PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL PERSONAL DE SALUD DE CONOCOTO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SUS USUARIOS.

DISERTACIÓN PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTOR: CARLOS ALBERTO BENAVIDES ROJAS

DIRECTORA:

DRA. KATY SEGARRA

TUTORA METODOLÓGICA:

DRA. EULALIA NARVAEZ

Quito, 2017

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, CARLOS ALBERTO BENAVIDES ROJAS, C.C. 040147278-2 autor del trabajo de graduación titulado: "FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL PERSONAL DE SALUD DE CONOCOTO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SUS USUARIOS", previa a la obtención del grado académico de ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA en el Instituto de Posgrado de la Facultad de Medicina.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 2017

Carlos Alberto Benavides Rojas

C.C. 040147278-2

AGRADECIMIENTO

A mis hijos Leslie y Derek, mi inspiración y quienes me dieron la fuerza y la comprensión necesaria durante el tiempo que tuve que dedicar a mi carrera pues ellos fueron los sacrificados en este proceso, pero muy pronto se verán beneficiados de todo el esfuerzo.

A mis padres, hermanos y sobrinos quienes a pesar de no estar conmigo me han brindado el apoyo necesario para afrontar las adversidades que implican este proceso.

A mis tutoras quienes tuvieron la paciencia necesaria para desarrollar este trabajo y poder concluirlo.

TABLA DE CONTENIDOS.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN_____II

AGRADECIMIENTO_____III

TABLA DE CONTENIDOS._____IV

RESUMEN._____X

SUMMARY_____XII

ABREVIACIONES_____XIV

1.Capítulo._____1

1.1. Introducción._____1

1.2. Justificación._____7

1.3. Pregunta de investigación_____8

1.4. Objetivos._____8

1.4.1. Objetivo General_____8

1.4.2. Objetivos específicos_____8

1.5. Hipótesis_____9

2.Capitulo._____10

2.1. Marco Conceptual._____10

2.1.1 Generalidades_____10

2.1.2. Situación Geográfica. _____10

2.1.3. Organización. _____12

2.1.4. Atributos demográficos. _____12

2.2. Análisis situacional de la calidad de la atención en los servicios de salud. _____13

2.2.1. Antecedentes. _____13

2.2.2. Características generales de la calidad. _____14

2.2.3. Definición de Calidad en los servicios de salud. _____15

2.2.4. Características de la calidad de la atención en salud. _____17

2.2.5. Evaluación de la satisfacción del usuario. _____18

2.2.6. Modelo de Medición SERVQUAL. _____19

2.2.7. Dimensiones de la Encuesta SERVQUAL. _____19

2.2.8. Evaluación de la Encuesta SERVQUAL. _____20

2.3. Relación entre la satisfacción del usuario y la funcionalidad familiar. _____21

2.4. Funcionalidad Familiar. _____21

2.4.1. Métodos e instrumentos para la evaluación familiar. _____22

2.4.2. El funcionamiento familiar según el modelo McMaster de Epstein, Baldwin y Bishop. _____26

2.4.3. Dimensiones del Funcionamiento Familiar según McMaster._____26

2.4.4. Evaluación de la Escala de McMaster._____32

2.5. Asociación entre la Funcionalidad Familiar y la satisfacción del usuario. _____34

3.Capítulo. _____36

3.1. Metodología. _____36

3.1.1. Matriz de Operacionalización de variables. _____36

3.2. Muestra. _____37

3.3. Cálculo muestral para la encuesta de Satisfacción del Usuario. _____38

3.4. Criterios de inclusión. _____39

3.5. Criterios de exclusión. _____39

3.6. Tipo de estudio. _____39

3.7. Métodos y técnicas. _____40

3.8. Procedimientos de recolección de información. _____41

3.8.1. Aplicación del McMaster al Personal de salud. _____41

3.8.2. Encuesta de Satisfacción de la atención recibida en el establecimiento de salud._____41

3.9. Procesamiento y análisis de los datos. _____42

3.10. Plan de análisis de datos. _____43

3.11. Aspectos bioéticos. _____44

3.12. Aspectos administrativos. _____45

4. Capitulo. _____46

4.1. Resultados. _____46

4.1.1. Valoración de la funcionalidad familiar del personal de salud. _____46

4.1.2. Valoración de la satisfacción de los usuarios externos. _____54

4.1.3. Asociación entre la funcionalidad familiar del personal de salud y la satisfacción del usuario. _____58

5.Capítulo. _____62

5.1. Discusión. _____62

6.Capítulo. _____67

6.1. Conclusiones. _____67

6.2. Recomendaciones. _____68

Bibliografía. _____69

Anexos. _____74

LISTA DE ILUSTRACIONES.

Ilustración 1: Mapa del Centro de Salud Conocoto. _____11

LISTA DE TABLAS.

2. Capitulo.

Tabla 1: Población mayor de 15 años asignada al Centro de Salud de Conocoto para el año 20015._____14

Tabla 2. Instrumentos de valoración de la dinámica Familiar._____27

3. Capitulo.

Tabla 1. Variables._____41

4. Capitulo.

Tabla 1. Distribución de la edad y sexo del personal del Centro de Salud Conocoto. Agosto-noviembre 2016._____52

Tabla 2. Grado de Funcionalidad Familiar del Personal del Centro de Salud de Conocoto, agosto a noviembre del 2016._____53

Tabla 3. Valoración de la sub-escala sobre Solución de Problemas por parte de los miembros de las familias del personal del CS de Conocoto. Agosto a noviembre._____54

Tabla 4: Valoración de la comunicación entre los miembros de las familias del personal del CS de Conocoto. Agosto a noviembre del 2016._____55

Tabla 5. Valoración de los Roles a cumplir en las familias del personal del CS de Conocoto. Agosto a noviembre del 2016._____56

Tabla 6: Valoración de la Respuesta Afectiva al interior de las familias del personal del personal del CS de Conocoto. Agosto a noviembre del 2016._____57

Tabla 7. Valoración del Compromiso Afectivo por parte del personal del CS de Conocoto en su núcleo familiar. Agosto a noviembre del 2016._____58

Tabla 8. Valoración del Control Conductual de las familias del personal de salud del CS de Conocoto. Agosto a noviembre del 2016._____59

Tabla 9. Valoración de la Funcionamiento Familiar General del personal del CS de Conocoto. Agosto a noviembre del 2016._____59

Tabla 10. Funcionalidad por Dimensiones._____60

Tabla 11: Características de la muestra de usuarios externos del Centro de Salud de Conocoto. Agosto a noviembre del 2016._____61

Tabla 12: Nivel de Satisfacción del usuario externo, frente a la atención recibida en el CS de Conocoto, según categorías de evaluación. Agosto a noviembre del 2016._____64

Tabla 13: Satisfacción general de los usuarios en el servicio de Consulta Externa._____64

Tabla 14. Nivel de satisfacción del Usuario Externo con relación a la Funcionalidad Familiar del Personal de apoyo y administrativo que lo atendió. Conocoto Agosto – Noviembre 2016._____66

Tabla 15. Funcionalidad Familiar de los Profesionales de Salud con relación a la Satisfacción de los Usuarios Externos atendidos en el CS de Conocoto. Agosto – Noviembre 2016._____67

Tabla 16. Nivel de satisfacción del Usuario Externo con relación a la Funcionalidad Familiar del Personal de apoyo y administrativo que lo atendió. Conocoto Agosto – Noviembre 2016._____68

RESUMEN.

Objetivo: Determinar si la funcionalidad familiar del personal de salud del Centro de Salud de Conocoto, está asociada a la calidad de atención que se ofrece al usuario, medida a través de la satisfacción de los usuarios externos que asisten a éste establecimiento, en el periodo comprendido entre agosto a noviembre del 2016.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio observacional, analítico de asociación, en dos muestras independientes. Se consideró para el estudio a los 50 (n=1) trabajadores del Centro de Salud de Conocoto y se calculó una muestra de 243 (n=2) usuarios externos seleccionados de forma aleatoria. Las dos muestras se relacionaron por una variable, el profesional y el personal administrativo que atendió a los usuarios seleccionados para el estudio. La funcionalidad familiar se estableció a través del modelo McMaster y para la satisfacción de los usuarios externos se aplicó la encuesta SERVQUAL. Los datos se procesaron en los paquetes Excel del Microsoft Office y Epi-info 2000 versión 3.1 de distribución gratuita.

Resultados. La funcionalidad del personal de salud de Conocoto fue del 64% que incluye los niveles de Funcional y Medianamente Funcional, no se identificó personal con un grado de Disfuncionalidad familiar. La mayoría de los usuarios externos (84,8%) manifestaron su satisfacción con el servicio recibido en el centro de salud. No se estableció asociación entre la funcionalidad familiar de los profesionales con la satisfacción de los usuarios (p=0,63); sin embargo si se estableció esta asociación cuando se analizó la satisfacción del usuario con el grupo de personal administrativo (p=0,000) con un OR de 8,93 (IC de 4,1 -19,1).

Discusión: Las medidas estadísticas obtenidas, permiten concluir que los tamaños de las muestras no fueron suficientes para llegar a conclusiones definitivas con respecto a la hipótesis planteada. Por lo tanto no se aceptó ni rechazó la hipótesis de estudio.

PALABRAS CLAVE: funcionalidad familiar, calidad de atención, McMaster, satisfacción del usuario, Servqual

SUMMARY

Objective: To determine if the family functionality of the Conocoto Health Center's health personnel is associated with the quality of care offered to the user, measured through the satisfaction of external users attending this facility, during the period From August to November 2016.

Materials and Methods: An observational, analytical, association study was designed in two independent samples. The 50 (n = 1) workers at the Conocoto Health Center were considered for the study and a sample of 243 (n = 2) randomly selected external users was calculated. The two samples were related by a variable, the professional and the administrative staff that attended the users selected for the study. The family functionality was established through the McMaster model and for the satisfaction of external users, the SERVQUAL survey was applied. The data was processed in Microsoft Office Excel and Epi-info 2000 version 3.1 free distribution packages.

Results. The functionality of Conocoto health personnel was 64%, which includes Functional and Moderately Functional levels, no staff with a degree of Family Dysfunction was identified. The majority of external users (84.8%) expressed their satisfaction with the service received at the health center. There was no association between the professional functionality of the professionals with the satisfaction of the users (p = 0.63); However, if this association was established when the user satisfaction with the administrative personnel group (p = 0.000) was analyzed with an OR of 8.93 (CI of 4.1 -19.1).

Discussion: The statistical measures obtained allow us to conclude that the sample sizes were not sufficient to reach definitive conclusions regarding the hypothesis. Therefore the hypothesis of study was not accepted or rejected.

KEY WORDS: family functionality, quality of care, McMaster, user satisfaction, Servqual.

ABREVIACIONES

- ***APS-R:*** Atención primaria de salud renovada.
- ***Centro de Salud C:*** Establecimiento del Sistema Nacional de Salud, realiza promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, cuenta con servicios de medicina general, especialidades básicas (ginecología, pediatría, medicina familiar), odontología, psicología, enfermería, maternidad de corta estancia, emergencia, cuenta con servicios auxiliares de diagnóstico: laboratorio clínico, imagenología básica, audiometría, farmacia institucional, promueve acciones de salud pública y participación social, cumple con normas y programas de atención del Ministerio de Salud Pública.
- ***CIE 10:*** Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión.
- ***EA:*** Evaluación Analítica
- ***INEC:*** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- ***MAIS-FCI:*** Modelo de Atención en Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural.
- ***MSP:*** Ministerio de Salud Pública.
- ***OPS:*** Organización Panamericana de la Salud.
- ***OMS:*** Organización Mundial de la Salud.
- ***SERVQUAL:*** Cuestionario para la Medición de la Calidad del Servicio,
- ***McMaster:*** Modelo de evaluación y tratamiento familiar integral.

1. Capítulo.

1.1. Introducción.

Las transformaciones sociales y económicas de los últimos años, han producido cambios en la salud de la población y de hecho en las políticas públicas adoptadas que han modificado los modelos de atención en salud existentes. Es así como hoy en día, se promueven modelos de atención de alta calidad, centrados en la organización de los servicios de salud y de manera relevante en los aspectos relacionados a la satisfacción del usuario o cliente. Esto implica la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos, entendidos como las instalaciones e infraestructura de los establecimientos de salud y subjetivos, aquellos que tienen que ver con la percepción de la calidad del servicio por parte de los usuarios externos e internos (1).

Como antecedentes, se puede mencionar que hasta antes de 2007, el modelo de Salud del Ecuador, era un modelo biologista, donde se reforzaba y priorizaba al tercer nivel de atención y dejaba al primer y segundo nivel, relegados de los avances y necesidades que estos tenían. Entre las principales causas, debe mencionarse a los bajos presupuestos y por lo tanto, al abandono de la infraestructura de los establecimientos, falta de insumos y medicamentos, lo que incidió en una limitada capacidad resolutiva y la consiguiente pérdida de confianza por parte de la población; considerando que en el primer y segundo nivel de atención, es en donde se puede resolver más del 90% de los problemas de salud de la población (2).

En este contexto de cambios y nuevas demandas sociales, el modelo de atención de salud del Ecuador, también ha ido modificándose hasta concluir en la última década en un Modelo Integral de Atención, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) (3) caracterizado por

ser garantista de los derechos de los usuarios y guardando coherencia con los marcos jurídicos nacionales e internacionales. Este modelo incluye como su principal estrategia a la Atención Primaria en Salud-Renovada (APS-R), que es el pilar fundamental de un sistema nacional de salud, en donde el primer y segundo nivel de atención, constituyen la puerta de entrada a este sistema, de allí la importancia de su fortalecimiento (3).

Tanto la Constitución Política del Ecuador como el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, establecen que la estrategia de APS-R, debe ser la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la red pública integral de salud en el Ecuador (3) (4).

Por otro lado, el nuevo modelo de atención del Ministerio de Salud Pública (MSP), considera como otro aspecto relevante, la calidad de la atención de salud; tema que en la actualidad ha adquirido mayor importancia, debido a que el nuevo MAIS-FCI implementado, ha otorgado una amplia libertad de opinión a los usuarios acerca de los servicios recibidos, por parte de los prestadores de salud y de las propias instituciones proveedoras. Todo esto conlleva a que los usuarios se encuentren cada vez más informados sobre sus derechos y los reclamen cuando se sienta vulnerados (5). Los usuarios, en esta nueva corriente de calidad de atención, deben percibir un trato adecuado con amabilidad, respeto y empatía porque esto se constituye en el foco de atención en sus percepciones y juicios de valor (6).

