



T
658.568
TOL



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

Instituto de Ciencias Humanísticas y Económicas

“Definición de factores homogéneos y heterogéneos
para la medición de la calidad de los servicios hospitalarios
por nivel socioeconómico en la ciudad de Guayaquil”

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del Título de:

ECONOMISTA CON MENCIÓN EN GESTIÓN EMPRESARIAL ESPECIALIZACIÓN MARKETING

Presentada por:

Mónica Toledo Idrovo

Patricio Matute Swanton

GUAYAQUIL – ECUADOR



Año: 2002

AGRADECIMIENTO

A todos quienes colaboraron con la realización del presente trabajo y especialmente a nuestro director de tesis, Ing. Iván Correa; por siempre gracias por su apoyo intelectual, emocional e incondicional.

DEDICATORIA

A NUESTROS PADRES Y
HERMANOS.

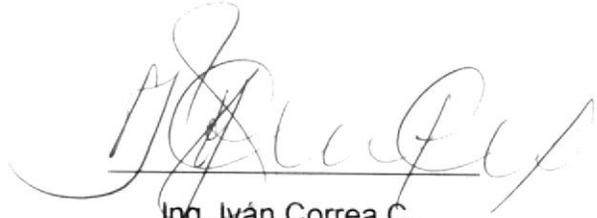


CIB-ESPOL

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN



Ing. Nestor Alejandro O.
DIRECTOR DEL ICHE (e)
PRESIDENTE



Ing. Iván Correa C.
DIRECTOR DE TESIS



Ing. Bolívar Pastor
VOCAL



Ing. Horacio Villacís M.
VOCAL

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, nos corresponde exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL”

(Reglamento de Graduación de la ESPOL).

Patricio Matute S.



Mónica Toledo I.

RESUMEN

La calidad en los servicios es un elemento indispensable para lograr la competitividad en las organizaciones. En el campo de la salud, los hospitales se ven obligados a ser más eficientes debido a los crecientes costos y las limitaciones en recursos para servir apropiadamente a la comunidad.

La optimización es una necesidad, no obstante, los factores que miden esta calidad no siempre están claros ni debidamente identificados. Como cada consumidor es distinto, tienen diferentes necesidades y van a exigir distintos niveles de calidad en los servicios hospitalarios. La segmentación que se tomará para el estudio es el nivel socioeconómico al que pertenecen.

Nuestro objetivo principal es el de definir cuales son los elementos que cada uno de estos grupos de consumidores consideran como primordial en la atención y de los cuales exigen la mejor calidad y el máximo rendimiento. Variables que de

igual o diferente forma sirvan como herramientas cuantitativas y cualitativas para el control de la calidad, de esta forma poder mejorar y encontrar el nivel de satisfacción óptimo en las personas de los diversos niveles sociales.

Hemos seleccionado ocho centros hospitalarios de la ciudad de Guayaquil, públicos y privados, con y sin fines de lucro, para ser representativos en todos los niveles socio-económicos. Nuestro análisis se realizará a través de la obtención de datos primarios empleando grupos focales, encuestas y entrevistas a profundidad, así como datos secundarios de publicaciones y visitas a los centros seleccionados.



CIB-ESPOL



CIB-ESPOL

ÍNDICE GENERAL

1. ANTECEDENTES.....	4
1.1. El sector de la Salud en el Ecuador.....	4
1.2. Análisis del mercado de servicios hospitalarios.....	8
1.2.1. Definición de hospital.....	8
1.2.2. Elementos que conforman el servicio hospitalario.....	9
1.2.3. Áreas de atención.....	10
1.2.3.1. Consulta Externa.....	11
1.2.3.2. Internación.....	12
1.2.3.3. Recurso Humano.....	13
1.2.4. Fuerzas competitivas de Porter.....	15
1.2.4.1. Barreras de Entrada.....	17
1.2.4.2. Barrera de Salida.....	18
1.2.4.3. Consumidores.....	18
1.2.4.4. Proveedores.....	21
1.2.4.5. Competencia.....	22
1.2.4.6. Sustitutos.....	23
1.2.5. Análisis de la oferta hospitalaria.....	23

1.2.5.1.	Aspectos cualitativos de la oferta hospitalaria.....	24
1.2.6.	Análisis de la demanda hospitalaria.....	25
1.2.6.1.	Clasificación de la demanda.....	26
1.2.6.2.	Promedio de atención en cada uno de los centros hospitalarios.....	27
1.3.	Servicios hospitalarios en Guayaquil.....	28
1.3.1.	Establecimientos y clases.....	28
1.3.2.	Criterios de selección.....	30
1.3.3.	Entidades que administran los hospitales seleccionados.....	33
1.4.	Oferta de servicios de centros hospitalarios de estudio.....	34
1.4.1.	Clínica Alcívar.....	34
1.4.1.1.	Áreas de atención.....	34
1.4.1.2.	Dotación de habitaciones y camas.....	35
1.4.2.	Hospital Guayaquil Abel Gilbert.....	35
1.4.2.1.	Áreas de atención.....	35
1.4.2.2.	Dotación de camas y habitaciones.....	36
1.4.3.	Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.....	36
1.4.3.1.	Áreas de atención.....	36
1.4.3.2.	Dotación de camas y habitaciones.....	37
1.4.4.	Hospital regional del Seguro Social IESS.....	38
1.4.4.1.	Áreas de atención.....	39



1.4.4.2.	Dotación de camas y habitaciones.....	40
1.4.5.	Hospital Clínica Kennedy.....	41
1.4.5.1.	Áreas de atención.....	41
1.4.5.2.	Dotación de camas y habitaciones.....	42
1.4.6.	Hospital Clínica Kennedy Alborada.....	43
1.4.6.1.	Áreas de atención.....	43
1.4.6.2.	Dotación de camas y habitaciones.....	44
1.4.7.	Hospital Luis Veraza.....	44
1.4.7.1.	Áreas de atención.....	44
1.4.7.2.	Dotación de camas y habitaciones.....	46
1.4.8.	Hospital de niños Francisco de Ycaza Bustamante.....	47
1.4.8.1.	Áreas de atención.....	47
1.4.8.2.	Dotación de camas y habitaciones.....	47
2.	ANÁLISIS SOCIOECONÓMICO.....	48
2.1.	Antecedentes.....	48
2.1.1.	La Salud dentro del contexto social.....	49
2.1.2.	Grupos Socioeconómicos.....	50
2.1.2.1.	Definición.....	50
2.1.2.2.	Componentes.....	51
2.1.2.3.	Técnicas de medición y clasificación.....	51

2.2.	Criterios de clasificación socioeconómica	52
2.2.1.	Escala de niveles socioeconómicos.....	52
2.2.2.	Método de estratificación socioeconómica.....	53
2.3.	Segmentación socioeconómica de la ciudad de Guayaquil.....	55
2.4.	Nivel de Ingresos.....	56
2.5.	Perfil socioeconómico de los centros seleccionados.....	58
2.5.1.	Metodología	58
2.5.2.	Perfil socioeconómico por centro hospitalario.....	59
2.5.2.1.	Clínica Alcivar	59
2.5.2.2.	Hospital-Clínica Kennedy	59
2.5.2.3.	Hospital-Clínica Kennedy Alborada.....	60
2.5.2.4.	Hospital regional del IESS.....	60
2.5.2.5.	Hospital del Niños F. Ycaza Bustamante	61
2.5.2.6.	Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert.....	61
2.5.2.7.	Hospital Luis Vernaza.....	61
2.5.2.8.	Hospital pediátrico R. Gilbert Elizalde	62
2.5.3.	Perfil socioeconómico de los centros de estudio	62
3.	INVESTIGACIÓN DE CAMPO.....	64
3.1.	Introducción.....	64
3.2.	Marco Teórico.....	66



CIB-ESPOL

3.2.1.	Tipos de estudios en una investigación descriptiva	68
3.2.2.	Diseño de la investigación	70
3.3.	Diseño de campo para el presente estudio	71
3.4.	Entrevistas a profundidad	73
3.4.1.	Marco Teórico	73
3.4.2.	Diseño de campo para las entrevistas a profundidad	75
3.4.2.1.	Objetivos generales	75
3.4.2.2.	Objetivos específicos	75
3.4.2.3.	Perfil del participante	76
3.4.2.4.	Número de entrevistas	76
3.4.2.5.	Especificaciones de la entrevista	77
3.4.2.6.	Temario guía para la entrevista	78
3.4.3.	Resultados de entrevistas a profundidad realizadas a profesionales de salud ..	80
3.4.3.1.	Visión general del sistema hospitalario en Guayaquil	80
3.4.3.2.	Personal	83
3.4.3.3.	Suministros	88
3.4.4.	Resultados de entrevistas a profundidad realizadas a usuarios	89
3.4.4.1.	Nivel de capacitación profesional	91
3.4.4.2.	Control por parte de la institución de salud	91
3.4.4.3.	Políticas y organización del centro hospitalario	93



CIB-ESPOL

3.4.4.4.	Características de la atención	94
3.4.4.5.	Forma de pago	100
3.4.4.6.	Nivel de precios	100
3.4.4.7.	Disponibilidad de medicamentos	102
3.4.4.8.	Espera por atención dentro del hospital	102
3.4.4.9.	Tiempo en Consulta externa	106
3.4.4.10.	Nivel de confianza percibida	107
3.4.4.11.	Recursos de equipos y personal	109
3.4.4.12.	Instalaciones	110
3.4.4.13.	Alimentación	113
3.4.4.14.	Otros servicios	114
3.5.	Grupos Focales	115
3.5.1.	Marco Teórico	115
3.5.2.	Diseño de campo para los grupos focales	117
3.5.2.1.	Objetivos generales	117
3.5.2.2.	Objetivos específicos	117
3.5.2.3.	Número de sesiones	118
3.5.2.4.	Conformación de los grupos focales	119
3.5.2.5.	Perfil del participante	120
3.5.2.6.	Especificaciones de la sesión	121



CIB-ESPOL

3.5.3.	Temario para los grupos focales.....	122
3.5.4.	Análisis preliminar.....	123
3.5.4.1.	Naturaleza del tema.....	123
3.5.4.2.	Diversidad de experiencias.....	124
3.5.4.3.	Áreas de servicio.....	125
3.5.4.4.	Elementos para el servicio.....	127
3.5.5.	Análisis del elemento Personal.....	131
3.5.5.1.	Profesionales de Salud.....	131
3.5.5.2.	Personal Administrativo.....	137
3.5.5.3.	Personal de apoyo.....	138
3.5.6.	Recetas.....	140
3.5.7.	Suministros médicos.....	143
3.5.8.	Adecuaciones físicas.....	148
3.5.9.	Factores homogéneos por área de atención.....	153
3.5.9.1.	Área de Consulta Externa.....	153
3.5.9.2.	Área de Internación.....	154
3.5.9.3.	Área de Emergencias.....	156
3.5.10.	Factores Heterogéneos por área de atención.....	157
3.5.10.1.	Consulta externa.....	157
3.5.10.2.	Área de internación.....	161

3.5.10.3.	Área de Emergencias.....	165
3.6.	Encuestas.....	168
3.6.1.	Metodología.....	168
3.6.2.	Plan de Observación.....	170
3.6.3.	Cálculo de la muestra.....	170
3.6.4.	Temario para las encuestas.....	172
3.6.5.	Criterio de tabulación.....	173
3.6.6.	Resultados de factores homogéneos.....	173
3.6.7.	Resultados de factores heterogéneos.....	174
4.	MEDICIÓN DE CALIDAD.....	180
4.1.	Introducción.....	180
4.2.	Marco Teórico.....	181
4.2.1.	Definición de calidad.....	181
4.2.2.	Calidad de Servicios.....	184
4.2.3.	Calidad de Servicios hospitalarios.....	191
4.2.4.	Dimensiones de calidad.....	195
4.2.4.1.	Competencia.....	195
4.2.4.2.	Acceso a los Servicios.....	196
4.2.4.3.	Satisfacción del cliente.....	197
4.2.4.4.	Eficiencia.....	197



CTB-ESPOL

4.2.4.5.	Comodidad	198
4.3.	Diseño de investigación.....	199
4.3.1.	Definición del universo.....	199
4.3.2.	Definición de la población meta	199
4.3.3.	Plan de muestreo.....	199
4.3.3.1.	Unidad de muestreo	200
4.3.3.2.	Tamaño de la muestra.....	200
4.3.3.3.	Procedimiento de muestreo.....	204
4.3.4.	Elaboración del cuestionario	206
4.3.4.1.	Estratificación de factores	207
4.3.4.2.	Estructura del cuestionario.....	208
4.4.	Tabulación de resultados	209
4.5.	Análisis estadístico.....	211
4.5.1.	Análisis de variables de identificación.....	211
4.5.1.1.	Sexo del entrevistado.....	211
4.5.1.2.	Nivel socio-económico del entrevistado	212
4.5.1.3.	Hospital	214
4.5.1.4.	Nivel socioeconómico por hospital	216
4.5.2.	Análisis de variables de calidad.....	217
4.5.2.1.	Personal Médico y Paramédico.....	217

4.5.2.2.	Atención de sugerencias	219
4.5.2.3.	Equipos médicos	221
4.5.2.4.	Profesionalismo del personal médico	222
4.5.2.5.	Preferencias a factores económicos y sociales	224
4.5.2.6.	Trámites de hospitalización	226
4.5.2.7.	Puntualidad del personal médico	228
4.5.2.8.	Garantía de la presencia médica	229
4.5.2.9.	Ambiente del hospital	231
4.5.2.10.	Limpieza de habitaciones	233
4.5.2.11.	Higiene de sábanas, toallas y batas	235
4.5.2.12.	Servicio de comida	237
4.5.2.13.	Trato de enfermeras	238
4.6.	Análisis de calificaciones de calidad	240
4.6.1.	Promedio por cada centro hospitalario	240
4.6.2.	Promedios de cada N.S.E por centro hospitalario	242
4.6.3.	Dimensiones de calidad por N.S.E	247
4.6.3.1.	Calidad de competencia administrativa	248
4.6.3.2.	Calidad en Competencia profesional	249
4.6.3.3.	Calidad en el acceso	251
4.6.3.4.	Calidad en la comodidad	253

4.6.3.5.	Calidad en la satisfacción.....	254
4.6.4.	Calidad entre clases de establecimientos.....	256
4.6.4.1.	Centros privados.....	256
4.6.4.2.	Centros públicos.....	258
4.6.4.3.	Centros ONGs.....	259
4.6.5.	Conjuntos de dimensiones entre centros hospitalarios.....	261
4.6.5.1.	Dimensiones de competencia.....	261
4.6.5.2.	Dimensiones de comodidad y satisfacción.....	263
4.6.6.	Conjuntos de variables por elementos.....	265
4.6.6.1.	Variables del elemento recurso humano.....	265
4.6.6.2.	Variables del elemento adecuación física.....	267
4.6.6.3.	Variables del elemento limpieza.....	269
CONCLUSIONES.....		273
RECOMENDACIONES.....		281
ANEXOS		
BIBLIOGRAFIA		

INDICE DE CUADROS



CIB-ESPOL

CUADRO 1.1 ANÁLISIS DE FUERZAS COMPETITIVAS DE PORTER EN LA INDUSTRIA HOSPITALARIA	16
CUADRO 1.2 CARACTERÍSTICA DEL TRATO MÉDICO-PACIENTE.....	20
CUADRO 1.3 PROMEDIO DIARIO DE INGRESOS EN HOSPITALES DEL ESTUDIO	27
CUADRO 1.4 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACIÓN EN GUAYAQUIL Y RELACIÓN CON PROVINCIA DEL GUAYAS.....	29
CUADRO 1.5 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MAYOR RELEVANCIA EN GUAYAQUIL.....	29
CUADRO 1.6 ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS EN GUAYAQUIL	31
CUADRO 1.7 ESTABLECIMIENTOS GENERALES EN GUAYAQUIL	32
CUADRO 1.8 CENTROS HOSPITALARIOS DEL ESTUDIO CLASIFICADOS POR ENTIDAD.....	34
CUADRO 2.1 CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ESTUDIO.....	53
CUADRO 2.2 SEGMENTACIÓN POR N.S.E EN BASE A RANGO DE INGRESO FAMILIAR PROMEDIO (mensual).....	57

CUADRO 2.3 CONFORMACIÓN DE CANASTAS FAMILIARES Y DE POBREZA.....	58
CUADRO 3.1 TEMAS RELEVANTES EN ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD A USUARIOS DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	90
CUADRO 3.2 NÚMERO DE GRUPOS FOCALES POR N.S.E PARA EL ESTUDIO.	119
CUADRO 3.3 ELEMENTOS NECESARIOS PARA BRINDAR SERVICIO HOSPITALARIO	127
CUADRO 3.4 CUADRO DE FACTORES GENERALES EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA EN TODOS LOS N.S.E	154
CUADRO 3.5 CUADRO DE FACTORES HOMOGÉNEOS EN EL ÁREA DE INTERNACIÓN	155
CUADRO 3.6 CUADRO DE FACTORES HOMOGÉNEOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.....	156
CUADRO 3.7 CUADRO DE FACTORES HETEROGÉNEOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA.	159
CUADRO 3.8 FACTORES EN EL ÁREA DE INTERNACIÓN POR CADA N.S.E	163
CUADRO 3.8 (cont.) FACTORES EN EL ÁREA DE INTERNACIÓN POR CADA N.S.E	164
CUADRO 3.9 CUADRO DE FACTORES HETEROGÉNEOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS.....	167
CUADRO 3.10 NIVEL DE RELEVANCIA DE FACTORES HOMOGÉNEOS	174
CUADRO 3.11 NIVEL DE RELEVANCIA DE FACTORES DE INTERÉS PARA CLASE ALTA	175
CUADRO 3.12 NIVEL DE RELEVANCIA DE FACTORES DE INTERÉS PARA CLASE MEDIA ALTA...	176
CUADRO 3.13 NIVEL DE RELEVANCIA DE FACTORES DE INTERÉS PARA CLASE MEDIA.....	177
CUADRO 3.14 NIVEL DE RELEVANCIA DE FACTORES DE INTERÉS PARA CLASE BAJA.....	178
CUADRO 4.1 NÚMERO DE ENCUESTAS PILOTO POR HOSPITAL	201
CUADRO 4.2 DISTRIBUCIÓN DE ENCUESTAS PILOTO EN LA SEMANA.....	202
CUADRO 4.3 VALORES DE VARIABLES Y CONSTANTES PARA DETERMINAR LA MUESTRA.....	203
CUADRO 4.4 DIMENSIONES DE CALIDAD Y SUS INDICADORES.....	207

CUADRO 4.5 CUADRO DE FRECUENCIAS DEL SEXO DEL ENTREVISTADO.....	212
CUADRO 4.6 CUADRO DE FRECUENCIAS DEL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO DEL ENTREVISTADO	213
CUADRO 4.7 CUADRO DE FRECUENCIAS DEL NÚMERO DE ENTREVISTADOS EN CADA HOSPITAL	215
CUADRO 4.8 CUADRO DE FRECUENCIAS DEL TRATO QUE OFRECE EL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO.....	218
CUADRO 4.9 CUADRO DE FRECUENCIAS ATENCIÓN A SUGERENCIAS.....	220
CUADRO 4.10 CUADRO DE FRECUENCIAS EQUIPOS MÉDICOS.....	221
CUADRO 4.11 CUADRO DE FRECUENCIAS PROFESIONALISMO PERSONAL MÉDICO.....	223
CUADRO 4.12 CUADRO DE FRECUENCIAS PREFERENCIAS A FACTORES SOCIOECONÓMICOS.	225
CUADRO 4.13 CUADRO DE FRECUENCIAS: TRÁMITES DE HOSPITALIZACIÓN.....	227
CUADRO 4.14 CUADRO DE FRECUENCIAS: PUNTUALIDAD DEL PERSONAL MÉDICO.....	228
CUADRO 4.15 CUADRO DE FRECUENCIAS: GARANTÍA DE PRESENCIA MÉDICA.....	230
CUADRO 4.16 CUADRO DE FRECUENCIAS AMBIENTE DEL HOSPITAL.....	232
CUADRO 4.17 CUADRO DE FRECUENCIAS: LIMPIEZA DE HABITACIONES.....	233
CUADRO 4.18 CUADRO DE FRECUENCIAS HIGIENE DE SÁBANAS, TOALLAS Y BATAS.....	235
CUADRO 4.19 CUADRO DE FRECUENCIAS SERVICIO DE COMIDA.....	237
CUADRO 4.20 CUADRO DE FRECUENCIAS TRATO DE ENFERMERAS.....	239
CUADRO 4.21 MEJORES CALIFICACIONES DE CALIDAD POR CENTRO HOSPITALARIO Y SEGMENTO SOCIOECONÓMICO (*).....	246



CIB-ESPOL

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 2.1 SEGMENTACIÓN SOCIOECONÓMICA DE GUAYAQUIL	56
GRÁFICO 2. 2 N.S.E DE INFLUENCIA CLÍNICA ALCÍVAR	59
GRÁFICO 2. 3 N.S.E DE INFLUENCIA HOSPITAL CLÍNICA KENNEDY	60
GRÁFICO 2. 4 N.S.E DE INFLUENCIA KENNEDY ALBORADA	60
GRÁFICO 2. 5 N.S.E DE INFLUENCIA HOSPITAL IESS	60
GRÁFICO 2. 6 N.S.E DE INFLUENCIA HOSPITAL DEL NIÑO	61
GRÁFICO 2. 7 PORCENTAJE DE NSE DE INFLUENCIA HOSPITAL GUAYAQUIL	61
GRÁFICO 2. 8 N.S.E DE INFLUENCIA HOSPITAL LUIS VERNAZA	61
GRÁFICO 2. 9 N.S.E DE INFLUENCIA HOSPITAL ROBERTO GILBERT	62
GRÁFICO 2. 10 N.S.E DE INFLUENCIA EN CENTROS DEL ESTUDIO	62
GRÁFICO 4.1 DIAGRAMA DE BARRAS DEL SEXO DEL ENTREVISTADO	212

GRÁFICO 4.2 DIAGRAMA DE BARRAS DEL N.S.E DEL ENTREVISTADO.....	213
GRÁFICO 4.3 DIAGRAMA DE BARRAS DEL NÚMERO DE ENTREVISTADOS EN CADA HOSPITAL ...	214
GRÁFICO 4.4 NIVELES SOCIALES EN CADA HOSPITAL	216
GRÁFICO 4.5 DIAGRAMA DE BARRAS DEL TRATO DEL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO.....	218
GRÁFICO 4.6 DIAGRAMA DE BARRAS DE LA ATENCIÓN A SUGERENCIAS	220
GRÁFICO 4.7 DIAGRAMA DE BARRAS DE LOS EQUIPOS MÉDICOS.....	222
GRÁFICO 4.8 DIAGRAMA DE BARRAS DEL PROFESIONALISMO PERSONAL MÉDICO	223
GRÁFICO 4.9 DIAGRAMA DE BARRAS CALIFICACIONES PREFERENCIAS FACTORES SOCIOECONÓMICOS	225
GRÁFICO 4.10 DIAGRAMA DE BARRAS CALIFICACIONES TRÁMITES DE HOSPITALIZACIÓN	227
GRÁFICO 4.11 DIAGRAMA DE BARRAS PUNTUALIDAD DEL PERSONAL MÉDICO.....	229
GRÁFICO 4.12 DIAGRAMA DE BARRAS DE LA GARANTÍA DE PRESENCIA MÉDICA.....	231
GRÁFICO 4.13 DIAGRAMA DE BARRAS DEL AMBIENTE DEL HOSPITAL.....	232
GRÁFICO 4.14 DIAGRAMA DE BARRAS LIMPIEZA DE HABITACIONES	234
GRÁFICO 4.15 DIAGRAMA DE BARRAS DE LA HIGIENE DE SÁBANAS	236
GRÁFICO 4.16 DIAGRAMA DE BARRAS DEL SERVICIO DE COMIDA.....	238
GRÁFICO 4.17 DIAGRAMA DE BARRAS DEL TRATO DE ENFERMERAS.....	240
GRÁFICO 4.18 DIAGRAMA RADIAL DEL NIVEL DE CALIDAD EN HOSPITALES DE ESTUDIO.....	241
GRÁFICO 4.19 DIAGRAMA LINEAL COMPARATIVO DE CALIFICACIONES DE CALIDAD POR HOSPITAL Y N.S.E	243
GRÁFICO 4.20 CALIDAD DIMENSIÓN COMPETENCIA ADMINISTRATIVA	249
GRÁFICO 4.21 CALIDAD DIMENSIÓN COMPETENCIA PROFESIONAL.....	250



CIB-ESPOL

GRÁFICO 4.22 CALIDAD PARA LA DIMENSIÓN ACCESO POR N.S.E.....	252
GRÁFICO 4.23 CALIDAD PARA LA DIMENSIÓN COMODIDAD POR N.S.E.....	254
GRÁFICO 4.24 CALIDAD PARA LA DIMENSIÓN SATISFACCIÓN POR N.S.E.....	255
GRÁFICO 4.25 NIVEL DE CALIDAD EN ATENCIÓN HOSPITALARIA EN ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS.....	257
GRÁFICO 4.26 NIVEL DE CALIDAD ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS.....	259
GRÁFICO 4.27 NIVEL DE CALIDAD ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA ESTABLECIMIENTOS ONGs.....	260
GRÁFICO 4.28 NIVEL DE CALIDAD EN VARIABLES DE COMPETENCIA POR CENTRO HOSPITALARIO	262
GRÁFICO 4.29 NIVEL DE CALIDAD EN DIMENSIONES DE COMODIDAD Y SATISFACCIÓN POR CENTRO HOSPITALARIO.....	263
GRÁFICO 4.30 NIVEL DE CALIDAD EN VARIABLES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DEL PERSONAL EN CADA CENTRO HOSPITALARIO.....	266
GRÁFICO 4.31 NIVEL DE CALIDAD EN ADECUACIONES Y EQUIPAMIENTO.....	268
GRÁFICO 4.32 NIVEL DE CALIDAD EN LIMPIEZA DE CADA CENTRO HOSPITALARIO.....	270



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD EN GUAYAQUIL SEGÚN ENTIDADES... 15
TABLA 2 DETERMINANTES DE LA CALIDAD EN SERVICIOS 188



INTRODUCCIÓN

Los administradores de los hospitales y clínicas, han enfocado la evaluación de los servicios que brindan en la medición de los cambios en las tasas de mortalidad, morbilidad y cobertura, dando poca importancia a la calidad durante todo el proceso de prestación de servicios.

En los servicios de salud existen dos tipos de calidad¹, la calidad técnica y la calidad sentida.

La calidad técnica se aplica desde el punto de vista de quienes brindan el servicio (médicos, enfermeras, administradores). Por otro lado, la calidad sentida se basa en la percepción del usuario en cuanto a la atención recibida.

¹ Donabedian, "La Calidad de la atención médica" – Avedis, 1984

La definición de la calidad sentida implica un estudio complejo del comportamiento de los consumidores, que permita entender las distintas opiniones, observaciones y percepciones que ellos presentan frente a la realidad de los servicios que los centros hospitalarios entregan.

Es por esto que, definir las variables para la medición de la calidad sentida de los hospitales de la ciudad, se ha convertido en el principal objetivo de este trabajo, variables que de igual o diferente forma sirvan como herramientas cuantitativas y cualitativas para el control de la calidad de los servicios de la salud, pudiendo implementar sistemas innovadores que ayuden a lograr una ventaja competitiva, así como optimizar recursos.

Considerando que los consumidores y sus necesidades son diferentes dependiendo del hospital de estudio y su nivel socioeconómico se buscará definir lo que cada grupo espera de la calidad en la atención. Para obtener la información necesaria se realizó un estudio de campo exploratorio utilizando diversos instrumentos como grupos focales, encuestas y entrevistas a profundidad.

En definitiva, el propósito de este trabajo es proporcionar la información necesaria al personal encargado de la planificación y dirección de los centros hospitalarios para lograr alcanzar el nivel de calidad total, el cual implica el cumplimiento de las normas técnicas y las necesidades sentidas.

El texto del presente estudio se ha organizado en cuatro capítulos:

En el primer capítulo se presentan antecedentes relacionados con el sector de la salud así como la industria y el servicio hospitalario en nuestro país. Luego se especifican cuales fueron los criterios de selección para determinar los centros utilizados en el estudio.

En el segundo capítulo se muestra un análisis socioeconómico de la ciudad de Guayaquil. También se define el público de influencia por N.S.E en cada hospital del estudio.

En el tercer capítulo se expone el estudio de campo realizado para recopilar los datos para el estudio de calidad.

En el capítulo número cuatro, mostramos el resultado y análisis del estudio de medición de calidad.

Por último se detallan nuestras conclusiones así como recomendaciones para mejorar el sistema de atención al cliente en los hospitales.

CAPÍTULO 1

1. ANTECEDENTES



1.1. El sector de la Salud en el Ecuador

La organización y manejo político de asignaciones presupuestarias para el área de la salud así como de la correcta distribución de estos recursos es un factor crítico al momento de poder entregar la debida cobertura de manera eficiente. El presupuesto asignado para el sector de la salud, ha fluctuado desde un 8% en los primeros años de la década de los 80, disminuyendo

vertiginosamente a un 3,5% en 1996. En el 2001, el gobierno designó 171 millones de dólares para la Salud, el cual aumentó un 81.8% para el siguiente año, llegando a 311 millones², lo cual significa aún, solo un 5.53% del total del presupuesto del gobierno central. A su vez, es de mucho interés en ésta área, el tema de la modernización del estado, ya sea en instituciones y procesos, así como las actuales tendencias de autonomías y reformas políticas.

Sin embargo, de nada sirve que las entidades gubernamentales, como lo son los ministerios, distribuyan correctamente los recursos si existe una burocracia de grupos sindicales y políticos que entorpecen todo esfuerzo administrativo de brindar un mejor servicio.

Aquí es importante el analizar la organización y estructura administrativa de las diversas entidades ya sean gubernamentales, no gubernamentales sin fines de lucro, o privadas, ya que esto podrá inclinar la balanza entre una gestión eficiente o ineficiente. Una gestión eficiente ayudaría a brindar un servicio satisfactorio para cada tipo de usuario, sin olvidar el controlar los crecientes costos de la atención médica de acuerdo a la disponibilidad de financiamiento, propio o externo.

² Ministerio de Economía del Ecuador (El Universo, sección 4A, Jueves 14 de Marzo del 2002)

La tecnología toma un papel preponderante ya que en la actualidad la medicina, según el Dr. Alfonso Roldós Garcés, “se ejerce ayudado por una innumerable adquisición de auxiliares de diagnóstico terapéuticos de tipo tecnológico, bioquímico, biofísicos...”³. Estos equipos son costosos y requieren del debido financiamiento para ser adquiridos, así también como de la debida capacitación para su correcta utilización. Existen muchas anécdotas y casos publicados de equipos médicos que fueron entregados a entidades de salud pero que no fueron puestos en funcionamiento sino hasta varios años después cuando lamentablemente la tecnología de éstos era ya obsoleta. Aquí también entra en consideración los equipos electrónicos destinados a la gestión administrativa o de soporte, como lo es la implementación de computadores personales para un departamento de estadística.

El Ecuador cuenta aproximadamente con 12'700,628 de habitantes. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC⁴ recopila y muestra índices interesantes e importantes para entender como ha sido el desenvolvimiento del sector de la salud en el periodo del año 1991 al 2000 en nuestro país. La

³ Ética Médica. Revista Médica de Nuestros Hospitales. No 11-12.

⁴ INEC “Anuario de Estadísticas Hospitalarias – CAMAS Y EGRESOS 2000”.

población ha experimentado un incremento del 20,42% según las proyecciones. La tasa médico-habitante ha experimentado una variación de 11,6 a 14,5 médicos por cada 10,000 habitantes, un incremento del 25%. Para este mismo número de personas, el promedio de camas hospitalarias disponibles ha permanecido casi inmóvil, disminuyendo de 1,6 a 1,5. Es importante indicar que el porcentaje de uso de estas camas (índice de ocupación), ha disminuido del 53,0% al 46,3%.

En promedio, estos pacientes (según datos del 2000) permanecieron hospitalizados en promedio 4,9 días. Aquí podemos notar una tendencia a la baja desde el año 1991 cuando el promedio era de 6,2 días de hospitalización. Este dato corrobora la tendencia mundial a una búsqueda en la disminución de la estadía de un paciente en un centro hospitalario, debido a los crecientes costos de este servicio, según opinión recabada de varios profesionales del área de la salud, así como de publicaciones especializadas.

Hasta el año 2000 el Ecuador contaba con 3582 establecimientos de salud. Se presentan dos grandes grupos, los que cuentan con internación (583) y los que no ofrecen este servicio (2999). Dentro de los establecimientos sin internación hospitalaria encontramos a los centros, sub-centros y puestos de salud, así como dispensarios médicos, policlínicos, puestos de socorro,

centros de planificación familiar, brigadas móviles, etc. Para nuestro estudio enfocaremos nuestra atención en el primer grupo de establecimientos, debido a que son los que reciben pacientes por internación, además de consulta externa.

1.2. Análisis del mercado de servicios hospitalarios

1.2.1. Definición de hospital

Según la definición dada por el INEC:



Un hospital es un establecimiento donde ingresan pacientes que padecen o se supone que padecen de enfermedades o traumatismos, así como parturientas, a los que puede dispensarse asistencia médica de corta o larga duración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Sin embargo, una diferencia importante a considerar, entre una institución de salud como lo es un hospital, y cualquier otra institución o empresa es que la primera tiene como su principal razón de ser al hombre. La misión de toda institución de salud se centra a favor del bienestar del "ser humano". Por esta razón el mejoramiento de calidad es una obligación ética y moral, además de ser una necesidad para lograr una mayor eficiencia. Haciendo un paralelismo

industrial, aquí la materia prima que ingresa es el hombre enfermo y el producto final que la institución debe entregar es salud.

1.2.2. Elementos que conforman el servicio hospitalario

Según profesionales de la administración hospitalaria⁵ dentro de la prestación de servicios médicos se debe de tomar en cuenta la dinámica de diversos factores tales como la productividad, el equipamiento, la tecnología y los esquemas de organización y funcionamiento; todos estos dentro de una economía de escala que varía de acuerdo a las situaciones políticas y económicas de un estado.

Un hospital totalmente equipado no puede funcionar sin profesionales de salud, así como un grupo de médicos sin los implementos necesarios no podrá atender de manera idónea a sus pacientes. Notamos dos grandes grupos de recursos indispensables; el humano y el físico.

En base a nuestras observaciones el recurso humano tiene tres grandes grupos, los profesionales en salud (médicos tratantes, médicos cirujanos, enfermeras, etc), el personal administrativo y el de apoyo (repcionistas, contadores, conductores, conserjes, etc).

⁵ Brito Mariana y Peñafiel Miguel "Análisis de la Oferta de los Servicios de Atención Médica del MSP en la ciudad de Cuenca" - ESPAE DP-01880

En lo físico, tres son los pilares más importantes para poder brindar el servicio que permita cerrar el círculo de la salud y poder llegar a curar o tratar eficazmente a un paciente. En primer lugar las instalaciones (camas, salas, habitaciones, quirófanos, salas de espera). Luego tenemos todos los implementos tecnológicamente y científicamente orientados para atender la salud (respiradores, aparatos de monitoreo, escaner, etc). Por último una parte importante es la disponibilidad de medicinas y suministros médicos (gasas, inyecciones, sueros, hilos de suturas, etc).

Estos recursos se interrelacionan al momento de brindar el servicio como un engranaje dentro de un gran reloj que no puede darse el lujo de detener el movimiento de sus manijas.



CIB-ESPOL

1.2.3. Áreas de atención

A su vez existen tres grandes áreas de atención cada una delimitada para atender las necesidades de los pacientes. Dependiendo de la gravedad de cada caso, o el procedimiento que se deba realizar, los hospitales brindan los tres siguientes áreas de servicio: emergencia, consulta externa e internación.



CIB-ESPOL

La productividad se relaciona con la producción de servicios de salud que se componen de consultas e internaciones.⁶

1.2.3.1. Consulta Externa

La consulta externa es un área de servicio médico cuyo objetivo principal es la revisión de pacientes para identificar su estado de salud. Ya que es aquí donde se diagnostica y se establece la estrategia terapéutica a seguir, es la base sobre la cual se genera la actividad de una especialidad.⁷

La cobertura que se pueda dar en consulta externa, dependerá del número de profesionales de la salud, facilidad en cuanto instalaciones, como son el número de consultorios, así como salas de espera (en hospitales públicos y ONGs). De acuerdo a nuestras investigaciones y observaciones en diversos hospitales, existe un cupo de consultas externas por día, que dependen en gran medida de las normas de la institución así como la disponibilidad de tiempo de los doctores generales y tratantes. Además, a diferencia de los hospitales privados, que cuentan con una variedad de especialistas, en los

⁶ Medici André Cezar
<http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/poissoc/saude/estsis/restorser/apresent.htm>

⁷ ESPAE DP-01880

públicos o ONGs, existe un horario de días en los cuales atienden ciertos doctores o realizan procedimientos específicos.

Además la organización del servicio de consulta externa tiene una diferencia marcada entre privados con públicos y ONGs. En los primeros, cada paciente se contacta en la mayoría de los casos con cada consultorio y se le asigna un día y hora para la consulta. Esta fecha y hora, tiene flexibilidad, dependiendo del paciente, de la relación con el médico, entre otros, además de que se cancela el valor de la consulta después de recibir el servicio. Para las dos últimos sectores, se utiliza el ticket de consulta ya sea general o de cierta especialidad, el cual se debe adquirir en una caja para lo cual previamente se ha esperado en una columna su turno. La consulta es para el mismo día, y no puede ser transferida. Si se acaban los tickets dispuestos para un determinado día, el usuario deberá regresar el siguiente día, salvo caso de urgencia donde una trabajadora social evaluará el caso para hacer una excepción.



CIB-ESPOL

1.2.3.2. Internación

Es importante el notar que se interna un paciente el cual se sometió a una intervención o procedimiento quirúrgico. Usualmente se ingresa al paciente unas horas antes de una operación, según se lo haya "programado" para una fecha y hora determinada. Si es una operación de emergencia, existen

quirofanos para éstos procedimientos. En ambos casos, es luego de esta intervención en que el paciente pasará internado por un número determinado de días según su estado al momento de salir del área de post-operatorio. En esta área el paciente solo estará por un máximo de 24 horas, luego de lo cual tiene dos opciones. La primera, si su estado es grave, tendrá que ser trasladado a lo que se conoce como Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde estará vigilado continuamente con mayor cuidado por enfermeras y médicos dedicados las 24 horas del día a monitorear su estado de salud. Aquí permanecerá por el tiempo que sea necesario hasta que se normalizase y pueda ser trasladado a una cama en una sala o habitación hasta darle de alta. En la segunda opción, si después de la operación y una vez fuera del efecto de la anestesia, su estado es normal, pasará a su sala o habitación directamente. En la sala o habitación, recibirá los cuidados y atención necesaria según cada caso, visitas del médico tratante hasta que su estado sea el indicado para darle de alta y pueda salir del hospital.

1.2.3.3. Recurso Humano

Ya que la atención médica que se da en las consultas externas e internaciones se define como el conjunto de actividades realizadas por médicos, enfermeras y otro personal calificado de salud, es importante el

mostrar para cada hospital seleccionado la distribución de este grupo de profesionales.

Debido a que ésta atención casi siempre está apoyada por medios de diagnóstico como son laboratorios, rayos x, ecografías, entre otras tecnologías y servicios de soporte, ayuda mucho el conocer la disponibilidad de estos equipos, y su nivel tecnológico existente.

Los esquemas de la organización y funcionamiento se relacionan con la parte administrativa y los objetivos de la institución, los cuales varían mucho si se trata de una organización con o sin fines de lucro, además de la forma que tiene de financiar sus actividades. Es importante recordar las entidades que los administran ya que creemos que su situación tanto política (en el caso de públicos) como económica, así como su imagen ante potenciales consumidores afectará su participación en el mercado de servicios hospitalarios.

También hay que recordar que los profesionales que forman el recurso humano en salud, tienen su contrato o nombramiento amparado en leyes (las cuales pueden cambiar), como la Ley de Servicio Civil y Carrera administrativa, o en el Código de Trabajo. Discrepancias o incumplimientos en las remuneraciones de los empleados públicos, puede ocasionar paralizaciones y huelgas, las que afectarán la producción hospitalaria y la

imagen de la institución. Como en toda organización, la satisfacción laboral, es crítica para establecer un ambiente de trabajo agradable.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD EN GUAYAQUIL SEGÚN ENTIDADES

Profesionales salud	Públicos	Privados	Total
Enfermeros	1,142	128	1270
Médicos	2,108	801	2,909
Obstetrices	127	25	152
Odontólogos	226	20	246
Auxiliares de enfermería	2,221	510	2,731
Totales	5,824	1484	7,308

Fuente: SIISE (tiempo completo-parcial) Año: 1998
Elaboración: Los autores



CIB-ESPOL

1.2.4. Fuerzas competitivas de Porter

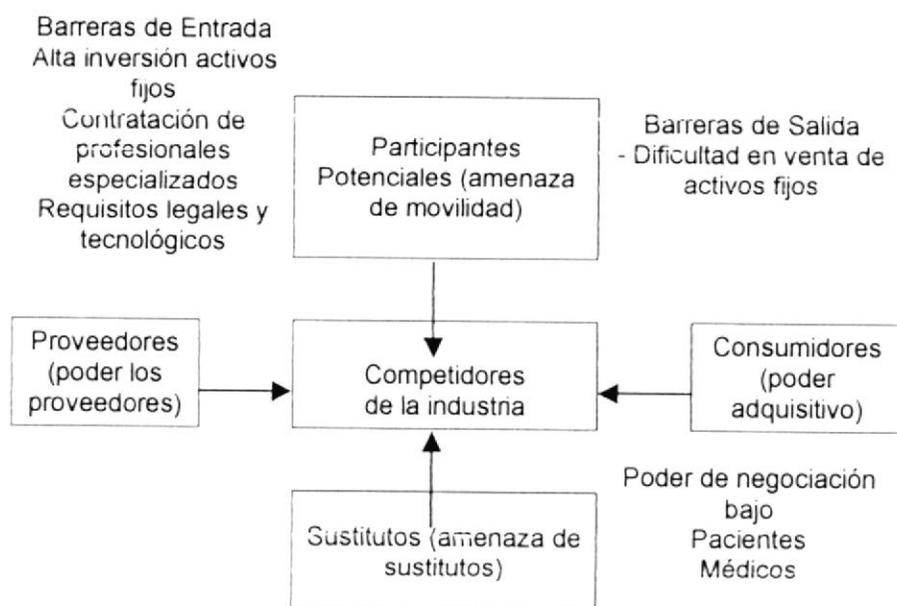
Procederemos a realizar un análisis de la industria de internación hospitalaria considerando las cinco fuerzas competitivas descritas por Michael Porter (ver cuadro 1.1).

La industria de internación hospitalaria en el Ecuador está formada por distintos tipos de establecimientos que cuentan sus recursos y facultades para brindar el servicio que los pacientes necesiten durante todo el proceso de atención médica, así como también otras entidades de soporte como lo

son proveedores de productos y servicios principales (equipos, medicinas e insumos) como complementarios (limpieza, seguridad, comida).

Dentro de los distintos tipos de establecimientos de salud con internación y atención en consulta externa, tenemos a las clínicas, policlínicos, dispensarios médicos y hospitales.

CUADRO 1.1 ANÁLISIS DE FUERZAS COMPETITIVAS DE PORTER EN LA INDUSTRIA HOSPITALARIA



*Fuente: Philip Kotler, Dirección de Mercadotecnia, 8ava Edición. Figura 11-7.
Elaboración: Los autores en base al diagrama de Michael Porter.*

1.2.4.1. Barreras de Entrada

Las barreras de entrada son altas ya que se deben hacer inversiones considerables en cuanto a la adecuación de su infraestructura y compra del equipo especializado necesario. También hay que considerar que continuamente éste equipamiento debe ser renovado y actualizado, así como de capacitar al personal que trabaja con ellos.

Otra barrera a considerar, es la probabilidad de contratar médicos especializados y de prestigio, que dependerá de diversos factores como la disponibilidad de estos profesionales en el mercado, así como la gestión de su administración para lograr incorporarlos a su staff de trabajo.

La economía de escala es una barrera para nuevos competidores ya que es preciso contar con un volumen de atención considerable para que la inversión sea rentable.

Además existen normas legales y tecnológicas que son necesarias cumplir para poder llegar a conformar un establecimiento de salud, las cuales se detallan en el Anexo 1.

1.2.4.2. Barrera de Salida

Las barreras de salida se consideran altas ya que los equipos que una vez se adquirieron son especializados para el área de la salud y no se pueden vender con tanta facilidad de acuerdo a sus características y nivel de obsolescencia.

1.2.4.3. Consumidores

Para poder comprender el poder de negociación de los consumidores, hay que recordar que existen distintos tipos de establecimientos, unos privados con fines de lucro, otros privados sin fines de lucro (o.n.g) así como los públicos.

El sector privado con fines de lucro ofrece sus servicios a quien esté en condiciones de pagar por su servicio. Para las personas que no cuenten con ésta capacidad económica, pueden optar por las otras instituciones de salud, que pueden o no presentar niveles de precio relativamente distintos.

De lo que hemos podido constatar, en centros privados sin fines de lucro, en nuestro estudio los regentados por la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil, existe la posibilidad de recibir asistencia médica con un alto nivel de subvención de parte de la institución, si es que el consumidor lo solicita y su nivel socio-económico lo amerita.

Sin embargo, si bien existen diversos tipos de centros, la diversidad y cantidad de demandantes del servicio hospitalario es grande, y no están organizados, lo que provoca que su poder de negociación sea bajo.

El consumidor principal en la industria hospitalaria es **el paciente** que necesita de sus servicios. También consideramos que todo aquel que acompañe al paciente en su estadía en la institución hospitalaria se convierte en un consumidor, ya que es quien en la mayoría de casos interactúa con la institución en el transcurso de la visita del paciente, ya sea para trámites, solicitud de diagnósticos, cancelación de servicios, entre otros momentos de verdad.

Hay que recordar que la característica primordial del consumidor es la de un hombre que está padeciendo de una enfermedad o dolencia, y que no está en condiciones óptimas para relacionarse con la sociedad y ser un ente productivo para la misma. El tiene derechos como paciente. Estos son el acceso al tratamiento, privacidad y confidencialidad, a estar informado de su diagnóstico, comunicado por medio de visitas, consentimiento (para intervenciones, procedimientos y experimentación), a consultas y denegación del tratamiento. Así también debe recordar sus responsabilidades como paciente, el cual conlleva el suministrar información, cumplir con las instrucciones, reglamentos y estatutos del hospital así como

ser respetuoso y considerado con el personal, los demás pacientes y de sus pertenencias.⁸

El consumidor secundario de ésta industria es **el médico** o cualquier especialista que trabaja brindando sus servicios profesionales dentro de una institución de salud. Éstos son los clientes internos de la organización ya que requieren de la provisión necesaria y adecuada de materiales y las debidas adecuaciones para poder trabajar. De esta forma, un establecimiento de salud tendrá que preocuparse de brindarle todo el apoyo logístico, administrativo y capacitación que los médicos soliciten o requieran para poder brindar el servicio que la comunidad espera.

La relación entre el médico y el paciente es de tipo afectivo y ético y se encuentra vinculada a distintos factores culturales, sociales y religiosos⁹.

CUADRO 1.2 CARACTERÍSTICA DEL TRATO MÉDICO-PACIENTE

Trato positivo	Trato negativo
Simpatía	Frialdad
Comprensión	Actitud de Juez
Calor humano	Petulancia
Preocupación	Impersonalidad
Tratar por el nombre (ser humano)	Tratar por un número (caso anecdótico)



CIB-ESPOL

Fuente y elaboración: Los autores - Artículo Dr. Alfonso Garcés.

⁸ Garantía de la Calidad en Hospitales Infantiles, Pág. 64. INTECH, 1998.

