



## NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA CONSULTA DEL MÉDICO FAMILIAR LEVEL OF SATISFACTION OF THE CONSULTATION OF THE FAMILY PHYSICIAN

Dra. Mónica Guissel Picuña Ortiz \*,

Dra. Rosa Jacqueline Mejía Lara\*.

\*Médico general.

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador. Ministerio de Salud Pública de Ecuador.

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Mónica Guissel Picuña Ortiz y Rosa Jacqueline Mejía Lara (2019): "Nivel de satisfacción de la consulta del médico familiar", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (marzo 2019). En línea

<https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/03/satisfaccion-consulta-medico.html>

### Resumen

**Introducción:** la medicina familiar y comunitaria es el tipo de atención médica que brinda un equipo de salud de manera continua e integrada al individuo, la familia y comunidad en todas las edades y circunstancias. Esta atención se realiza independientemente de la presencia o no de enfermedad, ya que está orientada a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades a partir del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de las afecciones que puedan aparecer, logrando una pronta recuperación del paciente y su reincorporación a la sociedad. Es el primer escalón del sistema nacional de salud, el de mayor asistencia y del de mayor volumen de atención. Constituye la base de cualquier sistema de salud a nivel mundial.

**Objetivo:** describir el nivel de satisfacción de los usuarios que acuden a la consulta del médico familiar y comunitario. **Metodología:** Estudio no experimental, descriptivo, de corte longitudinal, realizado en el centro de salud San Juan en el periodo de enero a marzo del 2019. El universo estuvo constituido por 215 pacientes que acudieron a la consulta en el periodo de realización de la investigación. La muestra quedó constituida por 132 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión definidos para el estudio. Se determinó el nivel de satisfacción de los usuarios y su opinión sobre algunos elementos básicos de la consulta de medicina familiar.

**Resultados:** promedio de edad de 32,22 años con predominio de pacientes entre 25 y 24 años de edad (32,58 %) y entre 25 y 34 años (31,82 %). Predominó el sexo femenino (55,30 %) en comparación con el 44,70 % de pacientes masculinos atendidos, el 81,82 % de los pacientes se auto identificó como indígena y el 14,39 % como mestizos. El 58,33 % de los casos eran trabajadores, mientras que el 15,91 % se encontraba estudiando y el 11,36 % se encontraba desempleado. El nivel de instrucción predominante es el secundario (41,67 %), seguido del primario (28,79 %) y el nivel técnico (14,39 %); el 9,85 % de los casos habían cursado estudios universitarios y el 5,30 % de los pacientes no refirió nivel de instrucción ninguno. El 52,27 % se mostró satisfecho con el servicio recibido y el 19,70 % muy satisfecho, mientras que el 28,03 % de los casos se mostró insatisfecho. La calidad de la atención médica (91,67 %) y la privacidad

de la consulta (90,15 %) fueron los elementos que mayor satisfacción produjeron en los pacientes; otros elementos que mostraron una satisfacción elevada fueron el estado del mobiliario del centro de salud (76,52 %), la calidad de la atención de enfermería (78,79 %) y la higiene del centro de salud (76,52 %); mientras que el tiempo necesario para agendar la cita (39,31 %) y la señalética del lugar (31,06 %) fueron los que mayor número de opiniones negativas recibieron. **Conclusiones:** a pesar de existir una satisfacción aceptable se debe trabajar por mejorar las condiciones de señalización del centro de salud para brindar una información más adecuada y coherente al paciente. El tiempo necesario para agendar una cita médica es inadecuado, se debe agilizar este tipo de trámites para hacer menos engorroso el proceso y aumentar los índices de satisfacción de los usuarios.

