



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TEMA:**

**GESTIÓN DE LA ATENCIÓN INTERCULTURAL  
HOSPITALARIA Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN  
DE CALIDAD DE LOS USUARIOS DEL DISTRITO ELOY  
ALFARO-ESMERALDAS**

**AUTORA:**

**MARÍA JOSÉ MORÁN COELLO**

**Previo a la obtención del Grado Académico de:  
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TUTOR:**

**DR. FRANCISCO OBANDO FREIRE, Ph. D.**

**Guayaquil, Ecuador  
2020**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Lcda. María José Morán Coello**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

**DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

---

**Dr. Francisco Obando Freire, Ph. D.**

**REVISORA**

---

**Econ. Laura Zambrano Chumo, MBA.**

**DIRECTORA DEL PROGRAMA**

---

**Econ. María del Carmen Lapo Maza, Ph. D.**

**Guayaquil, a los 21 días del mes de agosto del año 2020**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **María José Morán Coello**

**DECLARO QUE:**

El Proyecto de Investigación **Gestión de la atención intercultural hospitalaria y su relación con la percepción de calidad de los usuarios del Distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Proyecto de Investigación del Grado Académico en mención.

**Guayaquil, a los 21 días del mes de agosto del año 2020**

**LA AUTORA**

---

**María José Morán Coello**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **María José Morán Coello**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulado: **Gestión de la atención intercultural hospitalaria y su relación con la percepción de calidad de los usuarios del Distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 21 días del mes de agosto del año 2020**

**LA AUTORA:**

---

**María José Morán Coello**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**Informe de Urkund**

**URKUND**

Lista de fuentes Bloques

**Documento** [Tesis Majo interculturalidad Urkund.pdf](#) (D77606183)

**Presentado** 2020-08-08 12:03 (-05:00)

**Presentado por** majitomoran-coello@hotmail.com

**Recibido** maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com

**Mensaje** Análisis Urkund. [Mostrar el mensaje completo](#)

1% de estas 49 páginas, se componen de texto presente en 3 fuentes.

+	Categoría	Enlace/nombre de archivo	
+		<a href="#">Tesis Nancy Rodriguez Urkund.docx</a>	✓
+		<a href="#">Tesis Nancy Rodriguez Urkund.docx</a>	✓
+		<a href="https://1library.co/document/8ydw6geg-calidad-servicio-satisfaccion-clientes-clinica-pronto-sa...">https://1library.co/document/8ydw6geg-calidad-servicio-satisfaccion-clientes-clinica-pronto-sa...</a>	✓
+	Fuentes alternativas		
+	Fuentes no usadas		

0 Advertencias

Reiniciar

Exportar

Compartir

98%
# 1 Activo

1 Introducción La interculturalidad se refiere a la manera de convivir con diferentes personas, grupos e instituciones, dicha relación implica el respeto, la inclusión y unión. En esta convivencia una parte reconoce a la otra como merecedora de ejercer todos sus derechos, se basa en cuatro principios fundamentales como son el respeto a las diferencias, las relaciones equitativas, el enriquecimiento mutuo, el reconocimiento de la diversidad cultural (Almaguer, Vargas & García, 2019). En la sociedad, la interculturalidad se ha posicionado en diversos ámbitos, debido a que el mundo está pasando por una etapa de globalización, por lo cual se produce el aumento de conciencia sobre diferencias existentes y crea espacio para desarrollar nuevas formas de identificación (Beltrán, 2016). Beltrán (2016) estableció que la interculturalidad es una forma de interacción que busca mantener relaciones entre personas de una identificación cultural diferente, es decir una reforma de aquellas desigualdades presentes en las relaciones ya existentes. A pesar de que las culturas no se encuentran reprimidas, parte de sus características influyen en la adaptación y en ocasiones suelen resultar conflictivas; por lo tanto, no se puede mantener una comunicación abierta ni realizar intercambios, por esto es que se mantienen impermeables. A nivel sanitario gran parte de los profesionales de la salud no logra comprender creencias, comportamientos o valores determinados en una persona, constantemente la influencia de la cultura genera un problema porque produce desigualdad en la atención y calidad hospitalaria que debe de recibir cualquier persona (Soriano, González & Cala, 2014). La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve que la prestación de servicios de salud mantenga un enfoque intercultural mediante el cual se garantiza

2 que cualquier grupo étnico y racial tenga acceso a cuidados, prácticas y conocimientos que permitan el progreso de la salud en comunidades afrodescendientes e indígenas (OMS, 2019). La calidad en los servicios de la salud es un tema de gran importancia a nivel actual, ya que involucra distintas características sobre su

Activar Windows

Ir a Configuración de PC para activar Windows.

## **Agradecimiento**

Dentro de mi recorrido por la vida me pude dar cuenta que hay muchas cosas para las que soy buena, encontré destrezas y habilidades que jamás pensé se desarrollen en mí, pero lo realmente importante es que descubrí que por más que disfrute trabajar sola, siempre obtendré un mejor resultado si lo realizo con la ayuda y compañía perfecta, que dentro del tiempo de estudios se presentan muchos momentos en los cuales pareciera que los deberes y compromisos fueran acabar por completo con mi vida y mi existencia, pero también entendí que en ese preciso momento de dificultad, la ayuda idónea llega en el momento justo y es por eso que debo agradecer a todas las personas que de una u otra manera estuvieron conmigo apoyándome y dándome aliento en esta travesía que parecía eterna.

No tengo más palabras para ustedes que un GRACIAS fraterno.

**María José Morán Coello**

## **Dedicatoria**

A Dios todo poderoso por darme esa fe de triunfo para culminar mi carrera y cuidarme en todos mis viajes.

A mis padres Xavier Morán y María de Lourdes Coello por su amor, cariño, confianza y por infundir en mi persona la práctica de valores que me llevaron a cumplir con esta meta.

A mis primas Elizalde que estuvieron siempre pendientes de mi larga travesía desde la isla de Limones hasta la ciudad de Guayaquil.

A mi tutor de tesis Dr. Obando, por todo su tiempo y conocimientos compartidos.

**María José Morán Coello**

## Índice General

Introducción .....	1
Antecedentes .....	4
Planteamiento del Problema.....	5
Formulación del Problema .....	12
Justificación.....	12
Preguntas de investigación.....	13
Objetivos .....	14
Objetivo general .....	14
Objetivos específicos .....	14
Variables .....	14
Hipótesis.....	15
Capítulo I.....	16
Fundamentación Teórica-Conceptual .....	16
Atención Hospitalaria.....	16
Calidad de Servicio .....	21
Teoría de Donabedian .....	25
Teoría de Heather Palmer.....	26
Modelo SERVPERF.....	27
Interculturalidad .....	31
Modelo de Madeleine Leninger .....	39
Modelo de Josepha Campinha Bacote .....	40
Modelo de Rachel Spector .....	41
Modelo de Larry Purnell .....	42
Etnia .....	44
Salud Intercultural .....	44
Gestión Intercultural.....	47
Marco Conceptual .....	48
Capítulo II .....	52
Marco Referencial.....	52
Trabajos Académicos .....	52
Situación actual .....	59