⁹ Roldós Garcés Alfonso Dr., "Ética Médica", Revista Médica de Nuestros Hospitales, No 11-12 (Pág 78)

En ésta relación interpersonal, hay que notar que el profesional se encuentra en una posición ventajosa y el paciente en una situación de desventaja por su dependencia. El paciente está enfermo, pero sobre todo, angustiado por su situación. Para un tratamiento favorable y un correcto diagnóstico se recomienda que la relación medico-paciente genere sentimientos positivos. Las características de un trato positivo se muestra en el cuadro 1.2.

1.2.4.4. Proveedores

Como proveedores tenemos a las casas médicas y los visitadores médicos que proveen de insumos e instrumental. Estas empresas participan según los requisitos de cada licitación y en base a los requerimientos del centro hospitalario.

También consideramos a proveedores como todos los departamentos de soporte dentro del hospital, ya sea en cuanto a servicios como limpieza, seguridad, mantenimiento de equipos de sistemas (hardware, software, redes, etc) así como de otros productos indispensables para el buen funcionamiento y dotación (comida, repuestos de maquinarias y vehículos, etc).



En general, éstos no cuentan con un poder de negociación alta, ya que las contrataciones se basan en licitaciones abiertas y precios de mercado.

1.2.4.5. Competencia

El sistema de atención hospitalaria está compuesto por una combinación de instituciones de salud, las cuales pueden ser públicas o privadas (con y sin fines de lucro).

El subsector público, lo conforman según datos del INEC, todas las instituciones de diversos ministerios en los siguientes porcentajes: Min. de Salud Pública (20,7%), Min. de Defensa (2,7%), Min. de Gobierno y Policía (0,7%). Dentro de este subsector también corresponden todos los del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) con el 3,1% y establecimientos municipales (0,7%).

Analizando el segundo sub-grupo, encontramos que existen dos clases; las ONGs y organismos netamente privados.

Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), también denominadas del tercer sector, las cuales no tienen fines de lucro.

De las principales ONGs tenemos la siguiente distribución según estadísticas del INEC (2000) : las regentadas por la H. Junta de Beneficencia de



Guayaquil, Sociedad Protectora de la Infancia, Fisco-Misionales, Mixtos, Misionales, Universidades, Politécnicas, INNFA y Cruz Roja (5,5%), además de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) con un 0,9%.

Para el subsector de salud privada con fines de lucro, tenemos para el año 2000 según el INEC, 383 entidades que representan el 65,7% del total de establecimientos con internación hospitalaria en el país.

1.2.4.6. Sustitutos

Como sustitutos para el servicio en la industria de atención hospitalaria podemos citar a servicios o productos que van a disminuir la necesidad de hospitalizarse como lo es métodos alternativos de curación, ya sea medicina natural, homeópata, folklórica, y cualquier otro medio alternativo de casas asistenciales informales.

También un sustituto a elegir hospitalizarse en cualquiera de los establecimientos locales es elegir uno extranjero.

1.2.5. Análisis de la oferta hospitalaria

La oferta de servicios se define como “ la cantidad de bienes y servicios que un cierto número de oferentes (productores) está dispuesto a poner a disposición del mercado a un precio determinado”.¹⁰

Para nuestro estudio, la oferta la definimos como:

La cantidad de producción hospitalaria (número de intervenciones) que están dispuestas a ofrecer las diferentes instituciones de salud dentro del marco de sus políticas a un precio determinado, el cual se establece de acuerdo a la misión de cada organización (públicas y privadas con y sin fines de lucro).

Consideramos que el tipo de oferta es competitiva o de mercado libre, pero esta se aplica solamente para los centros hospitalarios privados con fines de lucro debido a la gran variedad de centros de salud de este tipo existentes en Guayaquil con distintos niveles de calidad y precio.

1.2.5.1. Aspectos cualitativos de la oferta hospitalaria

La diferencia entre la atención médica y cualquier otro rubro, es que la contribución de todo paciente es única y los productos pueden y deben ser

¹⁰ Baca Urbina Gabriel “Evaluación de Proyectos”, Mc Graw Hill, 4ta edición (Pág. 43).

diferentes, dependiendo de las necesidades y deseos de cada paciente. Los métodos para mejorar la atención y los servicios deben poder adaptarse a este propósito.

Los compradores de bienes o servicios esperan siempre cierto nivel de satisfacción luego de realizar una compra, y, esto depende del rendimiento de la oferta en relación con las expectativas del comprador, es decir, el cliente debe recibir mas de lo que espera de un producto para sentirse satisfecho con la compra realizada, de lo contrario, no considerará haber hecho una buena adquisición.



CIB-ESPOL

1.2.6. Análisis de la demanda hospitalaria

La demanda se define como " la cantidad de bienes y servicios que el mercado requiere o solicita para buscar la satisfacción de una necesidad específica a un precio determinado ". ¹¹

Para nuestro estudio, la demanda la definimos como:

¹¹ Baca Urbina Gabriel "Evaluación de Proyectos", Mc Graw Hill, 4ta edición Pág. 17

La cantidad de servicio hospitalario que requiere el mercado de Guayaquil para satisfacer su necesidad de atención médica según lo requiera y amerite cada caso, para su persona o alguno de sus familiares más cercanos, en uno de los establecimientos seleccionados, a un determinado nivel de calidad y precio.

1.2.6.1. Clasificación de la demanda

La demanda se la puede clasificar en relación con su oportunidad, de acuerdo a su necesidad, temporalidad y el destino de los bienes o servicios.

En relación con su oportunidad; Consideramos que es una demanda insatisfecha puesto que el servicio ofrecido no alcanza a cubrir los requerimientos del mercado de un servicio hospitalario de calidad para todos los niveles socio-económicos. Estos requerimientos conllevan a que existan los insumos necesarios, una atención eficiente y oportuna en todo momento, facilidades de pago, etc.

En relación con su necesidad; como la sociedad requiere de este servicio para su bienestar y crecimiento, es una demanda de bienes sociales y nacionalmente necesarios, no es de consumo suntuario.

En relación con su temporalidad; es una demanda continua, ya que se presenta en todo momento, y va en crecimiento según aumenta la población. No es cíclica o estacional.

De acuerdo con su destino; es una demanda de servicios finales, ya que el servicio lo recibe el consumidor para su propio beneficio.

Así, nuestra demanda es de tipo **insatisfecha, social y necesaria, continua y final.**

1.2.6.2. Promedio de atención en cada uno de los centros hospitalarios

El promedio de pacientes que atienden los hospitales en los últimos 6 meses es el que se muestra a continuación en el cuadro 1.3.

CUADRO 1.3 PROMEDIO DIARIO DE INGRESOS EN HOSPITALES DEL ESTUDIO

ESTABLECIMIENTO	Emergencia	PROGRAMADO
Luis Vernaza		70
R. Gilbert	34	20
IESS	20	14
Alcívar	22	18
Kennedy	49	38
K. Alborada		
Del Niño	20	8
Guayaquil	27	11



CIB-ESPOL

Fuente: Dpto. Estadística e Informática de hospitales e INEC.
Elaboración: Los autores

1.3. Servicios hospitalarios en Guayaquil

1.3.1. Establecimientos y clases

De los 583 establecimientos con internación hospitalaria en el país, la provincia del Guayas tiene la proporción más alta (en relación a las demás provincias) con el 22,5% (131), seguido de la provincia del Pichincha con el 22,1% (129). Las demás cuentan con cifras menores al 10%.

De los 131 establecimientos de salud con internación en la provincia del Guayas (año 2000), el 64% se encontraba ubicado en la ciudad de Santiago de Guayaquil. Debido a este hecho, se la ha seleccionado por su representatividad para los resultados a obtenerse en este estudio.

Estos 84 centros presentan una primera agrupación (Cuadro 1.4) según su clase. Ésta se basa en los servicios que éstos cubren, contexto geográfico y administración. Así por ejemplo, los hospitales generales cubren los servicios básicos (clínica médica, cirugía, obstetricia, pediatría, etc) mientras que los especializados cubren solo una especialidad. Para cubrir el mayor número de escenarios en la prestación de servicios hospitalarios el presente trabajo se enfocará en los hospitales generales.

CUADRO 1.4 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACIÓN EN GUAYAQUIL Y RELACIÓN CON PROVINCIA DEL GUAYAS

TIPO ESTABLECIMIENTO	ciudad	porc.*	Prov
HOSPITALES GENERALES	11	0.58	19
HOSPITALES CANTONALES	1	0.70	15
HOSPITALES ESPECIALIZADOS			
AGUDOS	6	1.00	6
CRÓNICOS	3	1.00	3
CLÍNICAS PARTICULARES	63	0.72	88
TOTAL	84	0.64	131

* Representa el porcentaje de centros de Guayaquil en relación con el total en la provincia del Guayas.

Datos: INEC, *Anuario de Recursos y Actividades de Salud*, INEC 2000.

Elaboración: Los autores

Como se verá más adelante, a pesar que el porcentaje de clínicas es considerablemente superior a el de los hospitales, éstos últimos atienden a un mayor número de pacientes debido a su capacidad logística.

Por todas las razones anteriormente expuestas queda definido que el presente estudio se basará en los hospitales generales ubicados en la ciudad de Santiago de Guayaquil.

CUADRO 1.5 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MAYOR RELEVANCIA EN GUAYAQUIL

NOMBRE COMPLETO	ABREVIACIÓN
Alcívar	Alcívar
Neumológico Alfredo Valenzuela	A. Valenzuela
Del Teatro N.5 (Guayas)	Teatro
Clínica Kennedy	Kennedy
Clínica Kennedy Alborada	K. Alborada
De Infectología y Dermatológico de la Jefatura	Infectología

Prov.	
De Niños Francisco de Ycaza Bustamante	Del Niño
De Niños León Becerra	L. Becerra
De niños Roberto Gilbert E.	R. Gilbert
Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor	E. Sotomayor
Provincial Guayaquil Dr. Abel G. Pontón	Guayaquil
IESS – Dr. Teodoro Maldonado Carbo	IESS
Luis Vernaza	L. Vernaza
Militar HD-II de "Libertad"	Militar
Naval	Naval
Policlínico de la Comisión de Tránsito	C. Tránsito
Centro de Rehabilitación Social	R. Social
Maternidad Santa Mariana de Jesús	M. de Jesús
Psiquiátrico Lorenzo Ponce	L. Ponce
Centro Materno Infantil	M. Infantil
De SOLCA Mercedes S. De Sánchez	SOLCA
Del Cuartel Modelo de Policía Nacional	Policía

Datos: Ministerio de Salud Pública

Elaboración: Los autores

Arriba se muestran en el cuadro 1.5 el listado de las 22 con mayor relevancia en los tres sectores, público, privado y ONGs. La abreviatura indicada en este cuadro es el que se utilizará en lo subsiguiente para referirse a cada uno de los centros.



CIB-ESPOL

1.3.2. Criterios de selección

De todos los hospitales localizados en la ciudad de Guayaquil, con internación procederemos a continuación a realizar una estratificación preliminar.

La lista anterior se clasifica en dos grandes grupos, los establecimientos especializados y los hospitales generales (cuadros 1.6 y 1.7).

CUADRO 1.6 ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS EN GUAYAQUIL

ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS *		
Agudos		
Aislamiento	Maternidades	Pediátricos
Infectología (114)	E. Sotomayor (551)	R. Gilbert (289)
	M. Infantil (40)	Del Niño (256)
	M. de Jesús (16)	L. Becerra (143)
Crónicos		
Psiquiátricos	Neumológicos	Solca
L. Ponce (1,030)	A. Valenzuela (319)	SOLCA (127)

* El número indicado en la parte inferior de cada nombre es el número de camas disponibles con que cuenta cada hospital.

Datos: INEC

Elaboración: Los autores

Si bien es cierto, nuestro enfoque estaba centrado en hospitales generales, incluiremos los hospitales pediátricos incluidos en el grupo de hospitales agudos (cuadro 1.6). Esto se debe a que están dentro de esta clasificación no por los servicios hospitalarios que ofrecen, sino a las edades de sus pacientes.

Ya que nuestro estudio es por niveles socio-económicos sin tomar en cuenta las edades, debemos incluir también a la población infantil y juvenil que se

hace atender mayoritariamente en estos centros, donde reciben diversidad de atenciones médicas.

CUADRO 1.7 ESTABLECIMIENTOS GENERALES EN GUAYAQUIL

HOSPITALES generales				
ONG	PÚBLICOS	INSTITUCIONALES		PRIVADOS
L. Vernaza (765)	Guayaquil (239)	Teatro (83)	Policía (199)	Alcívar
	IESS (411)	R. Social (62)	Naval (128)	Kennedy
		C. Tránsito (12)	Militar	K. Alborada

*Datos: Ministerio de Salud Pública
Elaboración: Los autores*



CIB-ESPOL

Los demás centros especializados agudos, el hospital de Infectología y las maternidades solo atienden un grupo limitado de casos de atención hospitalaria, como los son la atención a parturientas y casos de enfermedades infecto-contagiosas. En base a el mismo criterio, no se tomarán en cuenta los hospitales especializados crónicos.

Para el caso de los hospitales generales y cantonales estos muestran la clasificación indicada en el cuadro 1.8. Aquí los hospitales institucionales brindan servicios de hospital general pero en la mayoría de los casos a miembros de la institución por la que son administrados (policías, militares, vigilantes de tránsito, etc) o sus familiares. No se los tomarán en cuenta para el estudio ya que su pacientes están relacionados de forma directa o

indirecta con éstas instituciones y podría afectar la objetividad de sus opiniones en cuanto al servicio recibido.

De los demás hospitales generales seleccionamos a los más relevantes de cada grupo de privados y públicos, ya que se busca tener representatividad de los servicios pagados, auto-financiados o financiados por entidades (ya sean del gobierno o privadas sin fines de lucro). Cada uno muestra diferencias en la variable precio, la cual consideramos de relevancia en un estudio por niveles socio-económicos.

Basándonos en los anteriores criterios de estratificación hemos seleccionado ocho hospitales (los cuales se indican con un sombreado en su correspondiente celda, cuadros 1.6 y 1.7).

1.3.3. Entidades que administran los hospitales seleccionados

En el cuadro 1.8 se muestran las entidades que administran los centros hospitalarios de estudio. Los antecedentes de los públicos y ONGs, se pueden revisar en el Anexo 2.

CUADRO 1.8 CENTROS HOSPITALARIOS DEL ESTUDIO CLASIFICADOS POR ENTIDAD

HOSPITALES para el estudio			
PÚBLICOS		ONG	PRIVADOS
M.S.P *	I.E.S.S **	H. Junta de Beneficencia de Guayaquil	
Del Niño (256)	IESS (411)	L. Vernaza (765)	Alcívar
Guayaquil (239)		R. Gilbert (289)	Kennedy
			K. Alborada

* Ministerio de Salud Pública (M.S.P)

** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (I.E.S.S)

Fuente: INEC

Elaboración: Los autores



CIB-ESPOL

1.4. Oferta de servicios de centros hospitalarios de estudio

A continuación se detallan las áreas de atención y la disponibilidad de camas así como habitaciones de cada hospital seleccionado. En el Anexo 3, se puede revisar ciertos antecedentes importantes sobre cada centro.

1.4.1. Clínica Alcívar



CIB-ESPOL

1.4.1.1. Áreas de atención

El Hospital Alcívar es uno de los centros hospitalarios privados del país, presta servicios de atención hospitalaria en las siguientes áreas médicas.

1.4.1.2. Dotación de habitaciones y camas

El Hospital Alcívar cuenta con 75 habitaciones, cada una diseñada con toda la tecnología necesaria para la convalecencia y confort de los pacientes. Todas las habitaciones están dotadas con camas eléctricas, cuarto de baño, acondicionadores de aire, refrigeradoras, botones de llamado, mobiliario completo para el paciente y acompañante, etc..

Al momento de solicitar la hospitalización con el departamento de coordinación, el usuario puede escoger de entre los siguientes tipos de habitación: Suite Presidencial, habitación privada, semi-privada de 2 pacientes o semi-privada de 3 pacientes.

1.4.2. Hospital Guayaquil Abel Gilbert

1.4.2.1. Áreas de atención



CIB-ESPOL

Brinda atención por lo general a las personas con escasos recursos económicos en las siguientes áreas:

Medicina interna, medicina general, neurología, neulogía, dermatología, cardiología, inmuno-alergia, gastroenterología, reumatología, nefrología, cirugía general, urología, otorrinolaringología, oncología, oftalmología, cirugía

plástica, traumatología, neurocirugía, cirugía vascular, pediatría, Gineco-obstetricia, psiquiatría, fisioterapia, cirugía pediátrica y endocrinología.

1.4.2.2. Dotación de camas y habitaciones

El hospital Abel Gilbert cuenta con 239 camas disponibles.

1.4.3. Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

A continuación exponemos información referente que hemos recopilado sobre el hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde¹².

1.4.3.1. Áreas de atención

Brinda atención preferente a los niños de escasos recursos económicos. Cuenta con las siguientes áreas:

Neonatología, Consulta Externa, Laboratorio Central, Emergencia, Fisioterapia, Pediatría Clínica, Cirugía, Radiología, Recuperación, Farmacia, Quemados, Cuidados Intensivos, Cuidados intermedios, etc.

Todas sus 10 salas de cirugía cuentan con la aplicación de diseños de tecnología moderna pediátrica norteamericana.

¹² Folleto Tríptico de hospital y revista Médica de Nuestros Hospitales –No.22. página 65-67.



El área de emergencia es un mini-hospital compuesta por 10 salas con diferentes áreas como la de hidratación, quemaduras, recepción y observación.

El área de hidratación es muy importante ya que los niños se mueren mucho más por estar deshidratados que por cualquier otra enfermedad. En lo que respecta a la de observación, los pacientes permanecen aquí, por lo menos 24 horas cuando no se tiene certeza en las causas de su padecimiento. Si después de este tiempo, y de haber realizado exámenes y pruebas y de persistir su condición, pasa a ser hospitalizado, a esperar que se desocupe una cama para quedarse en el hospital.

1.4.3.2. Dotación de camas y habitaciones

El Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde cuenta 440 camas en 3 pisos, 8 pabellones y 17 áreas médicas. Éstas presentan la siguiente distribución:

Primera planta:

Área de quemados:	14 camas
Recuperación	30 camas
Cuidados intensivos y Neonatal	39 camas
Emergencia	17 camas

Segunda planta:

Áreas de: 4 pabellones con 32 camas

4 pabellones con 36 camas

8 habitaciones de infectados, 1 cama por habitación

Tercera planta:

18 habitaciones semi-privadas con 2 camas por habitación.

24 habitaciones privadas con 1 cama por cada habitación.

Cuenta con los siguientes tipos de habitaciones:

Salas generales

Habitación Privada

Habitación semi-privada de 2 pacientes

1.4.4. Hospital regional del Seguro Social IESS

En esta sección se exponen datos recopilados sobre el hospital regional del Seguro Social IESS¹³.

1.4.4.1. Áreas de atención

Dentro de los servicios que presta la institución tenemos: Servicios Operativos; Emergencias, consulta externa y hospitalización. Ofrece hospitalización para las siguientes especialidades que se atienden en consulta externa: Medicina General, Hematología, Vascular, Oncología, Neurología, Proctología, Odontología, Oftalmología, Cardiología, Psiquiatría, Gineco-Obstétrico, Otorrinolaringología, Neurología, Cirugía General, Neonatología, Neurocirugía, Gastroenterología, Tórax, Cirugía Plástica y Urología.

Además cuenta con los servicios de soporte que son; Rayos X, Rehabilitación, Laboratorio, Farmacia y Administrativos.



¹³ Dr. Oyague Orly, Lcda. Lazo María, Lcda. Aguirre Ingrid, "Proyecto de Mejoramiento en la Calidad de Atención en la Unidad Materno Infantil del Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" "Trabajo de Graduación, Programa de Gerencia en Servicios de Salud ESPOL – ESPAE. Diciembre 1997. Además de tríptico del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo

Lo que puede ser calificado como otros servicios tenemos; Mantenimiento, Ropería, Lavandería, Dietético y Ambulancias.

El hospital tiene un promedio de 43 cirugías por día hospitalario. De éstas se practica un promedio diario de 28 cirugías generales en 4 quirófanos, en ginecología se realizan 10 cirugías promedio en 2 quirófanos, y en oftalmología 5 cirugías promedio en un quirófano.

En general no existe un mantenimiento técnico especializado periódico, no hay renovación oportuna de los equipos por lo que la mayoría se encuentra en mal estado. Esto obliga a la institución a comprar servicios en clínicas privadas.

En el área de emergencia cuentan con 3 consultorios: dos de medicina general y uno del área de traumatología. Además cuenta con un área de observación, donde se encuentran los pacientes que aún no necesitan ser hospitalizados pero si estar bajo vigilancia médica unas cuantas horas.

1.4.4.2. Dotación de camas y habitaciones

El hospital cuenta con 507 camas disponibles distribuidas de la siguiente forma por especialidad: Medicina (229), Cirugía (222), Gineco-Obstetricia (41), Pediatría (15). El porcentaje de ocupación de las camas es del 92%.

Egreso diario promedio: 48 usuarios.

Las camas en el hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo están distribuidas de la siguiente manera: Habitaciones simples, dobles, triples y cuádruples.

1.4.5. Hospital Clínica Kennedy

A continuación exponemos la información recopilada sobre la institución clínica Kennedy así como los servicios que ofrece¹⁴.

1.4.5.1. Áreas de atención

El Hospital Clínica Kennedy presta servicios de atención hospitalaria en las siguientes áreas médicas: Medicina General, Emergencia, Cuidados Intensivos, Obstetricia, Pediatría, Ginecología, Diabetes, Nutrición y Dietética, Rehabilitación, Traumatología, Laparoscopia, Oftalmología, Cardiología, Infectología, Neonatología, Terapia Respiratoria, Hemodiálisis, y Diagnóstico por Imágenes.

El Hospital Clínica Kennedy cuenta con 10 quirófanos dispuestos en la salas de Cirugía "Dr. Aparicio Sig-Tú" ubicado en el 3er piso de la Clínica de la

¹⁴ www.hospikennedy.med.ec/hcka.htm



Mujer. Los quirófanos están equipados y son utilizados de acuerdo a un área de atención específica:

Uno para cirugía del corazón y transplantes

Uno para traumatología

Uno para Oftalmología

Dos quirófanos Ginecológicos



CIB-ESPOL

Uno para cirugía Laparoscópica

Cuatro para cirugía general y de las diferentes especialidades

Este servicio de Emergencia está conformado por la Unidad de Cuidados Intensivos EKO Móvil y la Unidad de Trauma KENNEDY, las cuales están equipadas con un sistema moderno de comunicación.

Cuenta con una Unidad de Trauma que dispone de 4 cubículos para casos generales y un cuarto de trauma para intervenciones quirúrgicas de emergencia, con personal idóneo y con equipos modernos.

1.4.5.2. Dotación de camas y habitaciones

La Kennedy cuenta con 84 habitaciones las cuales están distribuidas en las siguientes áreas: Medicina General, Obstetricia, Ginecología, Pediatría.

Posee diferentes tipos de habitaciones diseñadas con toda la tecnología necesaria para la convalecencia y confort de los pacientes. Todas las habitaciones están dotadas con camas eléctricas , servicios higiénicos, acondicionadores de aire, refrigeradoras, botones de llamado, mobiliario completo para el paciente y acompañante, etc. Se puede escoger de entre los siguientes tipos de habitación: Suite Presidencial "Pabellón Azul", suite Presidencial Ginecología, suite, Habitación Privada "Pabellón Azul", privada, habitación semi-privada de 2 pacientes y semi-privada de 3 pacientes.

1.4.6. Hospital Clínica Kennedy Alborada

En esta sección se detalla información sobre la oferta de servicios hospitalarios de la clínica Kennedy Alborada¹⁵.

1.4.6.1. Áreas de atención

El Hospital Clínica Kennedy Alborada presta servicios de atención hospitalaria en las siguientes áreas médicas: Medicina General, Emergencia, Cuidados Intensivos, Obstetricia, Pediatría, Ginecología, Diabetes, Nutrición y Dietética, Rehabilitación, Traumatología, Laparoscopia, Oftalmología,

¹⁵ www.hospikennedy.med.ec/hcka.htm

Cardiología, Infectología, Neonatología, Terapia Respiratoria, Hemodiálisis, y Diagnóstico por Imágenes.

Para el servicio de cirugía cuenta con 7 quirófanos.

Cuenta con 4 cubículos de atención, cuarto de labores, cuarto de trauma. Además del servicio de ambulancias terrestres y aéreas EKO MOVIL.

1.4.6.2. Dotación de camas y habitaciones

Tiene una capacidad total para 100 camas. De las cuales están instaladas 74 de ellas, se encuentran distribuidas en las siguientes áreas; Medicina General, Obstetricia, Ginecología y Pediatría.

Al momento de solicitar la hospitalización el usuario puede escoger de entre los siguientes tipos de habitación: suite, privadas o semi-privadas.

1.4.7. Hospital Luis Vernaza

A continuación se detallan las características y servicios del hospital Luis Vernaza¹⁶.

¹⁶ Anuario de Estadísticas Hospitalarias –Egresos y Camas – INEC 2000. Cuadro n.9 y Artículo “Hospital Luis Vernaza “La mas antigua casa de salud” ” por Dr. Ángel Aguad Herales. Revista Médica de Nuestros Hospitales No.11-12

1.4.7.1. Áreas de atención

Según estadísticas del INEC, cuenta con 767 camas de dotación normal, las cuales están asignadas para los siguientes servicios o especialidades:

Medicina (241), Cirugía (199), Ginecología y Obstetricia (38), Cardiología (48), Traumatología (63), Oftalmología y Otorrinolaringología (32), Urología (28) y otros servicios (118).

Posee 18 quirófanos en los tres pisos del pabellón Valdéz, 4 son de emergencia y 2 en el pensionado Sotomayor. Diariamente se efectúan de tres a 5 operaciones en cada quirófano del pabellón Valdéz.

En ésta unidad, que lleva el nombre del Dr. Roberto Gilbert Elizalde, existen varias áreas de atención, según el cuadro que presente el paciente al momento de ingresar. Aquí se efectúan de 10 a 20 operaciones diariamente. A continuación el número de camas con que cuentan en cada una.

Observación	28 camas
Recepción	12 camas
Reanimación	11 camas
Hidratación	11 camas



CIB-ESPOL

Cirugía menor 08 camas

Cuidados intermedios 19 camas

1 quirófano

1.4.7.2. Dotación de camas y habitaciones

El Hospital Luis Vernaza está dividido en dos secciones; general y el pensionado.

Pensionado Sotomayor: Es el área donde existen habitaciones privadas y semi-privadas, confortables, diseñadas con la tecnología más avanzada para dar a los pacientes comodidad y confort. General (Pabellón Valdéz): Es el área más económica, para personas con escasos recursos pero que reciben los mismos servicios que en el área de pensionado, con los equipos necesarios para atender al paciente con cualquier tipo de enfermedad. El Hospital Luis Vernaza cuenta con la siguiente distribución de camas:

Pensionado (59):

Semi-privado: 17 habitaciones con dos camas

Privado: 25 habitaciones individuales

General (732):

Salas generales: 732 camas disponibles

1.4.8. Hospital de niños Francisco de Ycaza Bustamante

1.4.8.1. Áreas de atención

El hospital de niños Dr. Francisco de Icaza Bustamante presta atención en las siguientes áreas:

Pediatría, cardiología, dermatología, endocrinología, fisiatría, gastroenterología, genética, hematología, Infectología, nefrología, neonatología, neumología, neurología, nutrición, psiquiatría, reumatología, cirugía general, cirugía plástica, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología y urología.

Su equipamiento en base a un contrato "Llave en mano" fue hecho con equipos de avanzada tecnología y de Marcas alemanas conocidas mundialmente.

Realizan un promedio de 8.38 cirugías diarias.

1.4.8.2. Dotación de camas y habitaciones

Este hospital cuenta con 256 camas disponibles.

CAPÍTULO 2

2. ANÁLISIS SOCIOECONÓMICO

En este capítulo se procederá a definir el público de influencia por nivel socioeconómico de cada uno de los centros hospitalarios de la ciudad de Guayaquil, tomando en cuenta como factor determinante el lugar de domicilio de las personas que acuden a éstos.

2.1. Antecedentes

En la realización de este estudio se asumió que cada consumidor tiene una conducta y una percepción diferente de lo que es la calidad de los servicios hospitalarios, debido a ciertos factores como; culturales, sociales, personales y psicológicos.

Consideramos como determinante de la conducta del comprador uno de los factores culturales, que es el **nivel socioeconómico**.

**CIB-ESPOL**

2.1.1. La Salud dentro del contexto social

La salud es considerada como uno de los indicadores de desarrollo más importantes para una nación. Existen varios elementos que afectan directamente al estatus de salud dentro de una sociedad como lo son; factores socio-económico, político-administrativo y tecnológico. Podemos observar, que para cada factor existen muchos agentes que van a influir de forma notable en su accionar dentro de una comunidad. Todos estos actúan dentro de lo que se denomina un Sistema de Salud, que en el contexto de América Latina toma el nombre de "Sistema de Atención Médica" ya que se ha centrado en "retrasar la muerte" y no en la prevención y mejoramiento de calidad de vida¹⁷.

Existen así problemas socio-económicos que repercuten en la salud, como lo son los niveles de pobreza, desempleo, falta de servicios básicos y de infraestructura sanitaria. Todos estos contribuyen al aumento de

¹⁷ Muñoz Paulina. El Mercadeo como una estrategia gerencial en los servicios de Salud Locales. Dic 1996. Trabajo de Graduación para el Programa en Gerencia de Servicios de Salud. ESPAE.

“enfermedades sociales” como se denominan a la desnutrición, tuberculosis, entre otras, que a su vez aumenta la demanda por los servicios de salud.

2.1.2. Grupos Socioeconómicos

2.1.2.1. Definición

La clase social se define como un grupo compuesto por varios individuos que ocupan posiciones más o menos iguales en una sociedad¹⁸. Los grupos socioeconómicos los definimos como grupos sociales que se distinguen por distintos niveles de bienestar económico, producto de sus oportunidades en el campo laboral, sus ingresos, capacidad de inversión, etc. Si bien estos factores dependen de la formación y capacidad de cada individuo, interactúan muchas variables relacionadas a la naturaleza y estado de la sociedad en la cual interactúan y viven en un momento determinado en el tiempo. Así pues, es importante el considerar el momento y lugar del análisis, así como el marco económico y social.

¹⁸ Loudon David L., Della Bitta Albert J.. “Comportamiento del Consumidor”. 4ta Edición. Pag 184

2.1.2.2. Componentes

Cada grupo socioeconómico se fundamenta en numerosos componentes. Entre estos están primordialmente el nivel de ingreso, la ocupación o tipo de trabajo que realiza generalmente la cabeza familiar, la vivienda, entre otros factores o indicadores.



CIB-ESPOL

2.1.2.3. Técnicas de medición y clasificación

Existen numerosas técnicas para medir y clasificar las clases sociales. Hay tres métodos empleados en Estados Unidos, los cuales son; el subjetivo, de reputación y objetivo. En el método subjetivo se pide a los individuos clasificarse ellos mismos en un determinado nivel, lo cual no es una forma óptima por la tendencia a las personas tienden a seleccionar el nivel medio y no los niveles alto o bajo. El segundo método es aplicable únicamente a pequeñas comunidades ya que se pide a sus miembros clasificarse unos a otros. Con el último método, la clasificación la realiza el investigador en base a factores objetivos en base a puntuaciones. Si bien éste último es el más utilizado, hay que recordar que las palabras de Richard P. Coleman¹⁹ " La clase social es una herramienta conceptual y como no se cuenta con una

¹⁹ "The Continuing Significance of Social Class to Marketing", Journal of Consumer Research, 10:276.dic 1983.

definición exacta, en último término no es susceptible de una medición perfecta ni de criterios absolutos de validez”.

Entre estudios recientes se tienen las escalas basadas en Gilbert y Kahl o la de Coleman y Rainwater. Ambas reconocen la existencia de tres grandes grupos, clase alta, media y baja. Sin embargo, se basan en distintas filosofías; el modelo de Gilbert-Kahl está basado en la teoría política y análisis sociológico, mientras que la de Coleman y Rainwater es un enfoque conductual y reputacional. Este último tiene siete niveles ubicados dentro de los tres grandes grupos. Dentro de la clase alta se encuentran alta-alta (muy alta), alta baja (alta), media alta, luego en la clase media está la clase media (media típica) y la clase trabajadora (media baja), al final en la clase baja tenemos a la clase baja (pobres) y la realmente baja (pobreza extrema).²⁰

2.2. Criterios de clasificación socioeconómica

2.2.1. Escala de niveles socioeconómicos

Para el presente estudio se ha seleccionado la clasificación socioeconómica de 5 grupos o niveles jerárquicos (cuadro 2.1), cada uno representado por

²⁰ N. de Autor. Los términos para cada clase suelen variar, por lo que se incluyó dos formas, una entre paréntesis que es la que se encontró en estudios a nivel de Latinoamérica y la otra que pertenece al modelo de Coleman y Rainwater.

una letra, en orden alfabético (A, B, C .. E) empezando con la A para el nivel de mayores ingresos y estatus social.

CUADRO 2.1 CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL ESTUDIO

Nivel	A	Alto
Nivel	B	Medio Alto
Nivel	C	Medio
Nivel	D	Medio Bajo
Nivel	E	Bajo

Fuente: Escalas Gilbert y Kahl así como las de Coleman y Rainwater

Elaboración: Los autores



CIB-ESPOL

2.2.2. Método de estratificación socioeconómica

En el presente estudio hemos seguido los lineamientos del método objetivo, basándonos primordialmente en los siguientes factores que se utilizan en el Índice Computarizado de Estatus (CSI, Computerized Status Index) que son; el área de residencia (según estudios locales e impresiones del vecindario), la ocupación del jefe de familia y años de escolaridad del encuestado y cónyuge.

Hemos puesto un mayor énfasis en el área de residencia, o ciudadela dentro de la ciudad de Guayaquil, para determinar el público de influencia en los hospitales seleccionados, ya que según profesionales del marketing "La

gente tiende a agruparse por intereses comunes” y “El lugar donde uno vive determina lo que somos”.

Además de ser un método práctico y eficaz dentro de las limitaciones inherentes del presente estudio, en nuestra ciudad es marcada la diferencia entre características de vivienda (área de terreno, acceso a servicios básicos, fachada y elementos de status como piscina, antena satelital, parqueaderos, porcentaje de área verde o jardín) que implícitamente muestra el bienestar económico y posición social de sus ocupantes.

Basándonos en un estudio profesional y local de investigación de mercado ya realizado, se procedió a listar todas las ciudadelas, sectores y barrios de la ciudad de Guayaquil, estratificado por el N.S.E de mayor representatividad en cada uno.

De esta manera, para determinar el nivel socioeconómico (N.S.E) en el presente estudio se utilizó los **datos del domicilio actual del usuario**. Teniendo esta información, se consultó la ciudadela, barrio o sector empleando un mapa actualizado de la ciudad. Luego, se valió de la lista de ciudadelas estratificadas por N.S.E para buscar y determinar el nivel socioeconómico del usuario.

2.3. Segmentación socioeconómica de la ciudad de Guayaquil

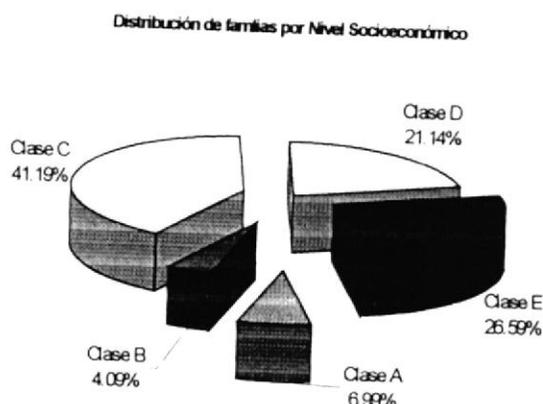
Según datos proyectados al 2000 (SIISE) la población de Guayaquil es de dos millones ciento y diecinueve mil, cuatrocientos ochenta y dos personas (2,119,482).

La composición socioeconómica por familias de nuestra ciudad se puede ilustrar en el gráfico 2.1. Podemos apreciar una clara concentración de familias en la clase media (C) con un 41.19%. La clase baja le sigue en proporción con un 26.59%, los que se consideran familias pobres. La sigue la media baja con una concentración de 21.14%.

Estos dos últimos grupos son muy sensibles a pequeñas variaciones al costo de vida, formando en conjunto un 47.73% de las familias en Guayaquil.

Según datos del SIISE (1998) un 8% del total de la población se encuentra en la indigencia, un poco más de 71,719 individuos. Éstos viven en los sectores marginales y periféricos a la ciudad, en barrios (mayormente cooperativas y otros terrenos no legalizados) donde no cuentan con provisión constante de servicios básicos.

GRÁFICO 2.1 SEGMENTACIÓN SOCIOECONÓMICA DE GUAYAQUIL



*Fuente: Investigación de marketing sector privado
Elaboración: Los autores*

Solo un 11.08% de los ciudadanos se encuentran conformando las clases altas; la clase media alta la conforma un mínimo de 4.09% y el casi el 7% lo conforman el grupo socioeconómico alto.

2.4. Nivel de Ingresos

El nivel de ingresos es uno de los factores más importantes para clasificar por N.S.E. Sin embargo, su escala y unidades de comparación dependerán de varios factores. Entre éstos, el contexto económico de la sociedad, en donde interactúan diversos elementos como la inflación, tipo de cambio o moneda, capacidad adquisitiva, características del mercado, oferta y demanda de trabajo, políticas de remuneración, etc.

En el cuadro 2.2, se presentan los montos de dinero (dólares) de ingreso mensual familiar aproximado para cada N.S.E.

CUADRO 2.2 SEGMENTACIÓN POR N.S.E EN BASE A RANGO DE INGRESO FAMILIAR PROMEDIO (MENSUAL)

Clasificación		SM	min. USD	CIB-ESPOL	
				SM	Max. USD
Nivel bajo (E)		E	(o menos)	1.5	\$ 252.00
Nivel medio bajo (D)		D	1.67	2.0	\$ 336.00
Medio Típico (C)		C	3.3	5.0	\$ 840.00
Medio Alto (C+)		B	8.3	13.3	\$ 2,239.44
Alto (B)		A	20	30.0	\$ 5,040.00
Muy Alto (A)		A+	66.0	(o más)	

Salario mínimo	\$ 140.00 *
Prom. PEA por familia	1.2
Salario min. Familiar	\$ 168.00



Fuente: ESPAE²¹ (* Datos de salario, Ministerio de Finanzas Junio 2002)
Elaboración: Los autores

Una referencia importante del poder adquisitivo y consecuente bienestar socioeconómico es el valor de la canasta básica familiar que actualmente se sitúa en los \$323,18 (EL Universo, Febrero 2002). También está la denominada canasta de la pobreza que está a los \$245,43.

²¹ Noriega Raúl, Santoro Xavier, "Análisis e impacto de los modelos de privatización y la modernización del sector de las telecomunicaciones en el Ecuador. ESPAE 1995.

Es importante recordar que esta canasta es para un hogar tipo de cinco miembros (INEC) y la componen 5 grupos de consumo en las siguientes proporciones, como se detalla en el cuadro 2.3.

CUADRO 2.3 CONFORMACIÓN DE CANASTAS FAMILIARES Y DE POBREZA

Grupo	Familiar	Pobreza
Alimentos y Bebidas	40%	48%
Vivienda	16%	20%
Indumentaria	9%	8%
Misceláneos	35%	24%

Fuente: INEC 2000
Elaboración: Los autores



Dentro del grupo misceláneos se encuentra el subgrupo denominado cuidados de la salud. Estos representan \$113,11 (canasta familiar) que tiene que ser repartido junto con los otros subgrupos; educación, transporte, cuidado y artículos personales, entre otros. Si se destinara el 50% para la salud, significaría un presupuesto de \$56.56.

2.5. Perfil socioeconómico de los centros seleccionados

2.5.1. Metodología

Se investigó la lista de cien últimos pacientes egresados de las estadísticas de las fichas médicas del hospital, que vivan actualmente en la ciudad. El

periodo de tiempo fueron los egresados entre Diciembre del 2001 y el mes de Febrero del 2002.

De la lista se revisaron las direcciones y se establecieron en qué sector o ciudadela el paciente vivía. De acuerdo a la clasificación por nivel socioeconómico cada ciudadela o sector se le asignó su nivel (A, B, C, etc).

En base a las cifras se obtuvo el porcentaje de la afluencia de cada nivel socioeconómico.

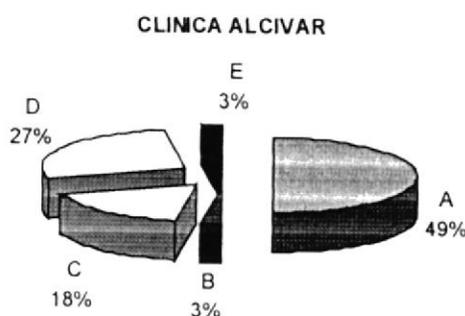
2.5.2. Perfil socioeconómico por centro hospitalario



CTB-ESPOL

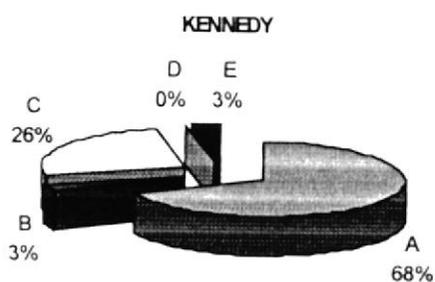
2.5.2.1. Clínica Alcívar

GRÁFICO 2. 2 N.S.E DE INFLUENCIA CLÍNICA ALCÍVAR



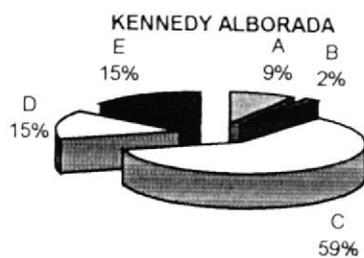
2.5.2.2. Hospital-Clinica Kennedy

GRÁFICO 2. 3 N.S.E DE INFLUENCIA HOSPITAL CLÍNICA KENNEDY



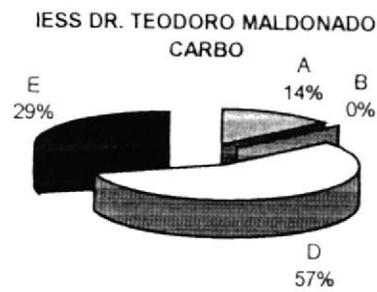
2.5.2.3. Hospital-Clinica Kennedy Alborada

GRÁFICO 2. 4 N.S.E DE INFLUENCIA KENNEDY ALBORADA



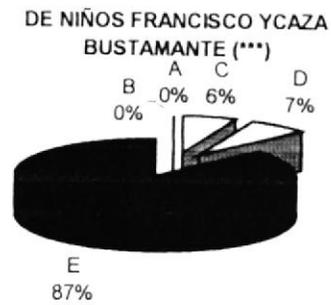
2.5.2.4. Hospital regional del IESS

GRÁFICO 2. 5 N.S.E DE INFLUENCIA HOSPITAL IESS



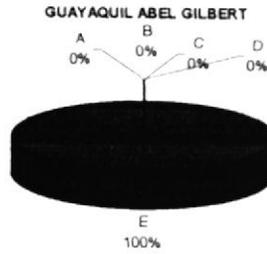
2.5.2.5. Hospital del Niños F. Ycaza Bustamante

GRÁFICO 2. 6 N.S.E DE INFLUENCIA HOSPITAL DEL NIÑO



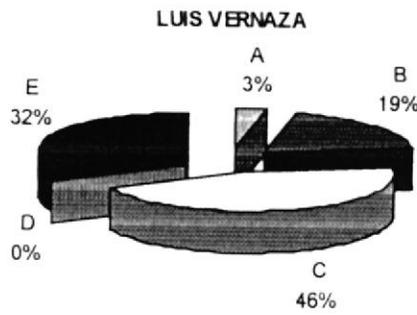
2.5.2.6. Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert

GRÁFICO 2. 7 PORCENTAJE DE NSE DE INFLUENCIA HOSPITAL GUAYAQUIL



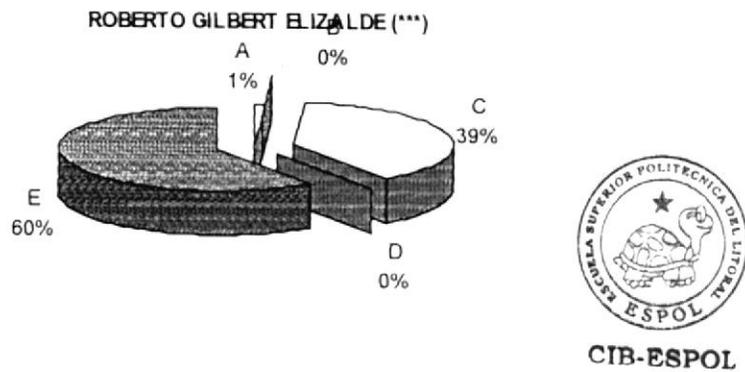
2.5.2.7. Hospital Luis Vernaza

GRÁFICO 2. 8 N.S.E DE INFLUENCIA HOSPITAL LUIS VERNAZA



2.5.2.8. Hospital pediátrico R. Gilbert Elizalde

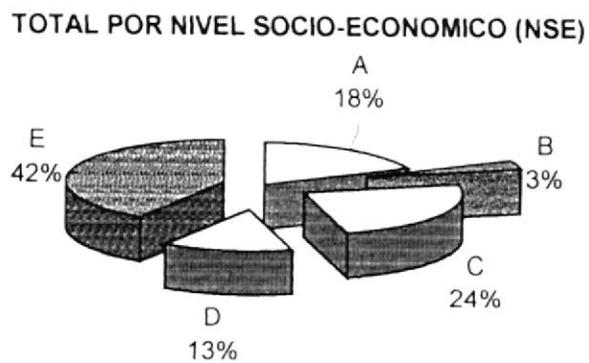
GRÁFICO 2. 9 N.S.E DE INFLUENCIA HOSPITAL ROBERTO GILBERT



2.5.3. Perfil socioeconómico de los centros de estudio

En base a los porcentajes obtenidos por N.S.E de cada hospital se procedió a calcular la contribución de cada N.S.E en todo el grupo de hospitales (multiplicando el total por el factor 1/8), obteniendo el gráfico 2.10.

GRÁFICO 2. 10 N.S.E DE INFLUENCIA EN CENTROS DEL ESTUDIO



Estos porcentajes se utilizarán para tomar en cuenta la influencia de cada grupo por N.S.E que se atiende en nuestros hospitales seleccionados. De esta manera se considerará el aporte de cada grupo en sus opiniones para obtener datos más representativos.

En los grupos focales y entrevistas a profundidad (Capítulo 3) se tomarán en cuenta para determinar el número de grupos de focales o sesiones de grupo se realizarán o la cantidad de entrevistas de cada N.S.E.

CAPÍTULO 3

3. INVESTIGACIÓN DE CAMPO



CIB-ESPOL

3.1. Introducción

En el presente capítulo se describe nuestro estudio de investigación y presentamos los resultados obtenidos en el mismo, junto con su correspondiente análisis.

En el siguiente apartado (3.2) se presenta una aproximación teórica de lo que se conoce como la investigación para luego poder estructurar el diseño que se seguirá para la realización del presente estudio. Cada técnica de recolección de datos se exhibe luego en su propia sección, incluyendo su

explicación teórica, los procedimientos que se siguieron así como los resultados obtenidos y análisis.

En la sección 3.4 se presenta el uso de la entrevista a profundidad. Estas entrevistas fueron dirigidas tanto a pacientes como a personal médico para obtener sus perspectivas sobre la situación actual de los servicios hospitalarios, experiencias y sugerencias. Dando una guía sobre los temas a tratar en el uso de la segunda técnica, los grupos focales (sección 3.5). Aquí se detallará la forma de empleo este instrumento, la presentación de los resultados y su correspondiente análisis cualitativo.