Analizando el concepto anterior, con respecto al proceso de prestación de servicios con servicios de calidad, es vital el rol que cumple el personal de salud, que a más de conseguir el mejor desempeño técnico, debe establecer una buena relación interpersonal con el usuario (6). En el MAIS-FCI del MSP, se abordan las inquietudes del usuario externo, que son tan esenciales para conseguir una atención de calidad como lo es la competencia técnica de sus

profesionales y funcionarios. Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud; del tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y sobre todo, de que obtenga el servicio solicitado (7) (4) (8).

El MSP, para mejorar de manera continua la calidad de atención que brinda a la población ecuatoriana, a través de sus servicios de salud y para brindar mayor satisfacción al usuario, integró en el MAIS-FCI, el proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad, con el fin de lograr la satisfacción de las necesidades de los usuarios y del cumplimiento de normas técnicas (2) (9).

Para generar un resultado de impacto social en la implementación del MAIS-FCI en sus diferentes ámbitos, es importante evaluar la realidad local, para determinar si los resultados obtenido satisfacen las necesidades de los usuarios, según el componente de evaluación de los servicios de salud que propone el MAIS-FCI; para ello utiliza como herramienta de medición, la aplicación de encuestas de satisfacción; las mismas que han sido diseñadas para que una vez conocidos sus resultados, se implementen las mejoras de aquellos aspectos más débiles y trabajar además, en la sensibilización de los actores sociales dentro y fuera de las instituciones prestadoras de servicios de salud (10).

Dentro de cualquier encuesta utilizada para evaluar la satisfacción al usuario, es importante incluir también, la comprensión que este alcanzan con las indicaciones que reciben del personal de salud, sean estas educacionales, dietéticas, de orden médico u otras, que repercuten de manera directa en el usuario, al percibir que todas sus demandas han sido cubiertas de manera satisfactoria (11).

Otro aspecto a tomar en cuenta para evaluar la calidad de los servicios de salud, es el lugar donde se atiende al usuario; pudiendo ser esta, en los servicios de emergencia, hospitalización o consulta externa; cada uno de ellos brinda características distintas de atención, por tanto deben ser evaluados tomando en cuenta sus diferencias.

Con respecto al lugar de atención al usuario externo; algunos sistemas de salud de países de la región como México, considera que la consulta externa de los servicios de salud, es el lugar donde se puede realizar una amplia valoración, para que luego y si es necesario, sea derivado a un servicios de especialidad, a la realización de exámenes complementarios o la resolución inmediata de su motivo de consulta (12); por lo tanto, en la consulta externa se tendrá que poner el mayor esfuerzo en cuanto a la atención que se brinda, porque de eso también dependerá la calificación que el usuario de a la atención recibida y a la percepción de la calidad del servicio al que asiste, conclusión a la que han llegado estudios realizados por García J, sobre la calidad de atención en instituciones de primer nivel en Guayaquil Ecuador, en el 2012 (13).

Como ya se mencionó, a más de la infraestructura, es importante en la evaluación de un servicio de salud, considerar a su talento humano, y cuando se evalúa este recurso, no solo se debe considerar la capacidad científica y técnica, sino también los entornos psicológicos en los que ellos se desenvuelven. Se conoce del efecto nocivo que situaciones como el estrés, el clima laboral, la violencia o agresividad, ente otros, afectan el desarrollo de sus actividades y la influencia que esto tiene sobre la calidad de atención que se brinda a los usuarios (14).

Entre estos *otros entornos psicológicos del personal de salud*, se quiere investigar la dinámica familiar del personal de salud, por considerar que éste también puede ser un elemento

importante cuando se habla de salud integral de un individuo, y llegar a establecer, si esta condición familiar, influye en la relación cotidiana con el usuario; lo que se reflejará en la percepción de calidad de atención del servicio al que asiste para satisfacer sus demandas de salud (14).

Evaluar esta dinámica familiar de forma objetiva es un gran reto, para luego poder implementar intervenciones adecuadas, al respecto y para esto, existen múltiples instrumentos que facilitan dicha valoración de forma integral (15). Para el caso de la funcionalidad familiar de los servidores de salud, existen instrumentos simplificados lo que facilita la compresión de su funcionamiento (16).

Al igual que para medir la funcionalidad familiar, los instrumentos más utilizados con el propósito de medir la satisfacción del usuario, son las denominadas: *encuestas de satisfacción de usuarios*, las mismas que requieren de una serie de parámetros que garanticen su fiabilidad, validez y de facilidad para su aplicación, permitiendo identificar las principales causas de insatisfacción de los usuarios en los servicios de salud y que permitan luego implementar acciones de mejora permanente (17).

Como parte del mejoramiento continuo de la calidad de prestación de servicios y en el marco de la certificación de los establecimientos de salud, impulsado por el MSP; se ha planteó realizar un estudio en el Centro de Salud de Conocoto, que permitió determinar si la funcionalidad familiar del personal de salud técnico y administrativo de este establecimiento perteneciente al distrito 17D08, está relacionada con la calidad de atención que se ofrece, medida a través de la satisfacción de los usuarios que asisten a éste establecimiento de salud. Este estudio se realizó durante el último cuatrimestre del año 2016.

Los resultados identificarán de forma puntual las principales fortalezas y debilidades de este establecimiento de salud, tanto en la prestación de los servicios que ofrece, como en nuevos aspectos que podrían estar relacionados con la calidad de los servicios, como la dinámica familiar de su personal, lo que permitirá elaborar un Plan de Mejoras Continuas, consensuado con todos sus actores y de acuerdo a las características particulares de este establecimiento de salud, involucrando tanto a sus usuarios internos como externos; contribuyendo y avanzando de esta manera, con el objetivo propuesto por el MSP de llegar a una Certificación de los Establecimiento de Salud, en beneficios de la población a la que sirve como del personal de salud que allí trabaja.

Para establecer el grado de satisfacción de los usuarios externos, se seleccionó un instrumento de amplio uso denominado encuesta SERVQUAL, que toma en cuenta todos los aspectos descritos con anterioridad y valorando para ello cinco dimensiones de la calidad: fiabilidad o confiabilidad, responsabilidad o capacidad de respuesta, seguridad, empatía, bienes materiales o tangibles del establecimiento de salud (18).

De igual manera, para obtener un diagnóstico sobre la funcionalidad familiar del personal de salud, se ha seleccionado uno de los mejores instrumentos desarrollados con este propósito, el llamado Modelo de Mc Master de Epstein Bishop y Baldwin (6).

Este instrumento, permite conocer aspectos esenciales sobre la dinámica familiar, así como la identificación de debilidades y fortalezas del grupo estudiado, los momentos de mayor susceptibilidad y áreas de oportunidad, enfocándose en la interacción del individuo con otros miembros cercanos a su entorno (17). Este instrumento ha sido validado en algunas

investigaciones a nivel internacional, lo que garantiza la confiabilidad y validez de su aplicación (19) (20).

1.2. Justificación.

Como parte del mejoramiento continuo de la calidad de prestación de servicios y en el marco de la certificación de los establecimientos de salud impulsado por el MSP; se ha planteado realizar un estudio en el Centro de Salud de Conocoto , que permitirá determinar si la funcionalidad familiar del personal de salud técnico y administrativo de esta institución perteneciente al distrito 17D08, está relacionada con la calidad de atención que se ofrece, medida a través de la satisfacción de los usuarios que asisten a éste establecimiento de salud. Este estudio se realizó durante el último cuatrimestre del año 2016.

Los resultados del estudio identificaron de forma puntual las principales fortalezas y debilidades de este establecimiento de salud, tanto en la prestación de los servicios que ofrece, como en nuevos aspectos que podrían estar relacionados con la calidad de los servicios, como la dinámica familiar de su personal, lo que permitirá elaborar un Plan de Mejoras Continuas, consensuado con todos sus actores y de acuerdo a las características particulares de este establecimiento de salud; involucrando tanto a sus usuarios internos como externos; y de esta manera adelantándose y avanzando a cumplir con el objetivo propuesto por el MSP de llegar a una Certificación de los Establecimiento de Salud, en beneficios de la población a la que sirve como del personal de salud que allí trabaja.

1.3. Pregunta de investigación

¿La percepción de la calidad de atención de los usuarios de la consulta externa del Centro de Salud de Conocoto está asociada a la funcionalidad familiar del personal de salud?

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivo General

Determinar si la funcionalidad familiar del personal de salud técnico y administrativo de Centro de Salud de Conocoto del distrito 17D08, está asociada a la calidad de atención que se ofrece, medida a través de la satisfacción de los usuarios externos que asisten a éste establecimiento, en el periodo comprendido entre agosto a noviembre del 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de funcionalidad familiar de los hogares de los profesionales y personal administrativo del Centro de Salud de Conocoto, a través de la utilización de la escala McMaster.

- Identificar la satisfacción del usuario que asistió al Centro de Salud de Conocoto aplicando la encuesta SERVQUAL al grupo de estudio, durante el periodo de agosto a noviembre del 2016.

- Establecer la asociación entre el grado de satisfacción del usuario que acude al Centro de Salud de Conocoto y el nivel de funcionalidad familiar estratificado por profesionales de salud y personal administrativo de este Centro.

1.5. Hipótesis

La adecuada funcionalidad familiar establecida tanto en los profesionales como en el personal administrativo del Centro de Salud de Conocoto, está relacionada con la satisfacción del servicio expresada por el usuario externo que asiste a recibir atención a este establecimiento.

2. Capitulo.

2.1. Marco Conceptual.

2.1.1 Generalidades

El Centro de Salud de Conocoto, pertenece administrativamente al distrito 17D08, de la Zona 8 que corresponde a la ciudad de Quito del distrito metropolitano, se ubica en la calle Eloy Alfaro SN y Matilde Albán, barrio Central, parroquia Conocoto, provincia de Pichincha; funciona desde finales del 2013 en su infraestructura actual, en febrero del 2014 fue inaugurado oficialmente por la Mg. Karina Vance Ministra de Salud de ese entonces. Funciona en un edificio moderno de tres plantas de hormigón que cuenta con equipamiento acorde a las necesidades del sector; constituye la principal unidad de salud tipo C de la zona por lo que es el punto de referencia de todo el distrito de salud, contando con emergencia 24 hora y servicio de maternidad de corta estancia entre otros servicios (21).

2.1.2. Situación Geográfica

Ubicación:

Conocoto se ubica a 11 km del centro de Quito, 25 km al sur de la línea equinoccial, en el costado occidental del Valle de los Chillos, sobre la ladera oriental de la Loma de Puengasí.

Límites:

Norte: Ciudad de Quito y Parroquia de Cumbayá. Sur: Parroquia de Amaguaña y Cantón Rumiñahui. Este: Parroquias de Guangopolo, Alangasí y el Cantón Rumiñahui. Oeste: Ciudad de Quito.

Altitud:

El punto más alto de Conocoto es la Loma de Puengasí a 3.175 msnm y el más bajo 2.390 msnm.

Clima:

La temperatura varía entre 8°C a 27 °C, por lo que se le conoce como la tierra de la eterna primavera.

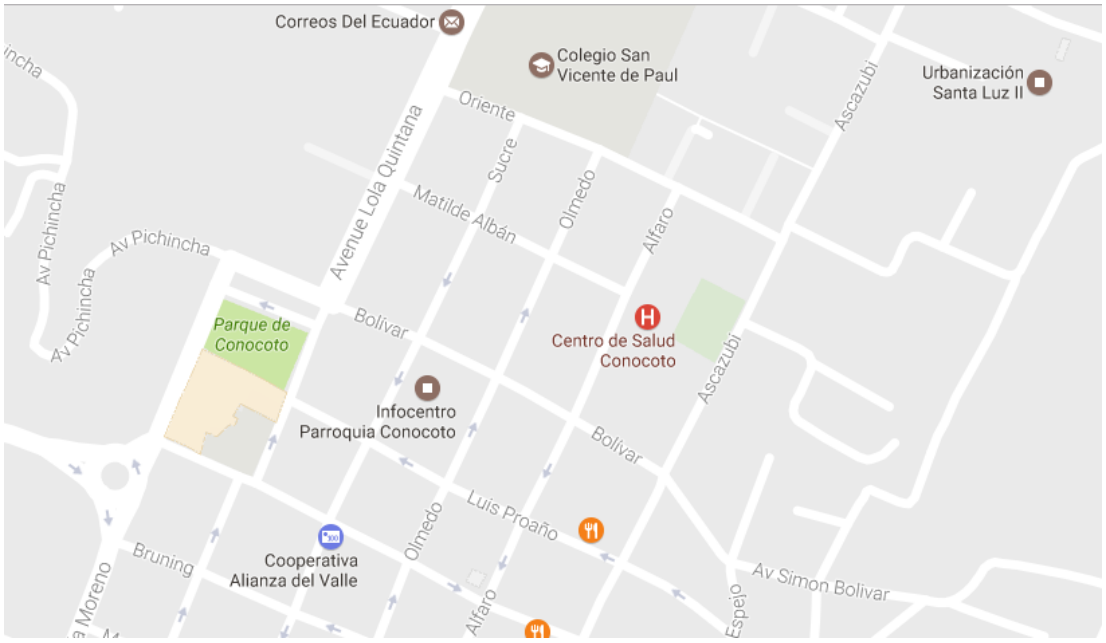
Superficie:

La superficie aproximada es de 51,46 km2.

Demografía:

La población del Censo 2010 fue de 82072, la proyectada al 2014 es de aproximadamente 90895 habitantes (21).

Ilustración 1: Mapa del Centro de Salud Conocoto



Fuente: *Google Maps*

Elaboración: *El Autor.*

2.1.3. Organización

El Centro de Salud de Conocoto es una unidad de salud tipo C de atención de Emergencias y maternidad de corta estancia, clasificada como primer nivel de atención, con servicio de emergencia de 24 horas los siete días de la semana, maternidad de corta estancia permanente, consulta externa de 12 horas y con servicios de ayuda diagnostica (22).