Provincia de Esmeraldas .....	60
Cantón Eloy Alfaro .....	60
Coordinación Zonal 1 .....	61
Capacidad instalada.....	62
Acciones para mejorar la calidad del servicio.....	62
Marco Legal .....	63
Capítulo III .....	66
Marco Metodológico .....	66
Enfoque .....	66
Alcance.....	66
Tipo de Investigación.....	67
Instrumentos .....	67
Población.....	69
Operacionalización de las Variables .....	70
Muestra.....	73
Recolección de Datos .....	73
Tratamiento de Datos .....	73
Prueba Piloto .....	74
Análisis de Resultados .....	75
Datos generales .....	75
Modelo SERVPERF.....	77
Interculturalidad .....	92
Análisis General .....	98
Capítulo IV .....	104
Propuesta .....	104
Tema de la Propuesta .....	104
Objetivos .....	104
Objetivo general .....	104
Objetivo específicos .....	104
Justificación.....	104
Desarrollo de la Propuesta .....	105
Estrategias derivadas del modelo SERVPERF .....	105
Acciones orientadas a mejorar la calidad intercultural hospitalaria.....	114
Recursos Financieros .....	120

Cronograma de la Propuesta .....	121
Conclusiones .....	123
Recomendaciones.....	126
Referencias .....	127
Apéndices .....	144
Apéndice A. Cuestionarios Basado en el Modelo SERVPERF.....	144

## Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Población indígena, afrodescendiente y otra</i> .....	6
Tabla 2. <i>Escala de Likert</i> .....	68
Tabla 3. <i>Variables de estudio</i> .....	70
Tabla 4. <i>Alfa de Cronbach pilotaje percepción de calidad</i> .....	74
Tabla 5. <i>Alfa de Cronbach pilotaje interculturalidad</i> .....	74
Tabla 6. <i>Tabla cruzada de calidad, etnia y género</i> .....	97
Tabla 7. <i>Alfa de Cronbach de calidad SERVPERF de Cronbach</i> .....	98
Tabla 8. <i>Alfa de Cronbach de interculturalidad</i> .....	98
Tabla 9. <i>Media de dimensiones</i> .....	102
Tabla 10. <i>Correlaciones dimensiones</i> .....	102
Tabla 11. <i>Correlación calidad – gestión de atención intercultural</i> .....	103
Tabla 12. <i>Estrategias de percepción física</i> .....	106
Tabla 13. <i>Formato de control para el proceso de limpieza</i> .....	108
Tabla 14. <i>Ficha de observación-Prestación del servicio</i> .....	109
Tabla 15. <i>Ficha de observación-Velocidad de respuesta</i> .....	111
Tabla 16. <i>Programa de capacitaciones</i> .....	113
Tabla 17. <i>Programa de capacitación intercultural</i> .....	115
Tabla 18. <i>Ficha de Control</i> .....	117
Tabla 19. <i>Recursos y materiales</i> .....	121
Tabla 20. <i>Cronograma de actividades Año 2021</i> .....	122

## Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Modelo de competencia cultural de Purnell.....	43
<i>Figura 2.</i> Edad .....	75
<i>Figura 3.</i> Estado civil.....	76
<i>Figura 4.</i> Nivel de instrucción. ....	76
<i>Figura 5.</i> Equipamiento moderno .....	77
<i>Figura 6.</i> Instalaciones atractivas. ....	78
<i>Figura 7.</i> Apariencia del personal.....	78
<i>Figura 8.</i> Materiales gráficos.....	79
<i>Figura 9.</i> Promesa de servicio .....	80
<i>Figura 10.</i> Interés en la atención.....	81
<i>Figura 11.</i> Servicio eficiente.....	81
<i>Figura 12.</i> Tiempo de atención.....	82
<i>Figura 13.</i> Errores del servicio .....	83
<i>Figura 14.</i> Información del servicio .....	83
<i>Figura 15.</i> Eficacia del servicio .....	84
<i>Figura 16.</i> Interés en la atención.....	85
<i>Figura 17.</i> Disponibilidad para atender .....	85
<i>Figura 18.</i> Confianza .....	86
<i>Figura 19.</i> Seguridad de trámites.....	87
<i>Figura 20.</i> Cortesía y amabilidad.....	88
<i>Figura 21.</i> Conocimiento para responder preguntas.....	88
<i>Figura 22.</i> Atención individualizada .....	89
<i>Figura 23.</i> Horarios de atención convenientes .....	90
<i>Figura 24.</i> Asesoramiento personal. ....	90
<i>Figura 25.</i> Interés en los pacientes .....	91
<i>Figura 26.</i> Comprensión de necesidades .....	92
<i>Figura 27.</i> Etnia .....	92
<i>Figura 28.</i> Género.....	93
<i>Figura 29.</i> Barreras .....	94
<i>Figura 30.</i> Abordaje cultural.....	94
<i>Figura 31.</i> Equidad .....	95

<i>Figura 32.</i> Vulneración.....	96
<i>Figura 33.</i> Acceso a la salud.....	97
<i>Figura 34.</i> Gráfico de dispersión de variables.....	103
<i>Figura 35.</i> Flujograma del proceso de inspección de limpieza. ....	107
<i>Figura 36.</i> Ejemplo de murales informativos. ....	109
<i>Figura 37.</i> Programa de capacitaciones Marzo.....	114
<i>Figura 38.</i> Programa de capacitaciones Abril.....	118
<i>Figura 39.</i> Rótulo de frases no discriminatorias.....	119
<i>Figura 40.</i> Rótulo de frases no discriminatorias.....	119

## Resumen

La atención hospitalaria se basa en el cuidado humano bajo los principios de calidad, integridad y comprensión de las necesidades del paciente sin importar su ámbito social o cultural. La presente investigación tiene como objetivo evaluar la relación entre la gestión de la atención intercultural hospitalaria y la percepción de la calidad de los usuarios en el Distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas, para proponer un plan de mejoras. Se realizó una investigación no experimental, orientada a un enfoque cuantitativo manteniendo un alcance descriptivo. Se empleó el cuestionario SERVPERF conformado por 22 preguntas con la finalidad de analizar la calidad del servicio que ofrece el centro hospitalario. Además, se utilizó un pequeño cuestionario referente a la interculturalidad, el cual se constituyó de siete preguntas. Los instrumentos de recolección de datos se aplicaron a una muestra de usuarios que acuden al distrito comprendiendo un total de 382 individuos. Se identificó que el servicio de atención es otorgado bajo ciertas falencias derivadas de aspectos tangibles y de la falta de un abordaje cultural manifestando barreras discriminatorias que afectan la salud y bienestar del paciente. Se desarrolló una propuesta orientada a mejorar los cinco aspectos provenientes del modelo SERVPERF incluyendo el desarrollo de medidas para mejorar la calidad intercultural hospitalaria.

**Palabras clave:** Interculturalidad, salud, satisfacción del usuario, calidad del servicio, calidad intercultural.

### **Abstract**

Hospital care is based on human care under the principles of quality, integrity and understanding of the patient's needs regardless of their social or cultural scope. The purpose of this research is to evaluate the relationship between hospital intercultural quality management and the perception of users of the Eloy Alfaro de Esmeraldas district to propose an improvement plan. A non-experimental investigation was conducted, oriented to a quantitative approach while maintaining a descriptive scope. The SERVPERF questionnaire consisting of 22 questions was used in order to analyze the quality of the service offered by the hospital. In addition, a small questionnaire regarding interculturality was used, which consisted of seven questions. The data collection instruments were applied to a sample of users who come to the district comprising a total of 382 individuals. It was identified that the care service is granted under certain shortcomings derived from tangible aspects and the lack of a cultural approach manifesting discriminatory barriers that affect the health and well-being of the patient. A proposal was developed aimed at improving the five aspects from the SERVPERF model, including the development of measures to improve hospital intercultural quality.