Para poder presentar los resultados de forma cuantitativa, se utilizará un último instrumento, la encuesta (sección 3.6). Se presentará como se definió el cuestionario, su tabulación y los resultados obtenidos. Éstos últimos serán los factores determinantes para la percepción de calidad en la atención hospitalaria, para sus usuarios, según su nivel socioeconómico.

Analizando estos factores, se definirán cuales son homogéneos entre sí, así como los heterogéneos. Todos éstos servirán para realizar una medición de la calidad de los servicios hospitalarios por nivel socioeconómico en nuestra ciudad, habiendo así conseguido la meta principal del presente estudio. En el siguiente capítulo, se utilizará esta información para realizar una medición de

calidad de los ocho hospitales seleccionados. Dando y mostrando un uso práctico al trabajo realizado.

3.2. Marco Teórico

La investigación posee dos formas; la investigación pura y la investigación aplicada²². La primera plantea y desarrolla solamente teorías. El presente estudio toma la segunda forma, que se conoce también como investigación activa o dinámica, y que ayuda al investigador a afrontar la teoría con la realidad. El señor Mario Tamayo y Tamayo²³ la define de la siguiente manera:

“La investigación aplicada es el estudio y aplicación de la investigación a problemas concretos en circunstancias y características concretas. Esta forma de investigación se dirige a su aplicación inmediata y no al desarrollo de teorías”.



CIB-ESPOL

²² Reza Becerril Fernando. Pearson. “Ciencia, Metodología e investigación”

²³ Tamayo y Tamayo Mario “El Proceso de la investigación Científica”, Noruega-Limusa.

A su vez, la investigación aplicada se sub-divide en tres tipos, según la referencia cronológica relativa de las cosas que intenta describir, a saber; Investigación histórica, descriptiva y experimental.

Por un lado, la investigación de tipo histórico, como su nombre lo indica, revisa la historia, hechos pasados, y describe como fueron las cosas. La investigación de tipo descriptiva, permite interpretar como son las cosas en la actualidad. Por último, la de tipo experimental, se enfoca en el futuro, tratando como serán las cosas. El presente estudio utilizará la investigación de tipo descriptiva ya que trata el tema de la percepción actual de los usuarios sobre el uso de servicios hospitalarios.

Ya que éste tipo de investigación, comprende “la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de fenómenos”, se buscará describir cual es la naturaleza actual del servicio hospitalario dentro de los centros seleccionados, además de cómo se componen todas las instancias del fenómeno de la atención de salud. Para esto se registrarán las opiniones de grupos representativos para luego proceder con su análisis e interpretación.

El enfoque de la investigación descriptiva se realiza sobre “conclusiones dominantes, o sobre como una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente”. En nuestro caso, el estudio se enfocará en como se conduce

el grupo de usuarios al momento de solicitar y recibir los diversos servicios de la atención hospitalaria. También en un segundo grupo, que está conformado por el personal de salud, ya sea profesionales en medicina, administrativos, y demás personas encargadas de atender de manera directa e indirecta las necesidades del paciente. Por último, en como funcionan los centros hospitalarios seleccionados en la actualidad tanto desde la perspectiva de sus administradores, trabajadores y usuarios.

3.2.1. Tipos de estudios en una investigación descriptiva

Existen diversos tipos de estudios que se pueden realizar en una investigación descriptiva. A continuación se detallan algunos de ellos y sus características:

Estudio por encuesta. La realidad que se obtiene es limitada por el tipo de pregunta.

Estudios de casos. Son productivos cuando se determina un número de casos confiables, ya que el estudio aislado de un caso no es un soporte.

Estudios exploratorios. Se realizan con miras a consecución de datos fieles y seguros para la sistematización de estudios futuros.

Estudios de correlación. Determinan la medida en que dos o más variables se relacionan entre sí.

Para el presente estudio se puede decir que principalmente se trata de un estudio exploratorio, ya que los factores que se determinarán mediante el mismo, podrán ser utilizados en futuros estudios de mediciones de calidad (ésta aplicación se mostrará en el siguiente capítulo).

También se lo puede ver desde la óptica, de un estudio de casos, en forma global, el caso de los centros hospitalarios en la ciudad de Guayaquil, desde la perspectiva de los servicios de salud. Por otro lado, al analizar el grupo de centros seleccionados, se mostrarán sub-grupos, que pueden ser analizados como casos de igual manera, o si se quiere, por los niveles socioeconómicos.

Aunque se utilicen encuestas como instrumento para nuestra investigación, éstas no son la única forma y fuente de datos.

Desde otro ángulo, de manera cualitativa, se buscará también mostrar la correlación existente entre el N.S.E de los usuarios, con su percepción de la calidad en la atención hospitalaria recibida y los factores que consideran importante para calificarla.

En conclusión, el presente trabajo es una investigación aplicada a el campo de la atención hospitalaria de tipo descriptiva sobre un grupo representativo de centros en la ciudad de Guayaquil. Se empleará un estudio de tipo exploratorio para alcanzar nuestros objetivos ya descritos, siguiendo una serie de actividades compuestas de pasos y técnicas, descritas a continuación, en el diseño de la investigación.

3.2.2. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación "constituye la mejor estrategia a seguir por el investigador para la adecuada solución del problema planteado." Se la define de la siguiente manera:

Diseño de investigación es el planteamiento de una serie de actividades sucesivas y organizadas, que deben adaptarse a las particularidades de cada investigación y que nos indican los pasos y pruebas a efectuar y las técnicas a utilizar para recolectar y analizar los datos.

Existen dos tipos de diseño según los datos que se busque obtener. Para una investigación temática, se tiene el diseño bibliográfico, mientras que para una investigación empírica, el diseño de campo.



3.3. Diseño de campo para el presente estudio

En nuestro presente estudio se utilizaron tres técnicas para recolección de datos, las cuales se emplearon de manera independiente y en el siguiente orden cronológico:

1. Entrevistas a profundidad
2. Grupos focales
3. Encuestas



En primer lugar, se utilizará la técnica de entrevistas a profundidad para comenzar a involucrarnos dentro del tema, y conocer los temas más importantes de acuerdo a las respuestas de los usuarios así también como profesionales con experiencia en el campo de la salud. En la realización de las entrevistas a profundidad, se obtuvieron las percepciones de manera individual, sin olvidar su posterior segmentación por nivel socioeconómico. De gran utilidad para conocer los distintos puntos de vista, y creencias que se tiene sobre los diversos tópicos a tratarse, nos dará pautas y guías para la realización de la segunda parte del estudio, los grupos focales.

A continuación, se formaron y realizaron grupos focales representativos de cada N.S.E para obtener mayor información cualitativa, comenzando por los

temas y planteamientos esbozados en los resultados obtenidos con el empleo de la primera técnica. Se pudo ahondar en los temas, con la realización de discusiones dirigidas, presentación de vivencias y casos, lluvias de ideas de problemas y posibles soluciones, de acuerdo a cada perspectiva de grupo ante los servicios a la cual tienen acceso. Revisando entonces, la situación actual en cada hospital y sus características en la atención. En base a todos los datos captados, se procedió a un análisis exhaustivo de los comentarios y organizó la información para clasificar los temas en común y distintos para cada uno de los grupos socioeconómicos que conforman nuestra sociedad guayaquileña. Los resultados de este instrumento, sirven para el diseño del último instrumento el cual es la encuesta.

La encuesta es dirigida a cada uno de los grupos socioeconómicos, de manera distinta en base a los factores ya definidos. Sirve entonces, para cuantificar los datos que antes solo se presentaron de manera cualitativa. Mostrando al final los factores heterogéneos y homogéneos para determinar la calidad en la atención hospitalaria por nivel socioeconómico en nuestra ciudad. Se utilizarán los factores en común, u homogéneos, para efectuar un estudio de medición de calidad de los centros hospitalarios seleccionados (Capítulo 4).

La descripción de los pasos a seguir, y especificaciones de cada instrumento que se siguió para la realización de cada una se presenta en cada una de las secciones siguientes.

3.4. Entrevistas a profundidad

3.4.1. Marco Teórico

El uso del método de entrevistas a profundidad implica la realización de una entrevista informal y no estructurada, muy parecida a un grupo focal, con la diferencia de que en este caso el diálogo es personal. El fin de la misma es llegar a conocer el o los puntos de vista, conclusiones y creencias del individuo hacia un tema específico.

La entrevista a profundidad puede durar entre 30 y 90 minutos. La persona que realice la entrevista debe ser muy hábil para hacer preguntas, de manera que el entrevistado emita la mayor cantidad de información acerca de los puntos de interés del entrevistador.

Aunque el entrevistador puede hacer uso de un cuestionario guía para realizar las preguntas, su papel depende en mayor grado de las respuestas que dé el entrevistado, es decir, pueden variar las preguntas que formule o el orden de las mismas dependiendo de la respuesta de la pregunta anterior,

pues el entrevistador debe buscar la forma de hacer que el entrevistado se sienta en la libertad de expresar sus ideas y opiniones y en un ambiente muy informal, para que puedan cumplirse los objetivos de la entrevista.

Existen tres técnicas mediante las cuales se pueden llevar a cabo las entrevistas a profundidad²⁴: la de escalafón, tema oculto y la del análisis simbólico.

En la técnica de escalafón, la línea de preguntas procede de las características del producto y/o servicio a las características del usuario. Esta técnica permite que el investigador conozca los motivos del consumidor.

En las preguntas sobre un tema oculto el punto central no son los valores que comparten en sociedad sino los valores personales, no en los estilos de vida generales sino en preocupaciones personales.

En la última técnica se trata de analizar el significado simbólico de los objetos al compararlos con objetos opuestos. A fin de conocer lo que algo es, el investigador trata de conocer lo que no es. Los aspectos opuestos lógicos de un producto que se investigan son el no uso del producto, los atributos de un producto imaginario y tipos opuestos de productos.

²⁴ Naresh "Investigación de mercados"



En este caso usaremos la técnica de escalafón, a fin de realizar preguntas sobre las características del servicio así como de las de sus usuarios. Por esta razón las entrevistas a profundidad serán realizadas tanto a pacientes como a algunos de los médicos de los hospitales en estudio, con el fin de conocer lo que ambas partes consideran calidad de servicios hospitalarios y cuales son las dificultades que tiene cada centro médico para poder llegar a el nivel esperado de calidad en cuanto al servicio brindado.

3.4.2. Diseño de campo para las entrevistas a profundidad

3.4.2.1. Objetivos generales

- Conocer de forma general las opiniones y observaciones de los usuarios con respecto a los servicios hospitalarios en nuestra urbe.
- Conocer las opiniones y observaciones de profesionales de salud sobre el tema de servicios hospitalarios en la ciudad.

3.4.2.2. Objetivos específicos

- Determinar cuales son los problemas de servicio.
- Cuales son las expectativas de los usuarios frente a la atención hospitalaria.

- Determinar los posibles problemas de salud, desde el punto de vista de los profesionales de salud.

3.4.2.3. Perfil del participante

Para el caso de los profesionales de salud, se buscaron de distintas ramas y especializaciones. Así también entre doctores, enfermeras, estudiantes de guardia, para poder captar las diversas perspectivas de las personas que trabajan o hayan tenido experiencia brindando con su trabajo salud a los pacientes en los centros hospitalarios de la ciudad de Guayaquil.

En lo que respecta a los usuarios, para obtener representatividad de todos los N.S.E se realizaron las entrevistas en distintos sectores de la urbe, y en distintas actividades, áreas de trabajo, industrias, ejemplo; desde guardianes y cuidadores de carro a empresarios gerentes de comercios y empresas propias. Los entrevistados debían tener alguna experiencia en recibir servicios de atención hospitalaria, ya sea de forma directa, o indirecta, habiendo percibido el servicio al acompañar a un familiar cercano.

3.4.2.4. Número de entrevistas

No se partió con un número determinado de entrevistas a realizarse, tanto para profesionales de salud como para usuarios.



Se utilizó el muestreo por saturación recomendado para una evaluación rápida de los problemas de usuarios de salud²⁵. Es una técnica de muestreo no probabilística, adaptada de las investigaciones de mercadeo. Ésta consiste en entrevistar un número de personas suficiente hasta que comiencen a repetirse las respuestas.

Se partió un mínimo que fue de veinte profesionales así como cincuenta usuarios. Luego, de forma secuencial se continuó entrevistando hasta observar los mismos comentarios y observaciones sobre los servicios de atención hospitalaria.

3.4.2.5. Especificaciones de la entrevista

Siempre lugares propicios para establecer una conversación tranquila y sin mayores distracciones. Alguno de estos lugares, fueron los parques, durante los fines de semana, además de centros de estudios como universidades, así como el lugar de trabajo durante un tiempo previamente solicitado por los autores, entre semana.

Ya que se necesitaba de la atención del entrevistado, debía de contar con el tiempo necesario así como de sentirse a gusto y no presionado. En todas las

²⁵ Gerencia de Calidad Total en Salud, página 44.

ocasiones se realizaron las entrevistas sentados y no de pie. Si por cualquier motivo, ya no era posible continuar con la entrevista, se buscó el realizarla en otro momento, o simplemente se la eliminó del estudio por considerarla incompleta o sesgada por la necesidad de terminar rápido del entrevistado.

3.4.2.6. Temario guía para la entrevista

Se realizó un pequeño temario, como un cuestionario que les sirvió a los autores, en el papel de entrevistadores, ir apuntando las observaciones más relevantes, así como indicadores importantes para la posterior validación y segmentación de los datos obtenidos.

Ya que se trata de un estudio exploratorio en el cual se supone existe una problemática, el temario utilizado contiene en su mayoría preguntas de formato abierto. Éste permite al entrevistado explicar con sus propias palabras, dar ideas, y en base a éstas, obtener como investigadores mayor información sobre el tema tratado.

A continuación algunos ejemplos de preguntas de formato abierto en la guía:

¿Qué piensa de los servicios de salud en Guayaquil?

¿Por qué piensa de ésta manera?



CIB-ESPOL



CIB-ESPOL

¿A que centros hospitalarios ha acudido cuando ha tenido que hacerse atender?

¿Podría comentar sobre esta experiencia que recuerde relacionada con la atención en alguno de estos hospitales?

¿Qué cosas mejoraría usted de los centros hospitalarios?

Las preguntas en formato cerrado, se utilizaron para funcionar como preguntas de identificación y de filtro. Se utilizó la pregunta; "¿Cuál es el nombre de la ciudadela donde usted vive actualmente?" como pregunta de identificación, para una posterior clasificación del N.S.E del entrevistado, de acuerdo a la metodología ya explicada en el capítulo 2. Las preguntas de filtro, que marcan la realización o no de preguntas posteriores²⁶, y fueron de tipo cerrada dicotónicas:

¿Alguna vez ha hecho atender en consulta externa en un hospital? Si____
No____

¿Ha sido hospitalizado alguna vez? Si____ No____

²⁶ UCh – Métodos y Técnicas de Investigación Social II (1998) ()

¿Ha acompañado o visitado a un familiar o conocido mientras estaba internado? Si ___ No ___

Si alguna de las respuestas a las anteriores preguntas eran afirmativas, se continuaba con la entrevista, y tratando de enfocarse en el área donde se haya recibido el servicio o en la situación que ha experimentado el usuario. De ser todas negativas, se daban las gracias y se terminaba la entrevista, puesto que la persona no correspondía al perfil requerido para nuestro estudio.



CIB-ESPOL

3.4.3. Resultados de entrevistas a profundidad realizadas a profesionales de salud

Luego de entrevistar a varios profesionales de la salud, se analizó la información que nos proporcionaron y se analizó para presentar los siguientes temas más relevantes.

3.4.3.1. Visión general del sistema hospitalario en Guayaquil

El sistema hospitalario de la ciudad tiene sus fallas, para la mayoría de los entrevistados debido a la falta de recursos económicos.

En el caso de los servicios públicos, la falta de recursos económicos hace que los médicos no tengan el material de trabajo que necesiten. Dependen del financiamiento por parte del estado que les asigna las partidas correspondientes o facilita préstamos. Un centro hospitalario, como cualquier organización, tiene que cubrir con sus pagos mensuales, sean salarios, servicios básicos, suministros de salud, etc. Al darse cuenta que no puede contar de manera confiable con el pago de la asignación mensual, se ve forzada a tener que cobrar por sus servicios, así sea el mínimo, pero lo hace, ya que de otra manera no podría seguir operando normalmente. Otra fuente de financiamiento, para algunas organizaciones sin fines de lucro, como es el caso de la Fundación Benemérita Protectora de la Infancia, que tiene en su haber, el Hospital León Becerra, son los donativos que puede recibir del sector público o privado. Para todos los hospitales públicos, como ejemplo los del Ministerio de Salud Pública, deben trabajar en base al presupuesto asignado para la salud por el gobierno en cada año. El cual según la opinión de casi todos los médicos, cada vez se reduce y no alcanza, calificando inclusive de "irrisorio". Este problema también conlleva a retrasos en los pagos a los médicos y paramédicos. Lo que a su vez, causa que se formen paralizaciones en protesta por el retraso.

Analizando el caso de los centros privados, los cuales se financian a partir de cobrar por los servicios hospitalarios que ofrecen, el problema se da, cuando

la mayoría de los usuarios no pueden acceder a ellos, por falta de recursos propios. Recordando el contexto de la estructura socioeconómica de la ciudad, (expuesto en el capítulo 2) para muchos su situación les dificulta el pagar por el correspondiente tratamiento. Por una parte, se paga por la atención, y por otra los suministros. De no existir la droga o suministro, los usuarios serán los responsables de conseguirla. En casos extremos, la institución deberá gestionar para conseguir lo necesario para tratar al paciente, ya sea recurriendo a otras organizaciones como la Junta de Beneficencia u otras privadas.

Es muy importante tomar en cuenta que los hospitales forman parte del sistema de salud. Se los debería considerar, según apreciaciones de los entrevistados, como recurso de última instancia en la cadena de atención. El Dr. Villegas, considera que talvez solo el 30% de la población enferma, necesita de los servicios hospitalarios, un tema muy interesante de analizar. Para el resto, le bastaría con atención primaria, sumado de la mejora en los servicios de prevención y control de salud. Existen los centros de salud, y otros puestos periféricos de salud que pueden atender muchos de los casos de usuarios, que acuden a los hospitales. Lo que hace falta según varios entrevistados, es coordinación y comunicación entre éstos puestos y los hospitales, para el traslado de pacientes. Ésta es inexistente, inclusive para los doce centros de salud del Ministerio de Salud que funcionan en la ciudad.



También se habla de la creación de una instancia intermedia, de mayor capacidad tecnológica, que funcione como hospitales de día, para intervenciones menores, que no requieran que el paciente pase la noche. De esta manera se podría disminuir la aglomeración de usuarios en centros de salud, como en hospitales, tal es el caso del hospital Teodoro Maldonado Carbo, según los entrevistados.

Como último punto, se trató el tema de la **burocracia** y **falta de organización** en muchas de las instancias de salud. Es claro que se necesita de una mejor coordinación para que funcione correctamente el sistema y fluyan los pacientes con facilidad entre los centros al hospital. En ocasiones se citó la falta de puestos de control, y en otros, el exceso de puestos que originan lentitud en los trámites para el usuario, así como de tener personal desocupado, que cobra por un trabajo que no lo cumple a cabalidad. Generando así gastos innecesarios además de trabas para gestionar de manera eficiente.



CIB-ESPOL

3.4.3.2. Personal

Varios directivos y médicos con experiencia en el manejo de personal dentro de una institución de salud coincidieron en que es muy importante la capacitación así como también el control que se tenga sobre el trabajo de los médicos.

Con respecto a la capacitación profesional de sus colegas, se piensa que en la actualidad las universidades locales sí cumplen en su deber de proveer con buenos profesionales de salud, a nivel de medicina general. Inclusive se conoce de muchos casos de profesionales de la salud que habiendo estudiado en el país, están actualmente trabajando en otros países, sin ningún problema y con reconocimiento en su labor. Como ejemplo, tenemos la opinión de la Dra. Hidalgo de Swanton, relatando "Puede haber mucho personal, pero de aquí salen médicos a otros países, México, Chile, etc, son bien catalogados y les van bien, no es por conocimiento, es que no se pueden operar con las manos". Se presenta así también el tema de los suministros o equipamiento, lo cual se analizará en el siguiente apartado a cabalidad.

Sin embargo, ahora se necesita para ser más capaces, especializarse, lo que, a criterio de muchos entrevistados, es costoso. Y aquí se presenta el problema, ya que para la mayoría de médicos, de no tener los suficientes recursos, se les dificultará el poder solventar los costos de los estudios de especialización. Así la capacidad profesional estaría influenciada y dependería de los costos de especialización así como también demás cursos para actualizarse en los conocimientos.

La organización del servicio que brinda el especialista, así como su relación de trabajo y su remuneración son factores influyentes en el nivel de calidad en su atención. De ésta manera se necesita emplear los debidos ajustes y controles administrativos y de gestión de personal para corregir ciertas fallas que se puedan estar dando en la organización. Un ejemplo, es el caso de un doctor que trabajaba bajo remuneración variable, facturando un porcentaje de sus consultas, y por ganar más, llegaba a atender hasta treinta pacientes en solo tres horas. Lo cual según el Dr. Villegas, es "atentar contra la calidad". En este caso, él mismo se vio en la necesidad de realizar un ajuste, reduciendo y controlando el número de pacientes que pueda atender el médico por hora.

Para la reestructuración de personal, se tendría que analizar la estructura de toma de decisiones y el control existente en la institución, relacionado a las figuras posibles de jerarquías, juntas directivas y procedimientos como reuniones de área, comités, etc. Cuando existe un director administrativo, y éste puede tomar por si solo las decisiones se agiliza una reestructuración de personal, con posibles despidos para darle mayor eficiencia a la atención. En cambio, la presencia de una junta, en la cual todos deben acordar en éstos temas, retrasa considerablemente los cambios requeridos. También, se debe considerar las demás implicaciones de carácter laboral en cuanto a trámites legales, así como económicos para poder darle la liquidación

**CIB-ESPOL**

correspondiente. Como vemos, dentro de este factor, se tienen muchas consideraciones de carácter de gestión administrativa y estructura de la organización, a tomar en cuenta, para lograr una mejor atención.

Según las opiniones recibidas, para que un administrador o jefe, pueda tener el control necesario sobre el personal médico y paramédico, es necesario que exista la correspondiente obligación de éstos para con la institución (administración). Lo que para muchos se logra en base a una relación laboral estable y con una remuneración acorde al mercado y a sus necesidades.

En los centros privados, se nota que no se tiene mayores problemas de este tipo, y al menor error o descuido mucho del personal puede ser reemplazado. Está en juego la imagen del centro, y en el caso de enfermeras, éstas son fácilmente reemplazables, y como reciben una mejor remuneración, en la mayoría de ocasiones son más atentas a su trabajo, no quieren perderlo.

Como problema de fondo se encuentra el concepto que se tiene sobre el personal médico dentro del contexto del área de salud en nuestra sociedad. Se le da mayor importancia como trabajador o miembro de una institución a el personal administrativo o de apoyo, que a los profesionales de salud. Pudiendo existir así una falta de uniformidad en las características y control de las funciones para los profesionales médicos.

Según se contó durante diversas entrevistas, el público en general tiene la idea de que el médico no debería cobrar, o trabajar gratis. Se dijo que antes en verdad era así, y hasta hace poco ésta era la situación para los profesionales que brindaban su servicio para la Junta de Beneficencia. Así también escuchamos varias veces, la frase ya sea por profesionales o usuarios, de que la medicina debe ser un apostolado. Se nos dijo, que para la mayoría de casos, al no recibir un salario acorde con sus necesidades de parte del centro hospitalario, deben buscar otros empleos, desde ayudantes de cátedra para estudiantes internos, así como de profesores en universidades, o llegar a abrir sus propios consultorios. Lo que representa el tener que dividir su tiempo en distintos lugares cada día y así poder obtener los ingresos necesarios.

De esta manera el problema de sueldos bajos para el personal de salud, se enfocó como influyente en el nivel de control administrativo. Según pudimos apreciar y posteriormente analizar, su labor tiende a ser un voluntariado, burocrático, inclusive se la puede calificar de apostolado. Tenemos así, el siguiente comentario del Dr. Villegas, que ilustra de manera clara este tema:

La persona que gana poco, no hace nada, firma nada más. Qué responsabilidad puede tener...¿cómo un administrador puede manejar la parte técnica médica?, si no se puede obligar a alguien que gana un

40% de la consulta, con dos pacientes a la semana, 8 en el mes, le cobran un dólar por ejemplo, gana 3.20 al mes, en un caso extremo.



CIB-ESPOL

3.4.3.3. Suministros

Los profesionales de la salud entrevistados, coincidieron que los suministros son indispensables para que ellos puedan realizar su trabajo. La frase “no se puede curar con las manos” se repitió en diversas ocasiones.

En lo que respecta a remedios, lo que se conoce como “terapéutica”, lo que se recete depende de la capacidad económica del usuario. El médico está conciente de los precios, y trata de mandar lo más barato para los niveles de menores recursos, ya que sabe que si recete algo caro, es muy probable que no lo compre, y no siga el tratamiento. En el tratamiento de personas con recursos económicos, se receta con los medicamentos de mejor calidad, porque se sabe que pueden comprarlos. Otro punto importante que se mencionó fue que se está conciente de que los hospitales y demás centros de salud, debiesen estar abastecidos de los medicamentos, para que el usuario los encuentre en el mismo lugar donde se hace atender. Además es necesario la utilización obligatoria de genéricos, y el control respectivo por



CIB-ESPOL

parte de la administración, para prever el debido abastecimiento de los mismos.

En todo centro hospitalario debe existir lo mínimo indispensable para poder brindar los mínimos cuidados que necesita el paciente. El equipamiento en hospitales, como es el caso del Teodoro Maldonado Carbo, si bien existieron en un principio, no se han ido reemplazando con el tiempo. De igual manera, en el hospital Guayaquil, se conocieron casos de equipos, que por falta de control y cuidado, algunos nuevos, se habían dañado por inclemencias del clima, nunca fueron utilizados, y otros, están en desuso por falta de mantenimiento o repuestos. Notamos en general, que los recursos si llegan en la mayoría de casos, pero son mal administrados.

3.4.4. Resultados de entrevistas a profundidad realizadas a usuarios

Se captaron comentarios sobre problemas y deficiencias para las áreas y temas expuestos en el cuadro 3.1.

Se presenta luego la debida explicación para cada área, incluyendo los comentarios recibidos por los entrevistados. Los mismos que están basados en lo que expresaron los usuarios. Si bien no se redactó todo el diálogo por consideraciones de espacio, se muestra la idea principal. Al final de cada una, se indica dentro de paréntesis, con la letra correspondiente, el nivel

socioeconómico del (los) entrevistado(s) que expusieron el particular. De ser considerado por todos los N.S.E, se lo indicará explícitamente..

CUADRO 3.1 TEMAS RELEVANTES EN ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD A USUARIOS DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

- Nivel de capacitación profesional
- Control por parte de la institución de salud.
- Políticas y organización del centro hospitalario
- Características de la atención
 - Trato
 - Humanismo
 - Comunicación
- Forma de pago
- Nivel de precios
- Disponibilidad de medicamentos
- Espera por atención dentro del hospital
 - Trámites
 - Exámenes
 - Por ser atendido
- Tiempo en consulta externa
 - Tiempo de atención
 - Tiempo de espera
- Nivel de confianza percibida
 - Relación médico-paciente
 - Cobro justo
 - Relación con niños
 - Seguridad
- Recursos de equipos y personal
- Instalaciones
 - Limpieza
 - Características del lugar
 - Privacidad
- Alimentación
- Otros servicios



CIB-ESPOL

Fuente y elaboración: Los autores basados en entrevistas a profundidad a usuarios.

De esta manera se podrá ir apreciando de manera gradual las diferencias y similitudes de opiniones según los niveles socioeconómicos

3.4.4.1. Nivel de capacitación profesional

En general todos los entrevistados perciben que existe una falta de capacitación al personal de servicio, ya sean médicos, enfermeras o auxiliares. En todos los N.S.E pudimos apreciar el siguiente comentario:

“... es la falta de capacitación del personal ... ”

Aparte de esto, el interés por la misma temática se concentra solo en los niveles medio y medio alto. Captando los siguientes testimonios:

“... calidad de los profesionales ...” (C)

“... invertir en capacitar al personal de forma permanente ...” (C)

“... los médicos actuales no son tan profesionales ... ”(C)

“... falta de preparación de las enfermeras ... ” (B)

“... que tengan certificado ... ” (B)

“... deben ser profesionales las enfermeras ... ” (B)

“... no cualquiera debe ser enfermera ... ” (B)

“... personal no tiene esa formación para privacidad del paciente ...”(B)

3.4.4.2. Control por parte de la institución de salud

Los usuarios sienten que debe existir un control permanente de parte de la institución o empresa de salud. Existe unanimidad por parte de todos los N.S.E en lo que se relaciona a fallas o negligencias médicas. Así, se repite muchas veces el siguiente comentario:

“... falta de que respondan y den la cara por fallas o negligencias ..”

Cuando se tocaba éste tema, los entrevistados comentaban de historias o anécdotas que pudieron escuchar o algunos vivir muy de cerca con familiares o amistades relacionadas a errores y negligencias médicas. En su mayoría, se ponía mayor énfasis en la falta de respuesta y acción (acción legal, indemnización, investigación, etc) por parte de la administración del centro hospitalario, luego de cometido el acto negligente, más que dirigir sus críticas a la falta de preparación médica.

Existen también otras responsabilidades que los usuarios sienten que no se le está dando suficiente importancia o atención. De esta manera tenemos, la falta de incentivos, información al paciente, y puntualidad.

“... Se debe dar mas incentivos para trabajar a los empleados ...” (A)

“... Falta instruir al personal administrativo para dar información al paciente ...” (D)

“... Debe haber mas puntualidad del personal ...” (E)

Los entrevistados consideran que la corrección de estos tres males debe estar en manos de la administración hospitalaria. Podemos notar que para los niveles socioeconómicos bajos (D y E) sus comentarios denotan que se sienten desinformados, así como indican la inconformidad por la impuntualidad del personal. Creemos que éstos son problemas más claros y palpables durante su experiencia con el servicio de atención hospitalaria, que el comentario del nivel alto (A) de que faltan incentivos para trabajar. Ésta última es una opinión de una posible solución que ataca de manera general, y sin especificar una falla percibida por el usuario.

3.4.4.3. Políticas y organización del centro hospitalario



CIB-ESPOL

Los entrevistados de nivel medio en general, opinaron que para ellos las deficiencias en el servicio o buena atención se deben a la forma en que están estructuradas las organizaciones de salud así como sus políticas y lineamientos.

“... Deberían reestructurar las políticas y reglamentos internos ...” (C)

Como se puede apreciar por los comentarios realizados, localizamos una vertiente de fuerzas externas como la estructura o influencia política o sectorial (sindicatos, ministerios, etc) además de la presencia de corrupción o falta de valores y ética.

“... Las políticas de los hospitales públicos, caso de sindicatos...” (C)

“... Solo atienden bien a los que tienen palancas (personas conocidas que ayuden) ...” (B)

Por otro lado, también está la influencia en la forma en que se organiza internamente el servicio que se desee y pueda brindar.

“... Falta de compromiso en el momento de dar calidad en el servicio...” (C)

“... Que brinde el servicio que se necesita...” (B)

“... Que los médicos sean accesibles...” (C)

3.4.4.4. Características de la atención

El tema que más se trató y del cual se dieron mayores comentarios y detalles específicos, fue el relacionado con la característica que debía tener la atención que se recibía del personal de salud. En todos los N.S.E se comentó algo relacionado a esta atención que debía mostrar ciertas características, en especial la del médico.

"... *La atención personal médica...*" (B)

"... *Los médicos y enfermeras atienden bien...*" (B)

"... *Atención personalizada...*" (C)

"... *Que la atención sea homogénea...*" (C)

"... *Mala atención del personal administrativo...*" (E)

Se pudo apreciar que existen varias connotaciones a la relación que se forma entre el usuario (paciente) y el personal de salud (médico) durante todo el proceso de atención. Con el fin de presentar los resultados de manera resumida y simplificada, agrupamos las opiniones en tres áreas; **el trato, nivel de humanismo y la comunicación.**

3.4.4.4.A. Trato

Para los usuarios la palabra "trato" está en los primeros lugares de su mente, al momento de pensar en la atención hospitalaria.

"... *El trato es muy importante, se vuelve la gente un poco automática...*" (C)

En resumen existen cosas que el usuario espera que el personal le dé, aparte de la atención médica, como son; cariño, amor y apoyo. Así también se busca que le muestren educación, cortesía e interés.

Opiniones de lo que el médico debe dar: **Cariño, amor y apoyo.**

“... falta de cariño...” (C)

“... cariñosos , tome de la mano “todo va a salir bien, relájese...” (B)

“... tener mucho amor, explique lo que van a hacer...” (B)

“... no dan o están en condición de dar el apoyo emocional...” (A)

“... mensajes de incentivo a enfermos graves...” (B)

Opiniones de lo que se debe mostrar:

Educación, amabilidad, cortesía e interés.

“... Que tenga una buena forma de saludar y presentarse y atender en la primera cita es importante para dar la confianza necesaria y establecer el vínculo...” (C)

“... Mala forma de responder a las preguntas sobre orientación...” (C)

“... Amabilidad de parte de todo el personal...” (C)

“... Forma de hablar y dirigirse de los doctores, falta de cortesía...” (E)

“... Que planifique y controle las futuras visitas, mostrar interés...” (C)

“... Que tome en consideración la situación del paciente...” (E)

3.4.4.4.B. Nivel de humanismo

La gran mayoría de forma indistinta a su N.S.E consideran que los médicos y enfermeras deben tener un gran nivel de humanismo durante sus actos. Se pudo notar que perciben que hay una gran carencia de esta “calidad humana”.

“... Debe haber mas humanismo para dar atención médica...” (B)

“... Falta humanismo...” (C)

“... calidad humana del médico...” (B)



CIB-ESPOL

“... Debe haber mas humanismo para dar atención médica...” (D)

“... La parte humana, que atiendan bien...” (C)

A continuación vivencias que los propios entrevistados relacionan como ejemplos de humanismo o falta de éste:

“... que acompañen a la madre cuando va a dar a luz...” (B)

"... falta de calidad humana (no quiso explicar, frialdad) ..." (B)

"... Se aprovechan para sacar más dinero a personas que están por fallecer..." (B)

"... La calidez al paciente y a los familiares..." (C)

"... Corazón y ternura para dar el servicio..." (C)

3.4.4.4.C. Habilidades de comunicación

Los diversos grupos representando a los distintos N.S.E consideran de gran importancia el hecho de que el médico que les atiende muestre buenas habilidades de comunicación. Se revisaron tres grandes temas.

El primero es la explicación de los detalles de salud sobre posibles enfermedades y sus respectivos procedimientos.

En segundo lugar el sentimiento que tiene el usuario de ser o no "escuchado" y que su opinión tenga validez durante un tratamiento.

Por último está el tema relacionado con la predisposición del médico a establecer una comunicación con el paciente, lo que se relaciona en parte con su sencillez y disponibilidad, según propias declaraciones de usuarios.

Explicaciones de salud

"... que expliquen los detalles..." (A)

"... Que los médicos tengan el tiempo para explicar las cosas y de detalles..."
(C)

"... Los médicos deben dar mas información del estado de salud del paciente..." (D)

"... falta de charlas sobre enfermedades e informativos..." (B)

Sentirse escuchado

"... no se puede opinar ni refutar lo que dice el médico..." (B)

"... Que permita al paciente expresarse..." (C)

"... Que considere las preguntas que uno le hace..." (C)

Predisposición del médico

"... Que sea comunicativo y que sepa llegar al paciente..." (C)

"... Que el doctor haga las visitas y que se apersona. (que no sean endiosados) ..." (C)

“... Que el doctor le muestre que se lo puede contactar en cualquier momento (beepers, celular, y que notifique si se va a ausentar de la ciudad y a quien va a dejar encargado) ...” (C)

3.4.4.5. Forma de pago

“...Deberían dar facilidades de pago en caso de emergencia y dar la atención necesaria ...”

En varias entrevistas a distintos N.S.E se mencionó el pago durante un momento de emergencias. Todos acordaron en que sin importar el monto, en caso de ser una emergencia debía de facilitarse el pago y darle toda la atención necesaria como prioridad. Para las personas con la posibilidad de pagar (niveles medios y altos) relataban algunas anécdotas de que el centro hospitalario requería efectivo y no aceptaba ninguna tarjeta de crédito. Para las personas de menores recursos, dicen poder reunir el dinero, pero en un tiempo prudencial, el cual no se otorga.

3.4.4.6. Nivel de precios

En cuanto al nivel de precios, todos los entrevistados sin distinción de su N.S.E opinaron que el mayor problema se situaba en los medicamentos.

“...Los medicamentos son escasos y *caros* ...”

En este apartado, analizamos que la percepción del nivel de precios para los usuarios es elevado. En la sección a continuación retomamos el tema, pero enfocado en la disponibilidad o existencia de los mismos medicamentos.

Otra convicción que todos los usuarios tienen es que la calidad del servicio es variable según lo que se tenga que pagar. Así se captó la siguiente frase, en repetidas ocasiones:

“...La calidad del servicio depende del costo...”

En lo que respecta al precio para la atención, notamos que en algunos casos, para la clase media y media alta, comentaron que perciben como factor determinante para los posibles fallas en la atención, en lo económico. Por una parte, refiriéndose a el precio que debe pagar el usuario por atenderse, y por otro a la falta o limitaciones de recursos para el centro hospitalario.

“... Hospitales particulares no hay mucho problema, que en los hospitales públicos debido al factor económico...” (C)

“...Bajo Costo...” (C)

“...Dinero es una barrera para la atención (consulta en casos de privados, y la falta de apoyo del Gobierno en caso de públicos) ...” (C)

"...Precio es importante..." (B)

3.4.4.7. Disponibilidad de medicamentos

En todos los niveles socioeconómicos se pudo notar la percepción de que les preocupa el poder conseguir los medicamentos que se les solicite. Se cita a continuación la frase que se pudo constatar en varias ocasiones:

" ... Los medicamentos son escasos y caros ..."

Esto muestra un área de problema significativa, ya que inclusive para los niveles altos, que suponemos tienen mayores recursos en relación a los demás, se les dificulta el obtener los medicamentos. Notamos un problema en el abastecimiento y disponibilidad de los fármacos en el contexto general, talvez por una falla en la distribución o desinformación de los consumidores, un tema interesante a investigar en estudios posteriores.

3.4.4.8. Espera por atención dentro del hospital

La mayoría de usuarios en todos los N.S.E califica a la forma en que se recibe la atención como "demorada", o con una demora (retraso), lo cual evidencia un exceso de tiempo de espera. Los casos se dan ya sea debido a

trámites de ingreso o internación, resultados de exámenes médicos, inclusive para lograr que se le brinde la atención de salud requerida.

3.4.4.8.A Casos de demoras por trámites

“... Muchos trámites que afectan sobre todo a la tercera edad...” (C)

“... Los trámites de ingreso son muy lentos ...” (D, E)

Notamos que para los niveles socioeconómicos bajos (D y E) se presenta de manera consistente la percepción de que los trámites de ingreso tardan más de lo esperado. Esto representa una molestia según se pudo apreciar por la forma de describir las diversas situaciones relacionadas con este punto. Si bien se escucharon comentarios sobre los trámites en usuarios de nivel medio, se los tomó más como comentarios de lo que ellos creen un problema social, no como una experiencia personal.

3.4.4.8.B Casos de demoras por Exámenes

“... Demora en que estén los exámenes ...” (A)

“... Exámenes innecesarios ...” (B)



“... Demora en los exámenes ...” (C)

Se presenta también el caso de considerar algunos de los exámenes que se prescriben, como innecesarios (a perspectiva del usuario). Creemos, que el paciente no se encuentra en facultades de conocer por si mismo si un determinado examen médico es necesario o no, para el correcto diagnóstico o curación de su enfermedad o dolencia. No obstante, enfocamos nuestra atención al sentimiento de que por hacerse los exámenes, se está perdiendo tiempo, o éstos se hacen de forma lenta, en relación a lo que se espera.

3.4.4.8.C Caso de demoras por lograr ser atendido

El caso más grave (en la opinión de los autores), es la demora que se presenta para que el usuario consiga el ser atendido. En estos momentos, mientras espera, tiene una deficiencia en su estado de salud (cualquiera que ésta sea), y no sabe con certeza todavía cuanto más va a tener que esperar por la atención, causando sentimientos de impotencia y desconcierto, según las vivencias narradas por los usuarios.

Para los niveles medios y medio alto, se evidencia que reconocen que existe la demora en atención, así también el que utilicen y empleen “palancas” o lo que describen como el utilizar referencias de médicos o personal

administrativo, relación de amistad, inclusive el soborno (monetario o de favores) para lograr una agilidad en trámites, que les lleve a ser atendidos sin esperar y con ciertos privilegios sobre los demás (mejor trato, agilidad, etc).

“... Uso de palancas (médicos conocidos) ...” (B)

“... Que atiendan y que no haya que rogarles...” (B)

“... El médico o una palanca se tiene que encargar de los trámites ...” (C)

“... Se necesita de la recomendación para tener una mejor atención ...” (C)

“... Solo atienden rápido cuando se trata de una emergencia...” (E)

Para el nivel socioeconómico bajo, se puede apreciar que también perciben el problema de falta de atención. Sin embargo, no cuentan en muchos casos con estas referencias o “palancas”. En ciertas ocasiones, se logran obtener recomendaciones de conocidos que de alguna manera tienen contacto o relación con personas de N.S.E más altos. Enfocándose más en comentar y denunciar la demora en la atención, se puede notar que no están tan seguros del poder utilizar sus propias “palancas” sino, de alguna manera conseguir alguna “ayuda” o facilidad de alguien “que le de una mano”.



CIB-ESPOL

3.4.4.9. Tiempo en Consulta externa

Existen dos problemas en el área de la consulta externa; el tiempo de atención de cada consulta, así como la espera hasta el momento de la misma.

En los N.S.E medio y medio alto, se captaron algunas opiniones respecto a que les gustaría que el tiempo que asigna el médico para la consulta sea mayor.

“... Tiempo de consulta necesario y que no sea muy corto...” (B)

“... Que de todo el tiempo necesario para la consulta...” (C)

En un espectro más amplio de niveles, alcanzando hasta niveles bajos, se presenta la problemática del tiempo de espera. Los niveles medio y alto, apuntan hacia una demora por parte del médico en atenderlos en la hora que se les citó. Mientras que para el nivel bajo (E) se centra en percibir que la fila que se tiene que hacer para esperar por el turno es muy extensa.

“... Tiempo de espera...”(C)

“... Tiempo de espera por demora de médico (exactitud de la cita)...” (B)

“... Que vaya el doctor cuando dice que va a ir...” (B)

"... En consulta externa se hacen colas muy largas..." (E)

Es importante recordar las diferencias en la modalidad de atención para consulta externa. En la mayoría de centros privados en los que por regla general se atiende por citas, mientras que en los públicos, así también como en los de la Junta de Beneficencia, se debe de realizar una cola. Ninguno de los entrevistados de niveles medio y alto, citó el tener que esperar en una cola o en una sala de espera con varias personas.

3.4.4.10. Nivel de confianza percibida

Algo muy importante para los usuarios al momento de seleccionar o calificar la atención de un determinado centro hospitalario, es la confianza que hayan desarrollado hacia o con el personal que los ha atendido. Ya sea relacionado con un médico en particular o la idea que se les haya formado en su mente de la institución de salud (administración). Esto según nos comentaron influye mucho en volver a hacerse atender por el mismo doctor o en el mismo centro de salud. Algunos de los motivos que influyen en éste nivel de confianza son; la relación medico-paciente, un cobro justo, relación con los niños así como el sentirse seguros de robos. A continuación se muestran algunos de los comentarios relacionados con cada motivo.

Relación médico-paciente

“... Que exista la confianza con el doctor por su atención (vuelves a buscarlo) ...” (C)

“... Que no haya descuidos para que no haya que estar atento a que le ponen al paciente...” (D)

Cobro justo

“... Que haya honestidad en el cobro (cobro excesivo en las planillas) que sea lo justo...” (B)

“... Que no se comercialice mucho con la salud...” (C)

Relación con los niños

“... La ropa que usa el médico para los niños pequeños (mandil blanco) ...” (C)

“... Que utilicen la sicología con los niños...” (C)

Seguridad por robos

“... Robo de objetos personales en habitaciones...” (D)

3.4.4.11. Recursos de equipos y personal

Una razón importante para la mayoría de los entrevistados que diferencia a los hospitales privados de los públicos, es la deficiencia en el nivel de equipamiento con instrumental y recursos médicos de éstos últimos.

“...Los hospitales (públicos) no cuentan con todos los implementos necesarios...” (B)

“...Los hospitales públicos por lo general no están bien equipados y dan mala atención...” (C)

“...No tiene la misma respuesta que los particulares...” (C)

“...Faltan equipos para dar una buena atención...” (D)

El grupo de nivel bajo, indicaban que por ésta razón realizaban hacer un esfuerzo de tipo económico y preferían hacerse atender en clínicas privadas o consultorios, donde sabían que no iban a encontrar ésta deficiencia.

Otras opiniones daban incluso un análisis, señalando la falta de recursos económicos como la causa de los problemas de falta de medicamentos, así como de implementos y otros suministros para internación y diagnóstico.

“...Necesitan mas recursos económicos para proveerse de lo necesario (medicinas) (A)

“...Falta de sábanas e implementos en el IESS...” (C)

“...Servicios de emergencia, toma de radiografías...” (C)

Notamos que solamente para el nivel bajo, la mayoría de entrevistados nombró la falta de médicos en los hospitales además de las anteriores deficiencias en equipos y suministros.

“...Faltan médicos en los hospitales...” (E)

3.4.4.12. Instalaciones

En lo que respecta a la descripción de las instalaciones, de manera general se indicó que para los usuarios es de mucha importancia tres cosas; la **limpieza**, la **característica del lugar**, así como su **privacidad**.

3.4.4.12.A Limpieza

“...Falta limpieza en las instalaciones...”

“...Falta limpieza en quirófanos..”

Todos los N.S.E coincidieron en que era fundamental el que el centro hospitalario tuviera instalaciones limpias, a nivel general, así como los quirófanos. Otros ejemplos de lugares o implementos en los que es sumamente relevante el cuidado de las camas, vestuario y presentación de médicos:

"...Mugre y falta de limpieza en el cuarto (detrás de la cama)..." (C)

"...camas viejas, sucias e incómodas..." (B)

"...Falta de limpieza en las batas (re uso de batas, o muy viejas), da mala impresión..." (C)

"...Que usen batas desechables o que se dispongan de las batas usadas adecuadamente y no se rehúsen..." (C)

"...Buena Presencia de los doctores (manos, limpieza de los dedos) ..." (C)

3.4.4.12.B Característica del lugar



CIB-ESPOL

"...Falta iluminación..."

Todos coincidieron en que aparte de la limpieza, lo más importante es que exista la debida iluminación, y que un ambiente oscuro o de sombras, no es nada agradable y les hace sentir mal. También en lo que respecta a la

imagen de las paredes, aunque denotan distintas características, se trata del mismo tema. A continuación lo que comentaron:

(Fachada de paredes)

"...Falta pintura de las paredes..." (E)

"...Falta mantenimiento de la infraestructura..." (D)

"...Mala imagen de las paredes, manchas de sangre, falta de sangre, demasiadas personas..." (C)

"...Pintura de las paredes desagradable..." (A)

Aparte de esto, tenemos otras consideraciones que receptamos de distintos y variados N.S.E; *espacio físico, ventilación y comodidad*. Notamos que los dos últimos tienden a ser expuestos con mayor frecuencia durante conversaciones con grupos de N.S.E bajo.

Espacio físico

"...Falta espacio físico para internación..." (C)



CIB-ESPOL

"...Falta espacio físico para atender a tanta gente en emergencia..." (B)

Ventilación

"...Falta ventilación en las habitaciones..." (D)

"...Falta ventilación en las habitaciones..." (E)

Comodidad

"...No hay salas de espera confortables..." (D)

"...Las camas deben ser mas cómodas..." (E)

3.4.4.12.C Privacidad

La privacidad es algo importante, durante un periodo de internación en cuartos compartidos, así como en diversos procedimientos como rehabilitaciones o exámenes.