En cuanto a su equipo de trabajo, es importante tomar en cuenta que aquellos que brindan atención directa al paciente, en el componente atención del primer nivel en salud, son: guardianía, estadística, pre consulta (auxiliares de enfermería y enfermeras), atención médica (médicos generales, especialistas), personal de farmacia, personal de laboratorio y radiología.

En el Centro de Salud funciona la jefatura del Distrito 17D08 que corresponde Conocoto a la Merced, cuenta con los centros de salud El Tingo, La Merced, Amaguaña, Pintag, Alangasí, Tolontag y Cuendina, todos tipo A, por lo tanto este Centro de Salud es el referente de todas las unidades que conforman el distrito de salud.

2.1.4. Atributos demográficos

La población asignada para el año 2015 se presenta en la tabla 1, donde se puede observar que la mayor parte de la población (89,2%) se encuentra entre 20 a 64 años, es decir es económicamente activa, como la población general del Ecuador.

Tabla 1: Población mayor de 15 años asignada al Centro de Salud de Conocoto para el año 20015.

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	n=	%	n=	%	
20 – 64	25.112	42,5	27.567	46,7	52.679
65 – 74	1.800	3,0	2.066	3,5	3.866
75 Y MAS	1.127	1,9	1.333	2,2	2.460
	28.039	47,4	30.966	52,4	59.005

Fuente: *Sala situacional.*

Elaboración: *Autor*

2.2. Análisis situacional de la calidad de la atención en los servicios de salud.

2.2.1. Antecedentes

Cada día cobra mayor relevancia el tema de calidad de atención en los servicios de salud, por una parte está el usuario externo que exige que el servicio prestado sea de calidad y que cuente con todo lo necesario para satisfacer su demanda, por otro lado están los servidores de los establecimientos de salud como usuarios internos que también demandan de los servicios, la satisfacción de sus expectativas consideradas dentro del MAIS-FCI y de todo el sector público del País (3).

Para lograr la satisfacción del usuario externo, se debe conocer sus necesidades en salud y tratar de solventarlas. En cuanto al personal de los servicios de salud, no basta con realizar una evaluación del desempeño para valorar sus conocimientos sino que se necesita también valorar la esfera de los sentimientos y afectos como forma de reconocer su funcionalidad familiar y así determinar la percepción de usuario.

2.2.2. Características generales de la calidad.

Definir a la calidad, es un reto para cualquier institución ya que no solo trata de abarcar las necesidades del usuario, sino de solventarlas. Para el presente documento se adoptará la definición de calidad del OMS – OPS del 2007 que dice: *"La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud".* Para esto es indispensable la aplicación de las políticas públicas a nivel local.

Dentro de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir planificado para el 2013 – 2017 como política de estado, se habla de manera frecuente sobre el mejoramiento de la calidad de vida para los ecuatorianos, en el que están incorporados todos los sectores sociales (4).

Estas políticas promueven la calidad y calidez de los servicios de salud incorporados como ejes fundamentales la promoción, prevención, la accesibilidad y la interculturalidad, para mejorar la calidad de la atención en salud (23).

Para lograr este objetivo el Modelo Integral de Salud (MAIS), promueve monitoreo, evaluación y supervisión integral, el cual consiste en acompañamiento, asesoría técnica y capacitación en servicio a los equipos de salud, se orienta a medir la calidad de la atención, la aplicación de normas y protocolos que contribuyen a mejorar el desempeño del personal en la prestación de servicios y al mejoramiento de la calidad de la atención (3).

La evaluación de la calidad se inicia con la creación de los primeros estándares de evaluación a los cirujanos en los Estados Unidos a partir de 1912, como parte de su práctica profesional en los hospitales, a partir de este periodo se han creado múltiples instrumentos de evaluación. Desde la década de los 70s con la influencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como recomendaciones para evaluar los servicios debido a las demandas generadas (24).

Para evaluar un servicio ofrecido, se debe tomar en cuenta los estándares creados con este propósito y las herramientas para verificar el programa y las normas establecidas en un servicio de salud, datos que sirven para la toma de decisiones (25).

2.2.3. Definición de calidad en los servicios de salud.

La calidad de la atención de salud es un tema que adquiere cada vez más importancia debido a la libertad con que opinan de los prestadores de estos servicios y de las propias instituciones proveedoras. El acceso a información conlleva a que los usuarios reclamen sus derechos cuando los sientan vulnerados (5).

Según Ross y col, la calidad tiene dos dimensiones que están relacionadas: la calidad técnica, que busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios (internos y externos) de los servicios; y la calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan (26).

Satisfacción del Usuario Interno.

Todo aquel funcionario que trabaje en alguna dependencia del servicio de salud se convierte en un usuario interno, ya que él también va a necesitar de los productos y servicios del resto de sus compañeros. Tal es el caso que el medico puede necesitar de los servicios que brinda los departamentos de imagenología, laboratorio entre otros, así como necesitará en algún momento de los servicios financiero, administrativo, etc. Por lo tanto en algún momento todos nos convertimos también en usuarios internos y la satisfacción de los servicios prestados, será percibida por nosotros.

Satisfacción del Usuario Externo.

La satisfacción del usuario externo es el agrado que éste manifiesta con respecto a la atención recibida en sus diversos aspectos. Según lo expuesto, la calidad de la atención médica se determina como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al usuario el cumplimiento de las necesidades que le hace acudir en busca del servicio (27).

La atención al usuario externo implica por un lado, a los prestadores del servicio directo, es decir al personal que tiene contacto con el usuario, como el médico, la enfermera, la obstetríz, el odontólogo, entre otros profesionales, como también al personal administrativo, de estadística y archivo, información y otros que también se encuentran inmersos de una u otra forma en la atención del usuario (1).

La satisfacción de los usuarios externos es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios de salud y proporciona información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados (28).

2.2.4. Características de la calidad de la atención en salud

Son una serie de cualidades que deben tener los servicios de salud, como:

- **Accesibilidad:** Se refiere a la facilidad para acceder al servicio tomando en cuenta las condiciones geográficas, ambientales y económicas que posibilitan el acceso a la prestación del servicio para satisfacer las necesidades de los usuarios.

- **Oportunidad:** Es la capacidad de satisfacer la necesidad de salud del usuario en el momento que requiere el servicio.

- **Continuidad:** Es poder acceder de forma continua a los tratamientos recomendados por el profesional de la salud de manera que garanticen que el equipo de salud permanezca al frente del usuario durante el curso de las necesidades del usuario.

- **Suficiencia e Integridad:** Es poder satisfacer oportunamente las necesidades de salud del usuario, integrando las acciones de promoción y prevención, curación y rehabilitación.

- **Racionalidad Lógica y Científica:** Lograr atender un problema de salud, con criterios de lógica, optimización de recursos y la aplicación del conocimiento científico.

- **Efectividad:** lograra un efecto deseado, en el menor tiempo posible y con la menor cantidad de recursos.

- **Satisfacción del usuario:** cumplir con las expectativas del usuario (29).

El presente estudio pretende valorar la satisfacción del usuario externo como forma de evaluar la calidad en el servicio de salud que presta ésta institución. La satisfacción de los usuarios externos determina un juicio de valor individual y subjetivo, es fundamental en la definición y valoración de la calidad y es el indicador más usado para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud (18).

2.2.5. Evaluación de la satisfacción del usuario.

La encuesta SERVQUAL diseñada por Parasuraman et al, ha sido estudiada y validada para diferentes usos, uno de ellos en el sector salud. Por ser un constructo multidimensional, se ha convertido en una herramienta que pretende valorar la satisfacción del usuario externo de los servicios sanitarios.

Esta encuesta ha sido manejada en varios países de la región y utilizada para valorar diferentes servicios como Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización de diferentes

instituciones, con los cambios adecuados según las condiciones de cada región y el tipo de población que se desea estudiar.

2.2.6. Modelo de Medición SERVQUAL

La encuesta SERVQUAL de calidad de servicio cuyo propósito es conocer la calidad de servicio que se está brindando actualmente en una institución y como mejorarla, esta herramienta tiene como objetivo comparar las expectativas generales del cliente y las percepciones que éste tiene luego de recibir el servicio que fue ofertado.

Para esto se definirá que son percepción y expectativa del usuario externo:

Percepción del usuario: Es la manera como el usuario percibe, siente o valora el cumplimiento en la entrega del servicio por parte de la unidad de salud.

Expectativa del usuario: se refiere a cómo el usuario desea que sea el servicio que va a recibir, tomando como referencia las experiencias pasadas o los servicios de mayor calidad.

En el País, son varios los estudios que se han realizado utilizando esta encuesta, ya que brinda a través de la valoración de sus dimensiones, una forma de solucionar las dificultades encontradas durante su aplicación.

2.2.7. Dimensiones de la encuesta SERVQUAL

Esta encuesta evalúa cinco dimensiones que garantizan que la mayor parte de variables inmersas en la satisfacción del usuario sean valoradas, entre ellas tenemos.

Fiabilidad o confiabilidad: Es dar el servicio que realmente se puede entregar, es decir tal y como se acordó entre las partes.

Responsabilidad o capacidad de respuesta: Disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno.

Seguridad: El personal tiene conocimiento de lo que está haciendo, de ésta manera genera confianza al usuario.

Empatía: Es ofrecer cuidado y atención a los usuarios poniéndose en los zapatos del otro.

Bienes Materiales o Tangibles: Hace referencia a los aspectos físicos, apariencia, aseo, organización, limpieza y demás, que harán que el usuario se sienta a gusto cuando recibe el servicio (30).

2.2.8. Evaluación de la encuesta SERVQUAL.

La aplicación de la encuesta se llevó a cabo luego de la capacitación al personal encuestador para que se familiarice con las preguntas. Consta de 22 preguntas divididas en las cinco dimensiones antes mencionadas. Cada pregunta consta de siete posibles respuestas que van desde el número uno (1) para la total insatisfacción a esa pregunta, hasta el número siete (7) que corresponde al máximo de satisfacción a la pregunta. Consta de dos partes, la primera se relaciona a las expectativas que el usuario tiene sobre el servicio que va a recibir,

por lo tanto se valora en un primer momento, luego se continua con la segunda parte de la encuesta que se trata de las percepciones que el usuario tubo del servicio recibido. Las dos evaluaciones se hacen luego de que el usuario recibió el servicio.

La diferencia entre las percepciones y las expectativas (P-E), considera a un usuario satisfecho si esta diferencia es igual o mayor a 0 y usuario insatisfecho si la diferencia es un valor negativo. El análisis de las respuestas se puede hacer por pregunta, por usuario, por dimensión y de forma general para obtener el grado de satisfacción general de los usuarios (18).

2.3. Relación entre la satisfacción del usuario y la funcionalidad familiar.

Una vez evaluada la satisfacción de los usuarios externos, se hace necesario la evaluación de los servidores de la salud que tienen contacto directo con los usuarios encuestados a fin de determinar si la funcionalidad familiar de cada uno de ellos, interviene en la calidad de atención que percibe el usuario a la hora de recibir el servicio.

2.4. Funcionalidad Familiar

Según Bertalanffy en su teoría general de sistemas, la familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, entre ellos, el subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos). También se deben tomara en cuenta aspectos como: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (empleado o profesional), la Integración (integrada, semi-integrada o desintegrada), a pesar de esta

clasificación, debemos conocer otras características que nos permitan identificar la dinámica familiar de cada uno, entre ellos la Jerarquía, los límites, la comunicación y otros (31).

La importancia de conocer estas características, radica en evaluar los aspectos emocionales que determinan el bienestar del entorno familiar. La dinámica familiar es un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro y que hacen que éste funcione adecuadamente o no, como unidad. En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que le permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y que, además, le infunden el sentimiento de que no está aislado y de que cuenta con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se distinguen por una rigidez que no permite revisar opciones de conducta, y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas, que afectan su calidad de vida y se ve reflejada en sus actividades de la vida diaria (32).

Para la evaluación de la dinámica familiar es necesario el uso de instrumentos y modelos que tengan sustento teórico, basados en investigaciones que los respalden, apoyándose en tres elementos fundamentales: el propósito que condujo a su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se pueda tener de esta medición.

2.4.1. Métodos e instrumentos para la evaluación familiar

Observacionales: para este método, es necesario que el examinador, pueda involucrarse en el entorno familiar para conocer su dinámica y encontrar la causa de la disfunción, tiene

como punto en contra, la necesidad de la participación de los integrantes de la familia, por lo tanto se trata de una visión externa del problema.

Existen tres posibilidades para la aplicación de este método: la entrevista, las escalas de evaluación clínica y los esquemas de codificación. Para su aplicación, es necesario que expertos en su manejo sean quienes valoren la dinámica familiar mediante su utilización con el fin de puedan evaluar a las familias.

De autoaplicación: son cuestionarios estandarizados que proveen de información individual de los integrantes de una familia, incluyendo percepciones sobre sí mismo, sobre los demás miembros de la familia, actitudes, roles, valores, etc. El propósito de este tipo de instrumentos es la evaluación de la calidad de las relaciones dentro de las familias, y las características de su ambiente que permitan identificar una funcionalidad saludable.

Para el médico familiar y para el investigador en el área de la atención primaria pueden considerarse dos aspectos que son de su interés: la evaluación de la funcionalidad familiar y la evaluación del estrés familiar y la forma de afrontarlo. Estos aspectos son fundamentales a la hora de caracterizar a las familias. Este método había sido cuestionado durante los años setenta pero en el momento actual ha tomado auge su utilización por que permiten evaluar los sesgos encontrados (33).

De lo anteriormente expuesto, se puede concluir que la elección del instrumento para la evaluación de la dinámica familiar está relacionado con los parámetros que desea evaluar, con las características evaluadas y con la experticia del evaluador en la utilización del modelo

a escoger. Por lo tanto cualquiera de los modelos es adecuado a la hora de conocer la dinámica familiar.

Tabla 2. Instrumentos de valoración de la dinámica Familiar.