**Keywords:** Interculturality, health, user satisfaction, service quality, intercultural quality.

## **Introducción**

La interculturalidad se refiere a la manera de convivir con diferentes personas, grupos e instituciones, dicha relación implica el respeto, la inclusión y unión. En esta convivencia una parte reconoce a la otra como merecedora de ejercer todos sus derechos, se basa en cuatro principios fundamentales como son el respeto a las diferencias, las relaciones equitativas, el enriquecimiento mutuo, el reconocimiento de la diversidad cultural (Almaguer, Vargas & García, 2019). En la sociedad, la interculturalidad se ha posicionado en diversos ámbitos, debido a que el mundo está pasando por una etapa de globalización, por lo cual se produce el aumento de conciencia sobre diferencias existentes y crea espacio para desarrollar nuevas formas de identificación (Beltrán, 2016).

Beltrán (2016) estableció que la interculturalidad es una forma de interacción que busca mantener relaciones entre personas de una identificación cultural diferente, es decir una reforma de aquellas desigualdades presentes en las relaciones ya existentes. A pesar de que las culturas no se encuentran reprimidas, parte de sus características influyen en la adaptación y en ocasiones suelen resultar conflictivas; por lo tanto, no se puede mantener una comunicación abierta ni realizar intercambios, por esto es que se mantienen impermeables.

A nivel sanitario gran parte de los profesionales de la salud no logra comprender creencias, comportamientos o valores determinados en una persona, constantemente la influencia de la cultura genera un problema porque produce desigualdad en la atención y calidad hospitalaria que debe de recibir cualquier persona (Soriano, González & Cala, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve que la prestación de servicios de salud mantenga un enfoque intercultural mediante el cual se garantice



que cualquier grupo étnico y racial tenga acceso a cuidados, prácticas y conocimientos que permitan el progreso de la salud en comunidades afrodescendientes e indígenas (OMS, 2019).

La calidad en los servicios de la salud es un tema de gran importancia a nivel actual, ya que involucra distintas características sobre su significado. Mientras en unos casos se da un mayor enfoque a los aspectos técnicos (Pérez, Ortega & Martín, 2017), en otros se orienta más a los factores humanos (Correa, 2016), convirtiéndose en un concepto multifactorial a ser estudiado.

El Distrito 08D02 Eloy Alfaro tiene como finalidad realizar cambios satisfactorios en la salud con el objetivo de incrementar oportunamente la cobertura de los servicios a todos los ciudadanos que se encuentran ubicados en las provincias de Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos. Para cumplir sus roles, lo ejerce por medio de la coordinación, regulación, planificación y control sanitario del Ministerio de Salud Pública (MSP). El Distrito 08D02 Eloy Alfaro, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) tiene 44 076 habitantes, cuenta con 19 unidades operativas que se clasifican en dos hospitales básicos con 20 camas (MSP, 2016).

Hasta el año 2016 se realizaron 184 39 consultas, las cuales se caracterizan por ser preventivas y de morbilidad. A fin de mejorar la calidad del servicio a nivel nacional, se han establecido ciertas acciones, como el mejoramiento de la infraestructura, equipo sanitario, implementación de consultorios médicos, instalación de una sala de espera y mejoramiento de la fachada, todo esto con el objetivo de mejorar las condiciones de la unidad operativa (MSP, 2018). En base a lo indicado, el objetivo general de este trabajo fue evaluar la relación entre la gestión de la atención intercultural hospitalaria y la percepción de la calidad de los

usuarios del distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas, para proponer un plan de mejoras. A continuación, se presentan los capítulos de la investigación.

En el capítulo uno se muestra conceptos acerca de interculturalidad, la igualdad, participación comunitaria e integralidad. Además, se muestran las definiciones de interculturalidad en la salud, equidad de género y etnia. Se muestra también la calidad de atención hospitalaria, calidad de atención, modelo de atención y salud familiar comunitaria intercultural.

En el capítulo dos se verificaron investigaciones internacionales y nacionales, se realizó la descripción de la situación actual ante la problemática existente, se elaboró el marco legal que está basado en artículos de la Constitución de la República del Ecuador, Ley Orgánica de los Consejos Nacionales para la Igualdad, Código Orgánico Integral Penal y Consejo Nacional para la Igualdad de Pueblos y Nacionalidades. Se citaron los datos sobre el Distrito 08D02 Eloy Alfaro.

En el capítulo tres se desarrolló la metodología del trabajo de investigación, partiendo por establecer cuáles son las variables a investigar y se definió el tipo de investigación, enfoque, alcance, método y herramientas a utilizar para la recopilación de la información, se seleccionó la población para el cálculo de la muestra mediante el muestreo aleatorio simple.

Finalmente, en el capítulo cuatro se propone un plan de acción, el cual tiene como particularidad buscar solucionar los problemas establecidos en la investigación con la finalidad de mejorar de forma oportuna la calidad de atención y la interculturalidad en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro.

## **Antecedentes**

A nivel mundial, específicamente en América Latina y el Caribe se presentan las regiones con la mayor diversidad étnica-cultural, lo cual representa desventajas y discriminación con respecto a su bienestar de acuerdo a lo mencionado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). A lo largo de los años se ha promovido un enfoque intercultural con el fin de que los diferentes grupos étnicos-culturales reciban atención con un trato digno, porque la salud es considerada como un derecho fundamental para cualquier ser humano (OPS, 2019).

La interculturalidad se refiere a un proceso de interacción y comunicación entre personas y grupos étnicos culturales específicos, dicho concepto se acuñó por la suma de relaciones entre las culturas y por la diversidad provocada por la migración; lo antes mencionado encierra aspectos como lugar de origen, idiomas, etnias e ideologías (Dietz, 2017).

En Ecuador durante el 2011 se emitió un decreto que establece la rectificación y reconocimiento de los acontecimientos suscitados el 12 de Octubre de 1492, por tal motivo este documento promueve la interculturalidad y la plurinacionalidad, así se podrá comprender el proceso de coloniaje que ocurrió en los múltiples pueblos indígenas desde hace más de 500 años; en otros países de América Latina el 12 de octubre hace referencia al respeto por la diversidad cultural, el día de la identidad y el día de la hispanidad (Ministerio de Cultura y Patrimonio, 2011).

En la Constitución del Ecuador emitida en el 2008, Ecuador es presentado como un país intercultural y plurinacional, donde se establece el diálogo abierto entre indígenas, blancos y mestizos para atender necesidades de distinta índole. El

objetivo es que se fortalezca la unidad nacional y exista una conversación sin barreras entre culturas (Vicepresidencia de la República del Ecuador, 2019).