"...Que tenga privacidad, con el uso de biombos en cuartos compartidos..." (C)

"...Falta de privacidad en cuartos compartidos..." (C)

3.4.4.13. Alimentación

El tema de la alimentación se trató muy poco por los entrevistados y solo para el caso del N.S.E medio. Consideramos importante notar, que no se

trata de la ausencia de ésta, más bien se pide un mayor cuidado y adicionales como bebidas calientes.

“...Dieta y cuidado en las comidas...” (C)

“...Que brinden aguas aromáticas...” (C)

3.4.4.14. Otros servicios

A continuación presentamos otros servicios que consideramos adicionales por su naturaleza. Se nota una mayor exigencia a medida que subimos por la escalera de los N.S.E, ya que la localización del baño está relacionado con la incomodidad que ocasiona para un enfermo el moverse, en cambio la temperatura muy fría, (muestra que se cuenta con aire acondicionado), sin embargo, la temperatura es muy fría (para la percepción del acompañante.

“...Temperatura muy fría...” (B)

“...Aire acondicionado...” (C)

“...Camas para el acompañante...” (C)

“...Ya no dan canastilla para recién nacidos y comida cada vez es peor. (IESS)...” (D)

"...Que el baño esté cerca..." (E)

3.5. Grupos Focales

3.5.1. Marco Teórico

Un grupo focal es una entrevista a un grupo reducido de personas que está dirigida por un moderador de manera informal y no estructurada. Esta técnica se propone originar un debate libre entre los participantes, haciendo que expresen sus opiniones acerca del tema de interés que plantea el moderador.

El moderador es la persona que dirige al grupo mediante un temario guía para dar la pauta a los entrevistados para hablar acerca de aspectos relevantes a la investigación.

Se aconseja que los grupos focales se conformen de 8 a 12 miembros, ya que, es posible que si el grupo está compuesto por menos de 8 personas no se realice el debate requerido ni se lleguen a las conclusiones deseadas. En cambio, si hay mas de 12 personas puede haber desorganización y los resultados tampoco serían satisfactorios.

Las personas que compongan el grupo deben tener características similares en cuanto a la parte demográfica y socioeconómica, debido a que la similitud



en los estilos de vida ayuda a la interacción del grupo. Además, el moderador debe asegurarse que los entrevistados hayan tenido alguna experiencia relacionada con el producto o servicio de interés para que las opiniones que emitan sean válidas.

El lugar en el que se lleve a cabo la entrevista es una parte muy importante en esta técnica. Se recomienda que el ambiente sea informal y espontáneo para que los participantes se sientan en la libertad de expresarse. Además debe haber un refrigerio ligero y la sesión no debe durar mas de dos horas, por lo que, un tiempo mas largo puede cansar a las personas y desviar el objetivo de la reunión. Es muy importante que la sesión sea grabada, ya sea en cintas de audio o video para realizar un análisis subsiguiente más acertado.

El moderador debe tener la capacidad para mantener activo el grupo, por lo que debe contar con habilidades y experiencia para hacer que los participantes expresen sus opiniones y contribuyan a cumplir con los objetivos de la sesión. Algunas de sus características más importantes deben ser: amabilidad, tolerancia, fomentar la participación, motivación, flexibilidad y sensibilidad.



CIB-ESPOL

3.5.2. Diseño de campo para los grupos focales

3.5.2.1. Objetivos generales

- Apreciar cuál es la situación actual de los servicios hospitalarios en la ciudad de Guayaquil según la perspectiva de sus usuarios.
- Conocer con más detalle sus opiniones y observaciones con respecto a su nivel de satisfacción luego de utilizar varios de los servicios hospitalarios en nuestra urbe.
- Descubrir la percepción de calidad que tienen los usuarios y que factores influyen en la misma.



CIB-ESPOL

3.5.2.2. Objetivos específicos

- Conocer en detalle la forma en que los usuarios acceden y utilizan los diversos servicios hospitalarios disponibles para cada N.S.E.
- Apreciar el comportamiento de los usuarios frente a estos servicios.

- Captar sobre la base de los casos reales cuales son los principales problemas que pudieren darse durante el uso de estos servicios.
- Hacer una lluvia de ideas de posibles mejoras o sugerencias que los usuarios den a los distintos servicios hospitalarios.
- Analizar las similitudes y diferencias entre todos los factores influyentes en la percepción de calidad por cada N.S.E.



3.5.2.3. Número de sesiones

Para el presente estudio se decidió realizar diez grupos focales para llegar a conocer lo que pensaban los usuarios de los servicios hospitalarios sobre el presente tema. Ya que uno de sus principales objetivos era llegar a conocer los factores determinantes para la medición de la calidad por niveles socioeconómicos, todos los participantes de cada grupo debían ser miembros representativos de cada uno de éstos.

En el segundo capítulo se determinó la distribución de usuarios según su nivel socioeconómico para centros hospitalarios seleccionados. Se utilizó ésta proporción para llegar a determinar cuántas sesiones se debían realizar

para cada N.S.E para que la información sea más representativa (cuadro 3.2).

CUADRO 3.2 NÚMERO DE GRUPOS FOCALES POR N.S.E PARA EL ESTUDIO.

Nivel	Número grupos focales
A (Alto)	1
B (Medio Alto)	1
C (Medio Típico)	2
D (Medio Bajo)	3
E (Bajo)	3
Total estudio	10

Fuente y Elaboración: Autores en base a análisis (Capítulo 2)



CIB-ESPOL

3.5.2.4. Conformación de los grupos focales

Cada grupo se formaría por ocho personas. Tratando en lo posible que se tuviera una distribución uniforme en cuanto a su género. Se contó con la ayuda generosa de personas con alguna experiencia o posibilidad en formar estos grupos y prestar momentáneamente su vivienda como sitio de reunión. Consideramos esto importante para que los participantes se sintieran en mayor nivel de confianza y menor incomodidad, ya que para la mayoría el sitio les era familiar. Otra razón era que se buscaba siempre que

vivieran en la cercanía del sitio de reunión, para asegurar que pudieran asistir a la hora acordada, y causarles mínimas molestias.

Se le explicó que los participantes de cada grupo debían pertenecer al mismo N.S.E. Para determinar esto se pidió utilizar como factor inicial preponderante el lugar de domicilio. Ya que la mayoría de las personas vivían en áreas cercanas al sitio de reunión, esto ayudó a constatar y asegurar la homogeneidad en su N.S.E.

3.5.2.5. Perfil del participante

Lo más importante es que el participante hubiere tenido considerable experiencia en utilizar servicios hospitalarios en cualquiera de los centros destinados para este fin en la ciudad de Guayaquil. Esta experiencia podía haberse experimentado directamente, sino de forma indirecta con alguno de los miembros cercanos en su familia, ejemplo, su cónyuge o hijos. Básicamente se prefería que la persona haya tenido en los últimos dos años suficiente contacto con un centro hospitalario.

Otras consideraciones a tomar en cuenta fueron que el participante sea mayor de edad y esté en capacidad de conversar y compartir sus experiencias con el grupo.

3.5.2.6. Especificaciones de la sesión



Cada sesión tuvo una duración promedio de 1 hora y 30 minutos cada una.

Las personas previamente seleccionadas se reunieron en los hogares previstos a una hora acordada. Los autores del estudio que actuaron como moderadores y acudieron al lugar con anticipación para preparar todo el lugar y el material a utilizar.

Durante todas las sesiones se contó con una grabadora de bolsillo, que se situaba de manera disimulada a distancia equidistante a los participantes. Además se prepararon escarapelas con el nombre de cada participante, como dinámica de grupo y recordatorio a los moderadores y demás integrantes. Por último se repartieron pequeñas libretas y bolígrafos a todos, para que pudieran tomar nota, y escribir cualquier comentario que tuvieran en mente cuando otro hubiera tomado la palabra.

En un área tranquila y confortable de la vivienda se arregló previamente los muebles y ciertos adornos para que se formara un espacio circular en el cual no existiera distracciones y los participantes estén más a gusto. En lo posible se trató de disminuir el acceso a ruidos externos como el tráfico (cerrando

ventanas o puertas) así como el interno (apagando televisores, radios o desconectando teléfonos).

Luego de darles el saludo y agradecimiento correspondiente, cada grupo recibió una pequeña charla de introducción en la cual se explicaba los puntos más importantes de este tema y los objetivos de la reunión. Además se les recordó que sus identidades no iban a ser publicadas, más si sus opiniones, así como ciertas reglas de interacción que debían todos recordar (pedir la palabra, no interrumpir, apagar celulares, etc.).

Durante la reunión los moderadores utilizaron como ayuda un temario guía para dirigir al grupo y enfocarlos al tema deseado. Esto se detalla a continuación en el siguiente apartado.

3.5.3. Temario para los grupos focales

Se preparó una lista de temas que sirvan como guía durante cada grupo focal, la cual se detalla en el **Anexo 4**. Estos también se conoce como los lineamientos del moderador. Se partió de dos objetivos generales; el que conocer las experiencias de los miembros al momento de recibir el servicio hospitalario, y poder captar sus opiniones y las del resto del grupo respecto a estos relatos.

Basándose en esto se fueron esbozando preguntas que permitiesen conducir la conversación por todos los temas de interés. Y de esa manera obtener las respuestas a nuestras interrogantes.

3.5.4. Análisis preliminar



CIB-ESPOL

Durante la realización de los grupos focales tuvimos muchas observaciones que creemos importantes dar a conocer. Éste primer apartado también tiene como objetivo el servir de base en la explicación de la manera en que se presentará a continuación la información los resultados.

Nuestra primera observación tiene que ver con el alto nivel de complejidad del tema tratado en los grupos focales. Lo consideramos así por dos razones importantes, la **naturaleza del tema** y la **diversidad de experiencias**.

3.5.4.1. Naturaleza del tema

Se están tratando temas de carácter humano. La mayoría son experiencias traumáticas. La persona se ve inmersa en la situación de tener que explicar sus enfermedades, dolencias, o las de sus familiares más cercanos (hijos, nietos, padres, etc. Algunas son enfermedades serias, como el cáncer, que todavía se están tratando. En otros casos algunas intervenciones quirúrgicas

o médicas que no resultaron del todo exitosas, dejaron secuelas físicas o psicológicas. Esto hace que el ritmo de la conversación se torne lenta y no sea posible el continuar con otro tema con tanta facilidad como si se estuviera analizando el uso de un producto de consumo masivo.

Debido a la naturaleza del tema tratado, se debió tener más cuidado y mucho tacto en la manera de llevar la conversación durante el desarrollo de los grupos focales. Sin embargo, los participantes se sintieron identificados y en confianza ya que todos compartían en común el haber tenido alguna experiencia de atención médica en un centro hospitalario. Así, atendían con mucho interés y respeto cuando algún miembro del grupo contaba su relato. Esta consideración influyó en la manera de llevar la conversación, la que de ninguna manera pudo llevarse siguiendo el orden de los lineamientos del moderador antes descritos. Su orden se tuvo que ir acoplando y flexibilizando al nivel de ánimo, atención y seriedad de cada relato, los cuales eran totalmente nuevos e inesperados tanto para los miembros como para el moderador.

3.5.4.2. Diversidad de experiencias

Cada persona en el grupo focal ha tenido más de una experiencia relevante que quiere compartir. Por lo general el relato de toda la experiencia consume una cantidad considerable de tiempo para poder cubrirla en su totalidad.

Existe una gran diversidad de situaciones, que se deben en parte al tipo de dolencia y a su nivel de gravedad. Así existen muchas variables que van a cambiar el escenario que se relata, ejemplo; si tuvo que ingresar de emergencia por un fuerte cólico en los riñones, que ameritaba probablemente intervención quirúrgica, o fue a llevar a su pequeño hijo para un chequeo médico.

La diversidad de experiencias relatadas por los miembros fue algo beneficioso ya que permitió tener ejemplos de diversos casos, lo que a su vez, favoreció para obtener datos representativos para el estudio. Al darnos cuenta la diversidad de situaciones nos vimos en la obligación de estructurar y organizar toda la información captada en áreas de interés. Esto también muestra de manera global los temas más relevantes que se trataron en todos los grupos antes de entrar en un análisis por niveles socio-económicos.

3.5.4.3. Áreas de servicio

Observamos que existen tres áreas relevantes de servicio; Consulta externa, Internación y Emergencias.

Por sus características inherentes, según el tipo de cuidado asistencial por las cuales fueron concebidas, difiere así el tipo de atención hospitalaria brindada en cada una.

Cada una cuenta con personal especializado para brindar la atención necesaria según la gravedad y procedimientos indicados según los parámetros de la medicina moderna. Por esto, el personal médico con el que tiene contacto y relación el usuario del servicio (paciente y familiares) no es el mismo, por su nivel de preparación y experiencia (médico residente, o practicante), por sus facultades y alcance dentro de la institución de salud (una enfermera no está en el mismo nivel jerárquico que un doctor) así por su especialidad (un tecnólogo, un anestesiólogo, un médico tratante o un médico cirujano).

Debido a que el tiempo de permanencia es mayor en una internación que en las otras dos áreas, ya sea por un tratamiento o para observación y descanso luego de una intervención quirúrgica, se tendrá aquí, una mayor posibilidad de interacción con el consumidor. Así, aumenta, el contacto con otro tipo de personal, como lo es el de tipo administrativo, seguridad, de limpieza, etc.

Las áreas se encuentran separadas y claramente delimitadas. Además los procedimientos a seguir para que el paciente obtenga la atención son totalmente distintos entre sí, lo cual es conocido por el usuario.

Sin embargo, en todas estas áreas existen agentes comunes que forman los pilares de la estructura que se debe edificar para brindar el servicio. Cada

área debe contar con los siguientes elementos, ya sea de manera directa como indirecta.



CIB-ESPOL

3.5.4.4. Elementos para el servicio

En el cuadro 3.3 se listan los elementos para dar un servicio hospitalario, los cuales deben estar interrelacionados de forma complementaria ya que no es posible brindar un servicio hospitalario con la presencia de uno y la ausencia de otro elemento, y viceversa.

CUADRO 3.3 ELEMENTOS NECESARIOS PARA BRINDAR SERVICIO HOSPITALARIO

Personal	Profesionales de Salud Médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.
	Personal administrativo
	Personal de apoyo Servicio social, limpieza, seguridad, transporte, etc
Recetas	Medicinas, drogas Fármacos para seguir un tratamiento o curar afecciones de salud.
Suministros médicos	Insumos: Oxígeno, alcohol, gasa, sueros, pinta de sangre, etc.
	Ropa y accesorios Para tratamientos e internaciones de pacientes, (batas, sábanas, toallas, almohadas, etc.).
	Equipos médicos Desde termómetros y estetoscopios hasta rayos x y resonancia magnética.
Adecuaciones físicas	Servicios básicos: Agua, luz, alcantarillado.
	Facilidades mínimas: Para protección de inclemencias del clima, como lo es el polvo, contaminación ambiental, lluvia, inundaciones, etc.
	Equipamiento: Salas, camas, quirófanos, etc.

Fuente y elaboración: Los autores



CIB-ESPOL

Por ejemplo un médico no puede brindar la asistencia necesaria al paciente si no existen los suministros básicos sin importar su nivel de preparación. Al contrario, y de manera complementaria de nada sirve contar con los mejores suministros en cuanto a calidad se refiere, si no se encuentra al personal médico para utilizarlos y aplicarlos al paciente que los necesite.

En el caso de las recetas, éstas son el conjunto de fármacos o drogas, prescritas por el médico tratante, escritas en un formulario para que luego sean proporcionadas por el dependiente de una farmacia. Estos medicamentos son necesarios para que el paciente alivie sus males y mejore su estado de salud, sirviendo de posible cura o como parte complementaria a un tratamiento. Si por cualquier razón esta provisión de fármacos prescritos llegara a romperse o interrumpirse, estará en juego la curación del paciente. Teniendo como resultado el que no se alcance la meta final deseada, el producto que se quiere brindar, que se recupere en totalidad la salud y bienestar del paciente.

En cuanto al personal que conforma un centro hospitalario, éste se forma por la interacción constante de tres subgrupos básicos; personal médico, administrativo y de apoyo. Dependiendo del caso de atención hospitalaria, el área de atención a la que acuda el usuario, va a variar el subgrupo con el

que tenga contacto, así como el tiempo para cada momento de verdad con cada uno. Sin embargo, antes de entrar en el análisis de la relación personal-paciente, es importante notar que la relación de trabajo (la cooperación, nivel de sinergia y coordinación) entre los subgrupos es muy importante para el logro conjunto de las metas.

Para nuestro estudio, será de interés las metas de mejoramiento en la calidad de atención de servicios hospitalarios. Al revisar las expectativas de los usuarios, se verá que al ser variados los factores que determinan su nivel de satisfacción, éstos recorren procedimientos que en la práctica, deben intervenir más de un subgrupo. Así, el nivel de calidad percibida por el usuario (en la atención de un servicio), es el resultado de los esfuerzos de todo el personal que atiende en éste. Esto lo corrobora varios funcionarios administrativos del área de salud, que reconocen que como en cualquier otra actividad de servicios, todos los miembros de una organización son importantes y deben conocer su responsabilidad en alcanzar el nivel esperado de la calidad en la atención.

Un ejemplo de esto se puede ilustrar en la consulta externa en instituciones públicas o privadas sin fines de lucro) donde se debe comprar tickets primero para luego tener acceso a la debida atención médica. En esta área, se asocia la coordinación y orden que se espera del personal de apoyo

encargado de dar los turnos así como el nivel de profesionalismo y humanismo por parte de los médicos. Si fallan los primeros, vendiendo un mayor número de tickets de los que en verdad pueden atender los médicos, resultará en que probablemente los usuarios tengan que regresar otro día, talvez tener que esperar más de lo previsto, volver a pagar, etc. Si no existiese problema con el primer subgrupo, pero el médico no tuviera la disposición correcta hacia su trabajo o al paciente en particular, resultará en que no trate de la manera esperada al paciente. En cualquiera de los dos casos, se obtiene como resultado una atención que es percibida por el usuario como deficiente.

De esta manera se puede ver que tenemos cuatro elementos complementarios e imprescindibles para brindar una atención hospitalaria, los cuales son; Personal, Recetas, Suministros y Adecuaciones físicas. Como primer análisis, cada una está conformada a su vez, por otros elementos (sub-elementos) que interactúan entre sí. No solamente éstas interacciones se dan entre los sub-elementos de un mismo elemento, sino también con otros elementos. Por ejemplo, el personal administrativo debe estar a cargo y será responsable del suministro adecuado de camas (adecuaciones físicas), así como de gestionar el control adecuado de sueros (suministros). En otro escenario, los médicos (personal) deberán trabajar con los equipos médicos (suministros), que a su vez están supeditados del

cuidado que se les haya dado del clima. Aquí un descuido en el nivel de impermeabilidad (ajustes físicos) gestionado por la administración (personal) y delegado al correspondiente encargado (bodega, reparaciones, conserjería, etc.) podrá ser el causante de que el equipo no funcione de manera adecuada, atrasando o limitando la capacidad de acción del médico. Toda esta organización y detalle puede ser invisible para el usuario final si no se presentan fallas. Pero de existir alguna, lo notará, ya que se traducirán en demoras, gastos adicionales, no-atención o posibles errores en su diagnóstico final.

3.5.5. Análisis del elemento Personal



CIB-ESPOL

3.5.5.1. Profesionales de Salud.

Hay dos tipos de personal médico posicionados en la mente del usuario como de mayor importancia, cualquiera sea el tipo de tratamiento; **el médico y la enfermera**. En las consultas externas, y en cualquier otro tipo de situaciones donde se requiera de la toma de una decisión sobre que paso a tomar en un tratamiento, o para dar el diagnóstico, va a primar la imagen del médico. En cualquier otra situación que requiera de asistencia al médico, al paciente o a los familiares, ya sea dando información, ayuda, consuelo, brindando los cuidados y siguiendo las instrucciones del médico, la

enfermera toma el primer lugar para calificar la atención. Según el área de servicio, en una internación, se tendrá gran contacto con las enfermeras, sin embargo, durante una consulta externa, emergencia, la frecuencia de contacto con ellas es menor, pasando a un segundo plano, dependiendo de los procedimientos y trámites subsiguientes.

Se puede notar y partir de dos factores generales determinantes para la calidad de atención que se percibe de este personal médico; la **calidad humana** y la **calidad profesional**.

En lo que respecta a la calidad profesional, ésta es calificada según las demostraciones en la actitud y forma de actuar que son percibidas por el usuario. Ya que este último no tiene la preparación y conocimientos necesarios para poder evaluar correcta y cabalmente de manera profesional a su médico (solo otro médico con mayor experiencia lo podría hacer), así tampoco los autores del presente estudio, cuando nos referimos a calidad profesional, es el nivel de profesionalismo percibido por el usuario, en base a parámetros y estándares formados por sus experiencias y vivencias previas. Cuando los participantes de los grupos focales mencionaban "profesionalismo", se les indagaba a especificar que significaba para ellos esto, o que comenten que forma percibían este nivel (alto o bajo). En el caso

de las enfermeras se tuvieron las siguientes apreciaciones de lo que debiera hacer una enferma para demostrar su profesionalismo:

“Que la enfermera sepa lo que está haciendo.”

“Que las enfermeras no hagan las cosas apuradas.”

“Que la enfermera hable con el doctor.”

“Que las enfermeras se aseguren que el paciente esté bien orientado en cuanto a instrucciones que le impartió el médico.”

En los dos primeros ejemplos, se está haciendo referencia a la observación directa de la forma de trabajar de la enfermera por parte del usuario. En el tercer ejemplo, se refiere a que tan involucrada o interesada se perciba que esté la enfermera con el tratamiento o resolución de un determinado problema, que afecte al paciente. De similar manera, el último ejemplo, debe de interesarse en que las instrucciones hayan sido entendidas por el paciente, (para esto, debe de conocerlas primero) y que éste sepa como seguirlas (mostrando interés en el caso.)

Para los médicos, los usuarios comentaron el siguiente:

“Que el doctor sea seguro.”

“Que ejerza confianza.”



CIB-ESPOL

“Que de las explicaciones necesarias”

“Referencias de otras personas en cuanto a mejor médico.”

“Que el doctor se dé a conocer con un buen trabajo.”

Los dos primeros ejemplos, entran también en la apreciación de su trabajo de forma directa. Mientras que, se nota que son importantes las referencias que se tengan sobre el médico que se lo está tratando. Es común el preguntar por el nombre del doctor o médico quién lo va a tratar, quién dio el diagnóstico, o quién vaya a proceder con una intervención quirúrgica. Esto último se percibió mucho más por parte de las personas de un alto N.S.E, mientras que para las personas de niveles bajos, es mucho más importante para dar una buena calificación a su médico, el que éste le explique de buena manera y con detalle (para que él entienda) su diagnóstico o tratamiento a seguir. Muchas son las quejas, por que se sienten desorientados, en él la razón de los cuidados a seguir, la verdadera causa de la enfermedad, entre otros. Consideran que un buen profesional, debe hacerse entender y tomarse el tiempo para hacerlo.

Para la calificación de calidad profesional del médico notamos que prima más la interacción con el usuario. Mientras que para la de la enfermera, es muy importante también la interacción percibida con el médico, así con los

familiares. En cambio para apreciar la calidad humana, se muestran determinantes netamente relacionados con la interacción con el paciente, en su forma de tratarlo, ya sea de forma explícita (en su forma de dirigirse a él, por ejemplo) o de manera tácita (expresión y semblante en su día a día.) Como en cualquier otro servicio existe varios calificativos y adjetivos que describen como debe ser la personalidad y accionar del personal. En este caso, estos calificativos fueron dados por los participantes, ya sea diciendo explícitamente cómo les gustaría que fuera el personal, o diciendo su opuesto (educada – mal educada) y notando que esto les incomodaba o disgustaba. Se revisaron todos éstos, y luego se fueron agrupando para poder darle mayor simplicidad y resumir los resultados, con factores fácilmente identificables.

La enfermera por ejemplo debe demostrar básicamente tres cualidades; amabilidad, educación y humanismo para con el paciente. Para cada una de éstas, variará el comportamiento que se tiene que percibir o notar, para que cada usuario sienta que se está mostrando ésta cualidad. Un ejemplo de esto lo podemos observar con que significa para los usuarios que la enfermera sea educada, así como también el escenario en que la enfermera se comportaría de manera maleducada.

“Que no traten déspotamente las enfermeras. “



CIB-ESPOL

“Que la enfermera no sea grosera (deje los problemas en casa).”

“Que la enfermera esté en el teléfono y no atienda.”

“Que las enfermeras no sean imprudentes.”

“Que las enfermeras no sean indiscretas.”

Para algunos casos, una enfermera es maleducada cuando se dirige de manera déspota y no atiende por estar al teléfono. Para otros usuarios es ser imprudente, haciendo un comentario fuera de lugar, mostrará señales de que le falta igual manera, educación.

De la misma manera, se tiene que **el médico debe demostrar básicamente tres cualidades; empatía, amabilidad, y ser comunicativo** con el paciente. Así como en el caso de las cualidades a demostrar por las enfermeras, se tiene una diversidad de comportamientos que formarán la idea de que la persona tiene cada cualidad según el usuario. Se tuvieron las siguientes apreciaciones de lo que debiera hacer un doctor para demostrar ser comunicativo:

“Que el doctor converse con los familiares.”

“Que dé una explicación completa de una futura internación.”

“Que el doctor hable claro.”

“Que el doctor conteste todas las preguntas”

Cabe destacar como conclusión que si bien es cierto, los comportamientos que se esperan de los médicos y enfermeras, puede variar según el grupo de N.S.E, todas al final se pueden agrupar en las cualidades antes descritas. Existen varios detalles y un gran número de cosas en que se asignan los usuarios como determinantes, pero en general y debido a las limitaciones de nuestro estudio (tanto de tiempo como económicas) se debió de resumir.

3.5.5.2. Personal Administrativo

El usuario tiene mucho menos contacto con el personal administrativo. No tienen una idea clara de todos los niveles de jerarquía existentes ni mucho menos conocen la estructura del organigrama institucional del centro hospitalario. Casi nunca ha tenido la oportunidad de hablar con ellos. Sin embargo, en sus comentarios los reconocen como responsables de el funcionamiento del hospital y de las gestiones para cambiar ciertas políticas o procedimientos. En el ámbito que nos interesa, los declaran responsables de capacitar a su personal médico y de apoyo (del cual están bajo su supervisión) en cuanto a su forma de brindar la atención ya sea mediante cursos o charlas de motivación.



CIB-ESPOL

Otro tema importante es el que se mantenga un estricto control en diversos temas, los cuales se relacionan con los siguientes elementos (recetas, suministros, adecuaciones). Un ejemplo de esto, es que se establezca un control para evitar posibles robos y pérdidas de suministros, ya sea por negligencia, corrupción, robos, etc. Otros controles y mejoras que también se les hace responsable, es el relacionado con la disponibilidad y financiamiento de los medicamentos o recetas, dentro del hospital, para el caso de N.S.E bajos, lo que se describirá en mayor detalle en la sección siguiente.

Por último se les menciona al nombrarlos responsables de no mejorar el nivel de sueldos para el personal médico y de apoyo también. Además de que no se les da incentivos laborales que mejoren (según creen) su ambiente laboral.

3.5.5.3. Personal de apoyo

Un agente importante dentro del personal de apoyo es el de asistencia social. En su mayor parte dirigida a los N.S.E bajos, también es una ayuda importante para personas que aunque pertenezcan a nivel medio, medio-alto no puedan costear un tratamiento o parte de éste, y necesiten una rebaja en su precio. Esto creemos se debe, a los altos costos de la medicina moderna, en cuanto a equipos modernos de cirugía, diagnósticos por imágenes, entre otros, que no están a la par de la capacidad económica con el que vive

actualmente el país, lo que se demuestra por un bajo e insuficiente nivel de sueldos, y altos costos de vida en general. Dejando muy poco o casi nada de ingresos, dedicados a la salud, si bien en cierta cantidad la medicina preventiva, no se está preparado para enfermedades de mayor envergadura, que de forma imprevista requieren de fondos para costear todo su tratamiento.

Existen varias reglas dentro de la asistencia social, como es el que no se puede dar rebajas para un tratamiento, cuando éste es el primero que se realiza el paciente en la institución. Además se lleva un control, por parte de las trabajadoras sociales, para verificar la capacidad y nivel de vida del paciente, que limitará el monto y a quien se le otorgue la ayuda económica. También, en varios establecimientos, como es el Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde, se cuenta con la posibilidad de ayudar con alojamiento y comida a muy bajo precio (en la mayoría de casos, lo que puedan pagar) para los usuarios que vienen de fuera de la ciudad u otras provincias y no cuentan con los recursos necesarios.

Por la misma línea de ayuda, otro tipo de apoyo que necesitan los pacientes en muchos casos, es el moral. Existen de esta manera diversos grupos religiosos, que dedican su trabajo y esfuerzo, sin fines de lucro, a alentar y acompañar a los pacientes. Las religiosas en diversas ocasiones brindan



consejos, así como cooperan con el personal médico y administrativo para realizar distintas actividades dedicadas a mejorar la permanencia del usuario en las inmediaciones durante su tratamiento.

El personal de limpieza no tiene un contacto con el usuario, pero su presencia y labor es tomada en cuenta de gran manera. Los distintos cuidados que se debe tener con la higiene dentro de las habitaciones así también con la limpieza de los pasillos y salas de espera es algo que se comentó en todos los grupos focales sin distinción del N.S.E.

3.5.6. Recetas



CIB-ESPOL

El usuario conoce y sabe la importancia de conseguir la receta prescrita. Lo que esté escrito en éste formulario significa la diferencia entre el estado actual del paciente, y una posible mejora. Existen varias cosas que molestan e incomodan al usuario relacionadas con las recetas, sin embargo, es un precio adicional que tendrá que pagar por la salud de su ser querido o la propia. Sin embargo, este tema puede llegar a ser crítico y grave, al llegarse a poner en juego su subsiguiente nivel de salud, calidad de vida, hasta su vida por falta de los medicamentos adecuados.

El tema de las recetas se trató en distintas ocasiones en todos los grupos sin importar su N.S.E. Se puede notar dos grandes problemas:



CIB-ESPOL

- El precio de las recetas.
- Su disponibilidad en las proximidades del centro hospitalario para una pronta adquisición de los mismos y suministrarlas al paciente.

Dependerá en gran medida la gravedad de la dolencia o enfermedad, su precio y su disponibilidad en el mercado. Aunque suponemos que hasta una gripe que no se cura del todo bien, será una molestia continua para el usuario, obteniendo inconformidad con la atención recibida y afectando su percepción del servicio.

La percepción del nivel de precios de las recetas es elevada a escala general. Se comenta en varias ocasiones que los precios de las medicinas suben de manera desproporcionada y continua. Se piensa que la solución a esto, sería el uso de genéricos, pero se nota todavía desinformación en cuanto a la forma de adquirirlos y su adecuado uso. Se culpa de esto en mayor proporción a los médicos que a las farmacias o dispensarios. En menor proporción se lo relaciona con decisiones del gobierno, industrias farmacéuticas, entre otros.

Específicamente para los grupos de N.S.E medios, medio alto, dicen estar en condiciones de lograr pagar por los medicamentos. Sin embargo, han notado

y vivido experiencias en que se pone un sobreprecio en farmacias relacionadas a los centros hospitalarios en los que se atendieron. Lo han corroborado, pidiendo cotizaciones para la misma receta en otras farmacias de la urbe. Están en total desacuerdo de esto ya que sienten que se da una estafa y corrupción por parte de los dueños del mismo establecimiento hospitalario. Consideran esto les deja una mala experiencia, por la mala imagen, y sentirse que se están aprovechando y lucrando con ellos. Sacan como propia conclusión, que prefieren en lo subsiguiente acudir y comprar en otra farmacia, aunque también comentaron de ciertos centros en que al parecer se obliga a que se adquiriera los medicamentos en el mismo lugar.

Disminuyendo de manera gradual por la escalera del nivel socioeconómico, notamos que las anécdotas del problema de las recetas, tienden más hacia la preocupación de no tener el dinero para pagar de manera inmediata por éstas. Estas familias cuentan en su mayoría con miembros que tienen un trabajo remunerado, y en conjunto pueden solventar el gasto total de los medicamentos. Más que todo en los casos de emergencia, no cuentan con ninguna facilidad para pagar (tarjetas de crédito, cheques, tarjetas de débito) si no es en efectivo. Y al ser éstos casos inesperados, no existía manera alguna que pudiesen prever esta necesidad para poder afrontarla.



En el estudio se encontró que estas recetas, no son únicamente para solicitar que el paciente obtenga fármacos o drogas para aliviar y tratar los síntomas. En el caso de ciertos centros hospitalarios públicos, como es el caso del Hospital Teodoro Maldonado Carbo y el Hospital Guayaquil, la falta de suministros obliga a los médicos a solicitarlos mediante las recetas. Para la mayoría de usuarios de estos hospitales, que pertenecen a N.S.E bajos (D y E) se ven afectados en gran medida por esta situación, haciendo que se adicione este problema, al hecho de no tener la facilidad de pago (antes descrita.)

Éstos usuarios deben conseguir por sus propios medios los suministros necesarios para un procedimiento quirúrgico, como es gasa, alcohol, hilo quirúrgico para suturas, sueros, entre otros. De igual manera, deben llevar a su responsabilidad y cuidado, batas, sábanas y demás accesorios que crean necesarios para sobrellevar los días que permanecerán en la institución.

3.5.7. Suministros médicos

Como se acabó de describir en la sección anterior, según los comentarios y anécdotas consideradas existe una falta de suministros médicos, ya sea de uso médico (gasa, alcohol, yeso para fracturas, sueros, etc) así como de ropa y accesorios de aseo y cuidado personal (batas, sábanas, toallas, etc) en los hospitales públicos. La falta de los primeros suministros, disminuye de

manera considerable y peligrosa el que se comience un procedimiento de curación o tratamiento. Para el caso de los demás accesorios, esto representa una molestia, según los usuarios, debido a tener que llevar éstos de sus propios hogares y cuidar por ellos durante su estadía. Esto representa además de un gasto, una carga de preocupación adicional a la ya agobiada mente del usuario por su situación médica.

Fue posible constatar según varios comentarios y anécdotas que se dificulta o bloquea temporalmente el acceso que el usuario desea tener a un determinado servicio médico por la falta de suministros así también con las recetas. Existía, de esta manera, personal con la preparación y disposición suficiente para atenderlos, las adecuaciones físicas necesarias (ya habían logrado llegar al centro hospitalario y se contaba con un lugar para atenderles) pero sin los suministros no se les podía atender. La curación así, se veía aplazada, mientras la agonía y desesperación aumentaba para el paciente. Dándose la insatisfacción del usuario, percibiendo una mala calidad en la atención por tener que realizar trámites y gastos adicionales, así como sentirse desorientados y preocupados al pensar en cómo conseguir todo lo que se les pedía.

Al parecer, estos problemas de falta de suministros solamente en hospitales públicos, no así en los privados, ya sean con fines de lucro o los de la Junta

de Beneficencia. Probablemente por falta de los recursos suficientes para tener una dotación adecuada, frente a su nivel de demanda o carga hospitalaria que llevan. Según se pudo apreciar, existen los suministros para atender cualquier emergencia, pudiendo tratar al paciente solo al pasar este estado crítico, o sea, los primeros auxilios. Sin embargo, para poder curar por completo al paciente, se requiere de suministros de los cuales no está provisto el centro hospitalario y los tiene que solventar el propio usuario. Si se requiere de un procedimiento de mayor complejidad, como el caso de una cesárea, según nos relataron varias fuentes, se sabe, que la futura madre tiene que llevar su propia aguja e hilo quirúrgico.

Para los N.S.E más altos, a partir del nivel medio, sí existen los accesorios como batas y toallas, sin embargo, se quejan del estado de los mismos. En gran medida se tiene un cuidado con su limpieza, sin embargo se nota que estos están muy viejos ya, notándose huecos en la tela, hilachas, y manchas adheridas ya a la tela. Según se relató, esto sucede en la mayoría de los centros privados, un descuido en el estado de sábanas de camas o camillas, y la renovación de los demás accesorios ya deteriorados por el uso. Las batas, en muchas ocasiones son utilizadas por más de un paciente antes de lavarlas o desinfectarlas, (lo que los usuarios piensan que se debe hacer), lo que incomoda, disgusta y preocupa a los pacientes por la imagen de suciedad y posible contaminación a la que pueden estar expuestos. Al tener

estos usuarios en su mayoría, un mayor nivel de conocimientos de prácticas de salud en el primer y segundo mundo, conocen que se debe de tener asepsia y en lo posible tratar de usar accesorios desechables, lo que consideran sería una muy buena solución.

En lo que respecta a los equipos médicos, se pudo apreciar que los usuarios tienen preferencia por los centros hospitalarios que en su percepción se encuentran mayor equipados. Para esto, la gran mayoría, se basa en los momentos en que necesitaron de cierto servicio de salud, que requería de un determinado equipo (ejemplo, una resonancia magnética) y el centro hospitalario no contaba con el mismo. Como consecuencia, el usuario es derivado o dirigido temporalmente a otro centro que sí lo posea. Pudiendo esto ocasionar molestias, como demoras y costos adicionales, según la opinión de los miembros.

Es importante notar, que el análisis del nivel de equipamiento médico, no está dentro del alcance del presente estudio, por no contar con el criterio necesario para evaluarlo de forma técnica, así tampoco los usuarios. Como es el caso de nivel de calidad profesional, se está refiriendo a la percepción, en base a comparaciones en la mente del usuario con lo que sabe en cuanto a equipamiento de otros hospitales, la opinión que pudo haber escuchado de algunos médicos, incluso alguna clase de publicidad de parte de los centros



hospitalarios. Como resultado, incrementa la buena imagen del hospital o centro al cual ha sido derivado, considerando que ahí si está disponible el equipo que necesita para mejorar su salud, aunque talvez no acudió a éste en primera instancia, debido al precio, referencias o algún otro factor.

En otros casos, puede ocurrir, que el equipo debe ser muy especializado, y solo se encuentre en ciertos lugares destinados a realizar ciertos tipos de mediciones u operaciones, como es el caso de centros de diagnóstico por imágenes. Así, notamos que dependerá de la naturaleza y giro que pueda tomar la enfermedad del paciente durante su diagnóstico y curación. En estos casos, los miembros sugieren que se aminore cualquier molestia o incomodidad causada por la imperiosa necesidad de movilizarse hacia el otro centro y luego regresar. Los usuarios tienen la creencia, de que, en la mayoría de casos, a mayor gravedad de la enfermedad o cuando ésta no es común, se necesitará de equipos que al mismo tiempo, no son de fácil disponibilidad. Esto aminora su posible incomodidad al tener que trasladarse.

Sin embargo, cambia el escenario, cuando el equipo necesario se encuentra dentro del centro, pero no se encuentra en funcionamiento, por avería o reparación. Esto les irrita de gran manera, según comentarios que se pudieron apreciar durante los grupos focales. Cuestionan la administración del hospital, tildándola de incompetente, burocrática o simplemente

descuidada. También les molesta más, el hecho de que los equipos, sean de algún modo, "ya conocidos" o "comunes", dentro de su nivel de conocimiento (ejemplo, equipos para radiografías - rayos X). Según ellos, éstos tienen que estar siempre funcionando al servicio del paciente.

3.5.8. Adecuaciones físicas

Para el funcionamiento de un centro hospitalario es necesario un buen funcionamiento y aprovisionamiento de los servicios básicos, como son el agua, energía eléctrica y alcantarillado. Se necesita agua como insumo para lograr la limpieza de los instrumentos, de las propias instalaciones, aseo de los usuarios así como la preparación de la comida a pacientes y personal. El continuo flujo de energía eléctrica, es crítica para el funcionamiento de ciertos equipos que por su naturaleza y propósito no pueden dejar de funcionar como es el caso de los respiradores en el área de cuidados intensivos. Además, se depende también durante una intervención quirúrgica, para el moderno instrumental que se usa actualmente. Así también, aunque no tan crítico, pero relevante para el usuario, es el nivel de iluminación que existe en los pasillos, salas o habitaciones, también de la posibilidad de contar con ella, para el uso de aparatos eléctricos, sean radios, televisores, etc. Un sistema de alcantarillado y correcta forma de disponer de los desechos por parte del centro hospitalario, es necesario para

cuidar no solo la higiene y salubridad de sus instalaciones, así también para evitar molestias como malos olores, y posibles enfermedades para las personas que habitan en la cercanía así como para el personal que labora ahí.

El correcto abastecimiento y aprovisionamiento del líquido vital, vías de drenaje para el alcantarillado, y facilidades de disposición de desechos médicos influirán de manera positiva en la capacidad de brindar limpieza e higiene a sus usuarios. Este uno de los puntos importantes que se discutieron durante todos los grupos, la limpieza del centro hospitalario. Además, se cree que otro agente responsable de la misma, es la administración que controla y gestiona el trabajo del personal de limpieza. Aquí, van a entrar en juego, el suministro y control de equipos de limpieza (escobas, trapeadores, detergente, paños, etc) así como la inspección del trabajo realizado por el correspondiente personal de apoyo. Se tienen entonces tres factores que van a influir en la limpieza; servicios básicos, instrumental y personal de limpieza. El usuario se puede dar cuenta fácilmente cuando "se va el agua", al utilizar la batería de baños. De persistir este inconveniente, los resultados serán inmediatamente percibidos, por el mal olor y descuido en la limpieza de inodoros, y pisos.

Nos dimos cuenta que la mayoría de mínimas facilidades para protección de inclemencias del clima, están cubiertas, con ciertas excepciones que pueden afectar a otros elementos (personal, suministros, etc). En el caso de la impermeabilidad de los techos y paredes, la humedad causará un acelerado deterioro de instrumental o equipos médicos. También se pudo apreciar de manera directa (visitas a los centros hospitalarios) y por los comentarios del nivel de limpieza de los pisos, una considerable cantidad de polvo en las instalaciones públicas y en el Hospital Luis Vernaza. Esto además de la falta de acondicionamiento, como falta de celosías y cortinas de aire, disminuye el nivel de asepsia que debería existir, para cuidar de enfermedades virales a los pacientes ingresados, visitantes y personal. Si existe sin embargo, un cuidado adicional, en cuanto el ingreso a ciertas áreas por parte de particulares, cerca de los quirófanos o cuidados intensivos.

Son importantes también las correspondientes vías de acceso para que sea posible el llegar al centro hospitalario sin complicaciones, que puedan causar demoras o molestias. Las adecuaciones en las inmediaciones, como son rampas, escaleras, descansos, sillas en salas de espera, son importantes para la comodidad del usuario de los servicios hospitalarios. El estado de las mismas, así como la falta de ellas (sillas y rampas) les da una mala imagen, hace sentir incómodos e influye en su estado de ánimo y disposición hacia el servicio que van a recibir. Consideramos tiene mucho que ver, el clima de la

ciudad, el cual es la mayor parte del tiempo, caluroso y húmedo. Así, un ambiente que no esté debidamente ventilado o protegido del sol, será de mayor molestia que en lugares con otro tipo de clima.

En lo que respecta a los quirófanos se espera que éstos más de estar bien equipados (por la falta de conocimiento para evaluar esto) se busca que tengan asepsia y pulcritud. Siguiendo en el cuidado de limpieza, están las habitaciones o salas, más que todo en los pisos y las camas. De igual manera el usuario considera muy importante las referencias del estado de los quirófanos, por comentarios de los médicos, así como experiencias de familiares y amigos. El número de intervenciones y su complejidad también es relevante en su percepción de los quirófanos del centro hospitalario. En el caso del hospital Luis Vernaza, dicen los usuarios, el saber que tanto los pacientes del pensionado (que pagan más) y los de las salas generales, se los opera en los mismos quirófanos. Esto hace que se forme la idea, de que deben ser de buen nivel y debidamente preparados.

Otro factor importante en cuanto a las camas, es su disponibilidad. Al usuario no le interesa el número de camas con que cuente un hospital, sino el hecho de que él pueda acceder a una, cuando lo necesite y no tenga que esperar para esto. En la mayoría de casos, esto se da en internación, aunque también existen situaciones en que faltan camas en el área de emergencia.



El paciente debe ser transferido a otro hospital por que no hay facilidad para poder quedarse bajo observación luego de haberlo tratado. Este traslado puede ser traumático para el paciente, así como causar molestias para sus familiares.

Como último punto, relevante en cuanto a las instalaciones, es el nivel de privacidad que se puede obtener en ellas. Son muchos los miembros, que relataron historias, en que se vieron incomodados por la falta de privacidad en las instalaciones. Para las personas de medio, y bajo N.S.E, que han estado en salas generales, o compartiendo habitaciones, consideran que faltan biombos, cortinas u otra división provisional, para obtener un descanso con privacidad. Durante ciertas consultas externas o chequeos médicos, existe también falta de privacidad para cambiarse de ropa o durante el diagnóstico del especialista. El ruido también los incomoda y al mismo tiempo lo sienten como que están privándolos de privacidad. Para los usuarios, que han tenido que aguardar en las salas de espera, indicaron también una falta de privacidad, en el sentido de que todo está muy junto o a la vista de los presentes, teniendo que observar escenas que pudieron afectar su sensibilidad (como pacientes que llegan a emergencia con heridas graves, sangre, personas agonizando, etc). En el caso de usuarios de N.S.E altos, consideraron que en repetidas ocasiones, un excesivo nivel de ruido causado por otros pacientes en habitaciones contiguas, les produjo malestar.

3.5.9. Factores homogéneos por área de atención

Los resultados obtenidos de los grupos focales se clasificaron de acuerdo a las áreas relevantes de atención antes mencionadas, así como sus elementos descritos.

A continuación podemos observar los factores homogéneos por cada una de las tres áreas de atención analizadas.

3.5.9.1. Área de Consulta Externa



CIB-ESPOL

En el cuadro 3.4 podemos ver los factores para el área de consulta externa. Aquí podemos observar que los factores importantes para determinar la calidad para dos elementos, corresponden únicamente a características relacionadas con el personal así como los suministros médicos.

En lo que respecta a el personal éste debe tener un buen trato con el paciente además de mantener un orden en la atención. Así también se debe tener el debido cuidado con la limpieza de las batas y sábanas que utilicen los usuarios durante cada consulta médica.

CUADRO 3.4 CUADRO DE FACTORES GENERALES EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA EN TODOS LOS N.S.E

AREA DE SERVICIO: CONSULTA EXTERNA	
ELEMENTO	FACTORES
Personal	Atención humana por parte del personal médico Atención sin preferencias Capacitación del personal en cuanto al trato Profesionalismo del personal médico Orden en los turnos de atención Tiempo de espera
Suministros médicos	Cuidado con la limpieza de sábanas, toallas y batas

Fuente y elaboración: Datos obtenidos por autores en grupos focales

3.5.9.2. Área de Internación

Para el área de internación se encontraron más factores homogéneos que se relacionan con el personal, suministros médicos y adecuaciones físicas (cuadro 3.5, en la siguiente página). En el elemento de personal es donde encontramos la mayor cantidad de factores a considerar para calificar la calidad de la atención hospitalaria. Así tenemos que la cantidad de trámites y

que la disponibilidad de atención son importantes, así también otros factores antes mencionados para el área de consulta externa. En lo que respecta a los suministros tenemos a la disponibilidad de equipos, así como un cuidado en la alimentación. Por último en el tema de adecuaciones físicas, éstas deben estar limpias y brindar un ambiente agradable.

CUADRO 3.5 CUADRO DE FACTORES HOMOGÉNEOS EN EL ÁREA DE INTERNACIÓN

<i>AREA DE SERVICIO: INTERNACION</i>	
ELEMENTO	FACTORES
Personal	Capacitación del personal en cuanto al trato
	Atención de sugerencias
	Disminución de trámites
	Disponibilidad de atención en cualquier momento
	Atención humana por parte del personal de enfermería
	Profesionalismo del personal médico
	Puntualidad de los médicos
	Atención sin preferencias
Suministros médicos	Cuidado con la comida durante internación
	Cuidado con la limpieza de sábanas, toallas y batas
	Disponibilidad de equipos médicos
Adecuaciones físicas	Cuidado con la limpieza de las instalaciones
	Ambiente agradable

Fuente y elaboración: Datos obtenidos por autores en grupos focales

3.5.9.3. Área de Emergencias

En lo que respecta al área de emergencias encontramos los siguientes factores expuestos en la cuadro 3.6.