ESCALA	AUTOR(ES) - AÑO DE PUBLICACIÓN
Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES I,II,III Y IV)	Olson(1985), Olson y Gorall (2003)
Escala de comunicación Padres - Adolescentes (CAPS)	Barnes y Olson (1982)
Escala de puntuación clínica (CRS)	Thomas y Olson (1993)
Recursos de Evaluación Familiar (FAD)	Epstein, Bishop y Baldwin (1993)
Inventario Familiar de Autoreporte (SFI)	Beavers, Hampson y Hugs (1985)
Medida de Evaluación Familiar (FAM)	Skinner, Steinhauer y Santa Barba (1983)
Escala de Clima Familiar (FES)	Moos y Moos (1984)
Índice de Funcionamiento Familiar (FFI)	Pless y Satterwhite (1973)
Índice de Funcionamiento Familiar (FFI)	Linder-Petz, Levy, Tamir, Spencer y Epstein (1984)
APGAR Familiar	Smilkstein (1978)
Escala McMaster de Valoración Clínica (MCRS)	Miller, Ryan, Keitner, Bishop y Epstein (2000)
Escala de Adaptación Familiar (FAS)	Antonovsky y Sourani (1998)
Encuesta de Relación Padre - Hijo (PCRS)	Fine y Schwebe (1983)
Escala de Funcionamiento Familiar	Palomar (1998)
Escala de Funcionamiento Familiar	García Méndez, Rivera-Aragón, Reyes Lagunes y Díaz-Loving (2006)

Fuente: *Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL.*

Elaboración: *Autor*

Como se puede observar en la tabla 2, a partir de la década de los setenta se inicia la construcción de múltiples instrumentos para la valoración de la dinámica familiar a lo largo del mundo. La mayoría de ellas han sido reformadas, reestructuradas, mejoradas o cambiadas según la necesidad del evaluador, también han sufrido cambios por el creciente desarrollo tecnológico y social que ha experimentado el mundo en los últimos tiempos.

A la hora de valorar la funcionalidad se deben tener en cuenta ciertos aspectos que caracterizan a cada familia:

- La capacidad de resolver los problemas de cada familia.
- El ambiente emocional dentro de la familia.
- La predisposición al cambio durante su ciclo vital.
- El reconocimiento de los límites generacionales. (34).

Reglas de comunicación que permiten garantizar la funcionalidad de la familia:

- Las conversaciones tienen un inicio y un final.
- Las preguntas se hacen y se responden con claridad.
- Cada miembro de la familia tienen conciencia de sí mismos y cómo son percibidos por los demás.
- Cada miembro es capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás.
- Se acepta la diferencia de opiniones
- Cada uno de los miembros tiene capacidad para aprender de la experiencia.
- Los mensajes entre los miembros de la familia son enunciados con claridad y la conducta que toman ante ellos es coherente. (34).

Por lo visto anteriormente, a la hora de escoger un instrumento de valoración de la funcionalidad familiar se debe tomar en cuenta estos aspectos dada la relevancia en el diagnóstico del funcionamiento familiar.

Uno de los modelos que mejor valora la mayor parte de los aspectos de la funcionalidad familiar es el de McMaster que desde su primera aplicación, ha sido modificado por varias ocasiones.

2.4.2. El funcionamiento familiar según el modelo McMaster de Epstein, Baldwin y Bishop.

El documento original fue aplicado por primera vez en el año 1973, desde allí ha tenido diferentes cambios y ha sido sujeto de diferentes valoraciones, una de las ultimas en el año 2000. Para los autores, toda familia funciona, unos en más y otros en menos, catalogándolo como óptimo, medio y severamente perturbado, esto se logra gracias a la interacción de varias dimensiones, Solución de problemas, Comunicación, Roles, Respuesta afectiva, Compromiso afectivo, Control conductual y Funcionamiento General. Esta escala intenta valorar aspectos del funcionamiento familiar que tienen impacto en la salud física, emocional y psíquica del encuestado (35).

Este modelo se basa en los siguientes fundamentos:

- Existe interrelación entre todos los miembros de la familia.
- El funcionamiento familiar depende de cada miembro de la familia.
- La estructura y la organización familiar determinan la conducta de sus miembros.
- La familia es una manifestación de la interacción entre sus miembros (35).

2.4.3. Dimensiones del funcionamiento familiar según McMaster.

Una característica de suma importancia a la hora de la aplicación de esta escala a parte de la evaluación, es lo practico que resulta a la hora de encontrar soluciones a las dimensiones que califican como perturbadas o disfuncionales, ya que identifica claramente los aspectos negativos del encuestado para poder abordarlo y darle el tratamiento correspondiente.

Es por esta razón se profundiza en cada una de las dimensiones.

Resolución De Problemas:

Se trata de buscar y encontrar solución a los problemas, resolverlos y continuar su funcionamiento familiar sin que esto interfiera en el normal desempeño de sus actividades. Los problemas familiares pueden dividirse en dos:

- Problemas instrumentales: se refiere a los aspectos cotidianos como proveer dinero, alimento, casa, transporte, etc.

- Problemas afectivos: está relacionado con aspectos sentimentales, angustia, enojo, depresión, etc.

"Existen 7 pasos en la resolución de problemas:

1. Identificar el problema

2. Comunicarse con la persona adecuada (respecto del problema)

3. Establecer alternativas de solución

4. Elegir alguna de ellas.

5. Llevarla a cabo: realizar la acción que requiere.

6. Monitorear para asegurarse que la acción es llevada a cabo

7. Evaluar si esa alternativa fue efectiva para resolver dicho problema".

Identificar el problema y generar soluciones al mismo, considera a una familia funcional, por el contrario, se habla de una familia disfuncional en esta dimensión cuando el problema no logra ser identificado o no se proponen soluciones a los mismos (35).

Comunicación.

La comunicación implica el intercambio de información entre los integrantes de la familia, con el fin de transmitir o recibir significados. Se puede hablar de dos tipos de comunicación:

- Instrumental: se refiere al uso de la tecnología para el intercambio de información.

- Afectiva: se trata del intercambio de información entre los integrantes de la familia tomando en cuenta la comunicación no verbal.

Para esto se evalúan distintos aspectos:

- *Clara*: Los mensajes se expresan con claridad.
- *Confusa*: El mensaje no es claro.
- *Directa:* El mensaje es dirigido específicamente a alguien.
- *Indirecta*: El mensaje va dirigido a otra persona.

Al analizar estos aspectos podemos tener cuatro tipos de comunicación: Clara y directa; clara e indirecta; confusa y directa; confusa e indirecta. El ideal en la comunicación familiar

es utilizar una comunicación clara y directa tanto instrumental como afectivamente, tomando en cuenta la comunicación verbal y no verbal, para considerarla como funcional (36).

Roles.

Los roles son *"patrones repetitivos de conducta por los que los miembros de la familia cumplen funciones familiares"* (35). Estas funciones se clasifican en: instrumentales y afectivas, cada una de ellas se subclasifican en necesarias y no necesarias (36). Existen cinco funciones a tener en cuenta a la hora de evaluar el funcionamiento familiar:

- *Manutención económica*: provisión recursos económicos (alimento, ropa, casa).
- *Afectividad y apoyo*: es el componente afectivo de las funciones y consiste en suministrar cuidados, afecto, confianza y comodidad a la familia.
- *Satisfacción sexual en el adulto*: cumplir con la gratificación sexual propia y la de su pareja.
- *Desarrollo personal*: generar nuevos comportamientos y actitudes para mejorar su calidad de vida.
- *Crecimiento y satisfacción personal*: actividades encaminadas al desarrollo social y emocional del niño y el adulto y a su vez incluye:
    - *Toma de decisiones*: participación de todo el sistema familiar en las decisiones que les competan.
    - *Límites*: permeables para cada miembro.
    - *Control de conducta*: hace referencia a la disciplina y a las reglas establecidas en la familia.

- *Economía doméstica*: se encuentra relacionada con el manejo del dinero y el pago de deudas.
- *Higiene física y mental*: conlleva todas las actividades que brindan salud física y mental de los miembros.
- *La asignación de roles*: tiene que ver con la designación del responsable de cada actividad que se va a realizar en el hogar y su entorno.
- *La revisión de roles*: verificar si se están llevando a cabo todas las actividades encomendadas a cada miembro para que la familia funcione de manera adecuada (35) (36).

Respuesta Afectiva

Es la capacidad o habilidad de responder con sentimientos adecuados ante un estímulo tanto en calidad, es decir con la emoción adecuada; como en cantidad, evitando la respuesta exagerada (35) (36). A su vez, hay dos tipos de afecto:

- *Sentimientos de bienestar*: afecto, cariño, ternura, amor, consuelo.
- *Sentimientos de crisis:* coraje, miedo, depresión, tristeza.

El punto para considerar a una familia sana, son las familias que tienen la capacidad para expresar sus emociones con una duración e intensidad acorde y adecuada al estímulo dependiendo del contexto cultural de cada una.

Compromiso Afectivo

El compromiso afectivo es el interés que muestra la familia de forma individual y grupal, ante las actividades que interesan a uno o a todos sus miembros. El compromiso afectivo se puede valorar en cantidad y en calidad, se pueden encontrar seis tipos de compromiso:

- *Ausencia de compromiso*: no hay interés en las actividades o el bienestar de los demás miembros.
- *Compromiso desprovisto de sentimientos:* el interés se da en el aspecto intelectual, no se relaciona con los sentimientos.
- *Compromiso narcisista*: el interés es por sí mismo o cuando le conviene.
- *Compromiso empático*: interés por el otro dejando de lado sus propios intereses. Se considera el óptimo.
- *Sobrecompromiso*: exagerado interés y preocupación por el otro llegando a la sobreprotección.
- *Compromiso simbiótico*: interés patológico por los demás, demuestra relaciones seriamente perturbadas (35) (36).

Control Conductual.

El control de la conducta se refiere a los patrones que evalúa una familia para guiar el comportamiento de sus miembros en tres situaciones específicas.

- *"Situaciones que involucran peligro físico.*
- *Situaciones que exigen afrontar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas.*
- *Situaciones que requieren sociabilización intrafamiliar y extrafamiliar"* (36).

Se reconocen cuatro tipos de control conductual:

- *Control de conducta rígida*: hay mínima negociación ya que existen cuenta con patrones o normas estrechas.
- *Control de conducta flexible*: se considera el más efectivo ya que se logra negociar entre sus integrantes y llegar a acuerdos.
- *Control de conducta laizzes-faire*: este patrón permite una total amplitud en sus componentes.
- *Control de conductas caóticas*: es el tipo menos efectivo pues los patrones de conducta cambian de manera impredecible entre los miembros de la familia (35) (36)

Funcionamiento General.

Esta dimensión trata de abarcar problemas psicosociales que puedan afectar la dinámica familiar, en ella se busca valorar los sentimientos entre los miembros de la familia, consta de doce (12) preguntas relacionadas con la percepción de sus sentimientos y actitudes ante circunstancias cotidianas como el dialogo o la expresión de sentimientos.

Con esta dimensión de la encuesta se valora de una forma general la dinámica familiar integrando de una u otra forma el resto de dimensiones del cuestionario.

2.4.4. Evaluación de la Escala de McMaster.

Como se ha podido ver a lo largo de este documento, la valoración de la dinámica familiar depende de la evaluación que se busca de cada miembro de la familia. Para poder determinar

si la familia estudiada, es o no funcional, se deben cumplir ciertos pasos que se enumeran a continuación.

La evaluación consta de 60 preguntas repartidas de la siguiente manera:

- Solución de problemas: 6 preguntas (2, 12, 24, 38, 50, 60)
- Comunicación: 9 preguntas (3, 14, 18, 22, 29, 35, 43, 52, 59)
- Roles: 11 preguntas (4, 8, 10, 15, 23, 30, 34, 40, 45, 53, 58)
- Respuesta Afectiva: 6 preguntas (9, 19, 28, 39, 49, 57)
- Compromiso Afectivo: 7 preguntas (5, 13, 25, 33, 37, 42, 54)
- Control Conductual: 9 preguntas (7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48, 55)
- Funcionamiento General: 12 preguntas (1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56).

Al frente de cada pregunta, existen cuatro (4) posibilidades de respuesta que son: completamente de acuerdo, cuyo valor es uno (1); De acuerdo, cuyo valor es dos (2); En desacuerdo, cuyo valor es tres (3) y Completamente en desacuerdo, cuyo valor es cuatro (4). El encuestado debe escoger la respuesta que mejor describa a su familia y marcar el casillero correspondiente. De esta manera las valoraciones a cada pregunta pueden ser 1, 2, 3 o 4, como se ve en el Anexo 2 (35).

Para su calificación se promedian los valores obtenidos en general, por encuestado y por cada dimensión. Algunas de las preguntas deben ser redactadas en las palabras que mejor sean comprendidas por el encuestado según el medio donde se encuentre. Las preguntas que son redactadas en negativo, es decir, cuya pregunta tenga un componente negativo, se marca con un asterisco y significa que se debe utilizar una constante de ajuste para su resultado de un valor de cinco puntos, los mismos que deben ser restados al valor de la respuesta y así se

obtendrá el valor real de esa pregunta, en total son 28 preguntas las que necesitan de este ajuste (37) y son:

- Comunicación: 4 preguntas (14, 22, 35, 52)
- Roles: 8 preguntas (4, 8, 15, 23, 34, 45, 53, 58)
- Respuesta Afectiva: 4 preguntas (9, 19, 28, 39)
- Compromiso Afectivo: 7 preguntas (5, 13, 25, 33, 37, 42, 54)
- Control Conductual: 5 preguntas (7, 17, 20, 44, 48)

2.5. Asociación entre la Funcionalidad Familiar y la satisfacción del usuario.

Se ha revisado múltiples bibliografías pero no se encuentra estudios previos que asocien estas dos variables, en todos los documentos consultados se abordan estos temas por separado, por lo que se tratará de abordar desde la perspectiva de la medicina familiar a esta asociación.

Es conocido que la influencia o repercusión del estado de ánimo de las personas, se ve reflejado en su conducta. Esto es claramente evidente a la hora de desempeñar un trabajo o una actividad. Si tomamos en cuenta que el ánimo es una actitud o disposición emocional en determinado momento, se podría hablar que depende de las emociones o sentimientos. Si a esto le añadimos el componente familiar, el ánimo dependerá de las emociones que se generan dentro del hogar.

Un buen estado de ánimo se relaciona con un bienestar dentro de la familia, caso contrario sucede cuando la dinámica familiar no es la adecuada o se enfrenta a problemas dentro del

círculo familiar. De todo esto se puede suponer que la dinámica familiar repercute de forma directa en el desempeño de las actividades diarias del individuo.

A mayor funcionalidad familiar, mayor desempeño de las actividades diarias, claro está que esto se ve influenciado por múltiples factores como el área de trabajo, el ambiente laboral, la remuneración salarial, etc. que también influyen el correcto desempeño de las actividades laborales.