La investigación realizada por la OMS (2013) refleja las estadísticas de la población indígena, afrodescendiente y otros, en los países de las Américas. Se ha conocido que el total de indígenas fue de 44'125,641; donde Bolivia ocupa el 62.2%, seguido de Guatemala con el 41% y Perú con el 24%. También se muestra el total de afrodescendientes que fue de 143'466,844; donde Brasil ocupa el 50.9%, seguido de Estados Unidos con el 12.6% y Colombia con el 10.4%. Finalmente se muestra el resto de grupos culturales que tuvo un total de 671'162,849 personas; donde en primer lugar está El Salvador con el 99.6%, seguido de Paraguay con el 98.3% y Argentina con el 97.2%. En la tabla 1 se muestran estas estadísticas.

### **Planteamiento del Problema**

La exclusión de la salud es un problema que ha estado latente por años a pesar de que organizaciones y establecimientos han tomado medidas, y de esta manera garantizar una atención equitativa para todos. Los pueblos indígenas, las poblaciones afrodescendientes y otros grupos étnicos enfrentan esta discriminación que pone en riesgo mantener su salud en óptimas condiciones (OMS, 2016) (ver tabla 1).

En consecuencia, de lo expuesto por la OMS existe una preocupación alta por las discriminaciones que afectan el acceso a los servicios sanitarios para la población afrodescendiente especialmente en lo relacionado a salud reproductiva.

La atención hospitalaria debe ser orientada en el respeto y comprensión de las ideas, juicio y creencias de una persona; esto ayudará a disminuir brechas en la salud puesto que debido a la discriminación existente hacia diferentes grupos

culturales por parte de algunos profesionales de la salud la tasa de morbilidad ha incrementado. La relación entre la atención hospitalaria e interculturalidad debe ser vital para incluir estrategias, las cuales ayuden a la rehabilitación, prevención así como al tratamiento de enfermedades (Hernández, 2017).

Tabla 1  
*Población indígena, afrodescendiente y otra*

País/Censo	Indígena		Afrodescendiente		Resto	
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje
Argentina (2010)	955.032	2,4%	149.493	0,4%	38.566.606	97,2%
Bolivia (2001)	5.008.997	62,2%	-	-	3.045.172	37,8%
Brasil (2010)	821.501	0,4%	97.171.614	50,9%	92.726.634	48,6%
Canadá (2006)	1.172.790	3,8%	-	-	30.068.240	96,2%
Chile (202)	692.192	4,6%	-	-	14.424.243	95,4%
Colombia (2005)	1.392.623	3,4%	4.311.757	10,4%	35.764.004	86,2%
Costa Rica (2011)	104.143	2,5%	334.437	8,0%	3.767.992	89,6%
Ecuador (2010)	1.018.176	7,0%	1.041.559	7,2%	12.423.764	85,8%
El Salvador (2007)	13.310	0,2%	7.441	0,1%	5.723.362	99,6%
Estados Unidos (2010)	2.932.248	0,9%	38.929.319	12,6%	266.883.971	86,4%
Guatemala (2002)	4.610.440	41,0%	-	-	6.626.756	59,0%
Honduras (2001)	427.943	7,0%	-	-	5.648.942	93,0%
México (2010)	16.933.283	15,3%	-	-	94.083.402	84,7%
Nicaragua (2005)	244.771	4,7%	132.143	2,6%	4.779.622	92,7%
Panamá (2010)	417.559	12,3%	302.598	8,9%	2.685.656	78,9%
Paraguay (2002)	88.529	1,7%	-	-	5.074.669	98,3%
Perú (2007)	6.489.109	24,0%	-	-	20.564.285	76,0%
Uruguay (2011)	76.452	2,4%	149.689	4,8%	2.916.504	92,8%
Venezuela (2011)	726.543	2,7%	936.794	3,5%	25.389.025	93,9%

Tomado de *La salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina*, por la OMS, 2013

El Ecuador se ha orientado en brindar a la población atención hospitalaria de calidad, por lo cual las entidades responsables crearon el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el mismo que plantea cambios estructurales en el sector sanitario con la finalidad de lograr el buen vivir. El modelo de atención integral de salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural es creado por la exclusión existente a múltiples personas de diferentes culturas en algunas comunidades; el objetivo de este modelo es la mejora de las condiciones de vida y el

fortalecimiento de la participación de la comunidad (Domínguez, Flores & Pacherras, 2017).

Según el último Censo Poblacional 2010, en el Ecuador existe una población de 14'483,499 habitantes, siendo el 71.9% mestizos, el 7.4% montubios, el 7.2% afroecuatorianos y afrodescendientes, el 7.0% indígenas, el 6.1% blancos y el 0.4% otros. En lo que se refiere a la aportación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) el 14.85% de habitantes están afiliados, el 0.56% afiliados al seguro del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el 0.28% al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), el 3.33% al seguro campesino y el 1.06% al seguro voluntario (INEC, 2010c).

En lo que respecta a la provincia de Esmeraldas que es la población objeto de estudio, se pudo conocer que existe una población de 534,092 habitantes, siendo el 50.8% hombres y el 49.2% mujeres. La población se divide en el 44.7% mestizos, el 43.9% afroecuatorianos, el 5.9% blancos, el 2.8% indígenas, el 2.4% montubios y el 0.3% otros. Las personas que están afiliadas al IESS son 31,871 personas, al seguro campesino 10,687 personas, IESS seguro voluntario 2,315 habitantes, con el seguro del ISSFA 1.839 personas y con seguro del ISSPOL 749 habitantes (INEC, 2010d).

La salud e interculturalidad han revolucionado el sector sanitario debido a que se ha visualizado las deficiencias y exclusiones especialmente en los pueblos indígenas. El Programa de Formación Ciudadana en Pueblos, Nacionalidades e Interculturalidad observan la salud desde dos puntos de vista los cuales son producto de condiciones sociales y biológicas, así como productor de condiciones que ayudan al desarrollo integral de manera individual y colectiva. Por esta razón

es importante atender la necesidad de implementar acciones orientadas a la mejora continua de la salud y calidad de vida de los miembros de diversos grupos etno-culturales asimismo respetar sus características conductuales, ambientales, sociales y biológicas (MSP, 2012).

Según la Confederación Nacional de Organizaciones Campesinas Indígenas y Negras (FENOCIN), el Ecuador tiene deficiencias importantes en relación a la interculturalidad; por tanto, se debe de enfocar en mejorar las prácticas con la finalidad de llegar al reconocimiento de la diversidad social existente mediante el respeto, garantizando con ello el cumplimiento de los derechos de las personas integrantes de ese tipo de sociedad ecuatoriana (FENOCIN, 2019).

Dentro de la interculturalidad, es importante destacar la autoidentificación de género de las personas. En el país, esta población se mantiene oculta; sin embargo, según datos oficiales dentro de la población de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Transexuales, Travestis e Intersex (LGBTI) el 29.2% es gay, el 23.6% lesbiana, el 15.9% bisexual, el 28.5% transfemenina, el 1.2% transmasculino, el 1.4% transexual y el 0.1% otro (INEC, 2019). Por tanto, estos resultados demuestran la diversidad de género dentro del Ecuador, lo que puede repercutir en la calidad de los servicios de salud.

Es importante que se conozca los problemas que se han dado en instituciones de salud con respecto a las dimensiones de la calidad, para de esta forma tener una mayor claridad sobre el tema objeto de estudio y las distintas problemáticas que se suelen dar en este entorno, que es similar a lo que se busca en la presente investigación.