CUADRO 3.6 CUADRO DE FACTORES HOMOGÉNEOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS

AREA DE SERVICIO: EMERGENCIAS	
ELEMENTO	FACTORES
<i>Personal</i>	Capacitación del personal en cuanto al trato Agilidad en la atención Atención humana por parte del personal médico Profesionalismo del personal médico Atención sin preferencias
<i>Suministros médicos</i>	Disponibilidad de equipos médicos



CIB-ESPOL

Fuente y elaboración: Datos obtenidos por autores en grupos focales

Aquí tenemos varios factores relevantes con el personal, al igual que en las áreas, y también los suministros médicos. Es importante para los usuarios la agilidad mostrada, además de un buen trato sin preferencias. También es

relevante, la disponibilidad de los equipos necesarios para atender cualquier tipo de situación que se presentase.

3.5.10. Factores Heterogéneos por área de atención

Luego de presentar los factores homogéneos determinantes para percibir y calificar el nivel de calidad de atención hospitalaria, procedemos a detallar aquellos de tipo heterogéneo respecto a cada nivel socioeconómico.

3.5.10.1. Consulta externa

En el área de consulta externa encontramos diversos factores para los elementos de personal, recetas y adecuaciones, detallados en el cuadro 3.5 (página siguiente). También encontramos que el factor económico es un factor relevante para ambos extremos de la pirámide socioeconómica. Para el nivel alto, el nivel de profesionalismo percibido en las farmacias es importante, mientras que al parecer para los niveles bajos (D y E) es importante el que la enfermera sepa manejar los turnos de atención. Mientras que para el nivel bajo, se le hace difícil el encontrar los medicamentos necesarios, para el nivel alto, le es de interés el precio de las mismas (encuentra lo recetado, más no parece estar de acuerdo con sus precios).

En lo referente a las adecuaciones físicas, al nivel medio le interesa que tengan buena iluminación, mientras que para el nivel bajo, se enfoca en la comodidad de las salas de espera. Además solo para el nivel bajo se presentó la consideración de la ubicación del hospital.

CUADRO 3.7 CUADRO DE FACTORES HETEROGÉNEOS EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

ELEMENTO	FACTORES POR N.S.E				
	A	B	C	D	E
<i>Personal</i>	Profesionalismo del personal de atención en farmacias		Puntualidad de los médicos	Disponibilidad de atención en consulta externa Eficiencia de las enfermeras para organizar turnos de atención	
<i>Recetas</i>	Precios de recetas			Disponibilidad de medicamentos	
<i>Adecuaciones Físicas</i>	Instalaciones iluminadas			Salas de espera confortables Ubicación del hospital	
<i>Otras consideraciones</i>	Precios consulta externa	Nivel de precios	Información de posibles ayudas económicas		

Fuente y elaboración: Datos obtenidos por autores en grupos focales

3.5.10.2. Área de internación

Dentro del área de internación encontramos más factores a considerar dentro del personal (cuadro 3.8). Para el nivel alto les es importante el tener buenas referencias del centro hospitalario donde se van a internar, por parte de su médico de cabecera. Además les es grato el recibir una cordial atención al momento de ingresar. Para el nivel medio alto se analizaron varios factores referentes a la interacción y forma de comportamiento por parte de las enfermeras. Para el nivel bajo la comunicación que se da entre el médico y el paciente es lo importante además de un buen sistema de registros.

En lo relacionado a las adecuaciones físicas la comodidad de las habitaciones es importante para el nivel alto, así como el disponer de servicios adicionales como facilidad de parqueo y teléfonos. La privacidad es algo relevante para el nivel medio. Por otro lado se nota una deficiencia en la disponibilidad de camas, o lo que se tenga que esperar por esta razón para el nivel bajo.

Otras consideraciones que se pudieron analizar que dependían del N.S.E del grupo focal, fueron las relacionadas a precios.

CUADRO 3.8 FACTORES EN EL ÁREA DE INTERNACIÓN POR CADA N.S.E

AREA DE SERVICIO: INTERNACIÓN					
ELEMENTO	FACTORES POR N.S.E				
	A	B	C	D	E
<i>Personal</i>	Referencias sobre el doctor	Interacción enfermera-doctor			Comunicación médico - paciente
	Buena atención al ingresar	Mejoras en el área administrativa			Sistema de registro de pacientes
	Profesionalismo de personal de atención en farmacias	Trato amable de enfermeras			
		Capacitación humana de las enfermeras			
<i>Recetas</i>	Precios de recetas				Disponibilidad de medicamentos
<i>Adecuaciones Físicas</i>	Habitaciones cómodas		Instalaciones iluminadas		Ubicación del hospital
	Servicios adicionales (parqueos, teléfono, etc.)		Privacidad en habitaciones		Disponibilidad de camas para internarse



Fuente y elaboración: Datos obtenidos por autores en grupos focales

CUADRO 3.8 (CONT.) FACTORES EN EL ÁREA DE INTERNACIÓN POR CADA N.S.E

AREA DE SERVICIO: INTERNACIÓN					
ELEMENTO	FACTORES POR N.S.E				
	A	B	C	D	E
<i>Otras consideraciones</i>	Nivel de precios de internación				Información de posibles ayudas económicas
	Estar informado sobre precios y tarifas				Facilidad de ingreso de alimentos al hospital
	Referencias del hospital por el doctor				Robo de objetos personales
	Referencias del hospital por amigos y familiares				
	Flexibilidad en horarios de visitas		Flexibilidad en horarios de visitas		

Fuente y elaboración: Datos obtenidos por autores en grupos focales

Para el nivel bajo, le interesa el estar informado de posibles ayudas económicas (ver cuadro 3.8 página anterior), mientras que para el nivel alto exige el saber sobre el saldo y cambios en su factura a pagar por los servicios recibidos.

Notamos además que es de interés la flexibilidad de los horarios de visitas para el nivel medio así como el alto.

3.5.10.3. Área de Emergencias

En la siguiente página, podemos apreciar en el cuadro 3.6 que para el área de emergencias, se tienen factores heterogéneos con respecto al personal solamente en los niveles altos. Siendo importante el nivel de capacitación del personal médico, tanto humana como profesional. Así también el que la atención esté disponible cuando se lo solicite. Se vuelve a tratar el tema de las recetas, de igual manera dos consideraciones distintas, para el nivel bajo y el alto. La disponibilidad para el primer grupo, y su precio para el último. En lo relacionado a las adecuaciones físicas, la características de las mismas es importante para el nivel alto, mientras que la ubicación del centro hospitalario vuelve a tomar prioridad para el nivel bajo. El nivel de precios en cuanto a

servicios de emergencia lo ha considerado relevante el N.S.E medio alto, mientras que para el nivel bajo, considera importante el poder recibir asistencia económica al momento de requerir atención de emergencia.



CIB-ESPOL

CUADRO 3.9 CUADRO DE FACTORES HETEROGÉNEOS EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS

AREA DE SERVICIO: EMERGENCIAS					
ELEMENTO	FACTORES POR N.S.E				
	A	B	C	D	E
<i>Personal</i>	Capacitación profesional	Capacitación humana de las enfermeras.			
	Profesionalismo del personal de atención en farmacias	Trato amable de enfermeras			
		Disponibilidad de atención			
<i>Recetas</i>	Precios de recetas				Disponibilidad de medicamentos
<i>Adecuaciones Físicas</i>	Adecuación de las instalaciones				Ubicación del hospital
<i>Otras consideraciones</i>	Nivel de precios				Ayuda económica para recibir atención de emergencia

Fuente y elaboración: Datos obtenidos por autores en grupos focales

3.6. Encuestas

Luego de haber obtenido los datos cualitativos mediante las sesiones de grupo o grupos focales y las entrevistas a profundidad realizadas a personal médico y enfermeras, se ha considerado necesario verificar la información obtenida, haciendo una encuesta de cuantificación de los resultados de los dos métodos anteriores.

Para realizar esta encuesta nos basamos en el muestreo estratificado por niveles socioeconómicos, ya que, el fin de la misma es cuantificar el nivel de importancia de los factores para cada uno de los niveles socioeconómicos e identificar los homogéneos para realizar la medición de calidad en los centros hospitalarios.

3.6.1. Metodología

Tipo de Datos: Investigación Cuantitativa

Estudio: Descriptivo

Herramienta: Encuestas, con un esquema de contenido orientado según factores más preponderantes para cada nivel socioeconómico obtenidos en los grupos focales y entrevistas a profundidad.

Universo: La población del estudio es finita y está constituida por el total de pacientes que han egresado de la internación en cada uno de los ocho hospitales seleccionados del estudio.

Tamaño de la muestra: Se realizará un muestreo estratificado en el que cada estrato corresponderá a un nivel socioeconómico.

Número de Estratos: 5 estratos

Estrato 1 NSE A

Estrato 2 NSE B

Estrato 3 NSE C

Estrato 4 NSE D

Estrato 5 NSE E



Áreas: Hospitalización y emergencia en cada uno de los ocho hospitales.

3.6.2. Plan de Observación

Técnica: Directa

Instrumento: formulario o encuestas para el usuario externo que nos lleve a medir la calidad sentida.

Tiempo: El estudio de investigación se realizó en un periodo de 4 meses partiendo de la planificación.

El proceso de recolección de datos, se llevó a cabo en 2 semanas desde la preparación de la encuesta hasta el análisis de los datos.

Se estima conveniente encuestas a los pacientes hospitalizados en el momento de su egreso.

3.6.3. Cálculo de la muestra

Para el cálculo de la muestra estratificada consideramos la siguiente fórmula:

$$\eta = \frac{\kappa^2}{\varepsilon^2} \cdot \sum (p \cdot \sigma^2)$$

Donde: η = tamaño de muestra total

κ = nivel de confianza

p = proporción del estrato

σ^2 = varianza

ε = error

Consideramos un promedio de estada de 7 días, es decir, el promedio de tiempo de internación en los ocho hospitales y sacamos el número promedio de pacientes atendidos en 7 días. Se tomó también en consideración el porcentaje existente de cada nivel socioeconómico en la ciudad de Guayaquil (tal como se muestra en el Capítulo 2), para luego obtener las proporciones de muestra para cada NSE.

Consideramos los siguientes datos para el cálculo de la muestra:

Tamaño del Universo	3486
Error	0.05
Varianza	0.50
Nivel de confianza para $\alpha=0.95$	1.96

Proporciones de estratos:

NSE A 18%

NSE B 3%

NSE C 24%

NSE D 13%

NSE E 42%

Tamaño de la muestra: 384 usuarios

Muestra por estratos:

Nivel A 69

Nivel B 12

Nivel C 92

Nivel D 50

Nivel E 161



CIB-ESPOL

3.6.4. Temario para las encuestas

El temario de las encuestas se formuló con las variables obtenidas en los grupos focales y entrevistas a profundidad, utilizando una escala de 1 a 5 para la evaluación de las mismas, tal como se muestra en el **Anexo 5**.

Además, se elaboró 3 temarios diferentes, separando niveles socioeconómicos altos, medios y bajos. Los niveles intermedios B y D se agruparon con los niveles A y E respectivamente, por tener similitud con los resultados de los mismos y por ser un número muy reducido de opciones

para el cuestionario, es decir, al analizar los resultados cualitativos existían pocas variables proporcionadas por estos niveles, por lo que resulta innecesario realizar una encuesta para cada uno.

3.6.5. Criterio de tabulación

Para la tabulación de los resultados de las encuestas consideramos que, para determinar un factor como homogéneo, debía tener como resultado una calificación promedio entre 4 y 5, de lo contrario se consideraría heterogéneo.

Luego de realizar las tabulaciones respectivas se llegó a los resultados descritos a continuación para cada uno de los elementos antes considerados.

3.6.6. Resultados de factores homogéneos

Como se puede apreciar en el cuadro 3.10 se obtuvieron puntuaciones altas de relevancia para los factores homogéneos. Se detallan en tres grupos, siendo la disponibilidad de atención y el trato (humano y capacitación) los que obtuvieron los más altos puntajes en lo que al elemento personal se refiere. También se aprecia un alto interés por ambientes agradables y que exista los equipos necesarios.

CUADRO 3.10 NIVEL DE RELEVANCIA DE FACTORES HOMOGÉNEOS

Factor	Calificación promedio
Personal	
Disponibilidad de atención	4.9
Atención humanitaria	4.8
Capacitación en el trato	4.8
Atención sin preferencias	4.7
Profesionalismo del personal	4.6
Disminución de trámites	4.6
Atención a sugerencias	4.5
Puntualidad de médicos	4.3
Adecuaciones físicas	
Ambiente agradable	4.7
Limpieza de habitaciones	4.3
Suministros médicos	
Disponibilidad de equipos	4.5
Limpieza de sábanas y batas	4.5
Cuidado con la comida	4.1

Fuente y elaboración: Encuestas realizadas por los autores

3.6.7. Resultados de factores heterogéneos

A continuación se presentan los resultados para los factores heterogéneos según cada clase socioeconómica. En el cuadro 3.11 se listan las puntuaciones promedio para la clase alta. Podemos observar que los factores más importantes son los relacionados con las referencias tanto del médico como del centro hospitalario. En menor nivel de importancia se

considera el conocer sobre el saldo del servicio y tarifas así como las referencias sobre el hospital por el médico. Los demás factores han recibido una puntuación baja, que representa el que sean considerados poco o nada importantes.

CUADRO 3.11 NIVEL DE RELEVANCIA DE FACTORES DE INTERÉS PARA CLASE ALTA

Factores	Puntuación Promedio
Referencias sobre el médico	3.50
Referencias del hospital por amigos y familiares	3.20
Información sobre precios y tarifas	2.30
Referencias del hospital por el doctor	2.10
Precios de internación	1.80
Profesionalismo de atención en farmacias	1.40
Buena atención al ingresar	1.10
Precios de recetas	1.08
Servicios adicionales (parqueos, teléfono, etc)	1.07
Flexibilidad en horarios de visitas	1.07
Comodidad de habitaciones	1.05

Fuente y elaboración: Encuestas realizadas por los autores



Para el grupo socioeconómico medio alto, los resultados de sus factores resultaron todos bajos en su nivel de relevancia (cuadro 3.12). La clase

media alta considera que estos cinco factores son poco importantes o nada importantes.

CUADRO 3.12 NIVEL DE RELEVANCIA DE FACTORES DE INTERÉS PARA CLASE MEDIA ALTA

Variable	Puntuación promedio
Mejoras en el área administrativa	2.05
Nivel de precios	2.04
Capacitación humana de enfermeras	1.02
Trato amable de enfermeras	1.02
Interacción enfermera-médico	1.02

Fuente y elaboración: Encuestas realizadas por los autores

Algo similar ocurrió para la clase media (cuadro 3.13), donde los tres factores recibieron una puntuación promedio cercana a uno, lo que significa que son nada importantes para ellos. No se obtuvieron factores heterogéneos para la clase media baja.

Si bien para la clase baja se obtuvo un mayor número de factores heterogéneos, solo tres de ellos están por encima de los dos puntos.

CUADRO 3.13 NIVEL DE RELEVANCIA DE FACTORES DE INTERÉS PARA CLASE MEDIA

Variable	Puntuación promedio
Instalaciones iluminadas	1.4
Privacidad en habitaciones	1.2
Flexibilidad en horarios de visitas	1.1

Fuente y elaboración: Encuestas realizadas por los autores

Consideran así un poco importante, el sistema de registros, el conocer sobre ayudas económicas y que les sea fácil ingresar sus propios alimentos al hospital. Los demás factores están por debajo de los dos puntos, siendo el menos relevante la disponibilidad de medicamentos dentro del hospital (cuadro 3.14).

CUADRO 3.14 NIVEL DE RELEVANCIA DE FACTORES DE INTERÉS PARA CLASE BAJA

Variable	Puntuación promedio
Sistema de registro de pacientes	2.1
Información sobre posibles ayudas económicas	2.1
Facilidad de ingreso de alimentos al hospital	2.0
Robo de objetos personales	1.9
Ubicación del hospital	1.8
Disponibilidad de camas para internarse	1.5
Disponibilidad de medicamentos	1.3
Comunicación médico-paciente	1.4

Fuente y elaboración: Encuestas realizadas por los autores



En conclusión los factores homogéneos obtenidos son los mismos que se identificaron en los grupos focales, ya que, estos obtuvieron una puntuación superior a 4, mientras que los factores heterogéneos obtuvieron puntuaciones altas para cada uno de sus niveles pero al promediar la calificación entre todas las encuestas, se llegó a calificaciones menores a 4.

Los datos obtenidos en esta encuesta de cuantificación nos servirán para la realización de la medición de calidad en el siguiente capítulo, tomando en cuenta únicamente los factores homogéneos, ya que, el fin de la misma es

evaluar la calidad de los servicios brindados en cada uno de los ocho centros hospitalarios del estudio.

CAPÍTULO 4

4. MEDICIÓN DE CALIDAD

4.1. Introducción

En el presente capítulo se presentará nuestro trabajo de medición de calidad para los centros hospitalarios seleccionados. Como objetivo general se demostrará el uso de los factores que se determinaron y expusieron en el capítulo anterior. Específicamente se busca el poder analizar el nivel de calidad y la percepción existente de los usuarios de servicios hospitalarios en la actualidad.

Para el desarrollo de este capítulo, se partió de la investigación y posterior análisis de los datos adquiridos en el estudio de campo (Capítulo 3).

Adicionalmente se consideraron los lineamientos sobre calidad existentes para servicios así como otros estudios publicados en el área de calidad.

Se estructuró la metodología de investigación de un nuevo estudio basándose en el uso de un cuestionario. El mismo que se construyó sobre los factores homogéneos para determinar la calidad en el área de internación. Al final se procederá a tabularlos gracias a la ayuda de un programa de calidad. Los resultados obtenidos del mismo, permitirán mostrar y analizar los niveles percibidos de calidad y efectuar comparaciones y distinciones relevantes para nuestras conclusiones.

4.2. Marco Teórico

4.2.1. Definición de calidad

Para que exista un debido control de calidad, Kaoru Ishikawa²⁷, aconseja importante la interpretación que se le dé a la palabra "calidad". Según su interpretación, al hablar de calidad cita no solo al producto (interpretación más estrecha), sino también al **servicio**, como a todas las facetas de producción o gestión dentro de una organización, así se refiere a calidad en

²⁷ Kaoru Ishikawa, "¿Qué es el Control Total de Calidad?", Grupo Editorial Norma, Pág 41. (209)

los procesos, personal, objetivos, etc (interpretación más amplia). La definición de control de calidad para el señor Ishikawa es:

“..es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor.”

La Sociedad Americana para el Control de Calidad define la calidad como:

“ La totalidad de atributos y características de un producto o servicio que sean relevantes en su habilidad para satisfacer necesidades implícitas o declaradas ”²⁸

Algunas otras propuestas, según D. Garvin²⁹, se basan en la creencia de que las definiciones de calidad caen en varias categorías según la perspectiva o ángulos de distintos agentes. Tenemos así la de los usuarios, administradores y las características del propio producto.

Según la perspectiva del usuario, se propone que la calidad depende o se encuentra “en el ojo del observador” o quien la perciba. Estas definiciones se

²⁸ Ross Johnson y William O. Winchell, "Production and Quality (Milwaukee: American Society for Quality Control, 1989), p.2. también Carol Reeves y David Bednar "Defining Quality: Alternatives and Implications", Academy of Management Review , 19, no.3 (1994): 419-445.

²⁹ David A. Garvin, "What Does 'Product Quality' really mean?" Sloan Management Review, 26, no.1 (Fall 1984): 25-43.



orientan más al área de marketing y llegan a comprenderlas más los usuarios finales.

Se entiende así que para identificarlas se deben de basarse en investigaciones de mercado, las cuales ayudan a identificar lo que los consumidores esperan o necesitan. El presente estudio toma ésta perspectiva y toma esta definición. Por esta razón se hizo un estudio de campo para conocer la opinión del usuario (Capítulo 3). En este capítulo se utilizará otra investigación, para medir la calidad, así también de acuerdo a la perspectiva del usuario.

Siguiendo en un orden de planeación de procesos, se tendría que considerar la perspectiva de las características del propio producto, o en este caso servicio. Las necesidades del usuario, se deben trasladar a atributos del servicio. En relación a los servicios hospitalarios, ya se han dado los atributos (factores) que cada usuario según su nivel socioeconómico espera encontrar en cada área de atención y los detalles de cada una. Es responsabilidad de cada gerente operativo o de área, el revisar que estos estén presentes durante la atención al usuario y se presenten de la mejor manera posible.

Por último, para los administradores de los procesos, así como de gestión, se encargará de que los productos o servicios se produzcan o den de

acuerdo a las especificaciones requeridas. Estos últimos se relacionan más a una definición de calidad que plantee el "hacerlo bien a la primera" y estar dentro de las especificaciones, ya sea de manufactura, costos, políticas de servicio, entre otras.

4.2.2. Calidad de Servicios

La calidad de servicios es más difícil de medir que la calidad de productos manufacturados³⁰.

Sin embargo, generalmente el usuario de un servicio tiene unos cuantos atributos en mente como base de comparación entre alternativas. La falta de un atributo puede eliminar alguna empresa de servicio de entre su consideración.

La calidad también puede ser percibida como un conjunto de atributos en las cuales algunas pocas características son superiores que las de sus competidores.

Consideramos las siguientes tres conclusiones que se obtuvieron de un estudio en base a grupos focales a consumidores de servicios³¹:

³⁰ Adaptado de Robert Murdick, Barry Render, y Roberta Rusell, "Service Operations Management" (Boston: Allyn and Bacon, 1990) pág. 421-422.

1. La percepción de los consumidores sobre la calidad en servicios resulta de la comparación de sus expectativas antes de recibir el servicio y la experiencia real con el servicio.
2. Las percepciones de calidad son derivadas del proceso de servicio tanto como del resultado del mismo.
3. Existen dos tipos de calidad de servicio, la calidad normal y la excepcional.

De acuerdo a la primera conclusión, el usuario juzgará la calidad sobre su criterio de que el servicio recibido estuvo de acuerdo a lo que esperaba recibir. Según varias entrevistas realizadas a administradores de servicios, éstos sugieren que se puede medir la calidad en servicios, al determinar que tan efectivamente un servicio puede cerrar la brecha entre lo esperado y lo que se recibió en realidad³². Basándose en este lineamiento se investigó primero cuáles eran las expectativas de los usuarios en lo referente a la atención hospitalaria. Como se expondrá más adelante, se procedió a

³¹ L. Berry, V. Zeithaml, y A. Parasuraman, "Quality Counts in Services, Too," Business Horizons (Mayo-Junio 1985) pág. 45-46.

³² Jay Heizer y Barry Render. "Production and Operations Management". Prentice Hall, cuarta edición. Pág 97.

comparar mediante la utilización de una encuesta, la calificación que cada usuario daba sobre el servicio recibido en cada una de estas expectativas.

El punto número dos, habla sobre la manera en que se realiza un servicio y su importancia desde la perspectiva del usuario. Creemos que en nuestro caso, la forma de tratar al usuario mientras se le brinda el servicio, ya sea la forma de dirigirse al paciente; de manera cortés y con buena disposición, además de manera ágil, es importante. Al final, puede llegarse al resultado final del servicio, la cual es lograr la salud del paciente, pero si se percibió que faltó alguna de las características recién expuestas, la percepción de calidad se verá afectada.

El tipo de calidad normal se refiere al nivel de calidad en que el servicio se brinda en situaciones regulares. El otro tipo de calidad, o la excepcional, es con la cual se manejan excepciones o problemas que pueden suceder durante condiciones no óptimas de servicio. Para esto la organización debe estar en capacidad de reconocer estos momentos o situaciones para poder poner en marcha las acciones correspondientes. En muchos de estos casos, se sugiere mayor contacto con el usuario para resolver estos problemas. En el campo de la salud, se lo podría aplicar al nivel de gravedad de cada caso, problemas en la situación económica del paciente, o errores por parte del



CIB-ESPOL

personal que perjudicaron de alguna manera al paciente. La buena relación con el usuario es también importante para mantener el nivel de calidad.

Antes de ingresar en el tema de la medición de la calidad, es importante tomar en cuenta que según extensos estudios a profundidad se ha podido identificar diez atributos generales que determinan la calidad en los servicios (ver Tabla 2). Luego de revisarla, podemos hacer un análisis en paralelo de cada atributo y las consideraciones en cada uno, con el área de los servicios hospitalarios. Muchos de estos temas, ya han sido expuestos anteriormente cuando se realizó la presentación de resultados de las entrevistas a profundidad y grupos focales. Se puede notar, que estos atributos se pueden aplicar para cualquier tipo de servicio, así como para nuestro caso.

El usuario ya ha identificado que busca un personal médico en el cual ha de poder confiar, y tenga la competencia profesional, o conocimientos adecuados. Así también se toma mucho en cuenta qué tan predispuesto está el personal médico y paramédico para prestar la atención, así también se toma en cuenta cuánto se tiene que esperar para terminar el trámite de ingreso o de consulta. El atributo de cortesía, conlleva mucho de las características, que se analizaron y resumieron de los grupos focales, tanto para los médicos como para enfermeras.

TABLA 2 DETERMINANTES DE LA CALIDAD EN SERVICIOS

Confiabilidad.	Involucra la consistencia en su rendimiento y nivel en que se puede depender de algo. Significa que la organización realiza un buen servicio la primera vez, y también cumplir con sus promesas.
Nivel de respuesta.	Trata la predisposición y que tan listos estén los empleados para brindar el servicio. Se relaciona con que el servicio se brinde a tiempo.
Competencia	Significa el poseer de las habilidades requeridas y el conocimiento para realizar un servicio.
Acceso	Se refiere el acercamiento y facilidad de contacto.
Cortesía.	Involucra educación, respeto, consideración y cordialidad por parte del personal (incluyendo recepcionistas, operadores telefónicos, etc).
Comunicación	Significa mantener al usuario informado en un lenguaje que ellos puedan comprender y escucharlos también. Puede significar que la empresa deba ajustarse a los distintos lenguajes de sus clientes – Aumentándolo la sofisticación para los de más preparados y simplificándola para los novatos o de menos conocimientos.
Credibilidad	Involucra ser dignos de la confianza, que lo que comunica la organización sea creíble y el nivel de honestidad. En otras palabras es recordar y tener los mejores intereses del cliente en el corazón de la empresa.
Seguridad	Estar libre de peligro, riesgo o dudas.
Comprensión/ conocimiento del cliente.	Conlleva realizar el esfuerzo de comprender las necesidades de nuestros clientes.
Tangibles	Incluye la evidencia física del servicio.

Fuente: Extraído de A. Parasuraman, Valene A Zeithaml, y Leonard L. Berry, "A conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research," *Journal of Marketing* (Fall 1985). Pág 44.

Elaboración: Traducción autores de tabla realizada por Jay Heizer y Barry Render en "Production and Operations Management" Pág. 95.

También los usuarios expresaron la necesidad de que el médico tenga las debidas habilidades de comunicación, y que le explique los procedimientos así también el que se le escuche en su opinión.

Otras consideraciones que también coinciden con los determinantes expuestos en la tabla 2, es el de la seguridad. De forma primordial, es necesario que el usuario, tanto el paciente como sus familiares, se sientan que al centro hospitalario donde se están haciendo atender, les haga sentir seguros, de que a pesar de cualquier adversidad que conlleve el estado de salud del enfermo, el personal está haciendo lo mejor que puede, y se está de alguna forma recuperando. Además es importante, que los procedimientos o diagnósticos que se den, sean los indicados, y puedan confiar en ellos, que exista de por medio un ambiente de credibilidad.

Creemos que para el caso de los servicios hospitalarios en nuestro medio de estudio, la comprensión de las necesidades de los usuarios, es de mayor preponderancia en la parte económica social. Ya que la mayor proporción de los guayaquileños son personas de bajos recursos, es importante para ellos, que se conozca la precaria situación económica en la que viven y se dé la ayuda necesaria que necesitan. Aquí también, tiene que ver mucho el nivel de acceso que proporcione la administración y los propios personeros de cada centro hospitalario. ¿Qué tan accesibles son los servicios hospitalarios

para el usuario? ¿Qué tan accesibles son los administradores a las sugerencias o problemática del usuario que tiene que regresar otra vez, porque no fue posible atenderlo el día que acudió? ¿Qué tan accesibles son las medicinas y suministros para los usuarios dentro del hospital? Este último cuestionamiento, nos lleva a la parte tangible del servicio hospitalario, los suministros y adecuaciones físicas, antes ya analizadas.

La evidencia física del servicio, en el caso del servicio de atención hospitalario, se puede dar en varios ejemplos. En primer lugar, están la facilidad de conseguir los medicamentos que se receten, así también si se dispone de todos los implementos y suministros para realizar un procedimiento quirúrgico o tratamiento de salud (gasas, suero, yeso, etc). Es fácil darse cuenta, de que el centro hospitalario cuenta o no, con tales suministros para trabajar, así también con los equipos necesarios para diagnosticar o tratar una dolencia. También la disponibilidad de camas, limpieza en los cuartos y salas, como el tener o no, el menaje necesario para convivir dentro del hospital durante una internación, son evidencias físicas del servicio, e influirán en la percepción de la calidad de la atención para el usuario.



CIB-ESPOL

4.2.3. Calidad de Servicios hospitalarios

Según la Organización Mundial de la Salud³³ (O.M.S), la calidad en el área de servicios de salud es un concepto clave actualmente y se puede definir como la suma de los siguientes:

- Un alto nivel de excelencia profesional
- Uso eficiente de los recursos
- Un mínimo de riesgos para el paciente
- Un **alto grado de satisfacción** por parte del paciente
- Impacto final en la salud

De acuerdo al señor Novaes, no queda del todo clara la definición de calidad en esta área, ya que, (según la definición en base a la perspectiva del usuario), ésta significará algo distinto para cada persona y depende en gran medida del criterio de quién la analiza. Así para el usuario, considera características que puede observar, como lo pueden ser "eficiencia, cuidados y eficacia". Para un administrador, se entenderá con objetivos adicionales como mejorar el desempeño, resultados y además reducción de costos.

³³ Humberto de Moraes Novaes "Garantía de la Calidad en Hospitales Infantiles" 1998. Pág 3 (212)

Para el presente estudio, de los criterios expuestos como necesarios para alcanzar la calidad según la O.M.S, nos centraremos en el grado de satisfacción del paciente, ya que está dentro su alcance y capacidad de sus autores. Lo que se relaciona con la siguiente definición de calidad que hace la Organización Panamericana de Salud³⁴:

“Es la **máxima satisfacción** con total seguridad que ofrece la institución por el costo, que no siempre es monetario, que el cliente está dispuesto a asumir. **La calidad la determina el cliente.** “

A continuación presentamos otra definición, en la que también se hace referencia a la satisfacción, además de relacionarla con la parte técnica, que para el caso del servicio médico es de gran relevancia:

“La calidad es la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas”

³⁴ K. Vanormelingen, H. Pineda, F.Salazar, F.Martínez, W.Barriga, W.Estrella, M.Ortega, R. Recalde y C.Freire “Gerencia de Calidad Total en Salud” O.P.S – O.M.S, Pág.25.(310)

Esta definición se basa en el concepto de que dentro de los servicios de salud coexisten dos tipos de calidad³⁵; calidad técnica y calidad sentida. Cada una con un propósito y objetivo distinto.

La **calidad técnica** tiene como objetivo el que se dé el máximo nivel de bienestar al paciente a través de un servicio que se brinde dentro de un proceso de atención que represente un beneficio tanto para la administración como para los pacientes. Para lograr esto último se tiene que considerar la correcta formación técnica y administrativa del personal que forma la institución, desde personal médico, paramédico hasta sus gerentes y directivos.

Por otro lado, para alcanzar la **calidad sentida** se deben de considerar la opinión de los usuarios, ya que se trata de llegar a satisfacerlos de manera razonable de acuerdo a sus necesidades (necesidades sentidas). Su objetivo es el brindar un servicio que contenga calidad técnica de manera cortés y respetuosa en las diversas situaciones en que cada usuario pueda necesitarla. No va de acuerdo a normas o tecnicismos, es de carácter subjetivo.



CIB-ESPOL

³⁵ Gerencia de Calidad Total en Salud. Pág. 5

Para poder lograr un resultado positivo en el campo de la salud, es necesario que estén presentes los dos tipos de calidad. Se debe así, cumplir con las normas técnicas y no olvidar las necesidades sentidas de los usuarios. Solo con la puesta en práctica de éstos dos elementos, se podrá alcanzar la calidad total en cada centro hospitalario.

El presente estudio se enfocará en la calidad sentida de la salud. Según expertos en esta rama, se debe buscar aumentar la satisfacción de estas necesidades sentidas. Es importante el notar que es imperioso el conocer primero cuales son las necesidades de los usuarios. Por esta razón se realizó el estudio de campo (ver Capítulo 3) donde se obtuvo como resultado los factores que muestran estas necesidades. Para medir el nivel de calidad sentida que ofrece cada centro hospitalario, se verá la capacidad de cada uno, para satisfacer cada uno de los factores.

Otra perspectiva con la que se puede analizar la calidad es de ser un conjunto integral y polifacético.

4.2.4. Dimensiones de calidad

Los expertos en calidad generalmente reconocen en ella varias dimensiones³⁶ que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Las autoridades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como:

- Competencia Profesional
- Acceso a los servicios
- Satisfacción del cliente
- Eficiencia
- Comodidades

4.2.4.1. Competencia

Se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo.

³⁶ Proyecto de Mejoramiento Continuo en la calidad de Atención en la Unidad Materno Infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo" Dic 1997. Programa de Gerencia de Salud.

La **competencia profesional** se relaciona con las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la relación en término de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad.

La **competencia administrativa** profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas.

4.2.4.2. Acceso a los Servicios

Implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud.

Comprende barreras de índole geográfica, económica, sociales-culturales y organizacionales.

Barreras Geográficas como medios de transporte, la distancia, el tiempo de viaje y otras barreras física que impida al cliente a recibir atención.

Barreras de índole económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes.

Barreras Social y cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos teniendo en cuenta los valores culturales y actitudes locales.

Barreras Organizacionales se refiere a las medidas de organización de los servicios, es conveniente para los clientes; la hora de la atención, sistema de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicio.

4.2.4.3. Satisfacción del cliente

La satisfacción del usuario se refiere a la satisfacción entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud, y entre el equipo de salud y la comunidad.

La buena relación interpersonal contribuye a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dicha relación es lo que produce confianza y credibilidad y se demuestra por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía y la comprensión.



CIB-ESPOL

4.2.4.4. Eficiencia

La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención de salud generalmente son limitados.

Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y comunidad; es decir, proporcionan el mayor beneficio dentro de los recursos con los cuentan.

4.2.4.5. Comodidad

Se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficiencia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro.

Las comodidades son también importantes por que pueden influir en las expectativas que tienen el paciente y la confianza que siente con relación a otros aspectos del servicio o producto. Las comodidades se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad.

4.3. Diseño de investigación

4.3.1. Definición del universo

El universo para nuestro estudio lo conforman los usuarios de servicios hospitalarios que estuvieren dentro del proceso de internación en la ciudad de Guayaquil.



CIB-ESPOL

4.3.2. Definición de la población meta

Nuestra población de estudio la conforman los pacientes internados en los centros hospitalarios seleccionados. Ya que éste número es variable, se tomó como un marco de referencia temporal de una semana. En base a datos recabados y publicados por el INEC, se obtuvieron las cifras anuales, de las cuales se calculó un promedio semanal con el cual trabajar.

La población meta queda conformada como el promedio semanal de pacientes internados en los ocho hospitales seleccionados.

4.3.3. Plan de muestreo

A continuación detallamos las decisiones referentes a la unidad de muestreo, el tamaño calculado de la muestra y el procedimiento de muestreo que se siguió en ésta investigación.

4.3.3.1. Unidad de muestreo

Nuestra unidad de muestreo se conformó por personas que estén en el momento de realizar la entrevista haciendo uso de cualquiera de los servicios hospitalarios en los ocho centros seleccionados del estudio. Ya sea recibiendo una atención para ellos mismos o para uno de sus familiares más cercanos (hijos, padres o cónyuges).

4.3.3.2. Tamaño de la muestra

Para conocer cuantos usuarios se debían de entrevistar con el fin de que la información que se obtenga sea representativa de toda la población meta, se procedió a realizar los siguientes cálculos.

Para determinar el tamaño de la muestra, se debe realizar una encuesta piloto. Con los datos obtenidos de la misma se calculará la media y desviación estándar de los datos, para ser utilizados en la fórmula que se detalla a continuación.

Se tomó el 5% de la población meta para proceder a calcular cuantas entrevistas se debían de realizar durante la prueba piloto. De ésta manera se logró determinar el número total de entrevistados por centro hospitalario (Cuadro 4.1).



CIB-ESPOL

CUADRO 4.1 NÚMERO DE ENCUESTAS PILOTO POR HOSPITAL

Centro	Num. Usuarios
Roberto Gilbert	19
Kennedy	30
K. Alborada	21
Niño	10
L. Vernaza	55
Guayaquil	13
IESS	12
Alcivar	14
Total	174



CIB-ESPOL

Fuente y elaboración: Los autores

La prueba piloto consistiría entonces de ciento setenta y cuatro encuestas realizadas durante el lapso de siete días. Tomando en cuenta el número de usuarios a encuestar por cada centro hospitalario (según el Cuadro 4.1), se procedió a preparar un cronograma para cada día de trabajo, con el fin de buscar distribuirlos de manera uniforme y no concentrada en un día específico por localización. Tratando así de evitar, posibles sesgos en las respuestas, por utilizar opiniones de usuarios en un día determinado de la semana, el mismo que sería seleccionado por conveniencia o juicio del entrevistador.

Como se puede apreciar en el Cuadro 4.2, se distribuyó las encuestas durante toda la semana, buscando tener el mismo porcentaje durante todos

los siete días, el cual se aproxima al 14%. Como segunda consideración, se tuvo el no encuestar a todos los usuarios de un centro hospitalario en un mismo día, si fuese esto posible. Con miras a aprovechar cada día de trabajo en cuanto a los recursos disponibles, se puso como meta el trabajar con mínimo dos centros por día.

CUADRO 4.2 DISTRIBUCIÓN DE ENCUESTAS PILOTO EN LA SEMANA

hospital	# ENCUESTAS EN LA SEMANA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
R. Gilbert	19	7	-	-	6	-	-	6
Kennedy	30	15	-	-	-	15	-	-
K. Alborada	21	11	10	-	-	-	-	-
Niño	10	-	-	-	-	-	10	-
L. Vernaza	55	-	15	18	10	-	12	-
Guayaquil	13	-	13	-	-	-	-	-
IESS	12	-	-	-	-	-	12	-
Alcivar	14	4	-	-	-	-	3	7
TOTAL POR								
DIA	174	26	24	25	24	25	25	25
PORC. DIARIO		15	14	14	14	14	14	14

Fuente y elaboración: Los autores

Para esta encuesta piloto se utilizó el cuestionario que se preparó para este estudio, el cual se explicará más adelante en detalle. Se seleccionó los datos de las respuestas sobre la primera pregunta para obtener así las variables de desviación estándar. Estas variables así como otras constantes a ser

utilizadas en la fórmula 4.1 para la obtención de la muestra se detallan en el cuadro 4.3.

ECUACIÓN 4.1 TAMAÑO DE MUESTRA

$$\text{Tamaño de muestra} = \frac{\sigma^2 \times Z^2}{e^2}$$

Donde:

- σ Desviación estándar
- Z Factor Z de acuerdo al nivel de confianza
- e Nivel de error permitido

CUADRO 4.3 VALORES DE VARIABLES Y CONSTANTES PARA DETERMINAR LA MUESTRA

N	174
Media	3.669
σ Desviación Est.	0.513
σ^2 Varianza	0.263
Nivel de confianza	95%
Z (95%)	1.960
e Error permitido	0.050

Fuente y elaboración: los autores

Al reemplazar las variables obtenidas y utilizar las constantes de confianza y error para el estudio en la ecuación 4.1, obtuvimos el tamaño de la muestra, el que se ilustra en la ecuación 4.2.

ECUACIÓN 4.2 DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{0.263 \times 3.842}{0.0025} = 404.39$$

De esta manera se obtuvo que para el presente estudio se encuestarán a cuatrocientos cuatro usuarios de los diferentes ocho centros hospitalarios seleccionados.



CIB-ESPOL

4.3.3.3. Procedimiento de muestreo

Para determinar como seleccionar a cada entrevistado se siguió un método probabilístico para garantizar la representatividad de los datos a obtenerse. Dentro de las muestras probabilísticas existen varios tipos, como aleatorio simple, aleatorio estratificado así como de grupo. El tipo que se seleccionó es el de grupo o área, por las características de su población.

A diferencia del muestreo aleatorio simple, en el que cualquier miembro de la población tiene una igual y conocida oportunidad de ser elegido, la de tipo estratificado y la de grupo, su población se encuentra dividida en grupos mutuamente excluyentes. En nuestro caso, los grupos serán los usuarios de cada centro hospitalario, teniendo así ocho grupos. Son mutuamente excluyentes ya que el que esté internado en un lugar, no puede recibir atención en otro lugar al mismo tiempo.

La diferencia entre el muestreo aleatorio estratificado, es que aquí se sacan muestras aleatorias para cada grupo, mientras que en el segundo el investigador debe sacar una muestra de los grupos a entrevistar. Se siguió así éste último, basándonos en la muestra obtenida, y tomando en cuenta que se tienen más dos variables para formar los grupos mutuamente excluyentes, el centro hospitalario y el N.S.E del usuario.

Sin embargo, como conocemos que la distribución de N.S.E en la suma de los centros seleccionados tiene representatividad sobre todos los N.S.E (capítulo 2), únicamente se considerarán como grupos, a los ocho conjuntos de usuarios que se atienden en cada centro hospitalario en una semana.

La semana que se seleccionó para efectuar el estudio de investigación, debió ser una de trabajo regular. Se evitó la presencia de eventos externos,

ya sea antes o después de la semana de trabajo, como feriados, paralizaciones, programas de salud, entre otros, que puedan alterar tanto la demanda como la oferta de servicios hospitalarios. Así se buscó una semana típica de atención que resulte representativa.

El instrumento seleccionado recopilar la información primaria en este estudio, es el cuestionario. Se detalla a continuación sus características y consideraciones en su elaboración y posterior utilización.

4.3.4. Elaboración del cuestionario

El cuestionario utilizado es de tipo personal y se elaboró en base a los factores homogéneos que se expusieron al final del capítulo anterior (ver Cuadro 3.7) para poder ser aplicados a una encuesta orientada a todos los niveles socioeconómicos.

CUADRO 4.4 DIMENSIONES DE CALIDAD Y SUS INDICADORES

Dimensión de calidad	Indicador
Competencia Administrativa	Capacitación en trato
	Atención a sugerencias
Competencia Profesional	Disponibilidad de equipos
	Profesionalismo del personal
	Atención sin preferencias
Acceso	Disminución de trámites
	Puntualidad de médicos
	Disponibilidad de atención
Comodidad	Ambiente agradable
	Limpieza de instalaciones
	Limpieza batas y sábanas
Satisfacción	Cuidado con alimentos
	Atención humanitaria

Fuente y elaboración: Los autores



CIB-ESPOL

4.3.4.1. Estratificación de factores

Los factores que se presentaron por cada elemento de atención (personal, suministros, adecuaciones, etc) se estratificaron por varias de las dimensiones de calidad antes explicadas (Cuadro 4.4). Así luego se podrá tabular y analizar la información a obtenerse de acuerdo a estas variables intermedias.

El criterio utilizado para ésta estratificación se basó en las características de cada dimensión de acuerdo a la teoría. Además, gracias a la ayuda del estudio cualitativo previo, se centró en las opiniones de los usuarios y sus inquietudes, las que luego de analizarlas se fueron relacionando con cada dimensión. Esto toma relevancia al momento de especificar temas de índole netamente subjetivo, como la satisfacción. Así también, con respecto a la capacitación y el acceso, se siguieron las consideraciones perspectivas del usuario, en los temas que hacen sentirles a ellos, el nivel de competencia del que lo está atendiendo o administrando la institución.

4.3.4.2. Estructura del cuestionario

El objetivo del cuestionario es lograr captar la opinión de los usuario sobre la calidad de la atención percibida en cada centro hospitalario. Se preguntará sobre los distintos factores y se pedirá dar una calificación con el objetivo de cuantificar su percepción. Un ejemplo del cuestionario se encuentra en el **Anexo 6**.

Para el efecto, se formularon preguntas de tal manera que preguntasen sobre la calificación que daría el usuario a cada uno de los indicadores. Se utilizó una serie de baterías de preguntas de tipo cerradas con opciones a

respuestas categorizadas de valoración. Así el entrevistador lee una escala creciente de tipo ordinal del uno al cinco, de posibles niveles de calificación en cada pregunta.

En la primera parte del cuestionario se presentan preguntas de identificación para luego poder realizar la segmentación correspondiente por nivel socioeconómico y género. Luego de la introducción, mediante una pregunta abierta, el entrevistado debía indagar sobre el domicilio actual del usuario, información que servirá en la tabulación para determinar su N.S.E (según el procedimiento explicado en el capítulo 2). Se asignó un espacio luego donde el entrevistador debía especificar el centro hospitalario donde se estaba realizando la encuesta, así como una pregunta de tipo cerrada dicotómica para especificar el sexo del usuario.

Luego del encabezado antes descrito se listan cada batería de preguntas según la dimensión de calidad. Cada una con su correspondiente escala a su derecha con cuadrículas en donde el entrevistador marcará la respuesta.

4.4. Tabulación de resultados

Una vez realizadas las encuestas utilizando el cuestionario arriba descrito, se procedió a codificar el cuestionario y las posibles respuestas para luego tabularlas.

En lo que respecta a las preguntas de identificación, se codificaron sus resultados para así tabularlas y analizarlas con facilidad. Se revisó las respuestas sobre las direcciones para poder determinar el N.S.E en cada una, y se las tabuló utilizando la letra correspondiente, sea nivel A, B, C, D o E. Cada hospital se identificó con un número secuencial del uno al ocho. Mientras que se indicó con una letra F (femenino) o M (Masculino) el sexo del entrevistado.

Cada una de las 13 preguntas se enumeraron de forma secuencial según aparecen en el cuestionario (**Anexo 6**). Además cada una le correspondía otro número que identificaba la dimensión de calidad (Cuadro 4.4). Así la sexta pregunta “¿Qué tanta agilidad existe para realizar trámites de hospitalización de un paciente?”, que corresponde al indicador “Disminución de trámites”, se le asignó el número 3, de la dimensión “Acceso”.

Cada pregunta podía contener solo cinco posibles respuestas, el nivel percibido de calidad, que utiliza los números ordinales 1,2,...,5. Así se armó una matriz de respuestas en donde cada fila representaba una encuesta, y cada columna una variable, ya sea de identificación (N.S.E, sexo, hospital) o de opinión para cada pregunta (pregunta 1, 2, 3,...,13).



CIB-ESPOL

Terminada la tabulación se procedió a realizar un análisis estadístico univariado de la matriz de datos, útiles para explicar la información obtenida.

4.5. Análisis estadístico

En esta sección se realiza un estudio estadístico univariado de cada una de las características consideradas para el estudio, dedicándonos única y exclusivamente al ordenamiento y tratamiento de la información para su presentación por medio de tablas y de representaciones gráficas, así como de la obtención de algunos estimadores poblacionales útiles para la explicación de la información.

4.5.1. Análisis de variables de identificación

4.5.1.1. Sexo del entrevistado

Con una muestra de 404 entrevistados que han utilizado los servicios hospitalarios, se puede apreciar en el gráfico 1.1 que de cada cien entrevistados 66.1 son mujeres y 33.9 son hombres.