La perspectiva del usuario de cualquier servicio, es la de obtener el servicio buscado en el menor tiempo posible de tal forma que satisfaga sus expectativas. Si al buscar un servicio, se encuentra con un funcionario que no tiene la predisposición de servir, éste catalogará el mismo como deficiente o malo, sin tomar en cuenta lo que el funcionario esté sintiendo en ese momento.

No se trata de justificar a ninguna de las partes, sino más bien determinar que existe relación entre las dos afirmaciones.

Es por todo esto, que se intenta que tanto servidores como usuarios, tengan claro el papel que cada uno desempeña en los servicios de salud.

3. Capítulo.

3.1. Metodología.

3.1.1. Matriz de Operacionalización de variables

Tabla 1. Variables.

Variables de control	**DEFINICIÓN**	**INDICADOR**	**ESCALA**	**FUENTE**
Sexo	Características de fenotipo y genotipo de la persona	Características físicas y genéticas	Masculino Femenino	Encuesta al Usuario
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual	Intervalo de años cumplidos	20-30 31-40 41-50 51-60 Más de 60	Encuesta al Usuario
Servidor público	Tipo de competencias y roles de un empleado público dentro de una institución estatal	Personal de salud	1=Administrativo 2=Operativo	Encuesta al Usuario Interno
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA	
Funcionalidad familiar	Grado de funcionalidad familiar Aquellas que obtienen un puntaje bajo al diligenciar el cuestionario Mc Master	Calificación del cuestionario McMaster Solución de problemas: Comunicación Roles Respuesta Afectiva Compromiso afectivo Control del comportamiento Funcionamiento general.	1,0 -1,9 = F 2,0 - 2,5 = MF 2,6 -3,0 = MD 3,1 - 3,9 = D	ENCUESTA MC MASTER
VARIABLES DEPENDIENTES O DE ESTUDIO	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA	FUENTE

Percepción de la calidad del servicio	Percepción de la persona que usa habitualmente un servicio.	Nivel de Satisfacción	Muy bueno Bueno Regular Malo	Encuesta al Usuario
Satisfacción del usuario	conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente	Percepción del Usuario con respecto a las dimensiones: Confiabilidad Responsabilidad Seguridad Empatía Bienes tangibles	Bueno Regular Malo	Encuesta al Usuario

3.2. Muestra

Para el presente estudio, se consideraron dos poblaciones de estudio, la primera constituida por el personal del Centro de Salud; para esta población no se calculó una muestra, en vista de que se consideró a todo el personal administrativo y técnico de este establecimiento, conformado por un total de 50 funcionarios; entre profesionales de salud y personal administrativo.

La segunda población, constituida por los usuarios que acuden al Centro de Salud a recibir atención de acuerdo a sus necesidades o requerimientos, Para este grupo se hizo una estimación de una muestra representativa, de un universo correspondiente a un cuatrimestre de atenciones realizadas por este establecimiento de salud.

En el primer grupo de estudio, se aplicó la encuesta sobre funcionalidad familiar (McMaster), a todos quienes tienen una relación directa con los usuarios, siendo un total de

50 servidores entre los técnicos que brindan consulta externa (médicos y odontólogos) y personal técnico de apoyo como administrativo (considerando en este grupo a la enfermera que hace la pos-consulta del médico). Para ello se solicitó una aceptación en la participación del estudio a través del consentimiento informado.

3.3. Cálculo muestral para la encuesta de satisfacción del Usuario

Para realizar la encuesta sobre satisfacción del usuario, se procedió en primer lugar a calcular una muestra representativa de los usuarios que acuden al establecimiento de salud de Conocoto. Para ello se tomó al total de consultas realizadas en un cuatrimestre del 2015 como el universo del estudio (N), correspondiente a 19.000 personas atendidas de agostos a noviembre de ese año. Esta información se obtuvo del área de estadística de la Coordinación Zonal 9.

Para el cálculo de la muestra se utilizó el paquete estadístico EPIDAT, programa para análisis epidemiológico de datos tabulados, versión 3.1 de la Xunta de Galicia y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, software de distribución gratuita.

Las restricciones para calcular la muestra fueron los siguientes:

- Nivel de confianza del 95%, utilizado para estudios epidemiológicos
- Prevalencia estimada 20% de satisfacción del usuario (de acuerdo a prueba piloto realizada para estimar esta proporción, en vista de que no se conocía la prevalencia)
- Error= 5% (máximo permitido)

- Universo de estudio= 19.000 personas atendidas en un cuatrimestre (dato 2015)
- El tamaño de la muestra fue de **n= 234 usuarios.**

3.4. Criterios de inclusión

- Usuarios externos mayores o iguales a 20 años de edad
- Usuarios que acudan por demanda espontánea al Centro de Salud de Conocoto
- Usuarios que sean o habiten en el área geográfica asignada al Centro de Salud de Conocoto
- Usuarios que autoricen su participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado

3.5. Criterios de exclusión

- Personas que no decidan participar voluntariamente y no firmen el consentimiento informado.

3.6. Tipo de estudio

La presente investigación, corresponde a un diseño de estudio observacional, analítico de asociación en dos muestras independientes, relacionadas a través de una variable, constituida por el personal técnico y además, por el personal administrativo que atendió a los usuarios

externos durante su visita al centro de salud de Conocoto que atendieron a los usuarios externos considerados para el presente estudio.

3.7. Métodos y técnicas

Para levantar la información sobre Funcionalidad Familiar al personal de salud, primero se hizo una explicación de cómo llenar dicho instrumento para luego hacerle la entrega de este.

El instrumento utilizado para medir el nivel de funcionalidad familiar fue el desarrollado por Mc Master de Epstein, Bishop y Baldwin (38), que brinda la mayor y mejor cantidad de información. (comparada con otros métodos desarrollados) e intenta abarcar la mayor cantidad de dimensiones que determinan si la familia encuestada, es funcional o no.

Este instrumento utiliza una escala que va de 1 a 4 y mide estas dimensiones: Funcionamiento General, Solución de problemas, Comunicación, Respuesta afectiva, Compromiso afectivo, Control de la conducta y Roles.

La satisfacción del usuario, se la evaluó a través de la encuesta SERVQUAL, la misma que ha sido validada de forma amplia en investigaciones de servicios de salud (39). Este enfoque metodológico propone la evaluación de la calidad desde la perspectiva del usuario, en dos partes: una sobre expectativas y otra sobre percepciones. Esta encuesta se aplica a la salida del usuario de su atención o luego de recibir el servicio que buscaba.

Consta de 22 preguntas que otorga una calificación de 1 a 7, siendo 1 totalmente insatisfecho y 7 muy satisfecho. El cuestionario en mención, pretende visualizar cinco dimensiones de la calidad: Confiabilidad, Responsabilidad, Seguridad, Empatía y Bienes tangibles (18).

La encuesta ha experimentado mejoras y revisiones. Por su validez y confiabilidad, es la herramienta multidimensional más aceptada y utilizada para medir la calidad de atención en empresas de servicios, se caracteriza por que puede ser adaptada al área que se quiera estudiar (30).

3.8. Procedimientos de recolección de información

3.8.1. Aplicación del McMaster al Personal de salud

En cuanto al llenado de los datos, del instrumento McMaster, se solicitó la nómina de personal en el Departamento de Talento Humano del Distrito, se solicitó su participación y la aplicación de la encuesta se la realizó en los tiempos de menor carga de trabajo, para evitar interrumpir las actividades de los funcionarios públicos y para ello se identificó el momento más adecuado, hasta completar con todo el personal. Algún personal encuestado respondió el cuestionario en su tiempo libre o en su casa. Fue necesario en algunos casos brindar apoyo para responder a las preguntas del McMaster (40).

3.8.2. Encuesta de Satisfacción de la atención recibida en el establecimiento de salud.

La encuesta a los usuarios se la realizó desde el mes de agosto hasta noviembre del 2016. Para el levantamiento de esta información, se realizó un promedio de ocho encuestas diarias, durante la mañana y tarde.

Para la aplicación del instrumento SERVQUAL en los usuarios externos seleccionados, se capacitó a un estudiante de medicina sobre el manejo de la encuesta que sirvió de apoyo en la toma de la muestra junto con el autor, durante dos jornadas de cuatro horas cada una, de tal manera que pudiera resolver cualquier inquietud que resultara de las preguntas de la encuesta.

El tiempo que fue necesario para responder la encuesta en su totalidad iba desde los 5 a los 17 minutos con una media de 7,3 minutos por encuesta. Su aplicación consistió en abordar al usuario externo y previa aprobación del consentimiento informado, evaluar en un primer momento las expectativas que él tenía sobre la atención que iba a recibir en la institución, luego se valoraría las percepciones que él tuvo después de recibir el servicio. Para esto se esperó que el usuario saliera del servicio que iba a utilizar.

3.9. Procesamiento y análisis de los datos

Luego del control de calidad del llenado de cada uno de los formularios aplicados tanto al personal de salud como a los usuarios externos, se procedió a digitar estos datos en una base elaborada en el programa Excel de Microsoft Office, versión 2010. De igual manera se hizo un control de calidad de la digitación de los datos.

El análisis de los datos de estos dos instrumentos se lo realizó tanto en Excel de Microsoft Office y en Epi-info 2000, del Centro para el Control y Prevención de Infecciones (CDC) de Atlanta, versión 3.2.1 (software libre).

3.10. Plan de análisis de datos

Para caracterizar las muestras de estudio, se describirán las variables demográficas con frecuencias, porcentajes y promedio. De igual manera para describir los niveles tanto de funcionalidad familiar, como de satisfacción del usuario, se utilizaron medidas estadísticas descriptivas: frecuencias, porcentajes y promedios.

En cuanto a la escala de evaluación familiar, para cada una de las cuatro categorías (totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo), se calcularon promedios con las puntuaciones de todos los ítems. Además, se hizo el ajuste de acuerdo a la estructura y diseño del McMaster. Así, se obtuvieron frecuencias para cada respuesta y porcentaje por las siete dimensiones del instrumento.

Luego de obtener los promedios de cada una de las peguntas de la encuesta de satisfacción de usuarios, se estiman los porcentajes de cada una de las dimensiones del instrumento, agrupando las preguntas según el diseño del instrumento.

Para el análisis bivarial de asociación entre las variables de satisfacción del usuario y funcionalidad familiar del personal del Centro de Salud, primero se estratificó al personal del establecimiento en dos grupos: 1) profesionales de salud, conformado por los médicos y odontólogos, y el otro estrato 2) conformado por el personal técnico de apoyo (enfermeras y

auxiliares) y administrativo (estadística y personal de información y secretaria), dado que el usuario es atendido por estos dos grupos de personal, durante su estancia en el establecimiento de salud.

Como variable relacional ente las dos muestras de estudio, se identificó al profesional y personal administrativo que atendió al usuario, para lo cual se registró con un código al primer grupo de profesionales (médicos y odontólogos) y con otro código, al segundo grupo o personal de apoyo técnico y administrativo que atendió al usuario.

Como prueba de asociación en cada estrato, la prueba estadística de asociación de Chi cuadrado y el valor de prueba de significación estadística ($p<0,05$); además para medir la fuerza de asociación se obtendrá la prueba de OR o productos cruzados y sus respectivos Intervalos de Confianza (IC) inferior y superior al 95% de nivel de confianza.

3.11. Aspectos bioéticos

Previo al inicio de la investigación se solicitó autorización a la Dirección Distrital de Salud y a la dirección del Centro de Salud de Conocoto. El presente estudio, no utilizó ningún procedimiento de tipo invasivo o psicológico que atente contra la salud física o mental de los participantes del estudio. Además, se obtuvo consentimiento previo de cada uno de los funcionarios del Centro de Salud, así como de cada usuario externo para su participación en la investigación y se garantizó la confidencialidad de la información aportada.

3.12. Aspectos administrativos

Existió autorización para recolectar datos del departamento de estadística del Centro de Salud de Conocoto.

Se requirió de las encuestas impresas y del trabajo del investigador que lo realizó en el momento de la intervención directa en los diferentes servicios de la unidad.

4. Capitulo.

4.1. Resultados

Las características demográficas del personal de salud del centro de Conocoto, se muestran en la tabla 1, en la cual se aprecia que el rango de edad fue de 20 a 78 años. El grupo más numeroso, con el 54%, correspondió al personal de entre 20 a 35 años de edad (27, 54%) y del total de personal, el 68% fueron mujeres (n=34).

Tabla 1. Distribución de la edad y sexo del personal del Centro de Salud Conocoto. Agosto-noviembre 2016.

EDAD EN AÑOS	HOMBRES n=	%	MUJERES n=	%	TOTAL	%
20 – 35	5	10	22	44	27	54
36 – 50	8	16	9	18	17	34
51 Y MAS	3	6	3	6	6	12
TOTAL	16	32	34	68	50	100

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

4.1.1. Valoración de la funcionalidad familiar del personal de salud.

Con respecto a la funcionalidad familiar estudiada, en la tabla 2, se muestra que el 58% (n=29) del personal de salud encuestado, se ubicó en el Nivel de *Medianamente Funcional*, seguido por el nivel de Medianamente Disfuncional con el 36% (n=18). No se identificó Familias Disfuncionales.

Tabla 2. Grado de Funcionalidad Familiar del Personal del Centro de Salud de Conocoto, agosto a noviembre del 2016.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	n=	%
FUNCIONAL	3	6
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	29	58
MEDIANAMENTE DISFUNCIONAL	18	36
DISFUNCIONAL	0	0
TOTAL	50	100

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

El modelo de McMaster utilizado para medir el grado de funcionalidad familiar, permite establecer varias categorías las cuales se detallan continuación:

a) Solución de problemas o capacidad de los miembros de la familia de resolver los problemas que se puedan presentar a diario sin que estos afecten la homeostasis familiar.

En la tabla 3, se observa que el 52% (n=26) de los entrevistados, manifestaron que existe una adecuada forma de solucionar los problemas dentro de la familia, lo que los ubica en el mejor nivel de funcionalidad familiar mientras que un 14% (n=7) de los encuestados se ubicó en el nivel de medianamente disfuncional, es decir que los problemas en la familia no se los aborda de una manera apropiada.