La interculturalidad se ha revelado muchas veces como un factor que ha afectado la equidad y calidad de los servicios de salud. Tomando en consideración

los servicios de salud reproductiva, como el caso de atención prenatal, parto y posparto, se pudo identificar que aquellas mujeres indígenas y afrodescendientes tienen menores posibilidades de asistir al número adecuado de los controles prenatales. En otros casos, se evidenció que nadie atendió el parto de dichas mujeres por motivos de lejanía, transportes o desconfianza con los médicos. Lo cual indica que gran proporción de mujeres indígenas y afrodescendientes carecen de una atención prenatal adecuada, no existe gran interés por parte de los profesionales en el parto y en la utilización del servicio de salud, reflejando la inequidad social y reproductiva de dicho grupo cultural (Noreña, Leyva, Palacio & Duarte, 2015).

De acuerdo con Patiño, Mignone, Castro, Gómez y Rojas (2016) se ha identificado que el nivel de salud que mantienen los pueblos indígenas es relativamente bajo en comparación con la población general. Esto se ha constatado por medio de indicadores como la mortalidad materno infantil. La interculturalidad en muchos casos ha provocado que exista inequidad en la atención sanitaria, lo cual se ha constatado en mayor proporción en aquellos pueblos indígenas, quienes se encuentran sujetos a múltiples causas de muerte; dentro de las cuales se involucra la desnutrición, tuberculosis, malaria, entre otras, generado por las barreras que se han establecido por niveles de deficiencia en la salud en aquellos grupos culturales.

El sistema de salud es uno de los fundamentos que mantiene mayor importancia en la inequidad sanitaria, la falta y exclusión hacia el acceso de servicios de salud ha afectado en gran proporción a diversos sectores de la población, más cuando se trata de diversos grupos culturales. Dentro de los obstáculos y barreras se refleja la ausencia de diálogo entre la medicina



tradicional y científica generando un sistema hegemónico de salud. Adicional, se ha evidenciado la falta de un abordaje intercultural por parte del personal sanitario, lo cual al desconocer la cultura y representaciones de dichos grupos se produce un desencuentro que genera un efecto contraproducente en la calidad de la salud del individuo. Es importante que los equipos de salud se encuentren capacitados para el abordaje intercultural de la salud a fin de incentivar e impulsar mejoras en la comunicación y el diálogo de las comunidades que asisten a los múltiples centros operativos de atención sanitaria con el fin de satisfacer las necesidades de los mismos bajo un modelo equitativo (Stivanello, 2015).

Según Espinoza, Morocho y Díaz (2019) la principal función que mantiene un sistema sanitario es garantizar a la población el pleno derecho a la salud, sin tomar en consideración aspectos sociales, económicos o culturales. Para reducir las inequidades en dicho sistema, es fundamental implementar condiciones que aseguren el acceso a la salud sin ningún tipo de discriminación promoviendo el respeto igualatorio de las obligaciones y derechos de cada elemento que conforma la sociedad. Por ende, al mejorar dicho sistema para aquellos grupos culturales y vulnerables se generará como resultado el bienestar de la población en general beneficiando a grupos sociales que se encuentran aislados a los sistemas sanitarios.

Pueblos indígenas, afrodescendientes y miembros de otros grupos étnicos se enfrentan en muchas ocasiones a situaciones de exclusión y discriminación, generando una violación a sus derechos fundamentales orillando a la presencia de condiciones de vida y salud deplorables. A pesar de los constantes compromisos que se han establecido a nivel mundial es necesario un instrumento que guíe al personal de salud a trabajar de manera conjunta con los distintos grupos

poblacionales tomando en cuenta las diferentes necesidades y cosmovisiones a fin de afrontar las desigualdades étnicas y culturales en la salud. No obstante, es primordial contrarrestar las desigualdades por medio de cambios sociales a fin de perpetuar la inequidad, a fin de que diversos grupos culturales puedan acceder a servicios de salud de calidad (Del Pino, Coates, Guzmán, Gómez & Ruiz, 2018).

De acuerdo con Mendoza, Gualda y Spinatsch (2019) se ha identificado que los obstáculos lingüísticos no resueltos ocasionan que la calidad de la atención sanitaria para los diversos grupos culturales sea deficiente. Es un hecho fundamental que la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario se encuentra vinculada con la satisfacción y calidad del servicio que percibe el paciente; no obstante, las barreras lingüísticas impiden que la información se transmita de manera eficiente en cuanto a los diagnósticos y medicación fomentando el incumplimiento de las prescripciones médicas.

A nivel de Latinoamérica se han desarrollado múltiples discursos y propuestas sobre la calidad de la salud intercultural, las mismas que han sido promovidas por el Estado, organizaciones indígenas y organismos no gubernamentales. Bajo este enfoque nace el Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica (PFETSIA), el cual buscó la implementación de la interculturalidad a fin de fortalecer los sistemas de salud de las diversas culturas y así poder mejorar la salud de la población. Por medio de este programa se han desarrollado proyectos y actividades, los cuales se han orientado en fortalecer los sistemas sanitarios para atender de manera eficaz y eficiente las enfermedades predominantes de la Amazonía (Cárdenas, Pesantes & Rodríguez, 2017).

El presente trabajo se desarrolló en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro ubicado en la provincia de Esmeraldas, donde el objetivo es evaluar la relación entre la gestión de calidad intercultural hospitalaria y la percepción de los usuarios, debido a que en Esmeraldas se apoya la salud intercultural con la participación del MSP, de esta manera se busca el mejoramiento de los servicios enfocados a la interculturalidad. Por tanto, se desea conocer si la interculturalidad se relaciona con la calidad percibida.

### **Formulación del Problema**

¿Cuál es la relación entre la gestión de la atención intercultural hospitalaria y la percepción de calidad de los usuarios del Distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas?

### **Justificación**

El motivo para realizar esta investigación se debe a la importancia que representa la interculturalidad en el país, de esta manera aplicado a la salud ayudará a erradicar las inequidades en los accesos de atención hospitalaria en todo el Ecuador especialmente en los sectores donde los indicadores estadísticos presentan mayor desigualdad y problemas de índole social. Ante lo expuesto se hace referencia al derecho de la salud que poseen los ciudadanos, así como a la aplicación de sensibilidades interculturales que implica la formación de operadores en salud acerca de salud intercultural (MSP, 2010).

Los beneficiarios del presente proyecto de investigación son las comunidades, ya que al trabajar la interculturalidad podrán mejorar las estadísticas en cuanto al acceso de la salud, mejorando con ello la desigualdad existente y la calidad de vida de los mismos. También el Estado ecuatoriano debido a que podrá cumplir con lo estipulado en la Constitución de la República que establece el acceso a servicios de salud de calidad sin discriminación alguna bajo los parámetros de

igualdad (Asamblea Nacional Constituyente, 2008). También se beneficiará el Distrito 08D02 Eloy Alfaro, ya que al manejar de forma adecuada la interculturalidad dará como resultado el incremento de la calidad de atención hospitalaria y la satisfacción del usuario que acude a determinada unidad de salud del distrito.