**Palabras clave:** Calidad de vida; Medicina familiar y comunitaria; Usuario.

## Abstract

**Introduction:** family and community medicine is the type of medical care provided by a health team in a continuous and integrated way to the individual, family and community in all ages and circumstances. This care is performed regardless of the presence or absence of disease, since it is aimed at promoting health and preventing diseases from early diagnosis and timely treatment of conditions that may arise, achieving a prompt recovery of the patient and his reincorporation into society. It is the first step of the national health system, the one with the greatest assistance and the one with the highest volume of care. It is the basis of any health system worldwide. **Objective:** to describe the level of satisfaction of the users who come to the consultation of the family and community doctor. **Methodology:** Non-experimental, descriptive, longitudinal-cut study conducted at the San Juan health center from January to March 2019. The universe consisted of 215 patients who attended the consultation during the period of research. The sample consisted of 132 patients who met the inclusion criteria defined for the study. The level of satisfaction of the users and their opinion on some basic elements of the family medicine consultation were determined. **Results:** average age of 32.22 years with predominance of patients between 25 and 24 years of age (32.58%) and between 25 and 34 years (31.82%). Female sex predominated (55.30%) compared to 44.70% of male patients attended, 81.82% of patients identified themselves as indigenous and 14.39% as mestizos. 58.33% of the cases were workers, while 15.91% were studying and 11.36% were unemployed. The predominant level of instruction is secondary (41.67%), followed by primary (28.79%) and technical level (14.39%); 9.85% of the cases had completed university studies and 5.30% of the patients did not mention any level of instruction. 52.27% were satisfied with the service received and 19.70% very satisfied, while 28.03% of the cases were unsatisfied. The quality of the medical care (91.67%) and the privacy of the consultation (90.15%) were the elements that produced the greatest satisfaction in the patients; Other elements that showed a high satisfaction were the state of the furniture of the health center (76.52%), the quality of the nursing care (78.79%) and the hygiene of the health center (76.52%); while the time needed to schedule the appointment (39.31%) and the signage of the place (31.06%) were those that received the greatest number of negative opinions. **Conclusions:** despite there being an acceptable satisfaction, work must be done to improve the signaling conditions of the health center in order to provide a more adequate and coherent information to the patient. The time required to schedule a medical appointment is inadequate, this type of procedures should be streamlined to make the process less cumbersome and increase the satisfaction rates of users.

**Key Word:** Quality of life; Family and community medicine; User.

## 1. INTRODUCCIÓN

La medicina de familia o medicina familiar es la disciplina médica que se encarga de mantener la salud en todos los aspectos, analizando y estudiando el cuerpo humano en forma global. Sobre sus hombros recae el peso de mantener un adecuado equilibrio del proceso salud-

enfermedad; basado en actividades o acciones que garanticen la promoción de salud y la prevención de enfermedades (Rivas Alpizar, Zerquera Trujillo, Hernández Gutiérrez, Vicente Sánchez, 2017).

Desde mediados del siglo pasado comienza, en los países europeos (Inglaterra, Francia, Italia y España) y del norte del continente americano (Canadá), el auge de este tipo de medicina. La misma consiste en crear un profesional de la salud que se encuentre en estrecha relación con un grupo de personas bajo su supervisión directa. Este médico se encargaría sobre todo de implementar los nuevos conceptos de la epidemiología clínica, que busca desbancar la propuesta biologicista imperante hasta ese momento, e implementar una medicina basada, sobre todo en la promoción de salud y prevención de enfermedades. En esta nueva política el individuo no es visto como un ser aislado, sino como una persona que vive en colectivo y con una gran interacción con el medio que lo rodea (Rodríguez Sánchez, Gómez Figueroa, Diéguez Matellán, De León Rosales, Rodríguez González, 2016).

Este nuevo concepto aporta a la sociedad colectiva, donde los problemas personales de salud se convierten en problemas colectivos; es decir la salud individual de una persona puede afectar al resto de la colectividad. De esta forma existe un mayor y más profundo control de la salud individual y colectiva en aras de alcanzar un adecuado estado de salud de la comunidad. Todo este proceso es organizado y rectorado por un profesional de la salud, en el mismo inciden todos los elementos formales y no formales de la comunidad (Rivas Alpizar, Zerquera Trujillo, Hernández Gutiérrez, Vicente Sánchez, 2017).

Los primeros reportes de medicina familiar en Ecuador datan del 1987; en ese año comienza, por primera vez en el país, un posgrado en la universidad católica de Cuenca, en convenio con el hospital Vozandes de Quito; siendo este el primer antecedente de formación de especialistas en esta rama de la medicina que a pesar de tener un auge mundial continúa careciendo de reconocimiento nacional y se mantiene como una especialidad subvalorada (MSP, 2013).