Tabla 3. Valoración de la sub-escala sobre Solución de Problemas por parte de los miembros de las familias del personal del CS de Conocoto. Agosto a noviembre 2016

SOLUCION DE PROBLEMAS	n=	%
FUNCIONAL	26	52
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	17	34
MEDIANAMENTE DISFUNCIONAL	7	14
DISFUNCIONAL	0	0
TOTAL	50	100

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

b) *La subescala de comunicación,* se refiere al intercambio de información que realiza cada uno de los miembros de la familia y si esta es clara y directa, como se ha diseñado para su medición en el instrumento utilizado. Los resultados indicaron que la mitad de los encuestados tiene una comunicación entre óptima y adecuada entre los miembros de sus familias, con el 6% (n=6) y 44% (n=22) ubicándose en los niveles Funcional y Medianamente Funcional respectivamente. El resto de entrevistados por el contrario se encuentran en los niveles menos funcionales.

Tabla 4: Valoración de la comunicación entre los miembros de las familias del personal del CS de Conocoto. Agosto a noviembre del 2016

COMUNICACION	n=	%
FUNCIONAL	3	6
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	22	44
MEDIANAMENTE DISFUNCIONAL	22	44
DISFUNCIONAL	3	6
TOTAL	50	100

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

c) *Los Roles Familiares*, se refieren a los patrones de conducta a través de los cuales la familia designa las funciones a cada uno de sus integrantes, siendo estas instrumentales, es decir lo que cada miembro de la familia debe ejecutar en el hogar y las afectivas que se refieren al grado de cuidado, afecto, confianza y comodidad percibida en la familia.

Los resultados mostraron al 58% (n=29) de los encuestados en el nivel de medianamente funcional a la hora de establecer los roles en sus familias y sobre la afectividad manifestada por sus miembros a la hora de cumplir con los roles asignados. Cabe indicar que solo el 2% (n=1) percibe una completa funcionalidad familiar al respecto de esta escala (ver tabla 5).

Tabla 5. Valoración de los Roles a cumplir en las familias del personal del CS de Conocoto. Agosto a noviembre del 2016

ROLES	n=	%
FUNCIONAL	1	2
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	29	58
MEDIANAMENTE DISFUNCIONAL	20	40
DISFUNCIONAL	0	0
TOTAL	50	100

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

d) *Sub-escala sobre la habilidad de respuesta* de la familia con sentimientos adecuados a un estímulo; es decir, con sentimientos de bienestar como el amor, la ternura, la felicidad, el consuelo, como los sentimientos de crisis: el miedo, el coraje, la depresión y la tristeza frente a una situación adversa.

Con respecto a este tema, en la tabla 6, se muestra que el 12% (n=6) y 40% (n=20) son funcionales o medianamente funcionales, a la hora de expresar sus sentimientos frente a situaciones positivas o adversa para el núcleo familiar; en esta escala un 10% (n=5) se ubicó en un nivel de disfuncionalidad familiar.

Tabla 6: Valoración de la Respuesta Afectiva al interior de las familias del personal del personal del CS de Conocoto. Agosto a noviembre del 2016

RESPUESTA AFECTIVA	n=	%
FUNCIONAL	6	12
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	20	40
MEDIANAMENTE DISFUNCIONAL	19	38
DISFUNCIONAL	5	10
TOTAL	50	100

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

e) *Sub-escala de compromiso afectivo o involucramiento afectivo* se refiere al interés que muestra la familia en las actividades de cada miembro. Es decir, que el compromiso puede ser alto como ninguno cuando se trata de mostrar interés por las actividades o el bienestar de los demás.

Es importante notar que en esta área de evaluación, la mayoría de encuestados, que corresponde al 40% (n=20) y 26% (n=13), manifestaron tener niveles regulares y malos de funcionalidad familiar, reconociendo que al interior de su familia, hay una falta de involucramiento frente a situaciones positivas o negativas que las afectan.

Tabla 7. Valoración del Compromiso Afectivo por parte del personal del CS de Conocoto en su núcleo familiar. Agosto a noviembre del 2016

COMPROMISO AFECTIVO	n=	%
FUNCIONAL	5	10
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	12	24
MEDIANAMENTE DISFUNCIONAL	20	40
DISFUNCIONAL	13	26
TOTAL	50	100

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

f) *Patrones del comportamiento de cada uno de los miembros de la familia*, es decir la respuesta ante situaciones de peligro físico, expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas y situaciones que necesiten socializarse dentro o fuera del núcleo familiar. En la tabla 8 se observa que sumando el nivel medianamente disfuncional y disfuncional, el 76% de los encuestados (n=33), no establecen un control conductual dentro de su familia.

Tabla 8. Valoración del Control Conductual de las familias del personal de salud del CS de Conocoto. Agosto a noviembre del 2016.

CONTROL CONDUCTUAL	n=	%
FUNCIONAL	1	2
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	11	22
MEDIANAMENTE DISFUNCIONAL	27	54
DISFUNCIONAL	11	22
TOTAL	50	100

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

g) *Funcionalidad General o Problemas psicosociales* que puedan afectar la dinámica familiar, en esta sub-escala se trata de valorar la percepción de los miembros de la familia sobre la capacidad de expresar sus sentimientos y las actitudes que se adoptan ante circunstancias cotidianas como la capacidad de diálogo entre los miembros familiares.

De la tabla 9 se puede señalar que el 70% (n=35) de los encuestados, se encuentra en el nivel de medianamente funcional, para esta escala, el 12 % (n=6) se encuentra en el nivel funcional y solo un 2% (n=1) es disfuncional a la hora de su valoración. Lo que quiere decir que para la subescala de funcionalidad general la mayoría de los encuestados es medianamente funcional.

Tabla 9. Valoración de la Funcionamiento Familiar General del personal del CS de Conocoto. Agosto a noviembre del 2016.

FUNCIONAMIENTO GENERAL	n=	%
FUNCIONAL	6	12
MEDIANAMENTE FUNCIONAL	35	70
MEDIANAMENTE DISFUNCIONAL	8	16
DISFUNCIONAL	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

En la tabla 10 se puede observar el resumen de todas las subescalas valoradas con la aplicación del instrumento McMaster de funcionalidad familiar.

Tabla 10. Funcionalidad por Dimensiones.

	Solución de problemas		Comunicación		Roles		Respuesta afectiva		Compromiso afectivo		Control conductual		Funcionamiento general	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
Funcional	26	52	3	6	1	2	6	12	5	10	1	2	6	12
Medianamente funcional	17	34	22	44	29	58	20	40	12	24	11	22	35	70
Medianamente disfuncional	7	14	22	44	20	40	19	38	20	40	27	54	8	16
Disfuncional	0	0	3	6	0	0	5	10	13	26	11	22	1	2
TOTAL	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

4.1.2. Valoración de la satisfacción de los usuarios externos.

La muestra calculada de usuarios externos fue de 243 personas; de las cuales el 30,8% (n=75) fueron hombres y el 69% (n=168) mujeres. Por grupo de edad, el 55,9% (n=136) pertenecieron al grupo entre 20 a 35 años de edad, seguido por el de 36 a 50 años (22,9%) y por último el 21% (n=51) de personas mayores a los 51 años de edad.

Según el nivel de escolaridad de los usuarios, la mayoría de ellos, el 57,6% (n=140) tuvo instrucción Secundaria o Bachillerato, seguido del 19,7% (n=48) con instrucción Universitaria.

Con respecto al Servicio de Atención más solicitado por los usuarios del Centro de Salud, el mayor porcentaje fue el de Odontología con el 40,7% (n=99); luego el servicio de Medicina General con el 37% (n=90), ver tabla 11. El siguiente servicio es Medicina Familiar con 54 usuarios atendidos que corresponde al 22,2% de encuestados.

Por último en la tabla 11, se aprecia que el 93,8% (n=228) de usuarios encuestados, son usuarios subsecuentes, es decir que estas personas ya han utilizado los servicios y por lo tanto conocen del sistema de atención de la institución. El porcentaje de usuarios nuevos fue de apenas un 6,1% de la muestra (n=15).

Tabla 11: Características de la muestra de usuarios externos del Centro de Salud de Conocoto. Agosto a noviembre del 2016.

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=	%	n=	%	n=	%
20 – 35	38	15,6	98	40,3	136	55,9
36 – 50	15	6,1	41	16,8	56	22,9
51 Y MAS	22	9,1	29	11,9	51	21
	75	**30,8**	**168**	**69**	**243**	**99,8**

INSTRUCCIÓN	**n=**	**%**
PRIMARIA	54	22.2
SECUNDARIA	140	57,6
SUPERIOR TECNICO	1	0,4
SUPERIOR UNIVERSITARIO	48	19,7
	243	**99,9**

SERVICIO	**n=**	**%**
ODONTOLOGIA	99	40,7
MEDICINA GENERAL	90	37
MEDICINA FAMILIAR	54	22,2
	243	**99,9**

TIPO USUARIO	n=	%
NUEVO	15	6,1
SUBSECUENTE	228	93,8
	243	**99,9**

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta SERVQUAL. El cuestionario en mención, permite visualizar cinco dimensiones de la calidad: Confiabilidad, Responsabilidad, Seguridad, Empatía y Bienes tangibles del servicio de salud.

a) Con respecto a la *Empatía* o capacidad de pensar primero en el usuario y atender según características y situaciones particulares y con una atención cuidadosa e individualizada; se observó que el 95,1% (n=231) de los usuarios manifestaron sentirse satisfechos con el personal de salud que les brindó atención.

b) La categoría de *Percepción de Seguridad*, entendida como la habilidad para transmitir credibilidad, confianza y confidencialidad en la atención recibida, sin la percepción de riesgos o dudas o peligros obtuvo el 94,2% de aceptación (n=229) entre los usuarios externos.

c) Con el mismo porcentaje de Satisfacción que la anterior, 94,2% (n=229), se ubicó los A*spectos Tangibles* del establecimiento de salud, evaluado por la presencia física, limpieza de sus instalaciones, el equipamiento, la presencia del personal y de los materiales de comunicación.

d) En tercer lugar y con el 90,9% (n=221) se ubicó en el Nivel de Satisfacción, la dimensión de *Fiabilidad*, entendida como la habilidad y cuidado de brindar la atención al usuario, tal y como se ofreció y se pactó al inicio de dicha atención, de tal forma que se hayan cumplido con sus expectativas una vez terminada la prestación del servicio.

e) En último lugar se ubicó la categoría de *Capacidad de Respuesta*, definida como la disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno, con el 87,2% (212 encuestados) tabla 12.

Tabla 12: Nivel de Satisfacción del usuario externo, frente a la atención recibida en el CS de Conocoto, según categorías de evaluación. Agosto a noviembre del 2016

CATEGORIA	SATISFECHOS		INSATISFECHOS		TOTAL
	n=	%	n=	%	
FIABILIDAD	221	90,9	22	9,1	100
CAPACIDAD DE RESPUESTA	212	87,2	31	12,8	100
SEGURIDAD	229	94,2	14	5,8	100
EMPATIA	231	95,1	12	4,9	100
ASPECTOS TANGIBLES	229	94,2	14	5,8	100
TOTAL		**92,3**		**7,7**	

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

De manera general y como se observar en la tabla 13, el 84,8% (n=206) de los usuarios externos, es decir la mayoría de ellos, se siente SATISFECHOS del servicio que ha recibido en la consulta externa del Establecimiento de Salud de Conocoto.

Tabla 13: Satisfacción general de los usuarios en el servicio de Consulta Externa.

	SATISFECHOS		INSATISFECHOS		TOTAL
	n=	%	n=	%	
SATISFACCION GENERAL	206	84,8	37	15,2	100,0

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

4.1.3. Asociación entre la funcionalidad familiar del personal de salud y la satisfacción del usuario.

Como se estableció en los objetivos específicos e hipótesis de estudió, se procedió a estimar la relación entre la funcionalidad familiar de los servidores públicos del centro de salud de Conocoto con el grado de satisfacción del usuario. El primer grupo analizado, estuvo conformado por 22 profesionales de salud entre odontólogos, médicos generales y médicos familiares y el grado de satisfacción de los usuarios que cada uno de ellos atendió.

De los usuarios atendidos el 71,6% (n=174) de las personas manifestaron que se encontraban *Satisfechos* del servicio de salud y fueron atendido por profesionales con niveles entre *Funcional y Medianamente Funcional*, dentro de su dinámica familiar, mientras que 13,17% (n=32) indicaron que también estuvieron *Satisfechos* con el servicio recibido y ellos fueron atendidos por profesionales que manifestaron tener una dinámica familiar en el nivel *Medianamente Disfuncional*. La categoría *Disfuncional,* no estuvo presente entre los profesionales de salud que participaron en el estudio. Las pruebas estadísticas obtenidas no establecieron una asociación entre estas dos variables. Tabla 14.

Tabla 14. Nivel de satisfacción del usuario externo con relación a la funcionalidad familiar del personal de apoyo y administrativo que lo atendió. Conocoto Agosto – Noviembre 2016.

		PROFESIONALES DE SALUD			
		FUNCIONAL	MEDIANAMENTE FUNCIONAL	MEDIANAMENTE DISFUNCIONAL	TOTAL
SATISFACCION DEL USUARIO	NO	0	14	23	37
		0,0	37,8	62,2	100
	SI	26	148	32	206
		12,6	71,8	15,5	100

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

Frente a la ausencia de frecuencias (valor 0) del nivel *Funcional e Insatisfacción del usuario*, se lo agrupó con el nivel de *Medianamente Funcional* y se estableció dos categorías de análisis que se presenta en la tabla 15. De igual manera la prueba de asociación obtenida (Chi^2 de Pearson=0,22) y el valor de significación estadísticas (p=0,63), no permiten establecer asociación entre estas variables.

Tabla 15. Funcionalidad Familiar de los Profesionales de Salud con relación a la Satisfacción de los Usuarios Externos atendidos en el CS de Conocoto. Agosto – Noviembre 2016.

		Profesionales de Salud		
		Funcional	Disfuncional	total
Usuario	Satisfecho	120 49,4%	20 8,2	140
	Insatisfecho	86 35,4%	17 6,7%	103
		206	37	243

$Chi^2 = 0,22$ p= 0,63

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

Luego se realizó el análisis ente el segundo grupo constituido por el personal técnico de apoyo y administrativos y la satisfacción de los usuarios que fueron atendidos por ellos; la prueba estadística de asociación obtenida a diferencia que con el grupo anterior estableció una asociación estadística (de CH^2 de 38,9; p=0,000) entre los niveles de funcionalidad familiar del personal de salud y la satisfacción de los usuarios atendidos por este personal (tabla 16).