Otra causa que respalda la realización del proyecto de estudio se debe a que la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) mediante el objetivo dos del Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021 desea afirmar la interculturalidad y pluriculturalidad dentro del país, a su vez mantener la empatía que se requiere para el desarrollo de las relaciones y conductas humanas. Respecto a lo mencionado aplicándolo a la empatía médica que debe mostrar un profesional es importante la comprensión y desarrollo del entorno social, familiar y cultural para eliminar la discriminación y así garantizar la interculturalidad y pluriculturalidad a nivel nacional, en el cual serán beneficiados los ciudadanos residentes de los pueblos y también aquellos que pertenecen a un género diferente (Senplades, 2018).

El proyecto se justifica desde el punto de vista académico al articularse con la línea de investigación correspondiente a Calidad de Atención de Salud, la cual pertenece al programa de posgrado de la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. La universidad antes mencionada también se ve beneficiada al contar en su repositorio con un trabajo de alto estándar académico enfocado a la calidad desde el enfoque intercultural.

### **Preguntas de investigación**

¿Cuáles son los fundamentos teóricos de gestión de atención intercultural y los modelos de calidad percibida?

¿En qué consiste el marco referencial de la percepción de los usuarios desde el enfoque intercultural en salud, la situación actual y el marco legal correspondiente?

¿Cómo es la metodología a usar para el análisis de la gestión de atención intercultural y la percepción de calidad los usuarios?

¿De qué trata la propuesta enfocada a mejorar la gestión de calidad intercultural?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Evaluar la relación entre la gestión de la atención intercultural hospitalaria y la percepción de la calidad de los usuarios en el Distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas, para proponer un plan de mejoras.

### **Objetivos específicos**

Analizar los fundamentos teóricos de gestión de atención intercultural y los modelos de calidad percibida.

Definir el marco referencial de la percepción de los usuarios desde el enfoque intercultural en salud, la situación actual y marco legal correspondiente.

Determinar la metodología que se requiere para analizar la gestión de calidad intercultural y la percepción de los usuarios.

Proponer un plan de mejoras para la gestión de calidad intercultural.

## **Variables**

**Dependiente:** Calidad percibida.

**Independiente:** Gestión de atención intercultural.

**Hipótesis**

**H0:** No existe relación positiva y significativa entre la gestión de atención intercultural y calidad percibida de los usuarios del Distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas.

**H1:** Sí existe relación positiva y significativa entre la gestión de atención intercultural y calidad percibida de los usuarios del Distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas.

## **Capítulo I**

### **Fundamentación Teórica-Conceptual**

La fundamentación teórica-conceptual está compuesta por el desarrollo de las variables de la investigación, atención hospitalaria e interculturalidad. Además, se presentaron las definiciones que ayudarán al entendimiento de la investigación donde intervienen etnia, interculturalidad en la salud y calidad de atención hospitalaria.

#### **Atención Hospitalaria**

Para Correa (2016) la atención hospitalaria se basa en el cuidado humano, el cual debe de poseer calidad e implica la comprensión de sus derechos e integridad. Además, permite la identificación de las necesidades, ayuda a decidir la intervención médica y establecer un plan de cuidado que brinde las precauciones necesarias para un control integral y seguro. La atención hospitalaria también se relaciona con otros sectores como el social y cultural los cuales conducen al desarrollo de un acercamiento entre el profesional de la salud y el paciente permitiendo una mayor efectividad en el trato que se brinda.

Según Editorial CEP (2019) la atención hospitalaria es el cuidado que se brinda a las personas en diversas situaciones, atendiendo sus necesidades, determinando su intervención y toma de decisiones que implican directamente al paciente. También significa la prestación de apoyo y ayuda que garantice el bienestar de su salud y calidad de vida creando planes de prevención los cuales permitan actuar ante diferentes escenarios que se pueden presentar durante la evolución del paciente. La atención hospitalaria se ha convertido en un factor esencial del sistema sanitario porque permite el acompañamiento durante la enfermedad y mejoría de la misma.

Poblete y Valenzuela (2007) acotaron que la atención hospitalaria está compuesta de buen trato, amor y acción oportuna durante el proceso de atención, aplicando los conocimientos de la medicina sin descuidar el cuidado significativo, el mismo que implica la empatía, la escucha activa y el afecto como factores determinantes para los profesionales de salud; también debe ser recíproca, ser única y auténtica, de esta manera creará en el paciente un entorno de armonía y confianza.

Rodríguez (2016) afirmó que la atención hospitalaria es un circuito de atención el cual hace un llamado al personal de salud acerca de la importancia del paciente y las patologías que esté presente. También permite la medición de adversos hospitalarios relacionados con la medicación, así como la satisfacción del paciente por el cuidado recibido.

Giraldo et al. (2016) mencionaron que la atención hospitalaria se establece en base a procesos enfocados al esfuerzo del cuidado, donde se puede analizar las fortalezas y debilidades en el cuadro clínico del paciente; además genera una interacción integral entre el profesional, el paciente y sus familiares para informar acerca del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de este garantizando así la calidad de la asistencia prestada.

Silva, Ramón, Vergaray, Palacios y Partezni (2015) indicaron que la atención hospitalaria es un conjunto de cuidados y servicios, los cuales permiten conseguir que el paciente disponga de una atención sanitaria óptima, así como resultados adecuados que reduzcan el riesgo en la salud y calidad de vida del paciente. La atención hospitalaria además es una práctica profesional competente, la misma que permite al paciente tener una percepción positiva en relación al cuidado brindado durante su estancia hospitalaria.



Vargas, Valecillos y Hernández (2013) indicaron que para que se suscite el mayor nivel de satisfacción por parte del usuario, es necesario la implementación de un sistema que garantice la calidad en la prestación de servicios de salud ofrecidos a los pacientes incluyendo de manera primordial su planeación, control y evaluación. Dado que, al momento de existir una fisura entre la calidad percibida y las expectativas del paciente, se genera el nivel de satisfacción o el grado de confort que mantienen los mismos, permitiendo llevar a cabo un monitoreo y control de dicho suceso.

Carrero, Navarro y Serrano (2016) afirmaron que la atención hospitalaria ayuda a considerar dimensiones relevantes con el interés de planificar una atención adecuada, satisfaciendo las necesidades y deseos del paciente dependiendo del servicio en el que se encuentre hospitalizado. Es de suma importancia que este reciba la comprensión y atención suficiente por parte de los profesionales de salud, los mismos que están a cargo de crear estrategias las cuales favorezcan la estadía del paciente.

El Hospital Universitario La Moraleja (2019) mencionó que la calidad hospitalaria es un compromiso común que se debe otorgar a los pacientes, dado que la satisfacción del mismo es un factor fundamental en el ámbito de salud además de ser un elemento de gran relevancia, puesto que conlleva la capacidad de decidir. El personal sanitario debe mantener siempre un diálogo con el paciente, comparecer en sus inquietudes, superar sus competencias profesionales conocimientos, empatías y sobre todo brindar calidez humana. Para crear un entorno de confianza es necesario sobrellevar la parte afectuosa consiguiendo así un respeto mutuo entre el paciente y el profesional.