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el primer nivel de atención, por tanto, se considera la estrategia adecuada para mejorar sostenible y equitativamente la salud de la población. Su función fundamental constituye establecer un vínculo directo con la comunidad en general para determinar los factores que pueden influir negativamente en su desarrollo biopsicosocial. A partir del trabajo conjunto se logra solucionar las dificultades existentes en cuanto a materia de salud se refiere (González Ramos, Molina Gómez, 2016).

Para un buen desempeño de la APS es imprescindible la formación de los recursos humanos idóneos tanto en calidad como en cantidad. Es por esto que el Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador planteó la implementación de un Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) y la creación de equipos de atención integral de salud; como una medida para garantizar la cantidad de recursos humanos que puedan hacer frente a este importante reto (MSP, 2013)

Sin embargo, la simple formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria no es suficiente para garantizar un adecuado funcionamiento del programa. Se hace necesario realizar una reorientación de los servicios de salud, con la finalidad de acercarlos a las personas necesitadas y viabilizar el acceso a los mismos. Todos estos esfuerzos no se harán realidad si no se cuenta con recursos humanos comprometidos y con una elevada carga de humanismo y de conocimientos, que se traducen en una atención de salud con elevados índices de calidad y calidez (Achiong Alemañy, Achiong Alemañy, Achiong Estupiñán, 2015).

Es por esto que teniendo en cuenta el auge de la medicina familiar y comunitaria a nivel mundial, las ventajas de su implementación como estrategia de salud integral y abarcadora y la no existencia en Ecuador de estudios relacionados con la satisfacción de los pacientes en este nivel de atención; se decide realizar esta investigación con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción de los usuarios de la consulta del médico familiar.

## **2. METODOLOGÍA**

Estudio no experimental, descriptivo, de corte longitudinal, realizado en el centro de salud San Juan en el periodo de enero a marzo del 2019. El universo estuvo constituido por 215 pacientes que acudieron a la consulta en el periodo de realización de la investigación. La muestra quedó constituida por 132 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión definidos para el estudio.

### **2.1. Criterios de Inclusión**

- Pacientes que residen de forma permanente en la parroquia San Juan.
- Paciente que acudieron a consulta de medicina familiar en el periodo de enero a marzo del 2019.
- Pacientes que en el momento del estudio presentaban un estado de salud físico y mental óptimo.
- Paciente que expresaron, mediante consentimiento informado, su decisión de participar en el estudio.

### **2.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes con problemas de salud físicos o mentales que les impidió participar en la investigación.
- Pacientes que no expresaron su consentimiento informado para participar en el estudio.

Para la recolección de los datos se utilizó la encuesta de satisfacción en los establecimientos de salud del ministerio la cual consta con un total de 22 preguntas que permiten recoger la información relacionada con las variables incluidas en la investigación. Para la aplicación del instrumento la investigadora se basó en la realización de entrevistas individuales y colectivas donde explicó minuciosamente todos los pormenores de la investigación; también se aclararon las dudas que refirieron los pacientes en relación a algunas situaciones que pudieran ser de difícil manejo por algún paciente.

Para definir la satisfacción de los usuarios con la calidad de la consulta se estimó una puntuación de 1 a 10 puntos, donde puntuaciones entre 1 y a 4 puntos expresaba insatisfecho; de 5 a 7 puntos satisfecho y mayor de 8 puntos muy satisfecho. Se analizaron también algunos factores que pueden influir de manera positiva o negativa en la satisfacción de los pacientes.

Para determinar la opinión de los pacientes en relación a algunos factores o condiciones que pueden influir en la satisfacción de los pacientes se utilizó una escala de 1 a 5 puntos, los pacientes que expresaron puntuaciones entre 1 y tres puntos representaban un criterio negativo (inadecuado), mientras que los que expresaban puntuaciones entre 4 y 5 significaba un criterio positivo (adecuado).

Con la información recopilada se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel y el procesamiento de la información se realizó mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 19,5 de Windows. Se determinaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. El nivel de confianza se estableció en el 95 %, con un margen de error del 5 % y la significación estadística se determinó con  $p < 0,05$ . Los resultados fueron expresados mediante tablas y gráficos para garantizar su mejor interpretación.