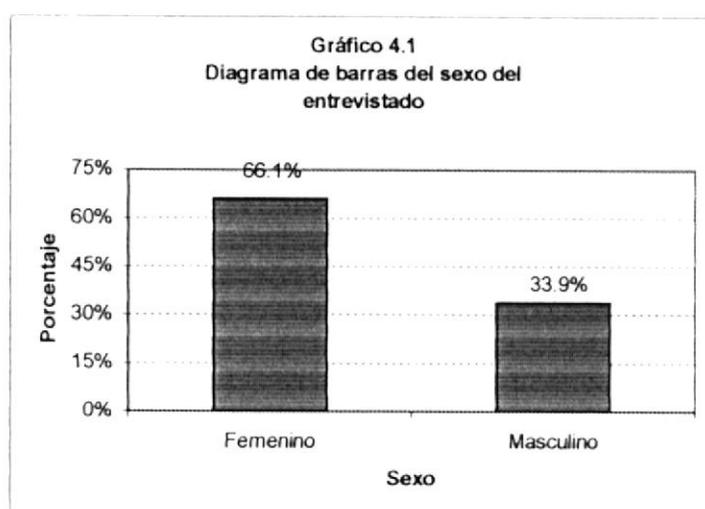
CUADRO 4.5 CUADRO DE FRECUENCIAS DEL SEXO DEL ENTREVISTADO

Sexo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Femenino	267	0.661
Masculino	137	0.339
Total	404	1.00

Fuente: Encuesta de medición de calidad

Elaboración: Los autores

GRÁFICO 4.1 DIAGRAMA DE BARRAS DEL SEXO DEL ENTREVISTADO



Fuente: Encuesta de medición de calidad

Elaboración: Los autores

4.5.1.2. Nivel socio-económico del entrevistado

El nivel socio-económico en este estudio se ha clasificado en 5 categorías con el criterio antes expuesto, donde A es la categoría con mayor nivel socio-

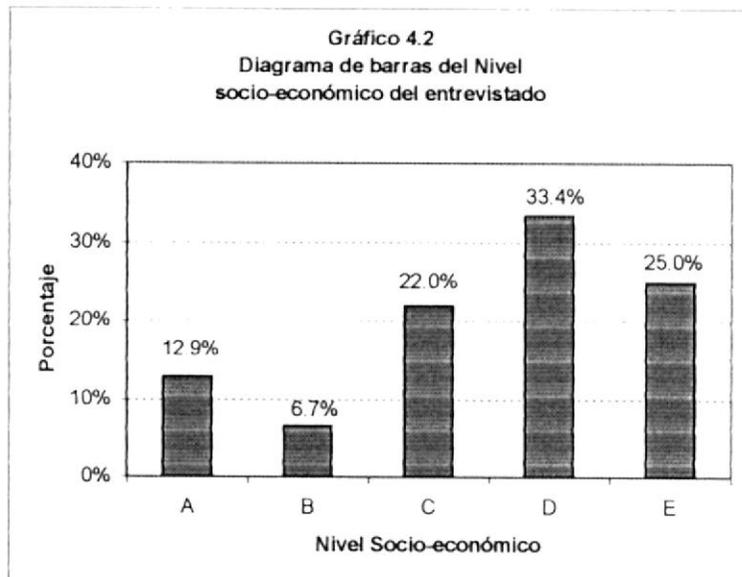
económico y E la de menor nivel. Así tenemos que en el cuadro 1.2, el nivel D tiene el 33.4% de representación, le sigue el nivel E con el 25% y el menor porcentaje es el nivel B con el 6.7%.

CUADRO 4.6 CUADRO DE FRECUENCIAS DEL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO DEL ENTREVISTADO

Nivel Socio-económico	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
A	52	0.129
B	27	0.067
C	89	0.22
D	135	0.334
E	101	0.25
Total	404	1.00

Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

GRÁFICO 4.2 DIAGRAMA DE BARRAS DEL N.S.E DEL ENTREVISTADO

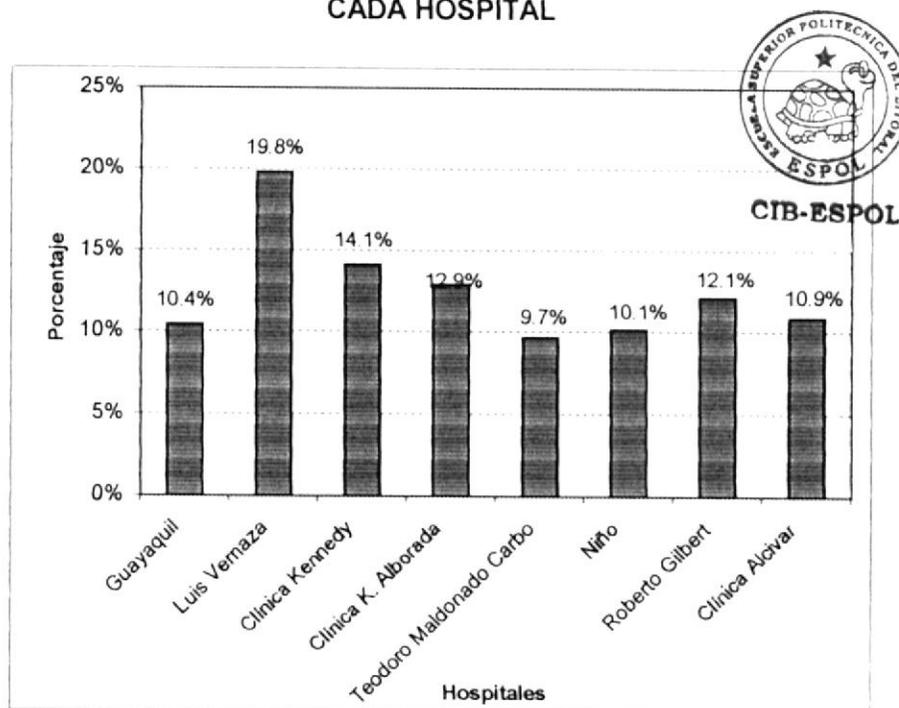


Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

4.5.1.3. Hospital

Después de haber seleccionado los hospitales más representativos de la ciudad de Guayaquil, tenemos en el cuadro 1.3, que el 19.8% de entrevistados fueron atendidos en el Hospital Luis Vernaza, el 14.1% fueron atendidos en la Clínica Kennedy, mientras que el Hospital Teodoro Maldonado Carbo tiene el 9.7% de entrevistados. Éstos y los otros porcentajes pueden apreciarse en el gráfico 4.3, así como en el cuadro de frecuencias 4.7.

GRÁFICO 4.3 DIAGRAMA DE BARRAS DEL NÚMERO DE ENTREVISTADOS EN CADA HOSPITAL



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

CUADRO 4.7 CUADRO DE FRECUENCIAS DEL NÚMERO DE ENTREVISTADOS EN CADA HOSPITAL

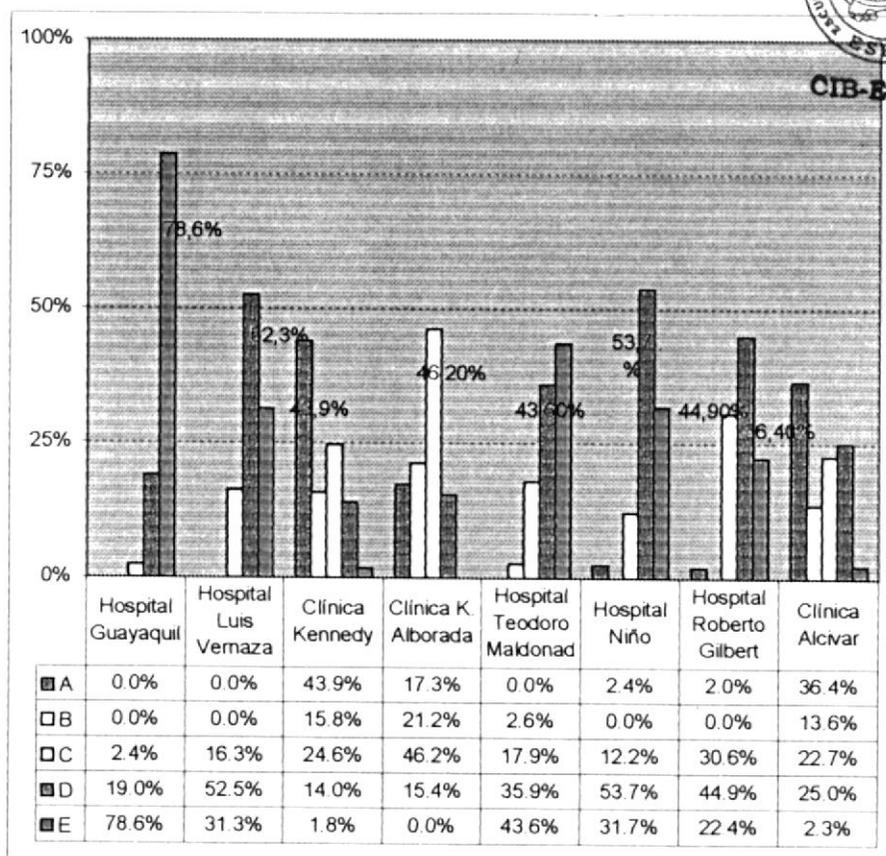
Hospitales	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Hospital Guayaquil	42	0.104
Hospital Luis Vernaza	80	0.198
Clínica Kennedy	57	0.141
Clínica K. Alborada	52	0.129
Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo	39	0.097
Hospital del Niño, Alfredo Icaza Bustamante	41	0.101
Hospital Roberto Gilbert	49	0.121
Clínica Alcivar	44	0.109
Total	404	1.00

Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

4.5.1.4. Nivel socioeconómico por hospital

En el siguiente gráfico se exponen los niveles socio-económicos investigados en cada Hospital, es así que del total de entrevistados en el Hospital de Guayaquil el 78.6% pertenece en el nivel E, el 46.2% de los entrevistados en la Clínica K. Alborada pertenecen al nivel C.

GRÁFICO 4.4 NIVELES SOCIALES EN CADA HOSPITAL



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

4.5.2. Análisis de variables de calidad

4.5.2.1. Personal Médico y Paramédico



CIB-ESPOL

Con esta característica el entrevistado califica el trato recibido por parte del personal médico y paramédico al momento de ser atendido por los mismos.

Se observa en el gráfico 1.4 que el 40.3% calificó con 4 esta característica, el

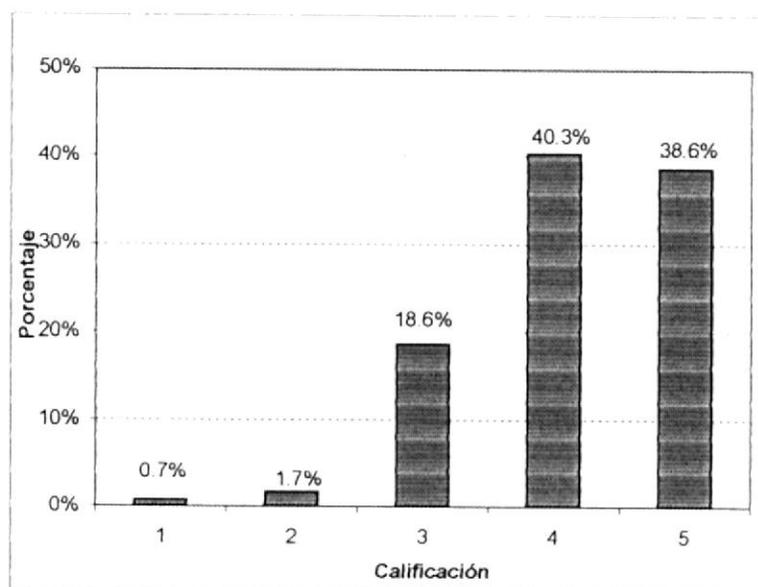
38.6% la calificó con 5, mientras que tan sólo el 0.7% de los entrevistados calificó con 1 el servicio ofrecido.

CUADRO 4.8 CUADRO DE FRECUENCIAS DEL TRATO QUE OFRECE EL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO

Calificación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	3	0.007
2	7	0.017
3	75	0.186
4	163	0.403
5	156	0.386
Total	404	1.00

Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

GRÁFICO 4.5 DIAGRAMA DE BARRAS DEL TRATO DEL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

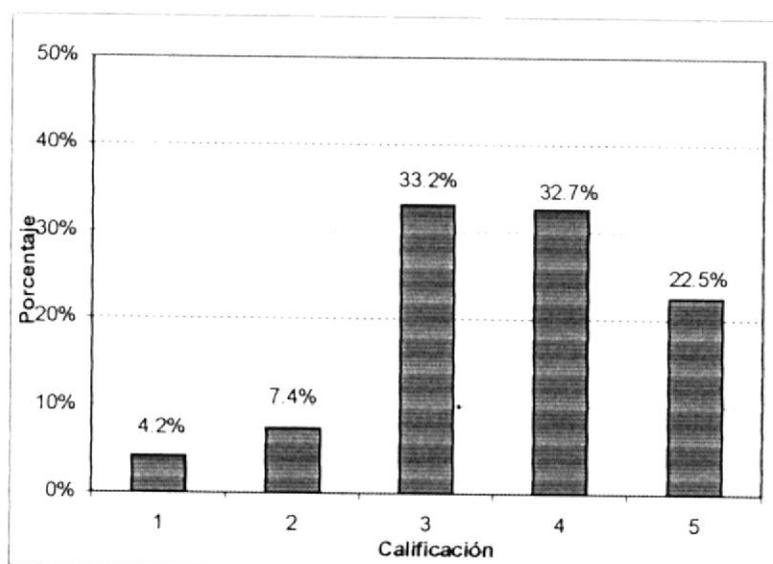
Con respecto a los estimadores poblacionales expuestos en el **Anexo 7**, se tiene que la calificación con mayor frecuencia es el 4, la desviación estándar es 0.83 lo que nos indica que los datos no se encuentran tan dispersos respecto al valor de la media que es 4.14.

El coeficiente de asimetría es negativo lo que significa que los datos se encuentran concentrados hacia la izquierda de la media, esto se puede observar en el gráfico 4.5 (arriba) ; como el coeficiente de kurtosis es mayor que tres, la distribución es leptocúrtica indicando que las observaciones presentan un elevado grado de concentración alrededor de los valores centrales.

4.5.2.2. Atención de sugerencias

Se intenta investigar si las sugerencias dadas por el entrevistado son tomadas en cuenta por la administración del centro médico, el 65.9% de los entrevistados dieron calificaciones entre 3 y 4, el 22.5% dieron la calificación de 5, mientras que el 4.2% de los entrevistados calificaron con 1 atención dada a sus sugerencias.

GRÁFICO 4.6 DIAGRAMA DE BARRAS DE LA ATENCIÓN A SUGERENCIAS



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

CUADRO 4.9 CUADRO DE FRECUENCIAS ATENCIÓN A SUGERENCIAS

Calificación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	17	0.042
2	30	0.074
3	134	0.331
4	132	0.326
5	91	0.225
Total	404	1.00

En el **Anexo 7** podemos apreciar que el valor de la moda es 3, la distribución es asimétrica negativa y como se observa el gráfico 4.6 los datos se encuentran concentrados a la izquierda de la media que es 3, el coeficiente de kurtosis por ser menor que tres, nos indica que existe una reducida concentración de los datos alrededor de los valores centrales, por lo que la distribución se denomina platicúrtica.

4.5.2.3. Equipos médicos

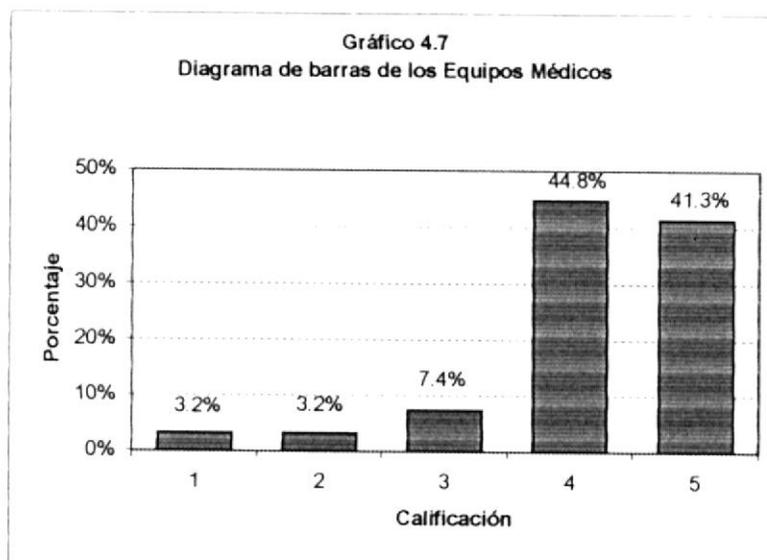
Al analizar la provisión de equipos médicos para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, tenemos que de cada cien entrevistados 44.8 califican con 4 esta característica, el 41.3 entrevistados la califican con 5, mientras que el 6.4% calificó entre 1 y 2.

CUADRO 4.10 CUADRO DE FRECUENCIAS EQUIPOS MÉDICOS

Calificación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	13	0.032
2	13	0.032
3	30	0.074
4	181	0.448
5	167	0.413
Total	404	1.00

Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

GRÁFICO 4.7 DIAGRAMA DE BARRAS DE LOS EQUIPOS MÉDICOS



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

En el **Anexo 7** el valor de la media es 4.1, la moda toma el valor de 4; como el coeficiente de asimetría es negativo, la distribución es asimétrica negativa, es decir, se concentran más valores a la izquierda de media que a su derecha lo que se puede observar en el gráfico 4.7; la distribución es leptocúrtica presentando así un elevado grado de concentración alrededor de los valores centrales.

4.5.2.4. Profesionalismo del personal médico

Se investigó el punto de vista de los entrevistados en cuanto al profesionalismo y competencia del médico que lo atiende, y los resultados se

muestran en el cuadro 4.11 donde aproximadamente el 80% de los entrevistados dio el mayor puntaje que es 5.

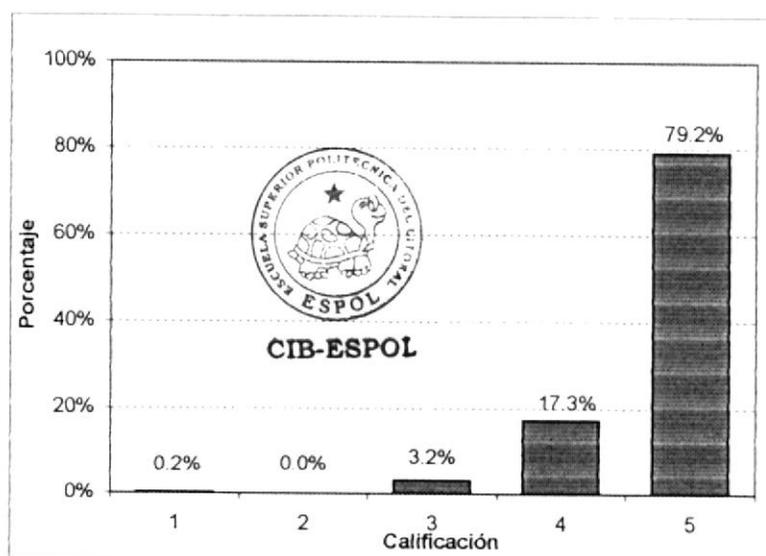
CUADRO 4.11 CUADRO DE FRECUENCIAS PROFESIONALISMO PERSONAL MÉDICO

Calificación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	1	0.003
2	0	0
3	13	0.032
4	70	0.173
5	320	0.792
Total	404	1.00



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

GRÁFICO 4.8 DIAGRAMA DE BARRAS DEL PROFESIONALISMO PERSONAL MÉDICO



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

De los estimadores presentados en el **Anexo 7**, se pueden destacar los valores de la media que es 4.75 y la moda que es 5, lo que indica que los entrevistados dan una alta calificación a esta característica estudiada, por lo que los datos no se encuentran dispersos respecto a la media y lo podremos comprobar con la varianza obtenida. Como el coeficiente de asimetría es negativo la mayor concentración de observaciones se encuentran del lado derecho de los valores centrales; además, se tiene que la distribución es leptocúrtica. Los cuartiles coinciden con el valor 5 lo que nos indica su alta calificación obtenida.



CIB-ESPOL

4.5.2.5. Preferencias a factores económicos y sociales

Cuando se les preguntó a los entrevistados acerca de las preferencias por factores económicos y sociales al momento de ser atendidos en el centro de salud, los resultados se pueden observar en el cuadro 4.12 donde el mayor porcentaje fue otorgado a la calificación 4 con el 33.4% de los entrevistados, el 30.9% la calificó con 5 y tan sólo el 3.5% la calificó con 1.



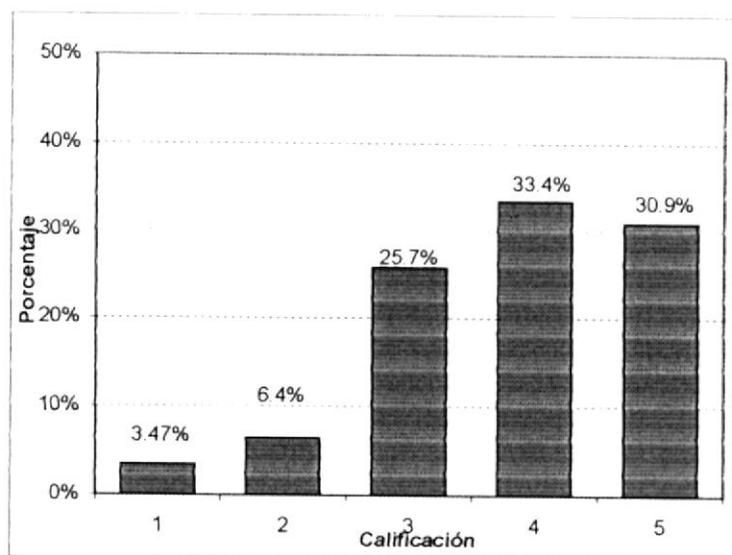
CIB-ESPOL

CUADRO 4.12 CUADRO DE FRECUENCIAS PREFERENCIAS A FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Calificación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	14	0.035
2	26	0.064
3	104	0.257
4	135	0.334
5	125	0.309
Total	404	1.00

Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

GRÁFICO 4.9 DIAGRAMA DE BARRAS CALIFICACIONES PREFERENCIAS FACTORES SOCIOECONÓMICOS



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

Como se observa el **Anexo 7** de los estimadores el valor de la media es 3.82, la moda que es el valor que más se repite es 4, la varianza es 1.1 lo que indica que los datos se encuentran algo dispersos con respecto a la media. Por ser la distribución asimétrica negativa, existe mayor concentración de datos a la izquierda de la media; y con el coeficiente de kurtosis decimos que existe un reducido grado de concentración de los datos alrededor de los valores centrales, con lo que concluimos que la mayoría de los entrevistados dieron calificaciones entre 3 y 5.

4.5.2.6. Trámites de hospitalización

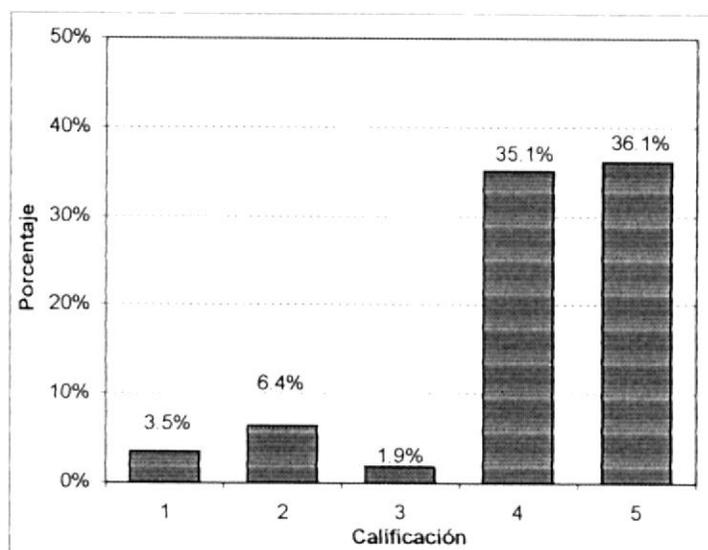
Se desea medir la agilidad para realizar los trámites de hospitalización del paciente, por lo que se le pidió al entrevistado que califique esta característica del 1 al 5 siendo cinco la mayor calificación. Del cuadro 4.13 se puede apreciar que el 71.2% de los entrevistados dan la calificaciones entre 4 y 5, por lo que se indica que los tramites si se realizan ágilmente.

CUADRO 4.13 CUADRO DE FRECUENCIAS: TRÁMITES DE HOSPITALIZACIÓN

Calificación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	14	0.035
2	26	0.064
3	76	0.188
4	142	0.351
5	146	0.361
Total	404	1.00

Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

GRÁFICO 4.10 DIAGRAMA DE BARRAS CALIFICACIONES TRÁMITES DE HOSPITALIZACIÓN



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

El valor medio es 3.94, la moda es 5 y como la varianza es alta se destaca una alta dispersión de los datos respecto a los valores centrales. La

distribución es asimetría negativa, es decir, los datos se encuentran con centrados a la izquierda de la media, y como el coeficiente de kurtosis es mayor que tres es distribución es leptocúrtica, indicando que los datos se encuentran altamente concentrados alrededor de los valores centrales.

4.5.2.7. Puntualidad del personal médico

Por medio de esta pregunta se quiere evaluar la puntualidad del personal médico, es así que en el gráfico 4.11 se observa que aproximadamente el 88% de los entrevistados considera que el personal médico es muy puntual, mientras que el 1.2% considera que los médicos son impuntuales.

CUADRO 4.14 CUADRO DE FRECUENCIAS: PUNTUALIDAD DEL PERSONAL MÉDICO

Calificación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	5	0.012
2	14	0.034
3	26	0.064
4	163	0.403
5	196	0.485
Total	404	1.00



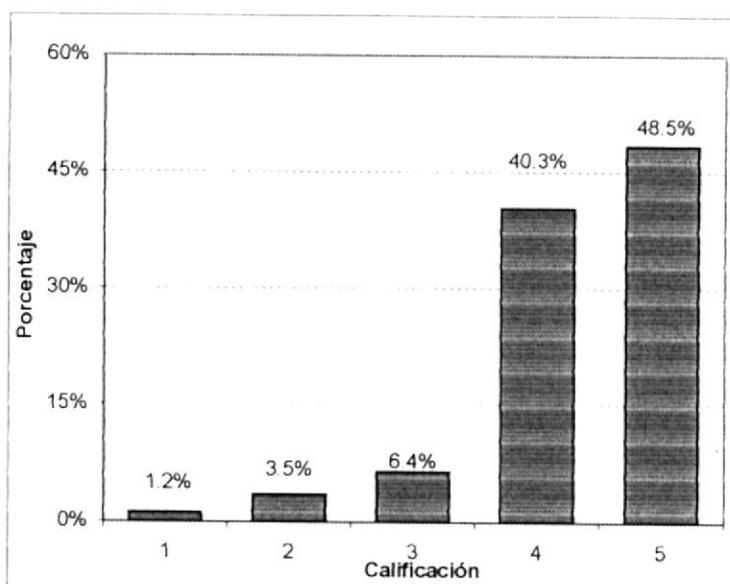
CIB-ESPOL

Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad



CIB-ESPOL

GRÁFICO 4.11 DIAGRAMA DE BARRAS PUNTUALIDAD DEL PERSONAL MÉDICO



Fuente y elaboración: Autores - encuesta de medición de calidad

En el **Anexo 7** se observa que los cuartiles, que son medidas de posición no centrales, se encuentran entre 4 y 5 lo que indica la buena puntuación dada a la puntualidad del médico. La distribución es leptocúrtica, es decir, que existe un elevado grado de concentración de datos alrededor de los valores medios.

4.5.2.8. Garantía de la presencia médica

Cuando se les preguntó a los entrevistados acerca de las garantías que ofrece la administración del hospital respecto a la atención del médico cuando el paciente lo requiere, los resultados obtenidos se presentan en el

gráfico 4.12, donde se puede destacar que el 41% de entrevistados califica esta característica con 4, el 40.8% la califica con 5, lo que nos indica que aproximadamente el 80% de entrevistados están satisfechos con esta característica.

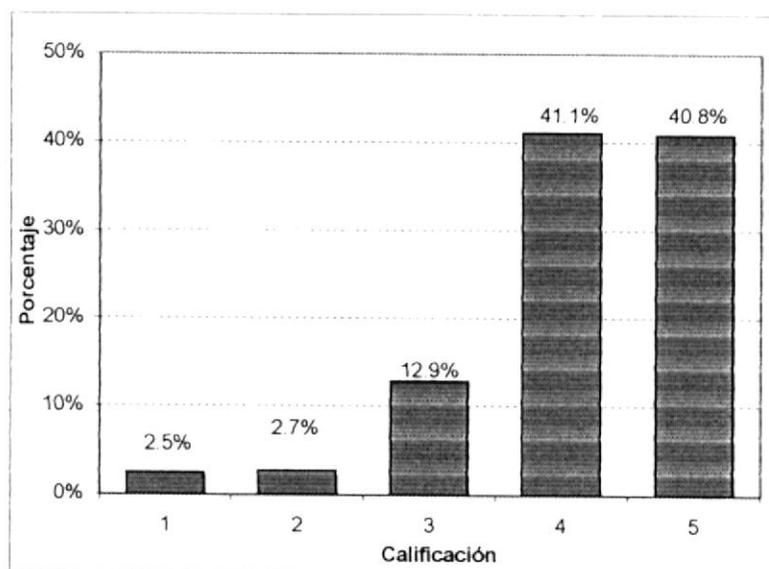
CUADRO 4.15 CUADRO DE FRECUENCIAS: GARANTÍA DE PRESENCIA MÉDICA

Calificación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	10	0.024
2	11	0.027
3	52	0.128
4	166	0.411
5	91	0.408
Total	404	1.00

Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

En cuanto a los estimadores poblacionales se puede indicar que el valor promedio es 4.15 lo que coincide con el valor de la moda que es 4. Las medidas de dispersión nos indica que la distribución asimétrica negativa, esto es, una concentración a lado izquierdo de los valores medios mientras que el coeficiente de kurtosis revela que existe una alta concentración de datos alrededor del valor medio.

GRÁFICO 4.12 DIAGRAMA DE BARRAS DE LA GARANTÍA DE PRESENCIA MÉDICA



Fuente y elaboración: Autores - encuesta de medición de calidad

4.5.2.9. Ambiente del hospital

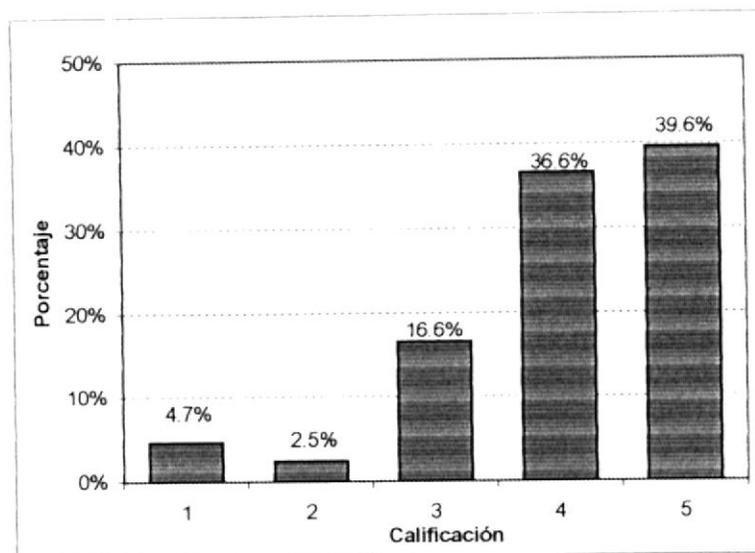
Se quiere evaluar si el ambiente del hospital es acogedor para el entrevistado, por lo que los resultados se exponen en el cuadro 4.16, donde de cada cien entrevistados 39.6 calificaron con 5 ésta característica, 36.6 entrevistados dieron el puntaje de 4, y tan sólo 2.5 entrevistados dieron la calificación de 2.

CUADRO 4.16 CUADRO DE FRECUENCIAS AMBIENTE DEL HOSPITAL

Calificación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	19	0.047
2	10	0.025
3	67	0.165
4	148	0.366
5	160	0.396
Total	404	1.00

Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

GRÁFICO 4.13 DIAGRAMA DE BARRAS DEL AMBIENTE DEL HOSPITAL



CIB-ESPOL

Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad



CIB-ESPOL

En el **Anexo 7** se tiene el coeficiente de kurtosis mayor que tres por lo que la distribución se denomina leptocúrtica con una elevada concentración de las observaciones alrededor de la media, y como el coeficiente de asimetría es negativo, los datos se encuentran concentrados del lado izquierdo del valor medio. Y como los cuartiles se encuentran entre 4 y 5 se puede concluir que los entrevistados califican como bueno el ambiente hospitalario.

4.5.2.10. Limpieza de habitaciones

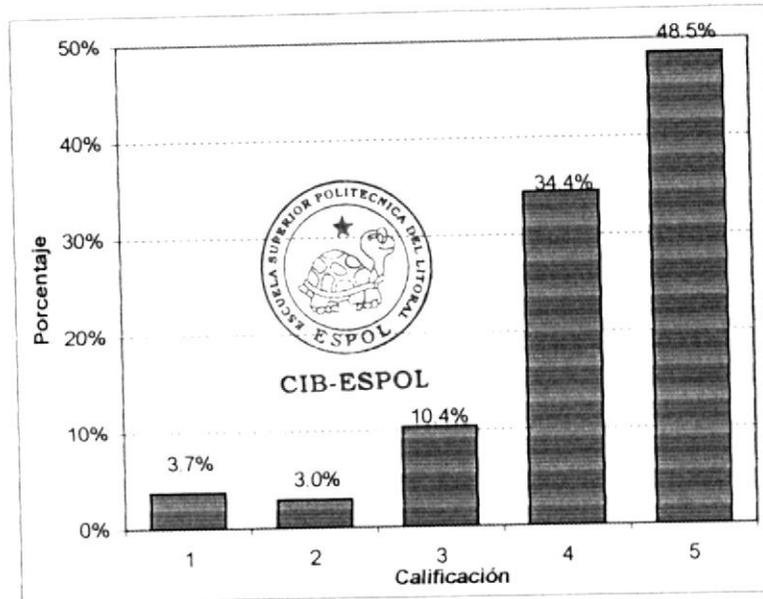
Mediante esta pregunta se quiere investigar el estado de limpieza de las habitaciones del centro hospitalario, es así, que tenemos que el 48.5% de entrevistados calificó con 5, el 34.4% le dio una calificación de 4, mientras que aproximadamente el 5% otorgó calificaciones entre 1 y 2.

CUADRO 4.17 CUADRO DE FRECUENCIAS: LIMPIEZA DE HABITACIONES

Calificación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	15	0.037
2	12	0.029
3	42	0.103
4	139	0.344
5	196	0.485
Total	404	1.00

Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

GRÁFICO 4.14 DIAGRAMA DE BARRAS LIMPIEZA DE HABITACIONES



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

Los estimadores observados en el **Anexo 7** nos indican que la media es 3.6, el valor que más se repite es el 3, y con la varianza nos podemos dar cuenta que los datos se encuentran dispersos respecto al valor de la media. El coeficiente de kurtosis indica que la distribución es platicúrtica y como la asimetría es negativa la concentración de los datos es del lado izquierdo de los valores centrales, con lo que podemos concluir que es estado de limpieza de las habitaciones es calificado como regular.

4.5.2.11. Higiene de sábanas, toallas y batas

Esta pregunta quiere investigar el estado de higiene de las sábanas, toallas y batas utilizadas por los pacientes durante su estancia en el hospital, donde por cada cien entrevistados 40.8 calificaron con 5 la higiene, 23.7 calificaron con 4, y tan sólo 3.9 calificó con 2.

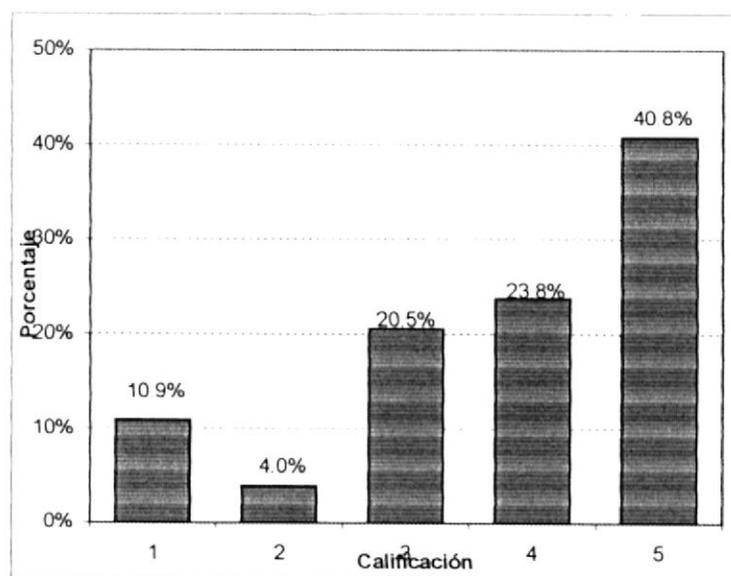
CUADRO 4.18 CUADRO DE FRECUENCIAS HIGIENE DE SÁBANAS, TOALLAS Y BATAS

Calificación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	44	0.108
2	16	0.039
3	83	0.205
4	96	0.237
5	165	0.408
Total	404	1.00

Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

El valor observado con mayor frecuencia es 5, la media es 3.8, la varianza es 1.72 por lo que se indica que los datos se encuentran dispersos con respecto a los valores centrales.

GRÁFICO 4.15 DIAGRAMA DE BARRAS DE LA HIGIENE DE SÁBANAS



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

La asimetría es negativa, indicando que la concentración de los datos es hacia la izquierda de la media; la distribución es platicúrtica, con lo que podemos resumir que el estado de higiene de las sábanas, toallas y batas dadas en el centro hospitalario es regular.

4.5.2.12. Servicio de comida

A través de esta pregunta se desea evaluar el servicio de comida ofrecido a los pacientes por el centro médico, donde el 41.3% de los entrevistados dio la calificación de 4, el 24.5% de entrevistados calificó con 3, mientras que el 0.7% calificó con 3.

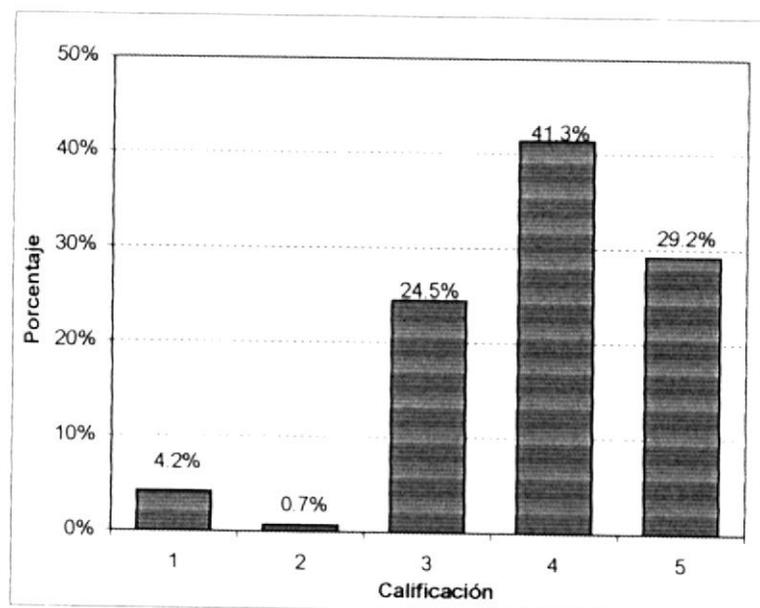
CUADRO 4.19 CUADRO DE FRECUENCIAS SERVICIO DE COMIDA

Calificación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	17	0.042
2	3	0.074
3	99	0.245
4	167	0.413
5	118	0.292
Total	404	1.00

Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

Los valores de los cuartiles nos indican que existe una mayor concentración de observaciones entre 3 y 5; la distribución es leptocúrtica; el coeficiente de asimetría es negativo, es decir, los datos se encuentran concentrados a lado izquierdo de los valores centrales, con lo que se concluye que el servicio de comida es calificado como bueno.

GRÁFICO 4.16 DIAGRAMA DE BARRAS DEL SERVICIO DE COMIDA



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

4.5.2.13. Trato de enfermeras

Se quiere investigar el trato dado por el personal de enfermería para sobrellevar una intervención médica, los resultados fueron que de cada cien entrevistados 38.3 calificó con 4, el 26.7 con 3, y tan sólo 1.2 entrevistados calificó con 1.

CUADRO 4.20 CUADRO DE FRECUENCIAS TRATO DE ENFERMERAS

Calificación	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	5	0.012
2	11	0.027
3	108	0.267
4	155	0.383
5	125	0.309
Total	404	1.00

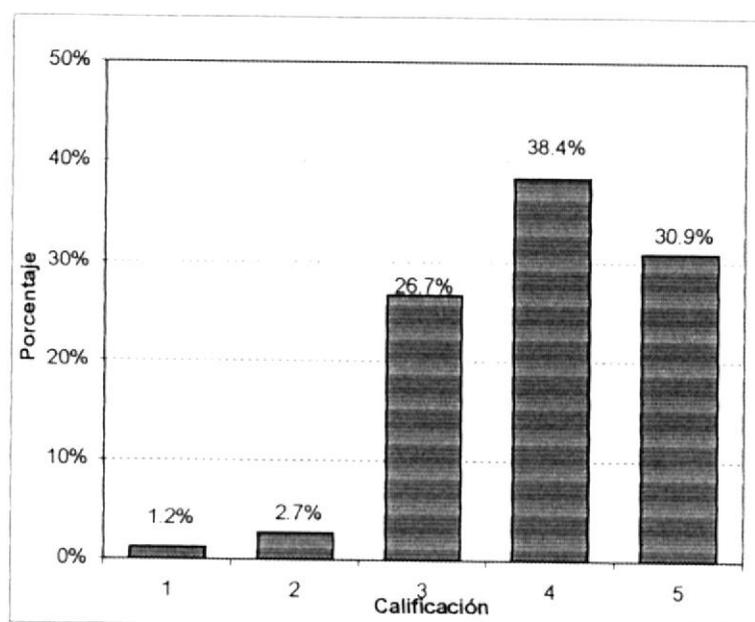


Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

En el **Anexo 7** se puede observar el valor de la media que es 3.9, la moda es 4 y la varianza nos indica que existe una dispersión entre las observaciones con respecto al valor medio. El coeficiente de asimetría es negativo por lo que los datos se concentran a la izquierda del valor medio; el coeficiente de kurtosis nos indica que la distribución es leptocúrtica por lo que se puede concluir que los entrevistados califican como regular el trato ofrecido por el personal de enfermería.



GRÁFICO 4.17 DIAGRAMA DE BARRAS DEL TRATO DE ENFERMERAS



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

4.6. Análisis de calificaciones de calidad

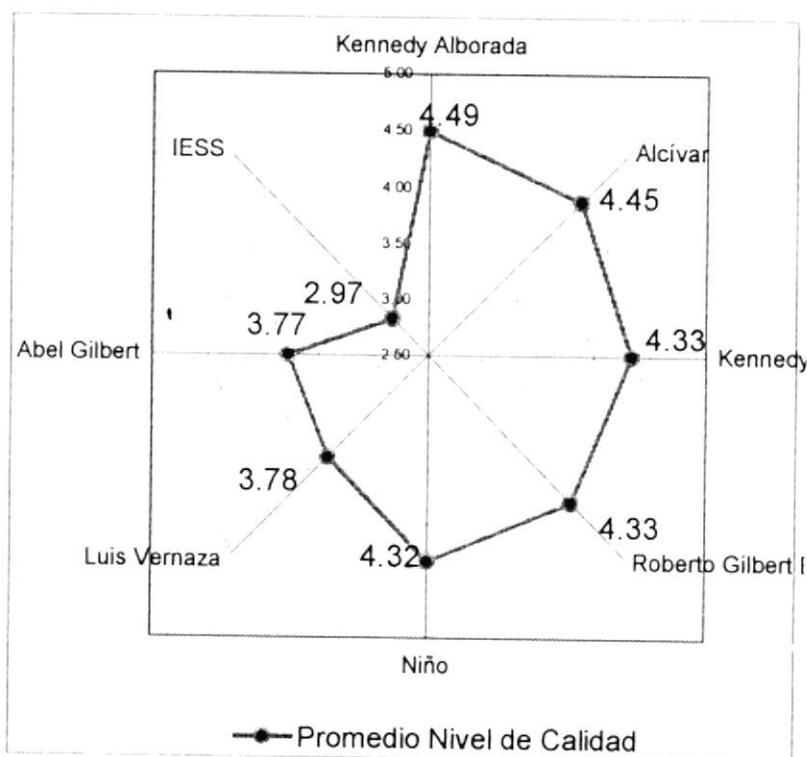
4.6.1. Promedio por cada centro hospitalario



De acuerdo a los resultados obtenidos, las calificaciones en promedio de los centros hospitalarios van desde 4.49 para la clínica Kennedy Alborada hasta un 2.97 para el hospital regional del IESS. La percepción variaría entre un nivel bueno (4.00) y muy bueno (5.00), para los cinco centros en la sección derecha del gráfico 4.18.



GRÁFICO 4.18 DIAGRAMA RADIAL DEL NIVEL DE CALIDAD EN HOSPITALES DE ESTUDIO



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

Encontramos así liderando a dos clínicas privadas, como son la clínica Kennedy Alborada y Alcívar con apenas cuatro centésimas de diferencia, (4.49 y 4.45 respectivamente).

Seguidas luego por también por un empate de dos centros privados, Kennedy y el Roberto Gilbert (4.33) hasta el hospital del Niño con 4.32

puntos. En la parte izquierda, se puede apreciar una disminución significativa en la calidad percibida, llegando hasta ser inferior a un nivel regular de servicio (3.00). Para el hospital Luis Vernaza, la misma baja más de cinco décimas a 3.78 puntos. Casi al mismo nivel (una centésima décima) lo sigue la calificación para el hospital público Abel Gilbert (3.77) junto a la más baja calificación para el hospital regional del IESS, Teodoro Maldonado Carbo (2.97).

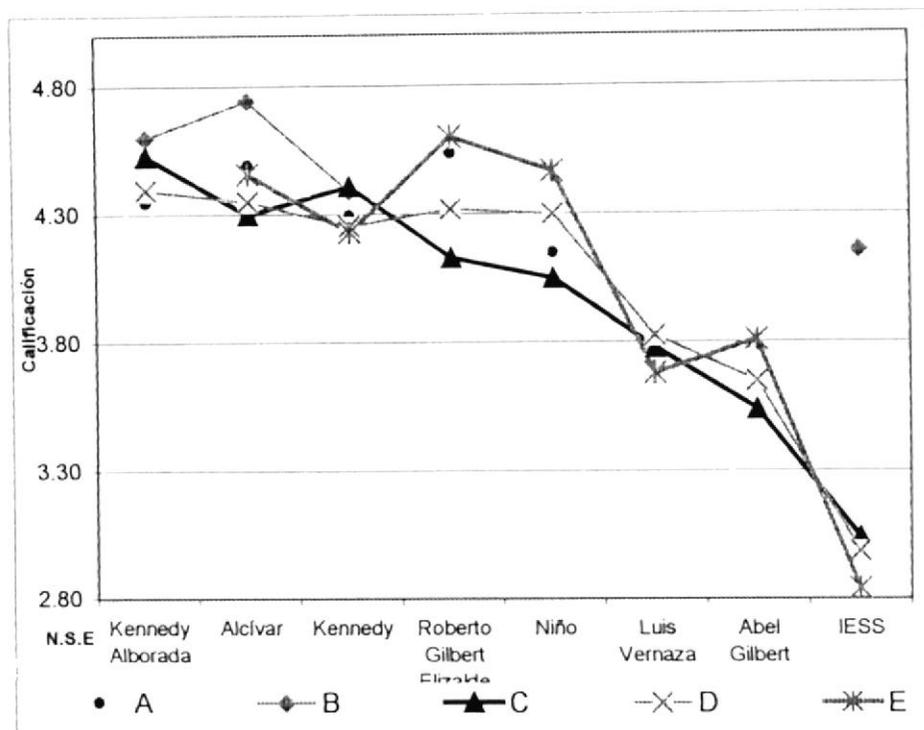
Podemos apreciar que aunque las calificaciones son en su mayoría buenas, si notamos una diferencia significativa entre los primeros cinco centros hospitalarios, y los tres últimos. Además no observamos una relación entre el tipo de institución, sea privada o pública, con su nivel de calidad. Es curioso el hecho de los dos empates que se presentan, uno entre un hospital privado y uno de la Junta de Beneficencia (Kennedy y Roberto Gilbert). Mientras que otro perteneciente a esta última entidad está casi a la par con el hospital Abel Gilbert bajo la dependencia del Ministerio de Salud Pública.