Forrellat (2014) indicó que el desempeño de calidad se sostiene de la medición de resultados, procesos y de la satisfacción percibida por los pacientes y sus familiares. En los últimos años se ha generado un gran impacto en cuanto al concepto de calidad aplicada al sector de salud, y es por esto que se debe enmarcar este factor en cuatro variables como, la equidad, eficacia, eficiencia y efectividad. Dado que la prestación de servicios de salud se debe dar de forma equitativa, garantizando el acceso a quien más lo necesite, debe ser eficaz mediante el uso de tecnología conveniente, eficiente con el fin de llevar a cabo un mejor rendimiento y efectivo con el objetivo de otorgar mayor cobertura. De esta manera se trabaja con el propósito de mejorar e incrementar la satisfacción del paciente.

Patiño (2002) mencionó que uno de los indicadores para medir la calidad de atención hospitalaria es la estancia que el paciente conlleva en una unidad. Dado que esto permite medir la eficiencia del servicio y cómo se han utilizado los recursos. Si el usuario mantiene una estancia prolongada, esto afectará a la calidad del servicio, puesto que existen factores económicos y sociales que se involucran en el deterioro de la calidad de atención hospitalaria. Estos factores se determinan por la ruptura del vínculo familiar y laboral, quebranto del estado salud del paciente, incremento de los recursos utilizados, y el aumento de la tasa de morbimortalidad afectando la calidad de vida del usuario.

Cepero, Caballería, Ojeda y Olazábal (2009) indicaron que la calidad se la define como una agrupación de peculiaridades de un bien o servicio que logre satisfacer y superar las necesidades y expectativas del usuario. A nivel de salud, este factor es de gran importancia puesto que se mantiene en dos dimensiones que, aunque se encuentran relacionadas son diferentes. En primer lugar, está la calidad

técnica, que hace referencia al compromiso que mantiene el personal de salud con el paciente garantizando su seguridad, mediante el aporte de atención oportuna y efectiva. Por otro lado, está la calidad de atención percibida por el propio paciente el cual no solo toma en cuenta las variables administrativas, sino también éticas y psicológicas, donde se preste la atención adecuada y se garantice la prolongación de cuidados logrando así la satisfacción del paciente en cuanto a la calidad hospitalaria.

Vargas, Valecillos y Hernández (2013) mencionaron que el liderazgo de las organizaciones a través de un entorno globalizado, se ha generado por la calidad del servicio que brindan. Cabe recalcar que la opinión que emiten los usuarios por la calidad del servicio es un factor indispensable para toda organización, dado que esto repercute en la relación que existe entre las dimensiones de percepción y expectativa del mismo. La calidad hospitalaria es el resultado de la interacción que ha existido entre diferentes factores los cuales se asocian a dos componentes básicos. Estos son el componente científico-técnico y el componente referido a la calidad percibida basada en la relación interpersonal generada por el profesional y el paciente, al igual que el entorno lo cual conlleva el acceso de servicios, adecuación ambiental, instalaciones físicas y equipos.

Rodríguez (2013) indicó que para llevar a cabo la construcción de una cultura de calidad es necesario sensibilizar al profesional, no solo en base al concepto de calidad, sino también en el por qué se creó y que fin persigue. Asimismo, es fundamental incentivar la responsabilidad de los resultados incluyendo los actores involucrados, puesto que esto es determinante para obtener resultados favorables y exitosos en cuanto a la atención del usuario. Cabe recalcar que al ser identificadas las necesidades del paciente se puede obtener un mayor grado de

satisfacción permitiendo aumentar el nivel de confort del paciente y sobre todo percibiendo una excelencia en la calidad del servicio hospitalario.

Según Dolci, Gutiérrez y García (2015) los aspectos que suelen afectar el acceso a los servicios de salud se deben en su mayoría a los factores de regulación, laborales, sociales, culturales, étnicos y geográficos, lo cual refleja una falta de equidad. De igual manera, según Urbanos (2016) los inmigrantes son una parte de la población que tienen menor probabilidad de acudir al médico, sin embargo, son más propensos a requerir los servicios de urgencias hospitalaria, demostrando claramente que esta parte de la población debe enfrentarse a las barreras de acceso para el servicio de atención especializada que se basan en aspectos culturales, sociales y jurídicos, así como factores exclusivos de oferta como las actitudes del personal sanitario.

### **Calidad de Servicio**

En la actualidad, el tema de la calidad ha sido uno de los que ha generado mayor impacto en cualquier tipo de organización y más si se trata de aquellas que prestan servicios de salud. Sin embargo, más que cumplir con los protocolos o estándares que se establecen es necesario llevar a cabo la valoración y medición del desempeño con el fin de evidenciar la calidad del servicio. Bajo este esquema se encuentra el modelo SERVPERF el cual tiene como finalidad medir y evaluar la calidad del servicio. Cabe recalcar que esta metodología está compuesta de las mismas dimensiones e ítems que conformaban el modelo SERVQUAL, exceptuando el segmento que hacía referencia a las expectativas del cliente (Navas, 2019).

Sánchez, González, Gaytán y Pelayo (2017) mencionaron que dado a que existe un sinnúmero de factores que intervienen en la prestación de servicios en el

ámbito de salud, era necesario diseñar instrumentos con el fin de evaluar la calidad de dicho servicio que permitiera conocer los factores positivos y negativos que puede llegar a ofrecer esta área. Para llevar a cabo la evaluación de este factor uno de los modelos más importantes es el modelo SERVPERF, el cual obtiene su nombre por el hecho de prestar la exclusiva atención a la examinación del desempeño. El modelo SERVPERF tuvo sus inicios en el año de 1985, se estableció con el fin de buscar respuestas a interrogantes relacionadas con el servicio. Cronin y Taylor para el año 1992 desarrollaron el modelo el cuál fue nombrado SERVPERF, este se enfocaba en las percepciones de los clientes sobre el servicio que hayan percibido.

Ibarra y Casas (2015) citando a los autores Cronin y Taylor (1992) manifestaron que el modelo SERVPERF otorga datos muchos más complejos y reales en cuanto a la percepción del servicio prestado, conjuntamente la satisfacción del cliente es el resultado de la calidad del servicio otorgado al mismo, el cual mantiene un alto nivel de influencia con respecto a las intenciones de compra del usuario. Cabe recalcar que dicho modelo solo se basa en el resultado del servicio sin tomar en consideración las expectativas que mantiene el cliente.

Rubio (2019) indicó que el modelo SERVPERF debe su nombre a la atención exclusiva que proporciona la valoración del desempeño (Service Performance) para medir la calidad de servicio. Desde una perspectiva técnica, este modelo integra las mismas dimensiones e ítems que el modelo SERVQUAL; sin embargo, se diferencia por la exclusión de aquel segmento que hace referencia a las expectativas. Este modelo mantiene una importante ventaja, y es que otorga mayor grado de simplicidad al momento que el encuestado debe cumplir

respondiendo a las diferentes interrogantes que se le han planteado, dado que al momento de eliminar las expectativas se reducen el número de ítems, favoreciendo el hecho de obtener un alto grado de precisión en las respuestas que se han obtenido.

Losada y Rodríguez (2007) indicaron que el modelo SERVPERF es la principal alternativa para llevar a cabo la evaluación y medición de la calidad del servicio. Este modelo se fundamentó mediante las 22 preguntas dedicadas a evaluar la percepción del modelo SERVQUAL. Sin embargo, la fortaleza que radica en el modelo SERVPERF es que explica de manera explícita y detallada la varianza total al momento de medir la calidad del servicio, incluyendo mejores parámetros psicométricos.