Todos los pacientes fueron informados de la naturaleza de la investigación; se incluyeron en el estudio después de firmar el consentimiento informado y se les comunicó que los datos serian manejados con total confidencialidad. Pudieron retirarse en el momento que lo desearan sin previo aviso y sin que esta acción pudiera ocasionar alguna represalia hacia ellos.

### 3. RESULTADOS

Después de realizar el análisis de los datos obtenidos se pudo llegar a los siguientes resultados>

**Tabla 1. Distribución de pacientes según características generales.**

<b>Características generales</b>	<b>Muestra total 132 pacientes atendidos en consulta de APS</b>
<b>Promedio de edad</b>	32,22 años
<b>Grupos de edad (años)</b>	
De 15 a 24 años	43 (32,58 %)
De 25 a 34 años	42 (31,82 %)
De 35 a 44 años	23 (17,42 %)
De 45 a 54 años	15 (11,36 %)
De 55 a 65 años	9 (6,82 %)
<b>Sexo</b>	
Masculino	59 (44,70 %)
Femenino	73 (55,30 %)
<b>Ocupación</b>	
Ama de casa	13 (9,85 %)
Estudiante	21 (15,91 %)
Trabajador	77 (58,33 %)
Desempleado	15 (11,36 %)
Jubilado	6 (4,55 %)
<b>Nivel de instrucción</b>	
Ninguno	7 (5,30 %)
Primario	38 (28,79 %)
Secundario	55 (41,67 %)
Técnico	19 (14,39 %)
Superior	13 (9,85 %)
<b>Auto identificación</b>	
Blanco	5 (3,79 %)
Mestizo	19 (14,39 %)
Indígena	108 (81,82 %)

*Fuente: cuestionario de investigación*

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes incluidos en la investigación según las características generales. En este sentido se obtuvo un promedio de edad de 32,33 años, con predominio de pacientes entre 15 y 24 años (32,58 %) y entre 25 y 34 años (31,82 %). Le siguieron los pacientes con edades entre 35 y 44 años (17,42 %) y los que refirieron edad entre 45 y 54 años con un 11,36 % del total de casos. Solamente 9 pacientes (6,82 %) presentaron edad superior a los 55 años de edad.

La distribución del sexo arrojó que la mayoría de los pacientes (55,30 %) son del sexo femenino, mientras que el 44,70 % restante de los casos son del sexo masculino. Al analizar la ocupación de estas personas se obtuvo que el mayor por ciento de ellos (58,33 %) trabajaban en el momento de la investigación, el 15,91 % se mantenía estudiante, mientras que el 11,36 % se encontraba desempleado. El 9,85 % de los casos se dedicaba a las labores del hogar y el 4,55 % se encontraba jubilado (tabla 1).

El nivel de instrucción de los pacientes fue otra de las características generales analizadas; en la tabla 1 se muestra que el 41,67 % refirió un nivel de instrucción secundario, mientras que el 28,79 % había superado el nivel primario. El 14,39 % de los pacientes refirió nivel técnico y el 9,85 % refirió haber vencido estudios universitarios. Solamente el 5,30 % de los casos no mostraban nivel de instrucción alguno. En esta misma tabla se mostraron los resultados obtenidos en relación a la auto identificación de los pacientes; en este sentido el 81,82 % se

autodetiene como indígena, mientras que el 14,39 % lo hace como mestizos; solo el 3,79 % de los pacientes se autoidentifican como blancos.

**Tabla 2. Distribución de pacientes según satisfacción general con la consulta del médico familiar.**

Nivel de satisfacción	Número	Por ciento
Insatisfechos	37	28,03
Satisfechos	69	52,27
Muy Satisfechos	26	19,70
Total	132	100

*Fuente. Cuestionario de investigación*

En la tabla 2 se puede observar que de forma general el 71,97 % de los pacientes encuestados se muestran estar satisfechos o muy satisfechos con el servicio recibido; de ellos 19,70 % se encuentra muy satisfecho. Sin embargo, el 28,03 % de los pacientes (37) se manifestó insatisfecho con el servicio general recibido.