4.6.2. Promedios de cada N.S.E por centro hospitalario

Como se detalló anteriormente en el análisis estadístico, cada centro hospitalario atiende a distintas combinaciones de N.S.E. En el gráfico 4.19 podemos apreciar la calificación promedio para cada hospital según cada

uno de estos grupos. Los hospitales se muestran de mayor a menor según su calificación de calidad.

GRÁFICO 4.19 DIAGRAMA LINEAL COMPARATIVO DE CALIFICACIONES DE CALIDAD POR HOSPITAL Y N.S.E



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

Podemos apreciar que aunque las puntuaciones que le asigna cada NSE no es la misma para cada hospital, en general siguen una misma tendencia. Es importante el recordar la contribución de cada NSE en los diversos centros hospitalarios, ya que así se notará que ciertos niveles son preponderantes

mientras otros forman parte de la minoría. Es el caso del nivel B para el hospital del IESS, que representa únicamente un 2,6% de los entrevistados.

Las calificaciones para los hospitales varían entre los grupos socioeconómicos a los cuales atienden. Aunque en general la variación es baja (desviación promedio de 0.14), para algunos es más relevante que en otros. Este particular es notable para el Roberto Gilbert y el Niño, ambos centros especializados en infantes. Cada uno con una desviación estándar de 0.22 y 0.18 respectivamente, de las calificaciones percibidas por cada NSE. Para otros centros la percepción de los distintos grupos sociales se asemeja bastante, como es el caso de la clínica Kennedy y el Luis Vernaza mostrando desviaciones de menos de una décima (8 centésimas ambos). Esto nos da una pauta para considerar el nivel de uniformidad percibido en la atención hospitalaria para los distintos grupos socioeconómicos.

Al analizar el comportamiento de las matrices de datos de cada N.S.E podemos darnos cuenta de que existe una alta correlación entre niveles adyacentes sobre su percepción del mismo hospital. De esta manera podemos ver un coeficiente de correlación de 0.98 entre el nivel D y E (bajos), así como un 0.95 entre el C y D, hasta un 0.93 entre los grupos A y B (altos). A medida que los grupos se distancian, disminuye ésta correlación. Comparando el nivel medio alto con el medio bajo, se tiene 0.77, así también



CIB-ESPOL

entre A y E, se calcula un 0.37. La mayor diferencia de percepción se presenta entre los niveles alto y medio bajo, registrando 0.15 en su coeficiente de correlación. En base a estos datos, podemos suponer que mientras más cerca se encuentren dos grupos socioeconómicos, mayor será la similitud de su puntuación de calidad sobre el mismo centro hospitalario.

Una vez que tenemos los promedios de calificación de calidad asignada a cada centro por N.S.E (gráfico 4.19) así como el porcentaje de asistencia de cada uno de estos (ver gráfico 4.4) podemos realizar un análisis para determinar los grupos que dan mayor calificación y comparar su representatividad en cada centro. El cuadro 4.21 se presentan los centros ordenados de acuerdo a los dos grupos más alta calificación de calidad de nivel alto a bajo.

Los niveles altos perciben una mayor calidad hacia la clínica Alcívar, los medios, medio-alto hacia la Kennedy y Kennedy Alborada, y así sucesivamente. Lo importante es notar la diferencia en los porcentajes de usuarios que dan esta calificación alta. Para la Kennedy Alborada representa un poco más de 67% mientras que para la Kennedy es solo 40.4%. Es el único centro con menos de la mitad.

CUADRO 4.21 MEJORES CALIFICACIONES DE CALIDAD POR CENTRO HOSPITALARIO Y SEGMENTO SOCIOECONÓMICO (*)

	A	B	C	D	E
Alcívar	II 50.0% I		V	IV	III
Kennedy Alborada	IV	I 67.4% II		III	-
Kennedy	III	II 40.4% I		IV	V
Luis Vernaza	-	-	II 68.8% I		III
IESS	-	I (**)	II 53.8% III		IV
Abel Gilbert	-	-	III	II 97.6% I	
Niño	III	-	IV	II 85.4% I	
Roberto Gilbert	II (**)	-	IV	III 67.3% I	

(*) En cada casilla se representa la posición relativa de calificación promedio de En cada centro. En números romanos, I (primera), II (segunda), III (tercera), etc. Lo que está resaltado son las primeras dos mejores posiciones y el promedio es el Acumulado en los dos grupos, de los encuestados en relación al total por centro
 (**)No se tomaron en consideración por representar menos del 3% de encuestados.

Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

Por otro lado, el hospital Abel Gilbert y el de Niños, son centros en los que la mayor parte de usuarios perciben un alto nivel de calidad. Lo muestran así sus porcentajes, de 97.6% y 85.4% respectivamente, del nivel socioeconómico bajo (D y E). Es importante indicar que en base a los datos obtenidos, los niveles que más puntuación le asignaron a los centros Roberto Gilbert y el IESS, representan menos del 3% de los usuarios encuestados. Al no ser representativos se tomaron los niveles siguientes o anteriores en el orden de calificación. Mientras que los usuarios del hospital Luis Vernaza y el

IESS que les asignan las mejores calificaciones de calidad son de nivel medio y medio-bajo, en el caso del primer centro representa casi un 70%, contra un poco más de 50% para el segundo.

4.6.3. Dimensiones de calidad por N.S.E

A continuación se presentarán y analizarán los resultados para cada dimensión de calidad de acuerdo a la percepción de cada N.S.E.

Mediante la ayuda de gráficos de tipo líneas con marcadores se pueden apreciar las diferentes tendencias, similitudes y diferencias en las calificaciones de calidad para cada dimensión. Las pendientes y la dispersión de cada punto aporta a la visualización de los resultados según apreciación de los cinco segmentos por nivel socioeconómico. Cada representación de la calidad por dimensión es el promedio de los resultados de cada variable que la compone. Al mostrar los puntos de cada variable se puede comprender de mejor manera el comportamiento de la dimensión sobre cada N.S.E.

A nivel de calificaciones promedios por dimensiones, la calidad en **competencia profesional** es la que recibe las más altas calificaciones para los N.S.E medios y bajos. Para los N.S.E altos, la calidad percibida es mayor en lo que respecta a la dimensión **comodidad**. Los puntajes promedios más bajos se encuentran en la **competencia administrativa** para la mayoría de

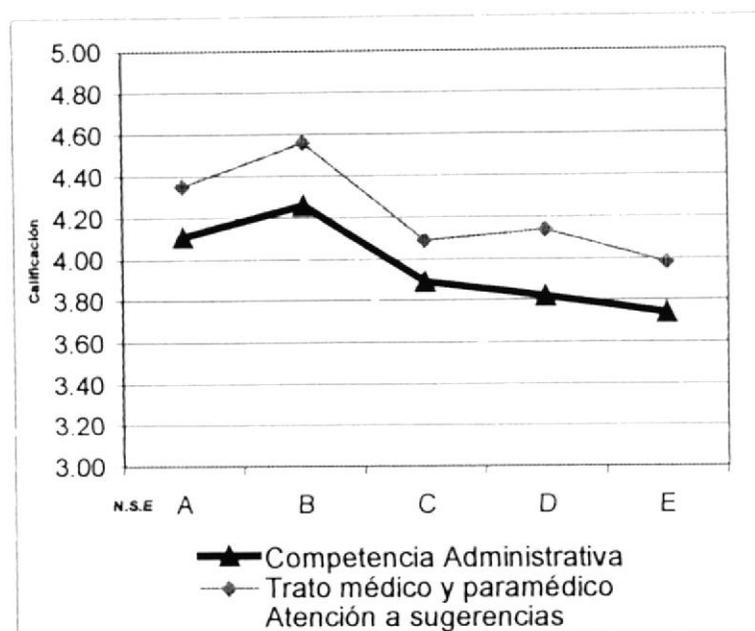
N.S.E con excepción del nivel medio alto y el bajo. En el N.S.E bajo, el puntaje mínimo se presenta en la dimensión **satisfacción**. Para el estrato socioeconómico bajo, ocurre en **comodidad**.

4.6.3.1. Calidad de competencia administrativa

La calidad para la dimensión de **competencia administrativa** presenta la misma tendencia creciente hasta un tope en el N.S.E medio alto (4.26 puntos), y luego decrece para el N.S.E alto (Gráfico 4.20). La calificación promedio más baja se registró para el N.S.E bajo, con 3.74 puntos. Dentro de ésta dimensión, encontramos que la variable trato médico y paramédico, recibió mejores calificaciones en forma general que la relacionada con la atención a sugerencias. Notamos que la percepción del trato mejora levemente para el N.S.E medio bajo (D) en relación con el N.S.E medio. También, la percepción sobre la atención a sugerencias es casi la misma para los dos N.S.E bajos (D y E). Existe una mayor diferencia entre el trato médico y paramédico apreciado por el N.S.E medio (4.09 puntos) al captado por los N.S.E medio alto (4.56 puntos), en comparación a la variable atención a sugerencias (3.69 a 3.96), sobre los mismos niveles socioeconómicos, al presentar una pendiente menos pronunciada.



GRÁFICO 4.20 CALIDAD DIMENSIÓN COMPETENCIA ADMINISTRATIVA



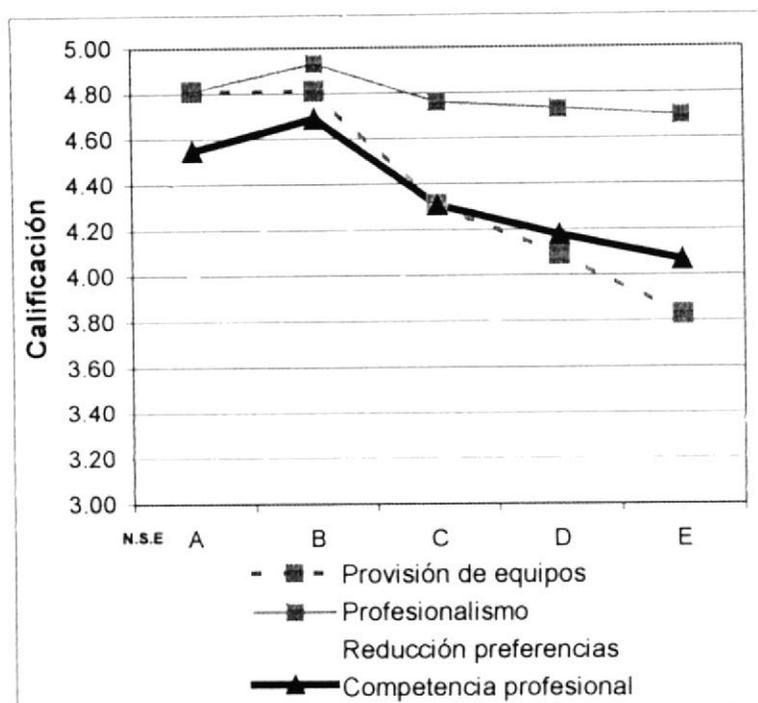
Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

4.6.3.2. Calidad en Competencia profesional

En lo que respecta a la **competencia profesional**, encontramos calificaciones más altas, en comparación con la competencia administrativa, como se puede apreciar en el gráfico 4.21. Las calificaciones van desde 4.07 puntos para el N.S.E bajo hasta 4.69 puntos para el N.S.E medio alto. De las tres variables, el profesionalismo médico se sitúa por encima de las demás, y es casi uniforme para todos los niveles socioeconómicos. Notamos una coincidencia de percepciones con respecto a ésta variable, así como un alto grado de calidad. La sigue la línea representando a la provisión de equipos

médicos, que se sitúa casi a la par con la variable profesionalismo, solo en los N.S.E altos, pero luego sufre un declive notable a medida que baja del nivel socioeconómico.

GRÁFICO 4.21 CALIDAD DIMENSIÓN COMPETENCIA PROFESIONAL



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

La variable reducción de preferencias muestra las calificaciones más bajas, llegando hasta 3.67 puntos para el N.S.E bajo. Observamos una pendiente decreciente aunque menos pronunciada, desde el N.S.E medio hasta el N.S.E bajo. La calificación disminuye notablemente desde el N.S.E medio

alto (4.33 puntos) al alto (4.02 puntos). De esta manera concluimos que se percibe un buen nivel de profesionalismo por parte de los médicos, a pesar que la provisión de equipos es cada vez más deficiente para los N.S.E medio y bajos. Esta última variable recibe la misma calificación para los N.S.E altos (4.81 puntos). De la dimensión competencia profesional la variable con menos puntaje corresponde a la reducción de preferencias.

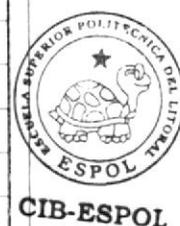
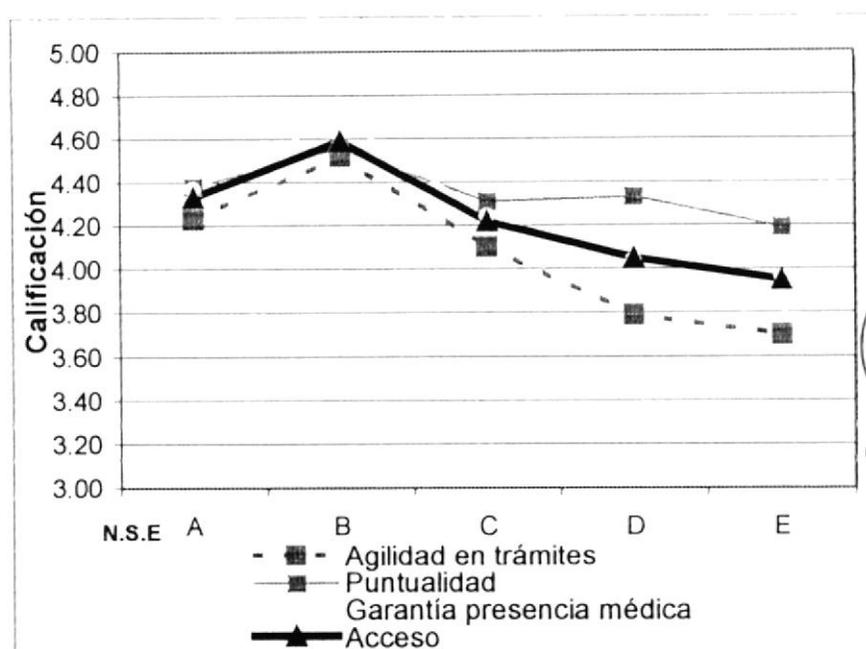
4.6.3.3. Calidad en el acceso

La percepción del **acceso** a los servicios hospitalarios se muestra en el gráfico 4.22. Dentro de ésta dimensión tenemos tres variables; agilidad en trámites, puntualidad y garantía de presencia médica. Notamos que los valores están un poco por debajo de la competencia médica, teniendo como menor calificación a 3.95 en el N.S.E bajo, y la más alta en 4.59 puntos para el N.S.E medio alto. Es el primer gráfico donde dos de sus curvas, formadas por la sucesión de sus puntos, se cruzan. La garantía de presencia médica tiene mejor calificación para el N.S.E medio alto (4.70 puntos) que la variable puntualidad. A partir del N.S.E medio, la garantía de presencia médica comienza a decrecer de forma más pronunciada hasta llegar a 3.96 puntos en el N.S.E bajo. La puntualidad recibe puntajes cada vez menores aunque con una pendiente menor. Incluso, la puntuación llega a ser mayor para el N.S.E medio alto (4.33 puntos) en relación a su nivel socioeconómico

anterior (C). Llegando hasta a 4.19 puntos para el N.S.E bajo, muy por encima de las otras variables. La variable que menos puntaje recibió fue la relacionada con la agilidad en trámites de ingreso, según se puede apreciar en el gráfico 4.23.

Éstas tres variables que en conjunto forman la dimensión de acceso, muestran puntajes muy próximos para los N.S.E altos. Mientras más bajos son los N.S.E, los puntos de calificaciones comienzan a dispersarse. Ya que la puntualidad permanece casi constante, diríamos que disminuye la calidad en lo que a agilidad en trámites y garantía de presencia médica se refiere.

GRÁFICO 4.22 CALIDAD PARA LA DIMENSIÓN ACCESO POR N.S.E



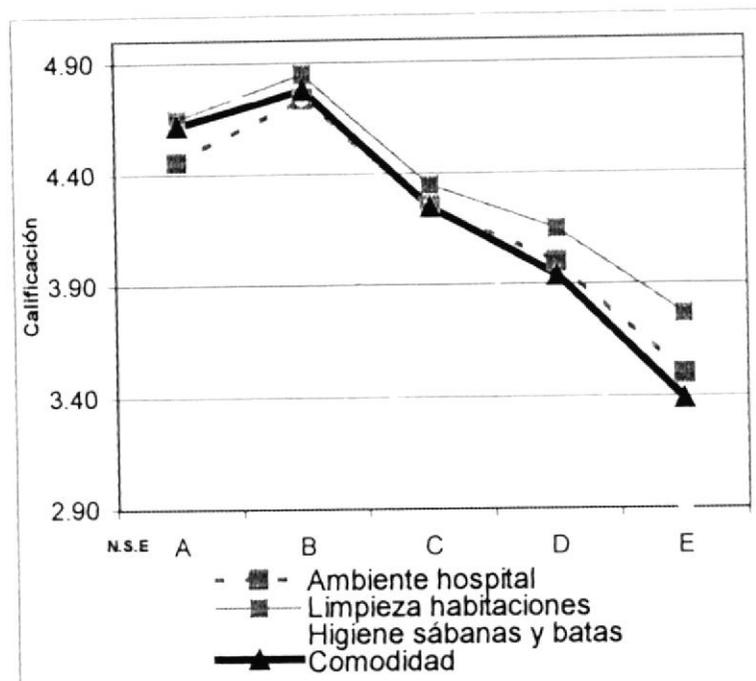
Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

4.6.3.4. Calidad en la comodidad

La siguiente dimensión que analizaremos es la relacionada con la **comodidad**. Como se puede apreciar en el gráfico 4.23 las calificaciones obtenidas varían en mayor grado entre N.S.E altos (A y B) y bajos (D y E). Para los N.S.E altos los puntajes son mucho mayores para la dimensión de comodidad que para los N.S.E. bajos. La variable relacionada con la limpieza que se percibe en las habitaciones es la que mayor puntaje obtuvo, en relación a el ambiente del hospital y la higiene de sábanas y batas. Ésta última es la que menor calificación de calidad obtuvo, en todos los N.S.E con excepción para el N.S.E alto. Aquí, toma el mayor puntaje, y está en primer lugar, siguiéndole la limpieza de habitaciones y por último el ambiente del hospital.

Es importante destacar que la puntuación por higiene de sábanas y batas es la menor (2.91 puntos) para el N.S.E bajo, así también como para todo el estudio. La dimensión comodidad para el N.S.E bajo es la que recibe la puntuación más baja en relación a las demás.

GRÁFICO 4.23 CALIDAD PARA LA DIMENSIÓN COMODIDAD POR N.S.E



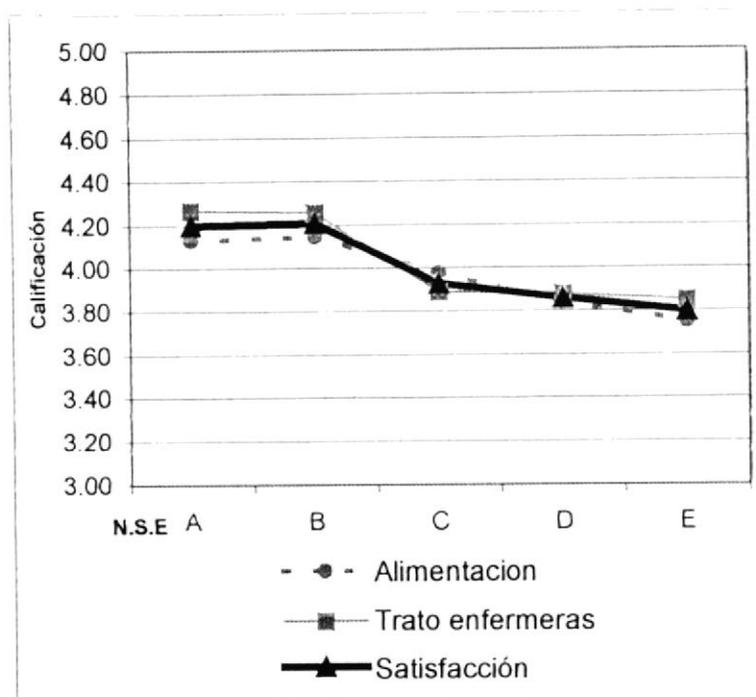
Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

4.6.3.5. Calidad en la satisfacción

La dimensión **satisfacción** es la que recibe la mínima calificación para el N.S.E medio alto. Dentro de la misma tenemos dos variables; la alimentación y el trato de enfermeras. Ambas reciben calificaciones similares en todos los N.S.E (Gráfico 4.24). Sus puntuaciones fluctúan entre 3.75 puntos para la alimentación en el N.S.E bajo y 4.27 para el trato de enfermeras según el N.S.E alto. Se puede apreciar, la calidad de ésta última variable, es mayor en

los N.S.E altos que en los demás estratos y reciben casi el mismo puntaje (4.27 en promedio).

GRÁFICO 4.24 CALIDAD PARA LA DIMENSIÓN SATISFACCIÓN POR N.S.E



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

Para los demás N.S.E (medio y bajos) esta variable se presenta también con similares calificaciones (3.87 en promedio). La alimentación recibe un puntaje de calidad por encima del trato de enfermeras, solo para en el N.S.E medio.

4.6.4. Calidad entre clases de establecimientos

En el presente estudio se seleccionaron diversos centros hospitalarios que cubrían tres clases de establecimientos; los privados, públicos y organizaciones no gubernamentales (ONGs). A continuación se analizará la calificación promedio de calidad de centros dentro de la misma clase. De esta manera se podrá ver la posición relativa de cada centro en relación a su competencia.

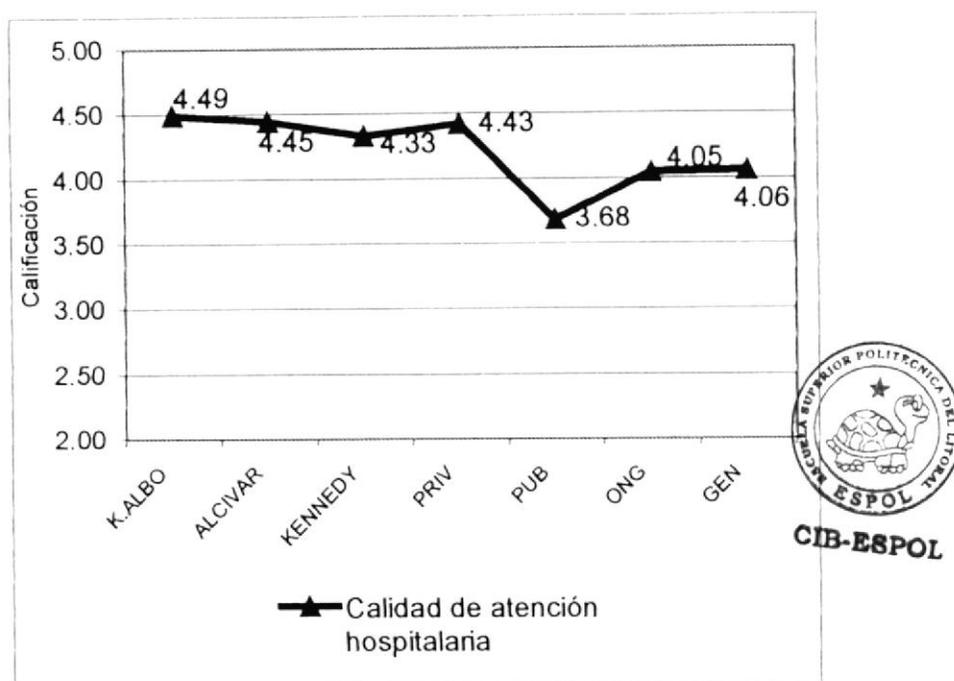
Los tres gráficos siguientes (gráfico 4.25 al 4.27) presentan cuatro calificaciones en la parte derecha, los que se repiten en todos ellos. Son las calificaciones promedio de calidad para los centros privados, públicos y ONGs. La última corresponde al promedio global de calidad del estudio (GEN). La más alta la obtuvo los centros privados (PRIV) con 4.43 puntos. Las ONGs, le siguen en el puntaje, con 4.06 puntos. En el último lugar están los centros públicos (PUB) con 3.68 puntos.

4.6.4.1. Centros privados

Los **centros privados** presentan calificaciones de calidad muy similares según se puede apreciar en el gráfico 4.25. Liderando éste grupo se

encuentra la clínica Kennedy Alborada con 4.49 puntos, seguido muy de cerca por la clínica Alcívar con 4.45 puntos en su promedio de calidad. De los centros privados, la clínica Kennedy es la que recibió la menor calificación (4.33 puntos) por debajo del promedio de éste mercado. Sin embargo, las tres calificaciones se sitúan por encima del promedio general (4.06 puntos).

GRÁFICO 4.25 NIVEL DE CALIDAD EN ATENCIÓN HOSPITALARIA EN ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS

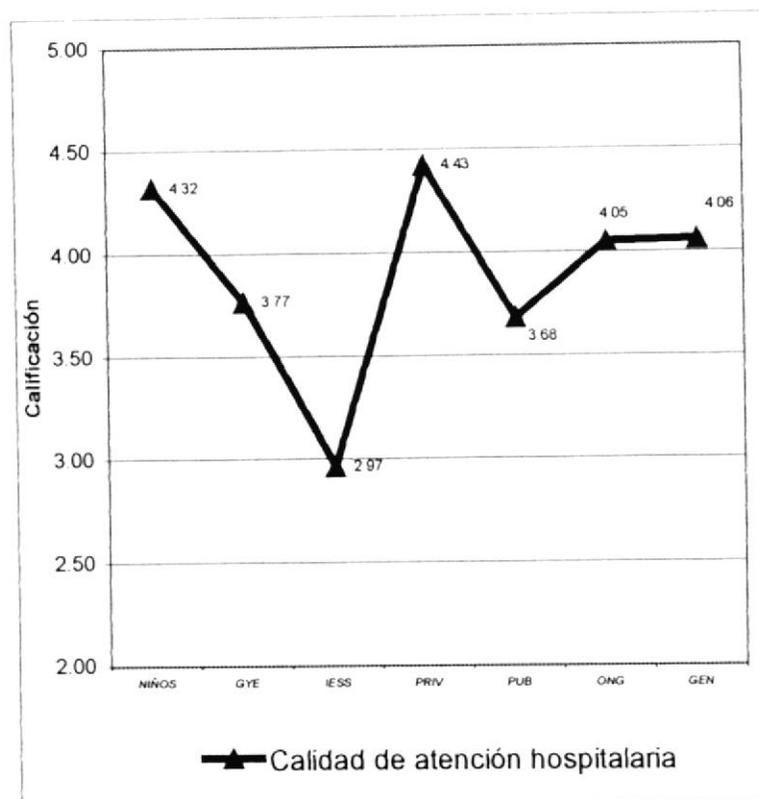


Fuente y elaboración: Autores - encuesta de medición de calidad

4.6.4.2. Centros públicos

En lo que a **centros públicos** se refiere los puntajes promedios se presentan con valores muy desiguales (Gráfico 4.26). En primer puesto tenemos a el hospital de niños, Francisco Ycaza Bustamante con 4.32 puntos, lo que está por encima del promedio de los centros ONGs (4.05 puntos). Este centro ocupa el lugar de líder de ésta categoría, de centros públicos. En segundo lugar, y con una diferencia de más de cinco décimas (0.55 puntos) en relación al líder, se encuentra el hospital de Guayaquil, Abel Gilbert (3.77 puntos). El mismo se encuentra por encima del promedio de centros públicos. En último lugar aparece el hospital regional del I.E.S.S, con la puntuación más baja de todos los centros, 2.97 puntos. Se encuentra a 1.35 puntos de distancia del líder en calidad en la presente categoría.

GRÁFICO 4.26 NIVEL DE CALIDAD ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS



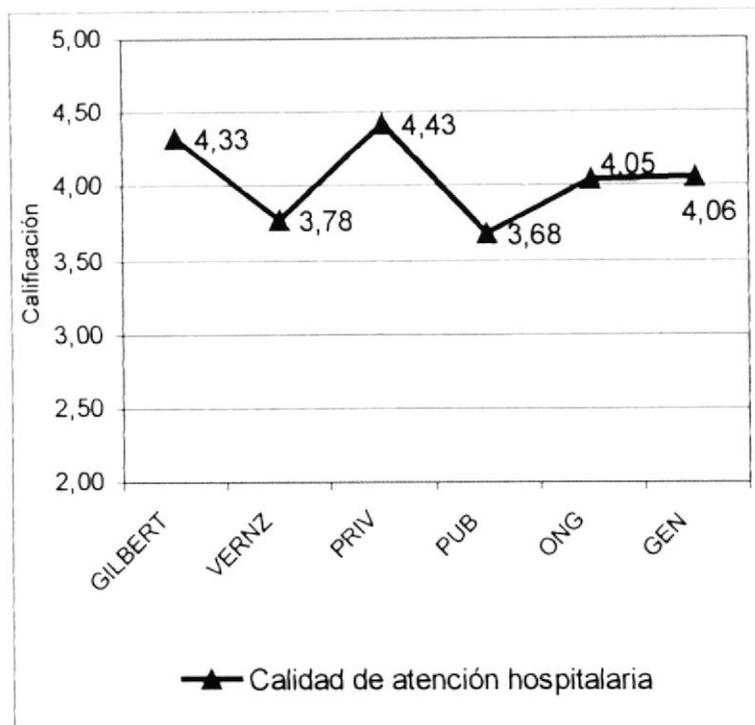
Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

4.6.4.3. Centros ONGs

Para el segmento de **ONGs**, tenemos dos centros, el Roberto Gilbert y el hospital Luis Vernaza, ambos con una diferencia también de 0.55 puntos (Gráfico 4.27). El líder es el Roberto Gilbert con 4.33 puntos, cerca del promedio de los privados. Mientras que el Luis Vernaza, recibe una

puntuación (3.78 puntos) que se aproxima a el promedio del segmento de centros públicos (3.68 puntos). Este último hospital, se sitúa por debajo del promedio del segmento de ONGs (4.05 puntos), así también como el promedio global (4.06 puntos).

GRÁFICO 4.27 NIVEL DE CALIDAD ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA ESTABLECIMIENTOS ONGs



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

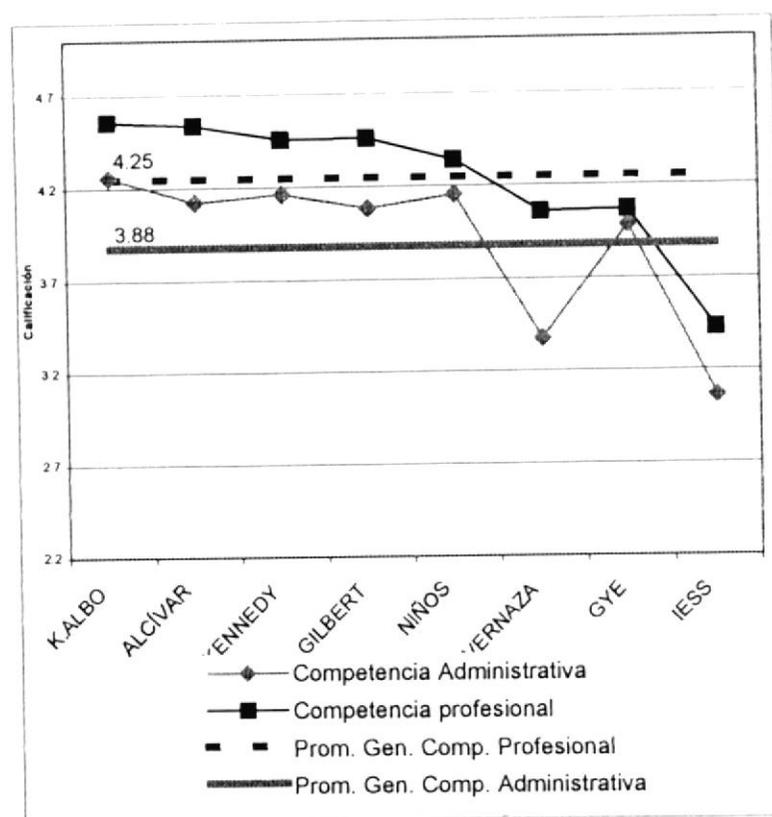
4.6.5. Conjuntos de dimensiones entre centros hospitalarios

A continuación se analizarán de manera comparativa, conjuntos de dimensiones relacionadas entre los centros hospitalarios del estudio.

4.6.5.1. Dimensiones de competencia

En el gráfico 4.28 podemos apreciar los resultados para las dos dimensiones relacionadas con la competencia percibida por los usuarios. La **competencia profesional** recibe un mayor puntaje que la relacionada con la administración en todos los centros hospitalarios. Ésta dimensión sigue el mismo patrón descendente a medida que se presenta por los centros, ya ordenados de mayor a menor por su calidad promedio. Notamos que la misma es muy similar para los hospitales Luis Vernaza y Abel Gilbert (4.06 y 4.07 puntos respectivamente), e igual para la clínica Kennedy y el Roberto Gilbert Elizalde con 4.46 puntos. El promedio de esta dimensión es 4.25 y está representado en el gráfico 4.28 por la línea de puntos. Notamos que las puntuaciones de calidad para el Luis Vernaza, Abel Gilbert y el Teodoro Maldonado Carbo (IESS) se encuentran por debajo de este promedio. Inclusive, la puntuación para el hospital regional del IESS (3.43 puntos) está por debajo del promedio de competencia administrativa.

GRÁFICO 4.28 NIVEL DE CALIDAD EN VARIABLES DE COMPETENCIA POR CENTRO HOSPITALARIO



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

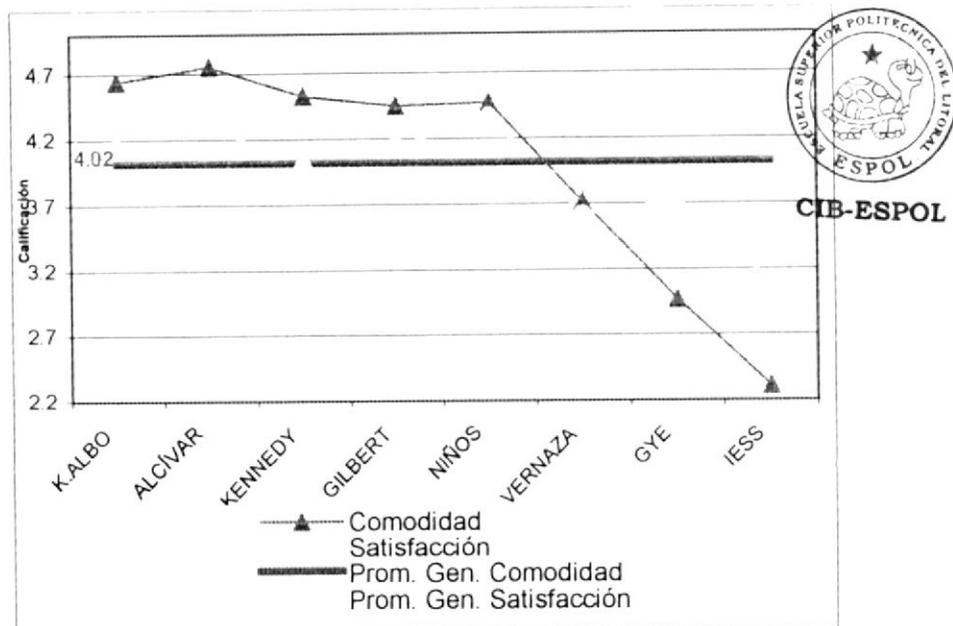
Los puntajes para la dimensión de **competencia administrativa** están para la mayoría de los hospitales por encima de su promedio (3.88 puntos) con excepción del Luis Vernaza (3.38 puntos) y el hospital del IESS (3.07 puntos). Esta dimensión no sigue el mismo patrón descendente (Gráfico 4.28), ya que el hospital Luis Vernaza recibe una calificación más baja que la

asignada al hospital Abel Gilbert (3.99 puntos). En éste último centro, las dos competencias reciben puntajes muy próximos para la competencia profesional y administrativa (4.07 y 3.99 puntos respectivamente). Aquí solo existen ocho centésimas de diferencia, mientras que en el hospital Luis Vernaza, la diferencia llega casi a siete décimas.

4.6.5.2. Dimensiones de comodidad y satisfacción

En el gráfico 4.29 se presentan los resultados para las dimensiones de **comodidad** y **satisfacción** por cada centro hospitalario.

GRÁFICO 4.29 NIVEL DE CALIDAD EN DIMENSIONES DE COMODIDAD Y SATISFACCIÓN POR CENTRO HOSPITALARIO



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

El promedio de la dimensión de comodidad es de 4.02 puntos por encima, sin embargo, cerca de la correspondiente a satisfacción, con 3.93 puntos. La comodidad en general sigue el mismo patrón descendente, una alta calificación para los centros hospitalarios con mejor puntuación general de calidad (Kennedy Alborada, Alcívar, Kennedy, etc), y cada vez menor para los que están en una posición menos elevada (Vernaza, Guayaquil, IESS). Para estos tres últimos hospitales, su puntuación de **comodidad** está muy por debajo del promedio; el Luis Vernaza con 3.72 puntos, mucho más abajo en la escala tenemos al Abel Gilbert con 2.97 puntos, hasta la calificación más baja, la del hospital regional del IESS con 2.31 puntos.

El comportamiento de los puntajes de satisfacción se mueven de manera menos uniforme, descendiendo y subiendo a medida que disminuye la calidad promedio de los centros hospitalarios. Notamos que la puntuación de esta dimensión para la clínica Kennedy baja casi hasta el su promedio (3.93 puntos). Luego, comienza a ascender la puntuación, para el Roberto Gilbert Elizalde (4.14 puntos) hasta llegar a la máxima calificación en el Francisco Ycaza Bustamante (4.37 puntos). Sufre luego un gran descenso para el Luis Vernaza por debajo de promedio llegando a 3.62 puntos. Si bien la comodidad aumenta un poco para el hospital Abel Gilbert (3.73 puntos), llega

a la calificación más baja, también en el hospital regional del IESS con 3.11 puntos de calidad.

Notamos que los niveles de calidad para las dos dimensiones son muy próximos en el hospital del niño Francisco Ycaza Bustamante y en el Luis Vernaza. Por otro lado, en centros como la clínica Kennedy, la comodidad recibe un puntaje mucho más elevado que la satisfacción, mientras que en los hospitales públicos Abel Gilbert y del IESS, sucede lo contrario, donde la comodidad está muy por debajo que la satisfacción.

4.6.6. Conjuntos de variables por elementos

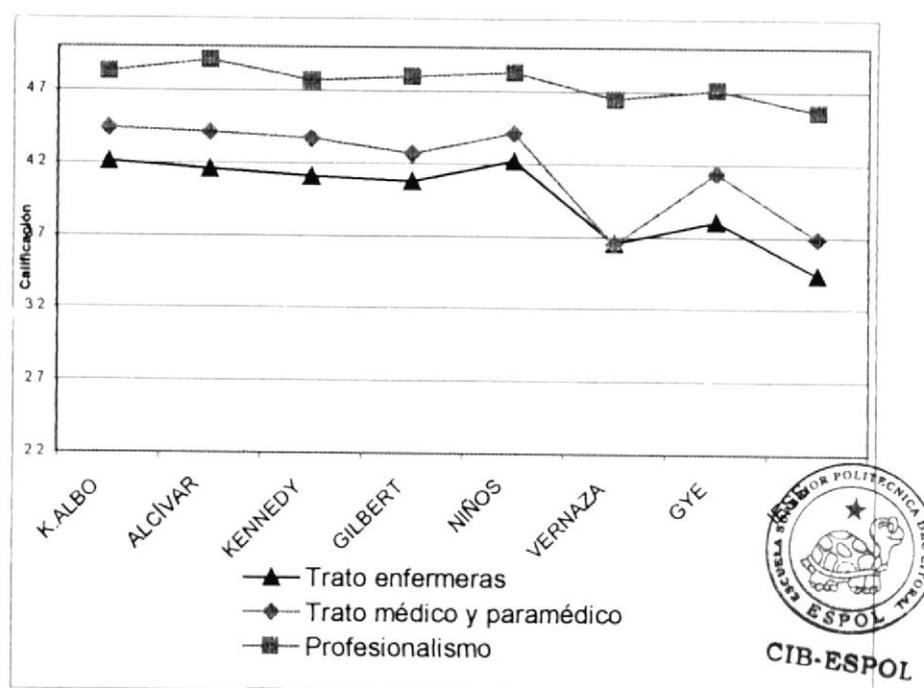
A continuación se analizarán conjuntos de variables que se relacionan con elementos comunes de la atención hospitalaria (personal, suministros, higiene, etc).

4.6.6.1. Variables del elemento recurso humano

En el gráfico 4.30 se muestran las calificaciones de calidad en los distintos centros hospitalarios para las variables relacionadas con la atención del personal o factores humanos. Observamos que el profesionalismo está en primer lugar en relación a la percepción de calidad del trato, ya sea del personal médico y paramédico, como de la forma de tratar de las

enfermeras. Notamos que estas dos últimas variables muestran un comportamiento similar y que llega a tener la misma calificación en el hospital Luis Vernaza (3.65 puntos aproximadamente). En éste centro, ambas calificaciones sufren un descenso para luego mejorar en el hospital Abel Gilbert, donde existe una mayor discrepancia relacionada entre el trato de personal de salud en relación a el correspondiente a enfermeras, que es mucho menor (3.81 puntos). La calificación más baja en cuanto al trato de enfermeras la recibe el hospital regional del IESS con 3.44 puntos.

GRÁFICO 4.30 NIVEL DE CALIDAD EN VARIABLES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN DEL PERSONAL EN CADA CENTRO HOSPITALARIO



Fuente y elaboración: Autores - encuesta de medición de calidad

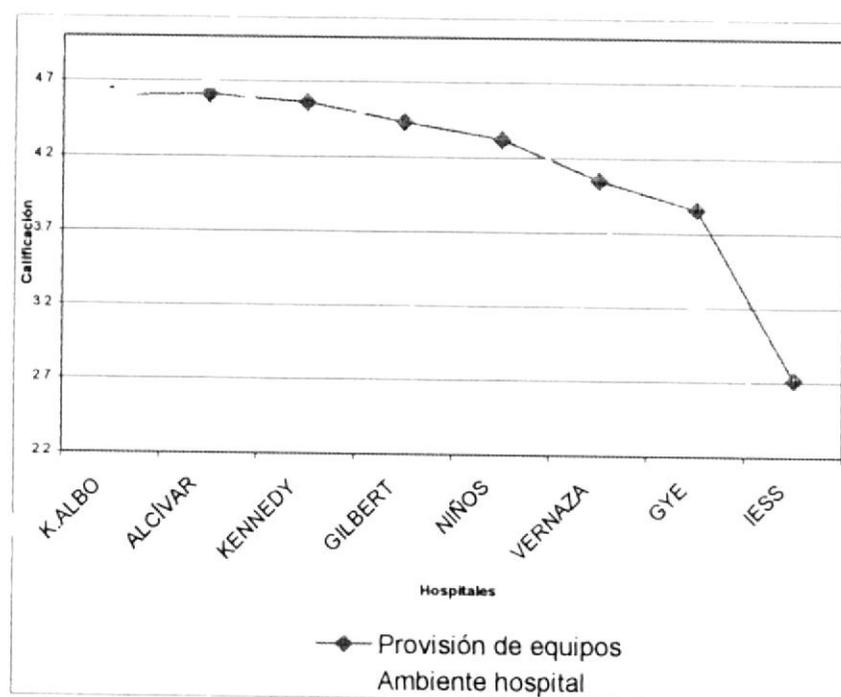
Las mejores calificaciones en cuanto al trato del personal médico y paramédico las reciben la clínica Kennedy Alborada (4.44 puntos) seguido por un empate entre la clínica Alcívar y el hospital de niños Francisco Ycaza Bustamante, ambos con 4.41 puntos de calidad. En el trato de enfermeras por otro lado, éste último centro está en el primer lugar con 4.22 puntos seguido muy de cerca por la clínica Kennedy Alborada (4.21 puntos).

4.6.6.2. Variables del elemento adecuación física

En cuanto a la **adecuación física** de los centros hospitalarios podemos apreciar en el gráfico 4.31 que la calificación promedio de calidad percibida es directamente proporcional a las puntuaciones de provisión de equipos.

Así, los mejores centros en cuanto calidad son los que también son percibidos como los que tienen buena provisión de equipos. A medida que disminuye la calidad promedio (hacia la derecha del gráfico), la disminución en puntaje de calidad para esta variable es cada vez mayor, llegando al punto más bajo en el hospital regional del IESS con 2.72 puntos (menos que una apreciación regular).

GRÁFICO 4.31 NIVEL DE CALIDAD EN ADECUACIONES Y EQUIPAMIENTO



Fuente y elaboración: Autores -encuesta de medición de calidad

Por otro lado, el comportamiento de la apreciación del ambiente del hospital, fluctúa, recibiendo en ocasiones un puntaje más alto que la provisión de equipos. Podríamos decir que en general, el puntaje es menor que la provisión de equipos, y que solo en algunos casos, el ambiente del hospital es percibido con tal agrado, que supera a la puntuación de la otra variable. Esto sucede para la clínica Alcívar (4.70 puntos), Roberto Gilbert Elizalde (4.55 puntos) y en el de niños Francisco Ycaza con una calificación de 4.59 puntos.

4.6.6.3. Variables del elemento limpieza

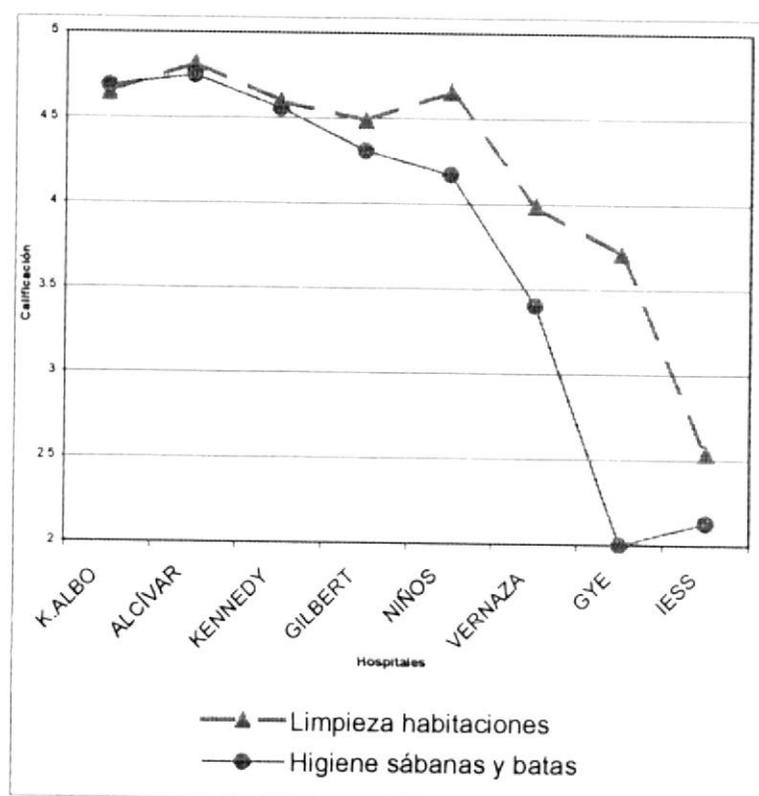
Siguiendo con las adecuaciones Y la forma en que se presentan y cuidan las mismas, en el gráfico 4.32 podemos observar las relacionadas con la limpieza de los centros hospitalarios. Aquí se muestra que la calificación promedio de calidad es en la mayoría de los casos, también directamente proporcional a las puntuaciones de limpieza.