Tabla 16. Nivel de satisfacción del usuario externo con relación a la funcionalidad familiar del personal de apoyo y administrativo que lo atendió. Conocoto Agosto – Noviembre 2016.

		Personal administrativo del CS Conocoto		
		MF y Funcional	Medianamente Disfuncional	TOTAL
Satisfacción del Usuario	NO	14 5,7%	23 9,4%	37
	SI	174 71,6%	32 13,1%	206

Asociación $CH^2 = 38,9$ $p = 0,000$

Fuerza de Asociación OR=8,93 $IC_i = 4,16$; $IC_s = 19,17$

Fuente: *Encuestas.*

Elaboración: *Autor*

De lo observado se puede concluir que la muestra del personal de salud al ser estratificada en dos grupos, determinó que existió en algunas celdas de las tablas distribución de frecuencias en valores de 0, lo que estaría indicando problemas de tamaño de muestra que no permiten establecer conclusiones definitivas en cuanto a la asociación y no asociación de las variables analizadas en las tablas anteriores.

5. Capítulo.

5.1. Discusión.

Los resultados de la evaluación de la funcionalidad familiar con el modelo McMaster, han permitido contar con una línea de base de la situación del personal del Centro de Salud de Conocoto, la misma que incluye varios aspecto que antes no se habían valorado, debido al tipo de instrumentos utilizados, pues de la búsqueda bibliográfica realizada para identificar estudios locales o nacionales sobre el tema, no se encontró evidencia de la utilización del modelos McMaster a diferencia de investigaciones internacionales en donde ha tenido un amplio uso (35) (36) (33). Esto puede deberse a la complejidad del instrumento, al tiempo que necesita para su aplicación o a la cantidad de información que se obtiene luego de ser procesada. Entre las principales ventajas del uso del McMaster, se menciona la fiabilidad de los resultados, pues se ha demostrado que con este instrumento, la interpretación de sus respuestas no sufren variación al asociarlas con las distintas culturas de las poblaciones evaluada; conclusión a la que se ha llegado en dos estudios realizados tanto en los Estados Unidos entre familias americanas e hispana (41) como al realizado en Argentina (35).

La mayoría del personal de salud investigado, tuvo niveles de funcionalidad familiar entre el nivel óptimo o Funcional (6%) y Medianamente Funcional (58%); en ese sentido el autor del McMaster (38), agrupa estos dos niveles en una sola categoría, con el propósito de medir la dinámica familiar con una escala dicotómica, es decir Funcional o Disfuncional; lo que permite una interpretación más sencilla de un tema tan complejo.

Evaluando cada una de las siete dimensiones del McMaster, se estableció que las categorías de Compromiso Afectivo, Control Conductual, Roles dentro de la Familia y la Comunicación; obtuvieron porcentajes altos en el nivel regular o Medianamente Disfuncional; resultados similares al estudio realizado sobre funcionalidad por Bottaro J en el 2009 (35) el cual concluye en su estudio que las familias de los pacientes estudiados, necesitan no solo del diagnóstico sino del tratamiento y seguimiento de la disfuncionalidad encontrada.

Vale la pena resaltar que en el grupo evaluado, no se identificaron personas en niveles de completa disfuncionalidad familiar, lo que estaría indicando que el personal de salud del estudio, no percibe conflictos graves dentro de su familia; situación importante de considerar, a la hora de desarrollar una estrategia o medida de intervención encaminada a mejorar la dinámica familiar del personal de salud de Conocoto; pues al no haber personas con niveles críticos, se esperaría conseguir resultados positivos de manera más sencilla y en menor plazo que si se tuvieran situaciones de completa disfuncionalidad familiar.

Con respecto a la encuesta SERVQUAL, ésta permitió establecer que existe un alto grado de satisfacción de los usuarios (84,8%) con respecto a los servicios que presta el Centro de Salud de Conocoto. Este nivel de satisfacción, de seguro estuvo influenciado por aquellos aspectos tangibles o de fácil apreciación en el establecimiento de salud, que hacen referencia al espacio físico del Centro de salud, la limpieza, la señalización, entre otros; los mismos que constituyen una ventaja para este Centro de Salud, pues cuenta con una edificación moderna recientemente inaugurada y que tiene espacios amplios de espera y para la atención profesional, así como servicio de limpieza permanente.

Otra de las dimensiones que al parecer estaría determinando la percepción de Satisfacción que el usuario tiene de la atención recibida en el Centro de Salud de Conocoto, fue la *empatía* con su personal, siendo esta dimensión la que mejor se califica, resultado similar al encontrado en un estudio realizado en la Ciudad de Loja en el 2015 (39) donde la empatía ocupa el primer lugar en la satisfacción del usuario.

Con respecto a la empatía establecida entre usuarios y personal de salud, al parecer lo que más contribuye a ellos es la relación paciente-profesional (médicos, odontólogos, enfermeras), pues son los profesionales los que dedican más tiempo en la atención que brindan al usuario, a diferencia del tiempo utilizado por el personal administrativo, pues cuando se analiza el porcentaje de usuarios externos *insatisfechos (*15,2%), este se refiere a la calificación otorgada a otros servicios del Centro de Salud, en donde no existe una buena gestión, lo que en la encuesta se denomina *capacidad de respuesta* , por varias causas entre las que se menciona a la falta de personal para cumplir con las actividades de Laboratorio, Rayos X, Estadística y Farmacia. Situación agravada por el incremento de la demanda de usuarios que requieren a diario de estos servicios. Otro de los aspectos que tuvo observaciones negativas por parte de los usuarios en la encuesta de satisfacción aplicada, fue la falta de continuidad o seguimiento por parte del mismo profesional que brindó la atención por primera vez al usuario, pues este considera que exista una mejor evaluación de su tratamiento y recuperación; situación que ha motivado varias quejas por parte del usuario externo, debido quizá a la automatización del agendamiento de las citas, medida implementada hace poco tiempo en los establecimientos de salud y la que debe ser evaluada para establecer sus ventajas y desventajas frente a los usuarios. Sin embargo y en general, este grado de insatisfacción es menor al encontrado en estudios realizados en Loja y Quito (11) (39), en donde el porcentaje de insatisfechos fue del 21% y 30% respectivamente.

Por lo expuesto, se deberá mejorar todas las falencias evidenciadas en el estudio, para que este indicador de calidad del establecimiento de salud (Satisfacción del usuario), constituya una fortaleza en el propósito del MSP de llegar a Certificar todos sus establecimientos de salud.

En cuanto al análisis de la relación entre las variables funcionalidad familiar del personal de salud y el grado de satisfacción del usuario externo, según los resultados del estudio y a través de las medidas estadísticas obtenidas, se pudo identificar que el tamaño de las muestras no fueron suficientes para llegar a conclusiones definitivas con respecto a la hipótesis planteada; pues no se encontró asociación cuando se trató del nivel de funcionalidad familiar en el grupo de profesionales y la satisfacción del usuario, a diferencia de la fuerte asociación establecida, cuando se analizó la funcionalidad familiar del personal administrativo y de apoyo técnico del Centro de Salud con los resultados de la encuesta de satisfacción de los usuarios atendidos por este personal; asociación que no se produjo por azar, pues la amplitud entre los intervalos inferior y superior del OR, indicarían más bien, que la muestra del personal de salud fue pequeña (22 personas). Por lo tanto no se pudo aceptar ni rechazar la hipótesis de estudio planteada en esta investigación.

Limitaciones del Estudio

Entre las limitaciones se puede mencionar que al estratificar la muestra del personal de salud, entre profesionales y personal de apoyo técnico y administrativos, debilitó el análisis estadístico; a pesar de que se consideró para el estudio a todo el personal del Centro de Salud. Se debe explicar que esta estratificación se la realizó por el lapso de tiempo que el primer grupo de funcionarios utiliza para atender al usuario externo a diferencia del segundo grupo.

Por otro lado, se pudo introducir algo de sesgo, en la selección de los participantes de la encuesta, pues los que no aceptaron contestarla, de seguro fueron aquellos que no se sintieron conformes con la atención recibida; este porcentaje de no aceptación de participación, según el investigador, estuvo alrededor de un 2%, valor que no afectaría los resultados del estudio con respecto al grado de satisfacción esperado, pues para la muestra se estimó que la insatisfacción del usuario externo podría situarse en el 20% de los entrevistados, cifra superior al 15,2 % obtenida en el estudio.

6. Capítulo.

6.1. Conclusiones

La funcionalidad familiar del personal de salud, se ubica en general en un nivel adecuado, no se estableció casos críticos o de disfuncionalidad familiar total. Este resultado permitirá obtener mejores resultados a la hora de buscar medidas de mejoramiento de la funcionalidad familiar del personal de salud.

El modelo de evaluación familiar de McMaster, es un instrumento validado de gran ayuda en la valoración familiar que arroja gran cantidad de información para conocer de la dinámica familiar y realizar un abordaje más específico con respecto a los problemas identificados en el personal de salud; área sobre la cual no se trabaja en la actualidad cuando se trata de realizar un mejoramiento continuo de la calidad de los establecimientos de salud.

La calidad de un servicio de salud no solo tiene que ver con los elementos tangibles o la disponibilidad de personal que cubra las demandas de atención de los usuarios, esta debe incluir al usuario interno que allí labora, pues su bienestar físico y mental de seguro contribuye a un ambiente de armonía y buen trato hacia el usuario.

El porcentaje de usuarios satisfechos con el servicio prestado en el establecimiento de salud de Conocoto, es alto y se debería trabajar por mantener o incluso superar este nivel.

6.2. Recomendaciones.

Crear ambientes funcionales dentro de las áreas de trabajo para que los profesionales se sientan a gusto y logren brindar una mejor atención a los usuarios.

En la nueva promoción del posgrado de Medicina Familiar, se podría impulsar un nuevo estudio que permita complementar los resultados de esta investigación, considerando para este nuevo estudio al personal de todo el Distrito de Salud e incrementar el tamaño de las muestras, lo que podría ayudar a obtener resultados concluyentes con respecto a la asociación buscada entre la funcionalidad familiar y la satisfacción del usuario.

Evaluación periódica de la satisfacción del usuario, por parte de las autoridades de la institución que permitan valorar y mejorar la prestación de sus servicios ya que la percepción de la calidad de atención puede cambiar con el tiempo.

Organizar procesos educativos para los profesionales, sobre manejo de la comunicación, empatía y relación médico paciente bajo presión, ya que dichos profesionales se ven expuestos a diario a este tipo de consultas y usuarios.

Bibliografía

1. Huamán M. Satisfacción del usuario de los servicios de salud. 2014..
2. Ecuador. Manual del Modelo de Atencion Integral de Salus - MAIS. [Online].; 2012. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
3. (MSP). Manual del Modelo de Atencion Integral de Salud - MAIS. 212th ed. MSP , editor. Quito; 2013.
4. SESPLADES. Plan Nacional de Desarrollo/ Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017 Quito; 2013.
5. Ortíz Espinosa. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, segun la opinion de los usuarios. Revista panamericana de Salud Pública. 2013 Apr; 229(38).
6. D. V. Estudio de satisfacción del Usuario Externo e Interno en los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha Quito: Universidad San Francisco de Quito; 2013.
7. Ecuador A. Constitucion del Ecuador. 223rd ed. Ecuador; 2008.
8. Cañarejo A. Calidad de atención que presta el personal San Pablo y su relacion con el nivel de satisfaccion del usuario, durante el periodo 2011-2012: Universidad Tecnica del Norte; 2013.
9. Ecuador. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. 31st ed. Quito; 2002.

10. MR. BT. Percepción de la calidad de atencion que tienen los usuarios de la consulta externa del subcentro de salud de Amaguaña Loja Ecuador: Universidad Tecnica Particular de Loja; 2011.

11. E. DS. Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejia en el periodo 2012 Quito: Universidad Central Del Ecuador; 2014.

12. Mexico. Manual de procedimientos de consulta externa en unidades de salud de primer nivel de atención del ISEM Salud Md, editor. Mexico; 2004.

13. J. G. Evaluación de la calidad y calidez de atención a los usuarios del subcentro de salud "el Bosque". Propuesta gerencial de mejoramiento. Periodo 2011. 2012..

14. Travetto C. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. Rev Panam Salud Publica. 2015 Apr; 38(15).

15. Lugo C. Asociacion entre funcionalidad familiar y conductas sexuales de riesgo en adolecentes escolarizados de los colegios Pablo VI y CEIS del municipio de Spó Cundinamarca. 2011th ed. Cundinamarca Colombia: Universidad de la Sabana; 2011.

16. V. Instrumentos de valoración familiar: monografías.com; 2011.

17. Mendoza L. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. 812732nd ed. Mexico: Revista de Medicina Familiar; 2006.

18. E. C. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios. 2328895th ed. Lima Perú: Rev Med Hered; 2012.

19. Perú. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD. 2011..

20. Correa A. Propuesta de aplicación de la escala SERVQUAL en el sector salud de Medellín. Revista CES Salud Pública. 2014 julio - diciembre; 5(2).

21. M. C. Perfil Epidemiológico Centro de Salud de Conocoto. Quito; 2013.

22. Normatización. Tipología para homologar los establecimientos de salud por niveles de atención del sistema nacional de salud Quito Ecuador: MSP; 2012.

23. Goicochea Ríos E. Interculturalidad en Salud. 41st ed. Lima Perú: UCV - Scientia; 2012.

24. Jorge Luis Salinas Rodríguez. Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. Pepsic. 2006 Noviembre;(8).

25. OMS O. Evaluación de la Calidad. Una guía para la evaluación de los servicios de salud amigables Buenos Aires Argentina: OMS; 2011.

26. Ross. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. . Available from. Rev Panam Salud Publica. 2000 Aug; 8(1)(93 - 8).

27. Ruelas E. Participación ciudadana en la mejora de la calidad de los servicios sociales.. primera edicion ed. España: Panamericana; 2008.

28. Villareal S. Satisfacción del usuario externo y la motivación del personal de salud Piura Perú; 2012.

29. SILVA. Calidad en la prestacion de los servicio de Salud. [Online].; 2006 [cited 2016 08 23. Available from: file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-CalidadEnLaPrestacionDeServiciosDeSalud-5599360.pdf.