**Tabla 3. Distribución de opinión de los pacientes según elementos de la consulta de medicina familiar.**

Aspectos a tener en cuenta	Adecuado		Inadecuado	
	Número	Por ciento	Número	Por ciento
Tiempo necesario para agendar la cita	80	60,61	52	39,31
Tiempo de espera para ser atendido	96	72,73	36	17,27
Privacidad de la consulta	119	90,15	13	9,85
Calidad de la atención médica	121	91,67	11	8,33
Calidad de la atención de enfermería	104	78,79	28	21,21
Señalética del lugar	91	68,94	41	31,06
Higiene del centro de salud	101	76,52	31	23,48
Estructura física del centro de salud	97	73,48	35	26,52
Estado del mobiliario	106	80,30	26	19,70

*Fuente: cuestionario de investigación*

En la tabla 3 se muestra la opinión de los usuarios en relación a algunos elementos básicos de la consulta de medicina familiar que pueden influir positiva o negativamente en la satisfacción de los pacientes. Se puede observar que la calidad de la atención médica (91,67 %) y la privacidad de la consulta (90,15 %) fueron los elementos que mayor porcentaje de pacientes refirieron como adecuados.

Otros elementos con porcentajes elevados de aceptación fueron el estado del mobiliario (80,30 %), la calidad de la atención de enfermería (78,79 %) y la higiene del centro de salud (76,52 %). También se puede describir que la estructura física del centro de salud y el tiempo de espera para ser atendido también alcanzaron frecuencia de opiniones positivas considerables, con un 73,48 % y 72,73 % respectivamente.

El elemento que obtuvo una opinión menos favorable por parte de los usuarios fue el tiempo necesario para poder agendar una cita; en este sentido el 60,61 % de los pacientes lo consideró como adecuado, pero el 39,31 % lo consideró inadecuado.

**Tabla 4.- Distribución de causas que motivaron la insatisfacción por el servicio recibido.**

Causas que motivaron la insatisfacción de los usuarios	Número	Por ciento
Tiempo necesario para agendar la cita	28	75,68
Tiempo de espera para ser atendido	8	21,64
Privacidad de la consulta	3	8,11
Calidad de la atención médica	2	5,41
Calidad de la atención de enfermería	4	10,82

Señalética del lugar	3	8,11
Higiene del centro de salud	11	29,73
Estructura física del centro de salud	19	51,35
Estado del mobiliario	13	35,14

*Fuente: cuestionario de investigación*

Las causas que motivaron la insatisfacción de los pacientes en relación al servicio recibido en la consulta médica de atención primaria de salud son mostradas en la tabla 4. En ella se aprecia que las que mayor incidencia tuvieron en la decisión de los pacientes de catalogar el servicio como insuficiente fueron el tiempo necesario para agendar la cita médica (75,68 %) y la estructura física del lugar (51,35 %)

Otras causas que estuvieron presentes, aunque en menores porcentajes fueron el estado del mobiliario (35,14 %) la higiene imperante en el centro de salud (29,73 %) y el tiempo de espera para ser atendido que fue referida por el 21,64 % del total de usuarios encuestados. Las otras causas fueron referidas en porcentajes inferiores al 15 % de los casos, ellas fueron la calidad de atención de enfermería (10,82 %), las relacionadas con la señalética del centro de salud y la privacidad de la consulta, ambas con idéntico 8,11 % y la calidad de la atención médica con 5,41 %.

#### **4. DISCUSIÓN**

La atención primaria de salud constituye la piedra angular de todo sistema de salud. El primer nivel de atención resulta ser el medio ideal para el intercambio entre los profesionales de la salud y el equipo de salud con los pacientes, familiar y la comunidad en general. Es en este sitio donde se enfrentan los problemas sociales que desencadenan, en la mayoría de las ocasiones los problemas de salud individuales que posteriormente se convierten en epidemias o endemias (Naranjo Ferregut, Báez Pérez, Delgado Cruz, Álvarez González, Martínez Vizcaíno, 2018).

Es por esto que se necesita consolidar el accionar del equipo de salud del primer nivel de atención, basado en una actividad sistemática y con elevados índices de calidad y calidez. Sin duda alguna estos aspectos deben ser cumplidos estrictamente y el mejor termómetro para medirlos es el índice de satisfacción que reflejen los usuarios relacionado con el servicio recibido (Naranjo Ferregut, Báez Pérez, Delgado Cruz, Álvarez González, Martínez Vizcaíno, 2018).

