob.ec/calidad-en-los-servicios-publicos/#:~:text=Calidad%20en%20los%20servicios%20p%C3%BAblicos%20La%20calidad%20de,que%20se%20entregan%20los%20servicios%20a%20los%20ciudadanos>.

SIGNIFICADOS. (2016). *SIGNIFICADOS*. Obtenido de

<https://www.significados.com/efecto/#:~:text=Qu%C3%A9%20es%20Efecto%3A,e n%20el%20que%20se%20utiliza>.

Tenorio, Veintimilla, & Reyes. (2021). La crisis económica del Covid-19 en el Ecuador:

Implicaciones y proyectivas para la salud mental y la seguridad. *Revista Investigación y Desarrollo*, 13, 88-102.

Thompson, I. (s.f.). *Definición de Servicios*.

Torres, & Luna. (2017). Evaluación de la percepción de la calidad de los servicios bancarios

mediante el modelo SERVPERF. *Contaduría y Administración*, 62, 1270-1293.

Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/cya/v62n4/0186-1042-cya-64c-04-01270.pdf>

Valbuena. (2018). Teoría sobre las causas y efectos. *Revista Facultad de Ciencias de la*

Información Universidad Complutense Madrid.

Vallejo. (2016). *Gestión del talento humano*. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Obtenido de <http://cimogsys.esPOCH.edu.ec/direccion-publicaciones/public/docs/books/2019-09-17-222134-gesti%C3%B3n%20del%20talento%20humano-comprimido.pdf>

Varo, Asenjo, Cabo, & Donabedian. (2021). Gestión de la Calidad Hospitalaria. *Gestión y*

Economía de la Salud, 5(2), 125-136.

Veliz, Bianchetti, & Silva. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de

salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural.

Cad. Saúde Pública, 35(1), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00120818>

ANEXOS

Anexo 1

Certificado de antiplagio



Quevedo, mayo 11 de 2022

Ingeniero

Roque Vivas Moreira, MSc

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE POSGRADO

Presente. -

INFORME DE CULMINACIÓN DE TESIS DE LA MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

Adjunto al presente sírvase encontrar el documento final de la Tesis titulada: "EFECTO DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS A PACIENTES DE LOS CENTROS DE SALUD PÚBLICA DEL CANTÓN QUEVEDO AÑO 2021", de autoría del posgradista **CRISTHIAN DAVID SOLANO CHICHANDE**, previo a la obtención del título de Magister en Gestión Pública, misma que cumple con los componentes que exige el Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, e incluye el informe de URKUND, el cual avala los niveles de originalidad, en un 3% de la investigación.



Atentamente,

Ing. Washington Carreño Rodríguez
DIRECTOR DE TESIS

Campus "Ingeniero Manuel Agustín Haz Álvarez",
Av. Quito km. 1 1/2 vía a Santo Domingo de los Tsáchilas
Tel: (+593) 5 3702-220 Ext. 8001
www.uteq.edu.ec

Anexo 2

Cuestionario de gestión administrativa y gestión de calidad sanitaria

Cuestionario de gestión de administrativa y gestión de calidad sanitaria

Edad

Sexo

Mujer

Hombre

Centro de salud

Marcar con una equis (X) la frecuencia que más se ajuste a la realidad del trabajo

No.	Gestión administrativa sanitaria	Muy inadecuado	Adecuado	Regular	Adecuado	Muy adecuado
1	Considera que, que las estrategias para el logro de objetivos son:					
2	Para Ud. Las políticas establecidas actualmente para el hospital son:					
3	Las actividades que se programan son planificadas de manera:					
4	En su Opinión de qué manera se encuentra la composición de la estructura orgánica:					
5	La distribución de la responsabilidad es de forma					
6	Se inculca la práctica de los valores institucionales					
7	La selección del personal es					
8	Los cambios organizacionales del Hospital son aceptados de manera					
9	Los compañeros con quien Ud. trabaja conocen cada una de las responsabilidades y funciones que su puesto requiere					
10	Su jefe influye de manera positiva en Ud., para el cumplimiento de los objetivos institucionales					
11	En su apreciación, en el hospital los canales de comunicación son					
12	Para Ud., el ambiente de trabajo lo motiva a alcanzar los logros					
13	Según su opinión, en el hospital se promueve el trabajo en equipo de manera					
14	Para la realización de sus funciones, cuenta con equipos tecnológicos de salud de manera					
15	Dentro de sus funciones, le permiten participar en el proceso de toma de decisiones					
16	En su perspectiva, en el ejercicio de sus funciones, le permiten hacer propuestas creativas de innovación del hospital					
17	El hospital cuenta con un sistema de control de cumplimiento de funciones de manera					
18	En el hospital se ha establecido control para todos los niveles jerárquicos, de manera					
19	Considera Ud. Que el manejo de control en el Hospital se realiza en todas las áreas de manera					
20	En el hospital se tienen establecidas las herramientas de control de funciones de manera					
21	En el hospital, el sistema de control de cumplimiento de objetivos y metas es					

No.	Gestión de calidad	Muy inadecuado	Adecuado	Regular	Adecuado	Muy adecuado
22	¿Cuentan con los recursos materiales para mejorar el desempeño del hospital?					
23	Considera que la cantidad de personal permite que el desempeño sea					
24	La estructura organizacional del personal asistencial y administrativa contribuye al mejoramiento del hospital de manera					
25	Los procesos para la atención por parte del personal permiten que el desempeño del hospital sea					
26	Para usted los cambios en el Hospital son					
27	El programa de mejora de desempeño del hospital está estructurado de manera					
28	El encargado de la unidad de mejora de la oficina de calidad administra las operaciones de manera					
29	El hospital cuenta con un equipo profesional experto en gestión de calidad, de manera					
30	El equipo de mejora del hospital propone metas de forma					
31	El equipo de mejora del hospital cuenta con presupuesto para la ejecución del programa de manera					
32	La comunicación entre los miembros del grupo se desarrolla de manera					
33	Los integrantes del equipo reciben apoyo para el cumplimiento de sus actividades de manera					
34	Se alienta la participación equitativa de forma					

Fuente: Riega, 2020.

Anexo 3

Cuestionario de satisfacción del cliente – calidad del servicio

Cuestionario de calidad de servicio

Edad

Sexo

Mujer

Hombre

Centro de salud

Marcar con una equis (X) la frecuencia que más se ajuste al servicio que recibió, en donde 0 es el valor menos favorable y 10 representa la mejor calificación para la percepción del servicio

No.	Afirmaciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Disponibilidad y respuesta brindada en el punto de información de la institución											
2	Facilidad de acceso, espacio físico y áreas señalizadas en las instalaciones de la institución											
3	Utilización de equipos informáticos, formularios e insumos para brindar el servicio											
4	Requisitos que solicita la institución para obtener el servicio											
5	Tiempo que le lleva para obtener el servicio											
6	Cortesía, capacidad profesional y calidez en la atención de los servidores públicos											
7	Facilidad para obtener información y/o acceder en la atención de los servicios públicos											

Fuente: Ministerio del Trabajo, 2018.