En los centros con mayores puntuaciones de calidad, la limpieza de habitaciones y la higiene que se tiene con las sábanas y batas reciben casi las mismas puntuaciones. Luego, a partir de hospital Roberto Gilbert Elizalde, las puntuaciones de éstas dos variables empiezan a dispersarse y disminuye considerablemente la calidad de la higiene de sábanas y batas.

Los primeros cinco centros hospitales (Kennedy Alborada hasta el de niños Francisco Ycaza en el gráfico 4.32) reciben calificaciones por encima de la percepción de bueno para ambas variables. A continuación, la limpieza de habitaciones está entre una percepción regular y buena, para el hospital Abel Gilbert y el Luis Vernaza. Ésta llega a estar entre mala y regular (2 y 3 puntos) para el hospital regional del IESS. La percepción de la higiene de

sábanas y batas está próximo a malo, para el hospital Abel Gilbert y el regional del IESS (2.00 y 2.13 puntos respectivamente).

GRÁFICO 4.32 NIVEL DE CALIDAD EN LIMPIEZA DE CADA CENTRO HOSPITALARIO



Fuente y elaboración: Autores - encuesta de medición de calidad



CIB-ESPOL

CONCLUSIONES

1. Cada centro tiene una mezcla distinta de grupos de pacientes, segmentados por nivel socioeconómico. Sin embargo, cada uno, tiene un nivel socioeconómico al cual se dirige su atención de forma preferente, formando su grupo objetivo.
2. La distribución socioeconómica de los sectores aledaños a cada hospital coincide en la mayoría de los casos con su grupo objetivo.
3. Los hospitales públicos tienen como grupo objetivo al N.S.E bajo (Guayaquil con un 78.6% y el IESS con 43.6%).
4. El N.S.E medio bajo, se concentra en mayor proporción en el hospital Luis Vernaza (52.5%), del niño Francisco Y. Bustamante (53.7%) y el Roberto Gilbert (44.9%).

5. El nivel medio forma el segmento objetivo de la clínica Kennedy Alborada, llegando a formar un 46.2% de sus usuarios.
6. Los usuarios de niveles altos, aparecen significativamente en el mercado de los centros privados y casi nunca en los públicos. Así forman parte del mayor segmento de atención para la clínica Kennedy (43.9%) y en la Alcívar con un 36.4%.
7. El nivel promedio de satisfacción de los usuarios de los centros hospitalarios de estudio es medianamente elevado (4.06 puntos). Sin embargo, existen grandes diferencias entre los centros al revisar los puntajes, ya que éstas van desde la más alta 4.49 para la Kennedy Alborada hasta los 2.97 puntos para el hospital regional del IESS.
8. Los rangos de satisfacción mas altos (4 a 5), se percibieron en los centros; Kennedy Alborada (4.49), Alcívar (4.45), Kennedy y Roberto Gilbert (4.33), y del niño Francisco Y. Bustamante con 4.32 puntos. En un rango intermedio se encuentran los hospitales; Luis Vernaza y Abel Gilbert (3.78 y 3.77 puntos respectivamente). En último lugar, en un rango de satisfacción mas bajo tenemos al hospital regional del IESS con 2.97 puntos.



9. No existe una relación entre el nivel de calidad y el tipo de institución (privada, pública y ONGs), ya que existen calificaciones iguales entre representantes de distintos sectores (ejemplo: clínica Kennedy y el hospital pediátrico Roberto Gilbert Elizalde, con 4.33 puntos).
10. La percepción de los distintos grupos sociales se asemeja bastante, para un mismo hospital, ya que la desviación promedio de calificaciones de centro según los distintos N.S.E, es baja (0.14 puntos). No obstante, las calificaciones más altas en algunos casos no fueron dadas por los grupos objetivos o por un alto porcentaje de usuarios en relación al total entrevistado por centro. La menor proporción de usuarios que dieron las calificaciones más altas, se encontró en la clínica Kennedy (40.4%), que corresponde a los N.S.E B y C juntos. El mayor porcentaje se observó en el hospital Guayaquil Abel Gilbert con un 97.6% de usuarios (niveles D y E) que dieron los más altos puntajes. El segmento objetivo del hospital regional del IESS (N.S.E bajo) fue el que dio la puntuación promedio más baja en relación a los demás.
11. Las fortalezas de la clínica Kennedy Alborada son profesionalismo médico (4.83), higiene de sábanas y batas (4.69) y la puntualidad del personal de salud (4.67). Entre sus debilidades encontramos como número uno la falta de atención a sugerencias (4.08), luego una posible falta de buen trato por

parte de las enfermeras (4.21) y la marcada diferencia de atención con respecto factores socioeconómicos (reducción a preferencias con 4.25).

12. Para la clínica Alcívar las fortalezas que se presentan son el profesionalismo en primer lugar con 4.91 puntos, luego la limpieza de habitaciones (4.82) y así también la higiene de sábanas y batas (4.75). En sus debilidades tenemos el trato de enfermeras (4.16), la reducción a preferencias (4.09) y el factor con más bajo puntaje, la atención a sugerencias (3.84).
13. La clínica Kennedy, también tiene en sus dos primeras fortalezas, al profesionalismo (4.77) y la limpieza de habitaciones (4.60). Además en tercer lugar, se encuentra la provisión de equipos, empatada con la higiene de sábanas y batas a 4.56 puntos. Las debilidades de éste centro están en la reducción de preferencias (4.05), la atención a sugerencias (3.96) y la alimentación con 3.86 puntos.
14. El hospital pediátrico Roberto Gilbert Elizalde presenta sus fortalezas en el profesionalismo (4.80), la puntualidad de sus médicos (4.57) y el ambiente del hospital (4.55). Sus debilidades están en la reducción de preferencias (4.16), trato de enfermeras (4.08) y atención a sugerencias (3.90).

15. Para el hospital de niños Francisco Icaza Bustamante, las fortalezas se asientan en el profesionalismo (4.83), la limpieza de sus habitaciones (4.66) y la puntualidad con 4.59 puntos. Dentro de sus debilidades tenemos la atención a sugerencias (3.90), la reducción de preferencias (3.88) y una falta de agilidad en trámites, por recibir la más baja puntuación (3.85).
16. En lo que respecta al hospital Luis Vernaza, el profesionalismo y la puntualidad están en sus calificaciones más altas (4.65 y 4.14 respectivamente) y luego la provisión de equipos (4.05) formando sus fortalezas. La variable reducción de preferencias e higiene de sábanas y batas son debilidades de éste centro (3.48 y 3.40 puntos respectivamente). Así también, está su mayor debilidad, la atención a sugerencias con 3.10 puntos.
17. Para el hospital de Guayaquil, Abel Gilbert, sus fortalezas son el profesionalismo médico (4.71), puntualidad (4.40) y el trato de médicos y paramédicos (4.14). Sus debilidades están en la alimentación (3.64), su ambiente (3.21) y la falta de higiene de sábanas y batas con 2.00 puntos promedio.
18. En el caso del hospital regional del IESS, su fortaleza se compone del profesionalismo médico (4.56), el trato de médicos y paramédicos (3.69) y de enfermeras con 3.44 puntos. Sus debilidades se encuentran en la falta

**CIB-ESPOL**

de atención a sugerencias (2.44), su ambiente (2.26) y la higiene de sábanas y batas (2.13).

19. Existen necesidades que están presentes en todos los usuarios sin importar su nivel socioeconómico.
20. Los factores comunes para una buena atención tienen que ver con el trato recibido, nivel de humanismo y comunicación con el paciente. En general se pide facilidad en el pago, disponibilidad de recetas y no tener que esperar demasiado para ser atendido. Un centro hospitalario debe estar debidamente equipado y tener sumo cuidado con la limpieza.
21. Las características del comportamiento que se espera del personal médico y paramédico puede variar según el N.S.E del usuario, pero todas éstas se pueden agrupar en cualidades comunes que determinan la calidad profesional percibida así como la humana.
22. En lo que respecta a las demoras de atención, se debe considerar las diferencias de procedimientos (turnos o citas) así como la influencia del disponer de "palancas" para agilizar trámites o recibir un mejor trato durante la espera.
23. Los niveles altos (A y B) enfocan su interés en la suficiente preparación profesional de los médicos. Consideran muy importante el tener buenas

referencias por parte de otros médicos o conocidos sobre quien los va a tratar y el lugar de atención. Se incomodan por un exceso en el tiempo de espera en resultados de exámenes o por que el médico falle en atenderlos a la hora prevista.

24. Para el nivel medio (C) son importantes la privacidad, el cuidado con la alimentación y percibir un compromiso de la institución hacia la calidad en el servicio. Se interesan por la asepsia y presentación de batas, toallas y otros accesorios. Perciben que influye mucho la falta de valores, los reglamentos internos y la estructura en la forma en que se brinda el servicio. El precio es relevante al momento de seleccionar el lugar de tratamiento, así como la confianza en que se realice un cobro justo por los servicios recibidos.
25. El grupo de usuarios pertenecientes a niveles bajos (D y E), se sienten desinformados y que reciben un trato con poca o ninguna cortesía e interés. Tienen un nivel muy bajo de confianza en el médico así como en la seguridad de sus pertenencias durante la internación. Las colas que tienen que realizar para consultas externas son muy extensas y los trámites de ingreso los consideran muy lentos. Sus necesidades se centran en la suficiente disponibilidad de personal médicos, equipos y suministros. También, en la mejora de puntualidad y lentitud por parte del personal

administrativo. En las características del centro hospitalario se enfocan en obtener mayor ventilación de habitaciones y comodidad de camas y salas de espera. Se les hace muy difícil acceder a un tratamiento, por que deben comprar primero todos los implementos necesarios, ya que el hospital no cuenta con éstos.



CIB-ESPOL

RECOMENDACIONES

1. Es crítico que un hospital cuente con los recursos económicos necesarios para poder brindar los servicios en todas las áreas y contar con la debida dotación de suministros médicos y medicinas, reduciendo de esta forma los gastos adicionales en que pueda incurrir el paciente así como una percepción negativa de la atención.
2. Se recomienda una reorganización y remodelación regular de las instalaciones de los hospitales, ya que se puede notar que los centros que así lo han hecho han obtenido calificaciones promedio más elevadas que

los que se han mantenido sin cambio alguno significativo desde su creación.

3. Cada hospital debería realizar un seguimiento continuo de la percepción de calidad mediante estudios dirigidos a los usuarios pertenecientes a su segmento objetivo.
4. En la mayoría de los casos se recomienda realizar talleres y cursos de capacitación del personal en cuanto a relaciones humanas.
5. Se debe buscar dar una imagen de igualdad en la atención que no dependa del nivel económico o clase social del usuario.
6. Instruir al departamento de recursos humanos de cada hospital para que realice evaluaciones periódicas de rendimiento del personal de la institución mediante un seguimiento continuo de la percepción de los usuarios en cuanto a la calidad de la atención. En base a éste análisis se podría emitir reportes semestrales para realizar los cambios o correctivos necesarios.

7. Se recomienda efectuar encuestas periódicas a las personas que se acerquen a la(s) ventanilla(s) de caja. Para esto se deberá contratar una persona de buena presencia y trato amable que pregunte cuál ha sido la impresión que se llevó del hospital y si puede dar alguna sugerencia. Ésta información se deberá analizar para presentarla a la directiva del hospital y así, lograr que visualicen las necesidades del usuario.

ANEXO 1

CONFORMACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNACIÓN

La creación de un hospital o una clínica tiene ciertas exigencias legales y tecnológicas. Existen también policlínicos y dispensarios médicos creados con los mismos fines de atención pero que no cuentan con los equipos ni las condiciones necesarias para internar a un paciente.

Requisitos legales para la apertura de una clínica

Para la conformación de una clínica, esta puede ser de uso general o por especialidades. Debe tener un mínimo de 5 camas para dar asilo a los pacientes que necesiten ser internados.

Si es una clínica de especialidad, tal como es el caso de las clínicas de rehabilitación, cardiológicas, etc., puede tener tan solo un quirófano. De no ser así, deberá contar con el mismo número de quirófanos exigidos para un hospital, es decir, 2 o 3, para cada especialidad. Deberán tener también la autorización del Municipio sobre utilización del suelo.

Requisitos tecnológicos para el funcionamiento de una clínica.

Para el caso de las clínicas de especialidad, debe contar con todos los equipos utilizados para ella y si es general, los mismos requisitos exigidos para los hospitales.



CIR-ESPOL

Existen también otro tipo de centros de salud como los Policlínicos y los Dispensarios Médicos que dan atención de emergencia pero que no cumplen con los mismos requisitos de clínicas u hospitales.

Policlínicos y Dispensarios Médicos

Los policlínicos dan atención emergente y tienen opción a internar a un paciente hasta por 14 horas, luego de esto, si se lo requiere, deberá ser trasladado a un centro hospitalario. Además, no cuentan con quirófano para poder hacer ningún tipo de cirugía.

Los Dispensarios Médicos son autorizados únicamente para ser conformados por Iglesias o Fundaciones, es decir, instituciones de servicio social. Son únicamente un conjunto de consultorios, que puede contar con un botiquín o Farmacias que no comercialicen medicinas del exterior, solo nacionales.

Hospitales

Requisitos legales para la apertura de un hospital.

Para la apertura de un hospital es indispensable que tenga por lo menos, 70 camas, sin importar el número de habitaciones para internar a los pacientes que lo requieran. Además, deberá mantener en muy buen estado y completamente equipados dos o tres quirófanos de especialidades, con el fin de dar atención a pacientes con cualquier diagnóstico.

Actualmente, la construcción de un hospital debe ser autorizada primero por el Municipio, al que se solicita la utilización del suelo, indicando la repartición del área a ocuparse. Antes, no importaba el lugar donde se fuera a dar la apertura de un hospital, pero, hoy en día, esta autorización se concede siempre y cuando no sea en una zona residencial.



CIB-ESPOL

Requisitos tecnológicos para el funcionamiento de un hospital.

Los hospitales deben contar con todos los equipos necesarios para dar servicios de diagnóstico, tales como; Rayos X, Laboratorio Clínico, ecografía, resonancia, cardiología, y neurología. Deben tener también un quirófano para cirugía general y 2 o 3 quirófanos de especialidad, con todo el equipo necesario. Estas especialidades pueden ser: traumatología, ginecología, obstetricia, laparoscopia, oftalmología, cardiología, entre otras.

ANEXO 2

ENTIDADES PÚBLICAS Y ONGS QUE ADMINISTRAN LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE ESTUDIO

H. Junta de Beneficencia de Guayaquil

Institución que desde su fundación, el 29 de Enero de 1888 por el Dr. Francisco Campos Coello a estado "al servicio de la comunidad guayasense y de todo el país". Tiene a su responsabilidad una lista de dependencias además de estos hospitales como son el Cementerio General, Agencia Funeraria, el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, Asilo Bien Público, Hospicio Corazón de Jesús, entre otras " orientadas al bien público".³⁷

Para cumplir a cabalidad con su gestión se financia gracias a el aporte que le brinda los ingresos de la Lotería Nacional (concesión que se basa en un Decreto del Congreso Nacional, expedido el 6 de Agosto de 1894 y sancionado el 18 de Agosto del mismo año) así como dos impuestos, uno a cada quintal de azúcar

³⁷ Dr. Roberto Gilbert Elizalde, "Mensaje del Director de la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil, en la Revista de la Junta de Beneficencia de Guayaquil "Médica de Nuestros Hospitales". Marzo 1995.

elaborado en la Provincia del Guayas o que se importe y otro, un 2% sobre el valor de las importaciones de licores extranjeros, con exclusión de vinos.³⁸

“La percepción sobre los hospitales de la Junta hasta hace 3 años atrás era que atendía solo a personas de bajos recursos.”³⁹ Hoy en día, la situación económica del país, ha ocasionado que se reduzca notablemente el poder adquisitivo y por ende, también el porcentaje del presupuesto familiar dedicado a la salud. Esto, sumado a un aumento en los costos de la medicina privada y un estancamiento en el nivel de los salarios ha producido la concurrencia de personas de todos los niveles socioeconómicos a estos centros hospitalarios.

Ministerio de Salud Pública

Con el fin de tener una planificación integral de todas las dependencias de salud en el año de 1967 se crea éste ministerio para que se encargue de coordinar las distintas acciones desarrolladas en el sector de salud. La Asamblea Legislativa mediante decreto 084 del 16 de Junio de 1967 creó el Ministerio de Salud Pública en el Ecuador para desarrollar todos los aspectos relacionados con la sanidad, asistencia social, nutrición y vivienda de los ecuatorianos.

El decreto de creación mantuvo la existencia de la Dirección Nacional de Salud con sede diferente a la del MSP y las Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Social que con carácter autónomo administraban el 45% de las camas hospitalarias del país (INEC 1962, II Censo de Población).

³⁸ Revista de la Junta de Beneficencia de Guayaquil – Fundación del Ramo de Loterías y Creación de otros Impuestos.

³⁹ Sr. Alvarado Ricardo, Administrador Hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde (2001).

ANEXO 3

ANTECEDENTES DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE ESTUDIO.

Las instalaciones físicas del Hospital Alcívar se encuentran ubicadas en el sector Ximena situado en el Sureste de la ciudad, en los alrededores del Barrio del Centenario (Calle Coronel entre Azuay y Cañar).

Es un lugar de fácil acceso y ofrece comodidades para discapacitados como rampas y ascensores.

Las instalaciones físicas del Hospital Guayaquil se encuentran ubicadas en el sector Abel Gilbert situado en el Suroeste de la ciudad (Av. Assad Bucaram Elmhalin y Julio Jaramillo Laurido).

El 14 de febrero del 2000 el Alejandro Mann pasó a convertirse en lo que en la actualidad se conoce como el nuevo hospital pediátrico R. Gilbert Elizalde. Tuvo un costo aproximado para la Junta de 40.000 millones de dólares entre edificaciones y equipamiento. Pero gracias a esta obra se elevó el número de usuarios en un 300%, llegando a atender a el 70% de los niños de la provincia del Guayas, así como del resto del país.

Las instalaciones físicas del hospital pediátrico se encuentran dentro del complejo hospitalario Alejandro Mann ubicado en el sector La Atarazana situado en el noreste de la ciudad de Guayaquil. Adjunto a las del Tribunal Supremo

Uno de los objetivos del MSP ha sido la extensión de su cobertura. Es así que en 1980 la atención Primaria de Salud fusiona la participación de la comunidad para satisfacer las necesidades prioritarias de salud en las familias, integrando los sistemas informales y formales dentro de una regionalización de servicios.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

Lo que en un comienzo (13 de marzo de 1928) se denominó Caja de Prestaciones, en 1970 se crea el instituto de Seguridad Social. Su objetivo es proteger a la población trabajadora frente a riesgos sociales (vejez, invalidez y muerte) y de enfermedad (maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales).

Es un sistema autónomo y su administración política la realiza el consejo superior. Su cobertura de atención es del 38% de la población económicamente activa (PEA) así enfocado únicamente para el afiliado con excepción a los hijos de 0 a 1 año de las mujeres afiliadas.

Su financiamiento se basa en los aportes que paga el patrono 11,15% del sueldo del trabajador más el aporte que realiza el empleador que representa el 9,35% del sueldo básico más las asignaciones estatales que se encuentran alrededor del 40%.

Las prestaciones de servicios son los derechos o beneficios que reciben los asegurados al producirse eventualidades. De estas prestaciones tomaremos en consideración las de seguro de enfermedad y maternidad.

Electoral del Guayas y del Hospital Militar, es posible llegar ingresando por la Ave. Nicasio Safadi Revés (Ave.3 NO) la cual tiene su culminación justo al frente de sus puertas principales.

Se sitúa dentro del complejo asistencial que lleva el nombre de "Alejandro Mann". Todo éste cuenta con una extensión de 95.305.25 m², donde encontramos una playa de estacionamiento para médicos y público general. La construcción del hospital abarca 23.970 m². En el complejo también funcionan el Banco de Sangre administrado por la Cruz Roja Provincial del Guayas y un Albergue a disposición de los familiares de los niños que se están atendiendo.

El auditorio Dr. Juan Alfredo Illingworth Baquerizo que tiene un circuito cerrado de televisión para que los practicantes puedan observar las operaciones que se realicen. Además la biblioteca Dr. Alfredo Valenzuela para soporte y referencia de todos los profesionales que se encuentran haciendo su postgrado o cursos de actualización de conocimientos en la institución. El hospital pediátrico se considera un ejemplo para otros centros a nivel de la región y ha sido clasificado como uno de los más grandes de Latinoamérica. Ganándose ésta última deferencia por su estructura así por el alcance a nivel tecnológico y aporte científico de todos sus especialistas. El diseño arquitectónico de las tres plantas del Hospital Pediátrico así como de su entorno es moderno y atractivo para los niños, gracias a sus colores y formas que dan la impresión del juguete "Lego". Por esto desde la entrada se puede percibir un ambiente agradable y familiar que se asemejan a un parque de recreación para niños y adultos.

Debido a un incremento constante en las necesidades de los afiliados a el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) sus autoridades fueron obligadas a aumentar su infraestructura hospitalaria. Para éste fin el 17 de Octubre de 1970 se inauguró el hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".



CIB-ESPOL

Estaba equipado con un personal capacitado, trabajando en un área física adecuada y con la tecnología de punta en aquella época.

Se encuentra ubicado en el sector Huancavilca situado en el suroeste de la ciudad (Av. 25 de Julio y Ernesto Albán Mosquera).

El Hospital Clínica Kennedy fue fundado en el año 1978, se inició con la sección Alfa con 26 profesionales, en el año 1980 se amplió con la sección Beta, luego en 1984 la sección Gamma, después la sección Delta y la Clínica de la Mujer en 1989. En 1995 se construyó el edificio Ampliación, constituyendo la última ampliación con la sección Epsilon en el año 1996. Al momento contaba con más de 180 especialistas.

Las instalaciones físicas se encuentran ubicadas en el sector Kennedy situado en el sector noroeste de la ciudad. Su dirección es Avenida San Jorge (10 NO) y calle 9na, a un costado del centro comercial "Policentro".

Es un lugar de fácil acceso y ofrece comodidades para discapacitados como rampas y ascensores.

Cafetería, Restaurante, Farmacia, Estacionamientos cubiertos, sala de exposiciones, 2 auditorios y biblioteca.

El HCK cuenta con un área física que supera los 14,000 m² distribuidos en 8 torres de las cuales 5 son médicas (Secciones Alfa, Beta, Gamma, Epsilon y Delta), 2 de servicios adicionales y el edificio principal.



CIB-ESPOL

La K. Alborada fue un proyecto iniciado en el año de 1.996 para ampliar la cobertura de la Kennedy luego de más de 20 años al cuidado de la salud ecuatoriana.

Con sus instalaciones dispuestas en el sector Alborada este situado en el noreste de la ciudad. Su dirección es ciudadela Alborada, doceava etapa, manzana 1227, cuenta con una ubicación de fácil acceso en el área norte de la ciudad. Se promociona como una ubicación que "...permite el libre y fácil acceso desde cualquier parte de la ciudad y, desde cualquier parte de la provincia del Guayas".

Con una construcción de aproximadamente 10.500 m², esta torre tiene 5 niveles. Este nuevo complejo médico-hospitalario, tiene una infraestructura física compuesta por cuatro bloques o edificios, tres de los cuales debidamente equipados entraron en servicio a partir de Octubre de 1.999.

La ubicación estratégica del Centro Médico Hospital Clínica Kennedy "Alborada" en un sector de Guayaquil cuya población bordea los 350.000 habitantes. La capacidad de servicios y la capacidad operativa instalada, que permitan satisfacer aproximadamente el 50% de la demanda insatisfecha de servicios de salud en la zona.

El Centro Médico Hospital Clínica Kennedy "Alborada", está compuesto por 4 bloques o edificios, a los cuales se les denomina Torres. El primer bloque o edificio es el denominado Torre de Consultorios, con una capacidad para 109 consultorios médicos. El segundo bloque o edificio es el denominado Torre de Estacionamientos, con una capacidad de 234 estacionamientos vehiculares aproximadamente. El tercer bloque o edificio es el denominado Torre Hospitalaria.

Fue el primer hospital de la ciudad así también como del país y a nivel de Sudamérica. Inaugurado el 25 de Noviembre de 1564, tenía el nombre de Hospital "Santa Catalina". Luego de múltiples incendios que sufrió la ciudad, lo que le ocasionó continuas reconstrucciones y reubicaciones en más de tres ocasiones, a partir del año 1920 comienza a transformarse en lo que es en la actualidad el Hospital Luis Vernaza. En un principio administrado por el Cabildo y los Padres Betlemitas, luego por las religiosas de la orden de San Juan de Dios (1753), en el año de 1887, pasó de manos del Concejo Municipal, a la H. Junta de Beneficencia, una vez que ésta fuera creada por ordenanza del 17 de Diciembre. Su reconstrucción y modernización, una vez ubicada en las faldas del Cerro del Carmen, fue la más importante obra de Don Luis Vernaza (sexto director de la Junta periodo 1922-1942). Por esta razón como homenaje se le bautizó con su nombre en el año de 1942.

El hospital está ubicado en el sector Cerro del Carmen situado en el noreste de la ciudad. (Loja entre las calles Dr. Julián Coronel y Tnte. Crnl Gregorio Escobedo).

Cuenta con una amplia zona de parqueo y un "ecosistema arquitectónico que le da armonía y belleza".

Está provisto de un helipuerto, lo cual es de mucha ayuda en casos de emergencia nacional y de catástrofes.

Cuenta con el Pabellón Valdéz de tres pisos, y un pensionado Sotomayor. Está considerado como uno de los más grandes y mejores equipados del Ecuador. Desde octubre de 1997 cuenta con una nueva área de emergencia.

.....

La inauguración de la totalidad de sus servicios ocurrió el 10 de octubre de 1985.

La demanda que se registra es de niños entre 0 y 14 años de edad, además es una demanda de carácter nacional, sin embargo su área de mayor influencia son los barrios urbano marginales de la ciudad, con el 70% del total, los cantones de la provincia del Guayas con el 18% y otras provincias, especialmente los Ríos y Manabí con el 12%.

Inicialmente la atención fue totalmente gratuita, recibándose pacientes de casi todas las provincias del País, incluidas Esmeraldas y las Orientales, usualmente no consideradas como área de influencia de nuestra provincia. Es a fines del año 1987 cuando empiezan los problemas por falta de insumos, debido a un presupuesto insuficiente, que se agrava por el incremento de la tasa inflacionaria. Como consecuencia de lo anterior, se hizo necesario implementar como norma el que los pacientes adquieran fuera del hospital, la mayoría de los insumos necesarios para su atención, ya que la Institución no podía dárselos por falta de fondos y no podía vendérselos por prohibirlo la Ley. Sin embargo se trabajaba bien pues los equipos básicos funcionaban.

Esta unidad operativa creada como respuesta a las necesidades de salud de la población infantil, se encuentra en el sector Ayacucho situado en el sureste de la ciudad de Guayaquil (Av. Quito y calle Carlos Gómez Rendón) frente al Colegio Nacional Guayaquil. Está catalogado como un hospital de referencia nacional y ofrece servicios de salud en especialidades pediátricas.

ANEXO 4

TEMARIO GUÍA PARA LOS GRUPOS FOCALES

Introducción

Saludo y bienvenida a los participantes.

Presentación de los moderadores y explicación del tema a tratar.

Dinámica de grupo (presentación de participantes)



CIB-ESPOL

Análisis situacional (marco de referencia de centros a tratarse)

¿Qué tipos de centros de atención médica existen en la ciudad de Guayaquil?

¿Con qué tipos de hospitales contamos?

¿Con cuales hospitales están ustedes familiarizados?

¿Los hospitales (públicos, privado, junta) son suficientemente adecuados para visitarlos- hacerse atender? En que forma?

Conducta del consumidor

¿Se realiza chequeos médicos periódicos para prevenir enfermedades?

¿Cada cuánto se hace atender?

¿Cómo se hace atender?

¿En que circunstancias acude a un hospital?

¿Donde se hace atender?

Análisis de percepción

¿Cuál hospital, es el mejor, el peor y por qué?

¿Que centros hospitalarios prefiere y por qué?

¿Cuando se hacen atender en (un hospital? en una clínica? en un centro de salud) que es lo más importante?

Si un hospital es (publico, privado, junta) será más o menos probable que ofrezca un servicio de calidad? Por qué?

¿Cuándo dice que quiere un servicio de calidad, ¿Que quiere decir?

Análisis de motivación

¿Cuando se decide por un centro, ¿que características de este toma en cuenta?

¿Cuales serían las características de un hospital que considerarían satisfactorias para hacerse atender en el?

¿Qué cosas son necesarias para que usted regrese al mismo centro hospitalario?

Análisis del servicio

Modalidades de prestación de servicio (ejemplos; citas, sistema de turnos, tickets)

¿Cómo es el procedimiento para hacerse atender?

Barreras que dificultan uso eficaz del servicio de salud

(ejemplos; Medio transporte, distancia, tiempo, etc)

¿Qué cosas pueden impedir que usted reciba la atención que requiere?

¿Que cosas hacen que sea más cómodo su estancia?

¿Cuáles podrían ser las mejoras en la atención hospitalaria?

¿Por cuales de éstas mejoras que desea tenga un hospital, estaría dispuesta a pagar más?

¿Cómo describiría a un buen médico, enfermera, hospital?

(Imaginémonos como sería el médico que a usted le gustaría que lo atienda.)

Cierre

Revisión de principales conclusiones.

Comentarios adicionales

Agradecimiento y despedida

ANEXO 5

**CUESTIONARIO PARA LA ENCUESTA DE
CUANTIFICACION DE RESULTADOS**

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor califique la atención recibida en este hospital, con un puntaje del número uno al cinco. Siendo el número 1 la menor puntuación, y el número 5 el puntaje más alto.

ENCUESTA	A
----------	---

DIRECCIÓN (SECTOR O CIUDADELA): _____

SEXO F M

TÍTULO: _____

MENOR PUNTAJE				MAYOR PUNTAJE	
	1	2	3	4	5

NUM	PREGUNTA ENCUESTA	1	2	3	4	5
-----	-------------------	---	---	---	---	---

(1) COMPETENCIA ADMINISTRATIVA

3	Según su criterio, ¿qué tan capacitado cree usted que se encuentra el personal médico y de enfermería para atenderlo de manera amable y cordial?					
4	En consulta externa, ¿qué tan ordenados considera usted que se manejan los turnos de atención a los pacientes?					
5	Si usted tiene alguna queja, ¿qué tanto interés cree usted que pondría la administración del hospital a su problema?					

(2) COMPETENCIA PROFESIONAL

29	¿Cuán probable es que en este hospital existan los equipos médicos necesarios para poder diagnosticar y tratar su enfermedad?					
65	¿Qué tan competente y profesional es el médico que lo atiende?					
1	¿Qué tan cuidadosas son las enfermeras para seguir las instrucciones del médico en cuanto al tratamiento del paciente? (suministro de medicinas)					
2	Califique la igualdad en la atención que ve usted que existe en este hospital, es decir, que no hayan preferencias por factores económicos o sociales.					

(3) ACCESO

8	¿Qué tanta agilidad existe para realizar trámites de hospitalización de un paciente?					
10	Al momento de requerir atención médica inmediata, ¿Qué tan velozmente le atienden los médicos y enfermeras?					
11	¿Qué tan razonable es el tiempo de espera para la atención en consulta externa de este hospital?					
21	¿Cuán puntuales nota usted que son los doctores para llegar al centro hospitalario?					
16	¿Cuán conforme se siente usted, luego de pagar por el servicio, al hacer un balance entre la atención recibida y el precio que le cobran?					
20	¿Cuán fácil le es poder cancelar el servicio hospitalario mediante distintas formas de pago (cheques, tarjetas, otros) que no sea dinero en efectivo?					
17	¿Qué tan seguro está de que puede ubicar (localizar mediante secretaria, beeper, celular, etc) al médico que lo atiende en este hospital, cuando usted lo requiera?					
18	Si usted o un familiar tiene que ser atendido en emergencias. ¿cuánta disponibilidad existe en este hospital para recibir al paciente con los cuidados que requiera?					

IUA	PREGUNTA ENCUESTA	MENOR PUNTAJE			MAYOR PUNTAJE	
		1	2	3	4	5

(4) COMODIDAD

31	En cuanto al ambiente de este hospital, ¿Cuán positiva es su influencia para hacer más llevadero el tiempo que permanezca aquí?					
34	Califique el cuidado que percibe usted que existe con la limpieza de las habitaciones de este hospital					
35	En cuanto a sábanas y toallas ¿Qué tanta higiene cree que se procura tener con el cuidado de las mismas?					
36	¿Cuál es el nivel de comodidades que están al alcance en las habitaciones?					
37	¿Qué tanta facilidad de parqueo hay en los alrededores de este hospital?					

(5) SATISFACCION

23	¿Cuánta comprensión hacia la persona enferma existe por parte del personal médico en este hospital?					
24	¿Qué tanta seguridad le inspiran los médicos para que usted se haga tratar de ellos sin temor o dudas?					
30	¿Qué tan conforme está con la comida que se sirve a los pacientes de este hospital?					
25	¿Cuánta confianza tratan de dar las enfermeras para sobrellevar una intervención dolorosa o angustiante?					

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor califique la atención recibida en este hospital, con un puntaje del número uno al cinco. Siendo el número 1 la menor puntuación, y el número 5 el puntaje más alto.

ENCUESTA

B

DOMICILIO (SECTOR O CIUDADELA): _____

SEXO F M

HOSPITAL: _____

MENOR PUNTAJE
1 2 3 4 5
MAYOR PUNTAJE

NUM PREGUNTA ENCUESTA

(1) COMPETENCIA ADMINISTRATIVA

HOM03	Según su criterio, ¿qué tan capacitado cree usted que se encuentra el personal médico y de enfermería para atenderlo de manera amable y cordial?						
HOM04	En consulta externa, ¿qué tan ordenados considera usted que se manejan los turnos de atención a los pacientes?						

(2) COMPETENCIA PROFESIONAL

HOM029	¿Cuán probable es que en este hospital existan los equipos médicos necesarios para poder diagnosticar y tratar su enfermedad?						
HOM065	¿Qué tan competente y profesional es el médico que lo atiende?						



(3) ACCESO

HOM08	¿Qué tanta agilidad existe para realizar trámites de hospitalización de un paciente?						
HOM10	Al momento de requerir atención médica inmediata, ¿Qué tan velozmente le atienden los médicos y enfermeras?						
HOM11	¿Qué tan razonable es el tiempo de espera para la atención en consulta externa de este hospital?						
HOM21	¿Cuán puntuales nota usted que son los doctores para llegar al centro hospitalario?						

CIB-ESPOL

(4) COMODIDAD

HOM31	En cuanto al ambiente de este hospital, ¿Cuán positiva es su influencia para hacer más llevadero el tiempo que permanezca aquí?						
HOM34	Califique el cuidado que percibe usted que existe con la limpieza de las habitaciones de este hospital						
HOM35	En cuanto a sábanas y toallas ¿Qué tanta higiene cree que se procura tener con el cuidado de las mismas?						
MEDI44	En lo que se refiere a las batas que se dan a los pacientes ¿Qué tanta higiene cree que se procura tener con el cuidado de las mismas?						
MEDI43	¿Qué tan tranquilo se siente con el nivel de privacidad que se le da cuando se realiza algún chequeo médico?						

(5) SATISFACCION

HOM23	¿Cuánta comprensión hacia la persona enferma existe por parte del personal médico en este hospital?						
HOM24	¿Qué tanta seguridad le inspiran los médicos para que usted se haga tratar de ellos sin temor o dudas?						
HOM30	¿Qué tan conforme está con la comida que se sirve a los pacientes de este hospital?						

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor califique la atención recibida en este hospital, con un puntaje del número uno al cinco. Siendo el número 1 la menor puntuación, y el número 5 el puntaje más alto.

ENCUESTA #	C
------------	---

DOMICILIO (SECTOR O CIUDADELA): _____

SEXO	F	M
------	---	---

HOSPITAL: _____

MENOR PUNTAJE	1	2	3	4	5
---------------	---	---	---	---	---

MAYOR PUNTAJE	1	2	3	4	5
---------------	---	---	---	---	---

NUM	PREGUNTA ENCUESTA	1	2	3	4	5
-----	-------------------	---	---	---	---	---

(1) COMPETENCIA ADMINISTRATIVA

HOM43	Según su criterio, ¿qué tan capacitado cree usted que se encuentra el personal médico y de enfermería para atenderlo de manera amable y cordial?					
HOM44	En consulta externa, ¿qué tan ordenados considera usted que se manejan los turnos de atención a los pacientes?					
BAJO51	¿Qué tan motivado percibe usted que está el personal para trabajar a gusto en este hospital?					
BAJO53	¿Cuán informado está usted de las posibles ayudas económicas que le pueda dar el hospital?					

(2) COMPETENCIA PROFESIONAL

HOM429	¿Cuán probable es que en este hospital existan los equipos médicos necesarios para poder diagnosticar y tratar su enfermedad?					
HOM465	¿Qué tan competente y profesional es el médico que lo atiende?					
BAJO47	¿Qué tanto confía usted en lo que el médico le recetó?					
BAJO45	¿Qué tan probable es que haya un doctor que lo pueda atender?					
BAJO48	¿Qué tanto le ha explicado el médico sobre su estado de salud?					
BAJO46	¿Qué tan común es que se trate a todos los pacientes por igual, sin preferencias?					



(3) ACCESO

HOM48	¿Qué tanta agilidad existe para realizar trámites de hospitalización de un paciente?					
HOM410	Al momento de requerir atención médica inmediata, ¿Qué tan velozmente le atienden los médicos y enfermeras?					
HOM411	¿Qué tan razonable es el tiempo de espera para la atención en consulta externa de este hospital?					
HOM421	¿Cuán puntuales nota usted que son los doctores para llegar al centro hospitalario?					
BAJO56	¿Qué tan rápido pudo llegar desde su casa a este hospital?					
BAJO52	Cuando usted debe ser hospitalizado, ¿cuánta posibilidad existe de que haya una cama disponible?					
BAJO57	¿Qué tan seguro está usted de encontrar aquí todos los medicamentos que le receten?					
BAJO59	¿Cuán eficiente es el sistema que utilizan en este hospital para el registro de pacientes?					

HOSPITAL: _____		MENOR PUNTAJE			MAYOR PUNTAJE	
NUM	PREGUNTA ENCUESTA	1	2	3	4	5

(4) COMODIDAD

HOMI 31	En cuanto al ambiente de este hospital, ¿Cuán positiva es su influencia para hacer más llevadero el tiempo que permanezca aquí?					
HOMI 34	Califique el cuidado que percibe usted que existe con la limpieza de las habitaciones de este hospital					
HOMI 35	En cuanto a sábanas y toallas ¿Qué tanta higiene cree que se procura tener con el cuidado de las mismas?					
BAJO 65	¿Qué tan cómodas y confortables son las salas de espera de este hospital?					
BAJO 62	¿Qué tan buena es la imagen que da el hospital a la comunidad?					
BAJO 64	¿Qué tan fácil se le hace ingresar alimentos al hospital?					
BAJO 39	¿Qué tan adecuado es el horario para que pueda venir a visitar a un familiar?					

(6) SATISFACCION

HOMI 23	¿Cuánta comprensión hacia la persona enferma existe por parte del personal médico en este hospital?					
HOMI 24	¿Qué tanta seguridad le inspiran los médicos para que usted se haga tratar de ellos sin temor o dudas?					
HOMI 30	¿Qué tan conforme está con la comida que se sirve a los pacientes de este hospital?					
BAJO 28	¿Qué tanta comprensión y buenos tratos existe hacia los niños que se hacen ver aquí?					
BAJO 60	¿Qué tanto confía usted en la seguridad de este hospital para evitar el robo de objetos personales?					



CIB-ESPOL

ANEXO 6

CUESTIONARIO PARA LA ENCUESTA DE MEDICION DE CALIDAD



CIB-ESPOL

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor califique la atención recibida en este hospital, con un puntaje del número uno al cinco. Siendo el número 1 la menor puntuación, y el número 5 el puntaje más alto.

ENCUESTA

DOMICILIO (SECTOR O CIUDADELA):

SEXO F M

HOSPITAL:

MENOR PUNTAJE		MAYOR PUNTAJE		
1	2	3	4	5

PREGUNTA ENCUESTA

(1) COMPETENCIA ADMINISTRATIVA

1	Califique el trato que le da el personal médico y de enfermería al momento de atenderlo.					
2	Si usted da una sugerencia, ¿qué tanto interés cree usted le pondría la administración?					

(2) COMPETENCIA PROFESIONAL

1	Califique la provisión de los equipos médicos necesarios de este hospital para diagnosticar y tratar su enfermedad.					
2	¿Qué tan competente y profesional es el médico que lo atiende?					
3	Califique la atención en este hospital, respecto a la reducción de preferencias por factores económicos o sociales.					

(3) ACCESO

1	¿Qué tanta agilidad existe para realizar trámites de hospitalización de un paciente?					
2	¿Cuán puntuales nota usted que son los doctores para llegar al centro hospitalario?					
3	¿Qué tan seguro está de que la administración del hospital garantice la presencia del médico cuando usted lo requiera?					

(4) COMODIDAD

1	¿Qué tan acogedor es el ambiente de este hospital?					
2	Califique el cuidado que percibe usted que existe con la limpieza de las habitaciones de este hospital					
3	En cuanto a sábanas, toallas y batas ¿qué tanta higiene existe con el cuidado de las mismas?					

(5) SATISFACCION

1	¿Qué tan conforme está con la comida que se sirve a los pacientes de este hospital?					
2	¿Cuánta confianza tratan de dar las enfermeras para sobrellevar una intervención dolorosa o angustiante?					

ANEXO 7

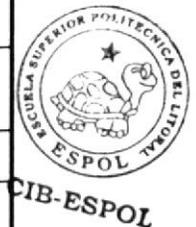
TABLA DE ESTIMADORES POBLACIONALES POR VARIABLE



CIB-ESPOL

ESTIMADORES POBLACIONALES POR VARIABLE DE MEDICION DE CALIDAD

VARIABLE	N	Media	Moda	Desv. Est.	Varianza	Asimetría	Kurtosis	Q ₁	Q ₂	Q ₃
Trato del personal médico y paramédico	404	4,14	4	0,83	0,69	-0,77	3,44	4	4	5
Atención a sugerencias	404	3,62	3	1,04	1,09	-0,48	2,86	3	4	4
Equipos médicos	404	4,18	4	0,94	0,88	-1,55	5,73	4	4	5
Profesionalismo del personal médico	404	4,75	5	0,53	0,28	-2,47	10,97	5	5	5
Preferencias a factores económicos y sociales	404	3,82	4	1,05	1,11	-0,69	2,98	3	4	5
Trámites de hospitalización	404	3,94	5	1,06	1,12	-0,92	3,32	3	4	5
Puntualidad del personal médico	404	4,31	5	0,84	0,7	-1,51	5,73	4	4	5
garantía de la presencia del médico	404	4,15	4	0,92	0,85	-1,28	4,87	4	4	5
Ambiente del hospital	404	4,04	5	1,04	1,09	-1,22	4,27	4	4	5
Limpieza de habitaciones	404	3,62	3	1,04	1,09	-0,48	2,86	3	4	4
Higiene de sábanas y toallas	404	3,8	5	1,31	1,72	-0,9	2,75	3	4	5



BIBLIOGRAFÍA

1. AUAD HERALES ÁNGEL DR. , artículo "Hospital Luis Vernaza "La mas antigua casa de salud" (Revista Médica de Nuestros Hospitales No.11-12)
2. AVEDIS, 1984 Farreras-Rozman, Medicina Interna, 14ta Edición (Biblioteca Carlos Julio Arosemena Tola, hospital Luis Vernaza)
3. BACA URBINA GABRIEL, Evaluación de Proyectos, Mc Graw Hill, 4ta edición.
4. BRITO MARIANA Y PEÑAFIEL MIGUEL, "Análisis de la Oferta de los Servicios de Atención Médica del MSP en la ciudad de Cuenca" (trabajo de graduación, ESPAE DP-01880)

5. DE MORAES NOVAES HUMBERTO, Garantía de la Calidad en Hospitales Infantiles, INTECH – Instituto para la Cooperación Técnica en Salud 1998, Potomac Md, EUA 1998. (Biblioteca Hospital de Niños León Becerra, Guayaquil)
6. GILBERT ELIZALDE ROBERTO DR., "Mensaje del Director de la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil, en la Revista de la Junta de Beneficencia de Guayaquil "Médica de Nuestros Hospitales". Marzo 1995.
7. HEIZER JAY Y RENDER BARRY, Production and Operations Management, Prentice Hall, cuarta edición 1995.
8. INEC, Anuario de Estadísticas Hospitalarias – CAMAS y EGRESOS 2000 (Biblioteca del INEC en Guayaquil).
9. INEC, Anuario de Recursos y Actividades de Salud, 2000 (Biblioteca del INEC en Guayaquil).



10. JIJÓN GUILLERMO CÉSAR Psicólogo Clínico, artículo "Aspectos y efectos psicológicos de la hospitalización del niño", publicada en revista del hospital de Niños Alejandro Mann Vol. XX (1987).
11. KAORU ISHIKAWA, "¿Qué es el Control Total de Calidad? La modalidad japonesa", Grupo Editorial Norma, Septiembre 1992.
12. LOUDON DAVID L., DELLA BITTA ALBERT J., Comportamiento del Consumidor conceptos y aplicaciones, McGraw Hill, México 1995, Cuarta edición.
13. MUÑOZ NAVARRO PAULINA LIC. "El Mercadeo como una estrategia gerencial en los servicios de Salud Locales" (Trabajo de Graduación para el Programa en Gerencia de Servicios de Salud. ESPAЕ Dic 1996, DP-00946)
14. NARRES, Investigación de mercados

15. NORIEGA RAÚL Y SANTORO LEÓN XAVIER, "Análisis e impacto de los modelos de privatización y la modernización del sector de las Telecomunicaciones en el Ecuador", (trabajo de graduación, ESPAE 1995)

16. OYAGUE ORLY DR., LAZO MARÍA LCDA., AGUIRRE INGRID LCDA., "Proyecto de Mejoramiento en la Calidad de Atención en la Unidad Materno Infantil del Hospital "Teodoro Maldonado Carbo", (trabajo de Graduación, Programa de Gerencia en Servicios de Salud ESPOL – ESPAE) Diciembre 1997.

17. REZA BECERRIL FERNANDO, Ciencia, Metodología e investigación, Pearson.

18. RIVADENEIRA P. EDUARDO Y PATIÑO A. MARIO, Guía de Elaboración de Tesis de Grado, Agosto 2001 (Facultad de Ingeniería en Mecánica y Ciencias de la Producción de la ESPOL).

19. ROLDÓS GARCÉS ALFONSO DR., artículo "Ética Médica" (Revista Médica de Nuestros Hospitales No.11-12, página 78)

20. TAMAYO Y TAMAYO MARIO, El Proceso de la investigación Científica, Noruega-Limusa. (Biblioteca Universidad Católica de Guayaquil)
21. UCH – Métodos y Técnicas de Investigación Social II (1998)
22. VANORMELINGEN K., PINEDA H., SALAZAR F., MARTÍNEZ F., BARRIGA W., ESTRELLA W., ORTEGA M., RECALDE R. Y FREIRE C., Gerencia de Calidad Total en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Quito Octubre 1994. (Biblioteca Hospital Luis Vernaza, Guayaquil)



CIB-ESPOL