Al analizar las características generales de la población encuestada llama la atención un promedio de edad relativamente bajo, con predominio incluso de pacientes por debajo de los 35 años de edad. Esta situación evidencia el aumento de la confianza de la población ecuatoriana en torno a esta forma de practicar la medicina. Es importante señalar que existe un predominio de pacientes indígenas en el contexto de la investigación. La población indígena presenta costumbres y creencias peculiares en torno a la salud y a la asistencia de salud.

Es conocido que la población indígena tiene sus propios medios de ejercer la medicina con técnicas ancestrales, muchas de ellas no comprobadas aún desde el punto de vista científico, pero que se mantiene fieles a su tradición. Es común oír hablar y ver actuar a los chamanes y sobadores para tratar afecciones del sistema esquelético y otras enfermedades propias de este tipo de población. El hecho de que se note un predominio de asistencia de pacientes jóvenes va en contra de esa cultura milenaria y se reconoce entonces de esta manera el carácter colectivista de la APS.

De cierto modo también es una medida de como se le brinda atención priorizada a los grupos vulnerables y a paciente en edades tempranas de la vida en aras de fomentar estilos d vida saludables y costumbres positivas en relación a la salud individual (Hernández Gárciga, 2017; Naranjo Ferregut, Báez Pérez, Delgado Cruz, Álvarez González, Martínez Vizcaíno, 2018).

Las consultas de la APS son extremadamente variables en relación a las patologías que se presentan; el especialista en medicina familiar y comunitaria es un profesional de la salud con amplios y vastos conocimientos que le permiten enfrentar las principales problemáticas de

salud que se presentan en el quehacer cotidiano. Sus conocimientos le permiten sospechar, diagnosticar y orientar terapéuticamente la mayoría de las afecciones que presenta la población (Hernández Gárciga, 2017).

Es por esto que se observa a pacientes de todas las edades y en todo tipo de situación de salud que acuden a la consulta en este nivel de atención. Aquí se produce el seguimiento de la gestación, del puerperio, de los recién nacidos y niños de todas las edades, de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y de los pacientes con discapacidades entre otros.

La elevada asistencia de pacientes que trabajan a las consultas médicas puede ser perfectamente explicable por la principal actividad económica que se realiza en la zona. La agricultura demanda un esfuerzo físico importante para los trabajadores; es por eso que con mucha frecuencia asisten los pacientes aquejados por trastornos osteomioarticulares como migrañas, artralgias, sacrolumbalgia, cefalea y otras; es frecuente encontrar también traumatismos, heridas, afecciones dermatológicas secundarias a intoxicación con productos químicos utilizados como fertilizantes y muchas otras afecciones relacionadas con el quehacer productivo de la zona.

Resulta importante señalar que, dentro de este grupo de consultas, se encuentran también aquellas encaminadas a dar cumplimiento a los distintos planes de prevención de enfermedades, como es el caso del programa de detección del cáncer cervicouterino, cáncer bucal y del cáncer de mama entre otros. Es aquí donde radica la importancia del programa de medicina familiar y comunitaria, como espacio donde confluye de forma armónica la promoción de salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento de los pacientes y la rehabilitación y reincorporación social (Hernández Gárciga, 2017; Rivas Alpizar, Zerquera Trujillo, Hernández Gutiérrez, Vicente Sánchez, 2017).

La atención a la población siempre representa un reto; existen muchos factores, subjetivos y objetivos capaces de incidir positiva o negativamente en este sentido. Es por eso que siempre tiene que existir un equilibrio entre la atención que se brinda y la calidad del lugar donde se brinda; sobre todo en temas de salud donde muchas ocasiones se tratan aspectos de gran valor sentimental y moral para el paciente (Zamora Chávez, 2016).

Se señalan que no siempre la satisfacción del usuario depende del prestador; en muchas ocasiones resulta importante conocer la percepción del paciente, su forma de afrontar el proceso salud enfermedad y el propio convencimiento que tenga sobre la enfermedad, el esquema terapéutico o el accionar médico entre otros. Por lo tanto, se puede plantear que la satisfacción, en el tema salud, es un complejo concepto que incluye elementos propios del paciente y del equipo de salud; y en ambos casos pueden ser objetivos o subjetivos (Zamora Chávez, 2016).