30. María Elena Navas. Evaluacion de la gestion de calidad de los servicios de salud ofertados por el hospital San Sebastian del Canton Sigsig. 2013. Universidad Politecnica Salesiana.

31. Mendoza-Solís. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atension Primaria. Archivos de Medicina Familiar. 2006 Jan; 8(27 - 32).

32. Lourdes Gabriela Sandoval Miranda. Funcionamiento familiar y empatía en los médicos residentes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2011 Octubre; 16(4).

33. Gómez-Clavelína. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Archivos de Medicina Familiar. 1999 Jan; 2(45 - 57).

34. Fernández Moya J. En busca de resultados. Una introducción al modelo sistémico–estratégico. Mendoza: Universidad de Aconcagua; 2000.

35. Bottaro J. El Funcionamiento Familiar y la Psicoeducación en el curso de la Esquizofrenia. 2009. Tesis de la Universidad de Aconcagua.

36. García. Un Enfoque para la Evaluación del Funcionamiento Familiar. REMO. 2008 octubre; 6(15).

37. Pamela Orpinas. Familias latinas y jóvenes: un compendio de herramientas de evaluación. 1st ed. Matilde Maddaleno ARyLV, editor. Washington,DC: OPS; 2013.

38. Epstein N. The McMaster Model of family func-tioning.. Journal of Marriage and Family Counseling. 1978 Apr; 19(31).

39. Lima Quito. Satisfacción del Usuario del Servicio de Salud en el Área de Consulta Externa del Hospital del Día-IESS de la ciudad de Loja, en el primer semestre del 2015. Universidad Nacional de Loja. 2016 febrero; 1(1).

40. Ivan W. Miller. The McMaster Approach to Families: theory, assess-ment, treatment and research. Journal of Family Therapy. 2000 Jan; 22(168–189).

41. Aarons G. Assessment of family functioning in Caucasian and Hispanic Americans: Reliability, validity and factor structure of the Family Assessment Device. Family Process. 2007; 4(46).

42. Perú MdSd. Guia técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. 2011..

43. Ecuador. Lineamientos operativos para la implementación del MAIS y RPIS. 5169th ed. Quito; 2013.

44. Naranjo J. Consideraciones sobre el Modelo de Atencion Integral de Salud del Ecuador. 30th ed. La Habana Cuba: Revista Cubana de Medicina General Integral; 2014.

45. DM . Salud intercultural encucijadas del buen vivir y el sumak kawsay en Bolivia y Ecuador Quito: Universidad Simon Bolivar; 2014.

46. Herrera Ramirez D TC. Los desafios de la Medicina Familiar en el Ecuador. 1179th ed. Quito: Salud Rural; 2011.

47. Arias A. Calidad de atencion brindada a los usuarios de subcentro de salud San Pedro de Cebollar por el Equipo de Salud Cuenca. 2014th ed. Cuenca Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014.

48. Horwitz N. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. 98214455th ed. Panamá: Bol la Of Sanit Panam; 1985.

49. Rotativo P. Mejoramiento contínuo de los servicios que brinda el centro de salud de Conocoto Quito Ecuador: Centro de Salud de Conocoto; 2015.

50. E Hamilton AC. Systematic Review of Self-Report Family Assessment Measures. Family Process Institute. 2015 Noviembre; 55(1).

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

Quito, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas, Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. 2016

Yo, _____ manifiesto mi disposición para participar en la investigación " Funcionalidad Familiar del personal de salud de Conocoto y su influencia en la calidad de atención de sus usuarios ", bajo compromiso de los autores de no divulgar la información brindada.

Registrado en el comité de Ética en investigación con el número.....aprobado en el acta número....., Con fecha.....

El objetivo de este estudio es establecer si existe asociación entre la funcionalidad familiar del personal de salud de Conocoto y la calidad de atención, medida en la satisfacción de los usuarios externos que asisten a éste establecimiento de salud. Se me ha explicado que mi participación consistirá en llenar la encuesta.

Declaro se me ha informado ampliamente que se respetará en el sentido más estricto de la palabra, mi privacidad, estableciendo así un clima de confianza, con el fin de que el investigador se convierta en un receptor válido para describir lo sucedido. Como resultado de mi participación en esta investigación, el beneficio que obtendré, será ampliar los conocimientos para la profesión, con la finalidad de enriquecerlos para beneficiar a otros.

_____

Firma

Anexo 2: Escala de evaluación familiar

ESCALA DE EVALUACION FAMILIAR

Por favor, lea cada afirmación con cuidado y elija la opción que mejor describe a su familia

Debe responder según usted vea a su familia

Para cada afirmación hay cuatro opciones (respuestas) posibles:

Totalmente de acuerdo: (TA) Ponga una cruz debajo de TA si le parece que esta afirmación describe muy bien a su familia.

De acuerdo: (A) Ponga una cruz debajo de A si le parece que esta afirmación describe bastante bien a su familia.

En desacuerdo: (D) Ponga una cruz debajo de D si le parece que la afirmación no describe en general a su familia.

Totalmente en desacuerdo: (TD) Ponga una cruz debajo de TD si le parece que la afirmación no describe a su familia de ninguna manera (35).

N°	PREGUNTA	TA	A	D	TD
1	Es difícil planear actividades en la familia Porque no nos entendemos bien.				
2	Resolvemos casi todos los problemas Diarios en torno a la casa.				
3	Cuando alguno de nosotros está disgustado, los demás saben por qué.				
4	Cuando se le pide a uno que haga algo, es necesario verificar que lo haya hecho.				
5	Si alguno tiene problemas, los demás se entrometen demasiado.				
6	En momentos de crisis podemos contar con el apoyo de los demás.				
7	No sabemos qué hacer cuando surge una emergencia.				
8	A veces se nos acaban las cosas que necesitamos.				
9	Nos cuesta trabajo demostrar el afecto que sentimos el uno por el otro.				
10	Nos aseguramos que los miembros de la familia cumplan con sus responsabilidades.				
11	No podemos hablar entre nosotros acerca de la tristeza que sentimos				
12	Por lo general, actuamos según las decisiones que hemos tomado respecto a los problemas que surgen				
13	Uno recibe la atención de los demás sólo cuando se trata de algo de interés para ellos				
14	No se puede saber lo que uno siente sólo por lo que dice.				
15	Las tareas caseras no se reparten suficientemente bien.				
16	Cada uno es aceptado por lo que es.				
17	Las reglas de la casa se pueden romper fácilmente, sin problemas.				
18	En mi familia decimos las cosas abiertamente, sin rodeos.				
19	Algunos de nosotros no respondemos emocionalmente				
20	Sabemos qué hacer en caso de una emergencia				
21	Evitamos hablar de nuestros temores y preocupaciones.				
22	Nos es difícil hablar entre nosotros de sentimientos tiernos				
23	Nos es difícil pagar nuestras deudas.				
24	Por lo general, después de tratar de resolver un problema, discutimos (hablamos) si resultó bien o no la solución.				
25	Somos demasiado egoístas.				
26	Podemos expresar nuestros sentimientos el uno al otro				
27	No tenemos expectativas claras acerca de los hábitos de higiene.				
28	No mostramos el amor que sentimos el uno para el otro.				
29	Hablamos con los otros directamente, sin intermediarios.				
30	Cada uno de nosotros tiene sus propias obligaciones y responsabilidades.				
31	Hay muchos malos sentimientos en la familia.				
32	Tenemos reglas sobre el pegarle a los demás.				
33	Nos involucramos con los demás solamente cuando se trata de algo que nos interesa personalmente.				

34	Hay poco tiempo para explorar intereses personales.				
35	Muchas veces no decimos lo que pretendemos decir.				
36	Nos sentimos aceptados por lo que somos.				
37	Mostramos interés en los otros cuando nos conviene personalmente.				
38	Resolvemos casi todos los problemas emocionales que surgen				
39	La ternura es secundaria a otras cosas en nuestra familia				
40	Hablamos sobre quién ha de hacer las tareas del hogar.				
41	El tomar decisiones es un problema para nuestra familia.				
42	En nuestra familia uno muestra interés en el otro sólo cuando le conviene.				
43	Somos francos el uno con el otro.				
44	Si se le pide a alguno que haga algo, hay que recordárselo				
45	Somos capaces de decidir cómo resolver nuestros problemas.				
46	Si se quebrantan las reglas, no sabemos qué esperar.				
47	Si se quebrantan las reglas, no sabemos qué esperar.				
48	En nuestra familia nada funciona.				
49	Mostramos ternura.				
50	Enfrentamos los problemas que involucran sentimientos				
51	No nos llevamos bien.				
52	No nos hablamos cuando estamos enojados.				
53	Por lo general estamos descontentos con las tareas caseras que se nos han asignado.				
54	Aunque tenemos buenas intenciones, nos entrometemos demasiado en la vida de los demás.				
55	Tenemos reglas para situaciones de peligro.				
56	Nos hablamos con confianza.				
57	Lloramos abiertamente.				
58	No tenemos un medio de movilidad razonable.				
59	Cuando no nos gusta lo que alguien ha hecho, se lo decimos.				
60	Tratamos de pensar en diferentes maneras de resolver los problemas.				

Tomado de Orpinas P. Familias latinas y jóvenes: un compendio de herramientas de evaluación. 2013.

Anexo 3: Encuesta de satisfacción, expectativas

ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD DE CONOCOTO.

FECHA._____HORA DE INICIO_____ HORA FINALIZACION_____

Estimado usuario/a estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de la atención que recibió en el Servicio de Consulta Externa de este establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación.

DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO

Condición del encuestado: Usuario (a) _____ Acompañante _____

Edad del encuestado en años: _____

Sexo Masculino _____ Femenino_____

Instrucción: Analfabeto___ Primaria___ Segundaría___ Superior Técnico___ Superior Universitario___

Tipo de usuario: nuevo: _____ subsecuente: _____

Área donde fue atendido: _____

EXPECTATIVAS

En primer lugar, califique las Expectativas, que se refieren a la IMPORTANCIA que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Consulta Externa. Utilice una escala numérica del 1 a 7. Considere a 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación (42).

P	Expectativas	1	2	3	4	5	6	7	NA
1	Que el personal dé informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa								
2	Que la consulta con el médico se realice en el horario programado								
3	Que su atención se realice respetando la programación y el orden establecido								
4	Que su historia clínica se encuentre disponible para su atención en el consultorio								
5	Que la citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad								
6	Que la atención en la ventanilla de admisiones sea rápida								
7	Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida								
8	Que la atención para tomarse exámenes radiográficos sea rápida								
9	Que la atención en farmacia de consulta externa sea rápida								
10	Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad								
11	Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención								
12	Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud								
13	Que el médico que atenderá su problema de salud le inspire confianza								
14	Que el personal de consulta externa le escuche atentamente y trate con amabilidad, respeto y paciencia								
15	Que el médico que le atenderá muestre interés en solucionar su problema de salud								
16	Que el médico le explique a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención								
17	Que el médico le explique a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá : tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos								
18	Que el médico le explique a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizarán								
19	Que la señalización de la consulta Externa (carteles, letreros y flechas) sean adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes								
20	Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes								
21	Que los consultorios cuenten con los equipos y materiales necesarios para su atención								
22	Que el consultorio y la sala de espera sean limpios, cómodos y acogedores								

Anexo 4: Encuesta de satisfacción, percepciones

ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD DE CONOCOTO.

FECHA._____HORA DE INICIO_____ HORA FINALIZACION_____

Estimado usuario/a estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de la atención que recibió en el Servicio de Consulta Externa de este establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación.

DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO

Condición del encuestado: Usuario (a) _____ Acompañante _____

Edad del encuestado en años: _____

Sexo Masculino _____ Femenino_____

Instrucción: Analfabeto___ Primaria___ Segundaría___ Superior Técnico___ Superior Universitario___

Tipo de usuario: nuevo: _____ subsecuente: _____

Área donde fue atendido: _____

PERCEPCIONES

En segundo lugar, califique las Percepciones que se refieren a como usted HA RECIBIDO, la atención en el servicio de Consulta Externa. Utilice una escala numérica del 1 a 7. Considere a 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación (42).

P	Percepciones	1	2	3	4	5	6	7	NA
1	El personal le informó, le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa?								
2	La consulta con el médico se realizó en el horario programado?								
3	Su atención se realizó respetando la programación y el orden establecido?								
4	Su historia clínica se encontró disponible en el consultorio para su atención?								
5	Las citas se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad?								
6	La atención en la ventanilla de admisiones fue rápida?								
7	La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida?								
8	La atención para tomarse exámenes radiográficos fue rápida?								
9	La atención en farmacia fue rápida?								
10	Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad?								
11	El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motivó su atención?								
12	El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?								
13	El médico que le atendió le inspiró confianza?								
14	El personal de consulta externa lo escuchó atentamente y trató con amabilidad, respeto y paciencia?								
15	El médico que le atendió mostró interés para solucionar su problema de salud?								
16	El médico le explicó a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención?								
17	El médico le explicó a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?								
18	El médico le explicó a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaron?								
19	La señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes?								
20	La consulta externa contó con personal para informar y orientar a pacientes y acompañantes?								
21	Los consultorios contaron con los equipos y materiales necesarios para su atención?								
22	El consultorio y la sala de espera estuvieron limpios, cómodos y acogedores?								

Tomado de guia técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Perú 2011

Anexo 5: Escala de Valoración de McMaster.

		Solución de Problemas	Comunicación	Roles	Respuesta Afectiva	Compromiso Afectivo	Control Conductual	Funcionamiento General
Funcional	1							
	1.10							
	1.20							
	1.30							
	1.40							
	1.50							
	1.60							
	1.70							
	1.80							
	1.90							
Medianamente Funcional	2							
	2.10							
	2.20							
	2.30							
	2.40							
	2.50							
	2.60							
	2.70							
Medianamente Disfuncional	2.80							
	2.90							
Disfuncional	3							
	3.10							
	3.20							
	3.30							
	3.40							
	3.50							
	3.60							
	3.70							
	3.80							
	3.90							

Bottaro J. El Funcionamiento Familiar y la Psicoeducación en el curso de la Esquizofrenia. 2009. Tesis de la Universidad de Aconcagua.