El nivel de satisfacción de los pacientes se puede catalogar como satisfactorio. La inmensa mayoría de los mismos refirió sentirse satisfecho o muy satisfecho con el servicio recibido. Sin embargo, existió un número considerable de casos que aún tiene otra perspectiva de lo que debe ser el servicio de salud en el primer nivel de atención.

Existen muchas investigaciones que investigan el nivel de satisfacción de los pacientes, sin embargo, son escasos los estudios que abordan esta temática en el primer nivel de atención. Una posible explicación a este fenómeno puede estar dada por el interés que siempre se ha mostrado hacia otros niveles de atención, medicina de urgencia, quirófanos, hospitalización, etc. Hasta cierto punto se ha desestimado la importancia de la atención primaria de salud (Zamora Chávez, 2016; Rodríguez Sánchez, de León Rosales, Gómez Figueroa, Diéguez Matellán, Sablón Cossío, 2016).

Dentro de los aspectos objetivos y subjetivos que se enmarcan en este estudio destaca como elemento positivo la calidad humana y de la atención que brindan tanto el personal médico como de enfermería, siendo esto una ventaja estratégica en la atención de salud. Se describe que una adecuada empatía entre el paciente y el equipo de salud responsable de su atención mejora el clima psicológico del paciente; contribuye favorablemente a la adherencia terapéutica y minimiza el riesgo de aparición de complicaciones basado en un intercambio más fluido de

información en ambos sentidos (Rodríguez Sánchez, de León Rosales, Gómez Figueroa, Diéguez Matellán, Sablón Cossío, 2016).

Otros elementos que son vitales en la adecuada satisfacción de los pacientes en torno al servicio recibido y que se comportaron positivamente en esta investigación son los relacionados con el tiempo de espera del paciente para ser atendido y con la higiene del centro de salud. Ambos elementos, de carácter subjetivos pueden marcar un punto de inflexión en la opinión del paciente. Si bien es cierto que las consultas de medicina familiar y comunitaria son variadas y con una amplia gama de patologías, urge implementar algún mecanismo que permita que el paciente quejado de alguna dolencia no tenga que esperar una fila de turnos en la que pueden estar incluidos pacientes que solo acudan a una consulta de control, sin presentar una urgencia médica.

En el segundo nivel de atención, sobre todo en los servicios de atención de urgencias, se ha implementado el triaje médico o método del semáforo como también es conocido. El mismo, mediante una identificación por colores del estado de salud del paciente, busca priorizar el nivel de atención según la necesidad real de atención médica y la prioridad de atención que demanda el estado de salud del paciente. Esta medida busca agilizar la atención y toma de decisiones médicas sobre el paciente enfermo, con la finalidad de disminuir la aparición de complicaciones secundarias a la demora en recibir atención especializada (Pérez-Pérez, 2015).

La higiene del centro de salud es un elemento base en la atención de salud; es imposible aspirar a satisfacción del servicio recibido si no existe una adecuada higiene de la instalación. Se plantea incluso que la falta de higiene en las unidades de salud puede ser una causa sobreañadida de comorbilidades de origen infecciosos que complicarían aún más estado de salud del paciente a partir de la aparición de estas complicaciones (Pérez-Pérez, 2015; Rodríguez Sánchez, de León Rosales, Gómez Figueroa, Diéguez Matellán, Sablón Cossío, 2016).

Otros elementos importantes lo constituyen también la información al paciente a través de las señaléticas y pancartas informativas; estas últimas con mensajes de promoción de salud y que pueden ser leídas y debatidas por los propios pacientes o con participación de un personal de salud durante su espera para ser atendido. Las condiciones estructurales y de confort del local de espera, de enfermería y de la consulta médica también son elementos que aportan seguridad y confianza al paciente; haciendo que mejore el entorno y dando mayor estabilidad emocional. Por último, pero no menos importante, resulta señalar la importancia de mantener elevados índices de privacidad en las consultas médicas; en ellas se prácticas procedimientos que deben resguardar la impunidad de la persona y mostrar.

Un elemento negativo, el de mayor significación, recogido en este estudio es el tiempo de demora para solicitar una cita médica. Este problema no solo se detecta en el primer nivel de atención. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social también mantiene un sistema de agendamiento de citas mediante un *call center* al cual el paciente debe comunicarse de forma telefónica para poder agendar la misma. Está demostrado que este sistema constituye un freno al desarrollo de la salud pública, es ineficiente, inseguro e intermitente, por lo cual genera insatisfacción en los usuarios e inestabilidad en el funcionamiento del mismo. Es uno de los elementos que deben ser solucionados de manera urgente para seguir buscando la calidad en la atención de salud en cualquiera de los niveles de atención.

A pesar de ser extremadamente difícil de lograr la satisfacción de la población con el servicio de salud; en el centro de salud de la comunidad San Juan existen condiciones estructurales y humanas, objetivas y subjetivas, para continuar con los niveles de satisfacción actuales o mejorarlos de forma continua. Se debe insistir en erradicar deficiencias que existen en la actualidad que en ocasiones dependen de otro nivel de gestión y decisión.

## 5. CONCLUSIONES

El nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en la consulta de medicina familiar del centro de salud de San Juan es aceptable. Se debe trabajar por mejorar las condiciones de señalización del centro de salud para brindar una información más adecuada y coherente al paciente. El tiempo necesario para agendar una cita médica es inadecuado, se debe agilizar este tipo de trámites para hacer menos engorroso el proceso y aumentar los índices de satisfacción de los usuarios. La calidad de la atención médica, del personal de enfermería y la higiene del centro de salud fueron señalados por los pacientes como muy positiva.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achiong Alemañy F, Achiong Alemañy M, Achiong Estupiñán F. (2015). "Prevención de la cardiopatía isquémica, un desafío de la atención primaria de salud". *Revista Médica Electrónica*, v37, n2, p 141-153. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242015000200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000200005&lng=es&tlng=es)

González Ramos M, Molina Gómez A. (2016). "Gestión del talento humano: reflexiones desde la Atención Primaria de Salud". *MediSur*, v14,n2, p 97-100. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2016000200002&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000200002&lng=es&tlng=pt)

Hernández Gárciga FF. (2017). "Identificación de familias aterovulnerables en la atención primaria de salud". *Revista Cubana de Salud Pública*, v43, n4, p. 501-511. Disponible en: ISSN 1561-3127.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013.

Naranjo Ferregut J, Báez Pérez O, Delgado Cruz A, Álvarez González K, Martínez Vizcaíno N. (2018). "Formación de habilidades profesionales en los estudiantes de medicina en la Atención Primaria de Salud". *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, v22,n3, p 523-533.

Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3401>

Pérez-Pérez P. (2015). "Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora". *Cadernos de Saúde Pública*, v31, n1, pp. 149-160. Disponible en:

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00106913> <https://doi.org/10.1590/0102-311X00106913>

Rivas Alpizar E, Zerquera Trujillo G, Hernández Gutiérrez C, Vicente Sánchez B. (2017).

"Manejo práctico del paciente con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud". *Revista Finlay*, v7,n1,p 104-125. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/508>

Rodríguez Sánchez Y, Gómez Figueroa O, Diéguez Matellán E, De León Rosales L, Rodríguez González L. (2016). "Localización-asignación de los servicios de atención primaria en un área de salud". *Revista Médica Electrónica*, v38, n6, p 837-850. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242016000600005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000600005&lng=es&tlng=es)

Rodríguez Sánchez Y, de León Rosales L, Gómez Figueroa O, Diéguez Matellán E, Sablón Cossío N. (2016). "Nivel de servicio y su efecto en la satisfacción de los pacientes en la Atención Primaria de Salud: effect on patients' satisfaction in the Primary Care Level". *Revista Médica Electrónica*, v38, n2, p 185-198. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242016000200008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000200008&lng=es&tlng=es)

Zamora Chávez SC. (2016). "Satisfaction in infrastructure and quality of care in obstetrics-gynecology consultation of a primary care center". *Horizonte Médico*, v16,n1,p 38-47.

Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2016000100006&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100006&lng=es&tlng=en)

Fecha de envío: 11 de marzo de 2019

Los autores no refieren conflictos de intereses.

Autor por correspondencia: Dr. Urbano Solis Cartas. Email: [umsmwork74@gmail.com](mailto:umsmwork74@gmail.com)