Navas (2019) indicó que el modelo SERVPERF se basa en el desempeño examinando la relación existente entre la calidad del servicio, la satisfacción del usuario y la determinación de compra, todo esto con el objetivo de proporcionar información que permita enmarcarse en dos puntos, lo cual se conforma por el orden de la dependencia que existe entre la calidad del servicio y la satisfacción del cliente. Es por esto que el modelo SERVPERF, suministra una información clara y precisa otorgando así mejores resultados en comparación de otros modelos. Además de que permite desarrollar un completo diagnóstico de cada área de una institución u organización con el objetivo de identificar problemas brindando soluciones administrativas de ser necesario.

Ibarra y Casas (2015) mencionaron que el modelo SERVPERF se basa en cinco dimensiones de la calidad del servicio las cuales son responsabilidad, seguridad, confiabilidad, empatía y elementos tangibles, conllevando 22 ítems que tienen como objetivo recolectar y medir bajo una escala de Likert de siete niveles

la percepción del servicio brindado por una organización desde la perspectiva del usuario. Luego interviene el análisis el cual es realizado con el fin de exponer que la calidad de servicio se forma a partir de la percepción que mantiene el usuario.

Ramírez (2017) mencionó que el modelo SERVPERF es la mejor alternativa por el hecho de que el entrevistado se demora menos tiempo al momento de responder el cuestionario dado que solo se pregunta por cada ítem una sola vez, por tanto el análisis y el trabajo de interpretación es más sencillo. Adicional a esto, mediante el uso de este modelo no existe la pérdida de información dado que la respuesta de una interrogante relacionada con el servicio ofrecido permitirá analizar los ítems conjuntamente con el nivel de satisfacción alcanzado.

Ibarra y Casas (2015) indicaron que las puntuaciones que se logren bajo el modelo SERVPERF, se lo obtiene mediante una sumatoria donde se integran las puntuaciones de la percepción. De esta manera, cuanto mayor sea la adición de las percepciones, más elevada será la calidad del servicio. Por otra parte, este modelo presenta determinadas ventajas, una de ellas es que se requiere poco tiempo para la ejecución del cuestionario, dado que, por solo una ocasión se interroga por cada pregunta o peculiaridad del servicio, incluyendo que las medidas de evaluación y valoración pronostican mejor la satisfacción que aquellas medidas de diferencia, a esto hay que añadir que este modelo es mucho más fácil llevarlo a cabo debido a que se fundamenta sólo en las percepciones más no en las expectativas, de esa forma se reduce el 50% de las preguntas establecidas en el modelo SERVQUAL.

Sánchez et al. (2017) citando a Cronin y Taylor (1992) y (1994) manifestaron que el modelo SERVQUAL de calidad de servicio presentado por Zeithaml, Parasuraman y Berry, no era la mejor opción para evaluar la calidad del servicio, dado que este evaluaba las expectativas y la percepción del servicio y sus

diferencias significaban una amplia brecha entre lo que el cliente esperaba recibir y lo que en realidad recibía. De esta forma se creó una escala mucho más breve y concisa que es el modelo SERVPERF, donde solamente se medía la satisfacción y percepción del servicio resultado de las experiencias que habían obtenido, tomando en consideración los mismos ítems del modelo SERVQUAL.

### **Teoría de Donabedian**

La teoría de Avedis Donabedian se basa en un modelo conceptual de la calidad en la atención médica que está compuesto por tres dimensiones que son el proceso, la estructura y el resultado. El proceso de atención se trata de un conjunto de actividades que se realiza entre pacientes y profesionales la cual está definida como comportamiento normativo, además está dividido en el tratamiento técnico donde se evidencia la relación entre las características del proceso de atención y sus consecuencias, las cuales están determinadas por el proceso de interacción personal y por el estado de la tecnología y la ciencia médica. En cuanto a la estructura es donde se incluyen los recursos tanto físicos, humanos y financieros que se requieren para brindar la atención médica, esta dimensión establece la manera como se operan y definen los servicios, por lo que se considera que la estructura es el medio más importante para promover y proteger la calidad de atención. La evaluación mediante los resultados permite incorporar elementos relacionados con contribución al paciente, señalar el autor, los cuales pueden reflejar la calidad de la relación interpersonal (Instituto Nacional de Salud Pública, 1990).

Avedis Donabedian dividió la asistencia sanitaria en tres partes con lo cual podrían evaluar la calidad, estas partes fueron el resultado, el proceso y la estructura. En el enfoque de resultado es donde se revisa los efectos de la atención



mediante la satisfacción de los usuarios por la atención recibida y por el estado de salud del paciente, como ejemplo de esto se encuentran la morbilidad, mortalidad e índice del estado de salud. El enfoque de proceso está compuesto por los procedimientos que el personal de salud realiza al paciente, por lo que es aquí donde se evalúa el nivel de aplicación de tecnologías y conocimientos, así como la relación usuario-médico. En el enfoque estructural se encuentran las características de los servicios donde se incluyen los materiales, recursos humanos, el espacio físico al igual que aspectos que tienen que ver con el funcionamiento y organización del centro de salud (Gassó et al., 2006).

Según Servicio Andaluz de Salud (2016) existen tres puntos de vista que indicó Donabedian que fueron la calidad absoluta, la calidad individualizada y la calidad social, es en la calidad social donde se valora la utilidad neta de una población procurando brindar el servicio o bien al menor costo social mediante una adecuada distribución de dichos beneficios, en lo que se refiere a la calidad individualizada es donde el usuario es quien define la calidad de la atención de salud, para lo cual se toma en cuenta sus valoraciones y expectativas con respecto a beneficios, riesgos y costos que intervienen en la asistencia, mientras que en la calidad absoluta es donde se establece el grado de restauración de la salud que ha tenido el paciente considerando el componente científico-técnico.

### **Teoría de Heather Palmer**

De acuerdo a Anguita, Tejada y Costa (2014) los factores que determinan la calidad en la prestación de servicios se basan en la teoría de Heather Palmer quién afirmó que estos eran necesarios para cualquier sistema de calidad, los mismos que fueron la accesibilidad, la satisfacción y la calidad científica-técnica. En lo que respecta a la accesibilidad se trata de la dificultad o no que existe al momento

de acceder a la atención de salud motivados por las barreras emocionales, culturales y económicas de los pacientes, inclusive Heather incluyó a la equidad como dimensión de la calidad asistencial. La satisfacción se refiere al cumplimiento de las expectativas del paciente una vez que ha recibido la atención, mientras que la calidad científico-técnica se basa en la capacidad que tienen los profesionales sanitarios para utilizar sus conocimientos al momento de efectuar tratamientos médicos, con lo cual se espera la satisfacción de dichos pacientes.

Según Pérez et al., (2003) el ciclo de garantía de la calidad que se utiliza con mayor frecuencia es el del modelo de Heather Palmer que se compone de siete fases que son la identificación de problemas donde se realiza la recopilación, valoración y reordenación de datos, la priorización de problemas, el diseño y fijación de estándares, la recogida, análisis de datos y elaboración de resultados, al igual que el feed back de los resultados, la detección de deficiencias y aplicación de medidas correctivas, así como la reevaluación y monitorización.

### **Modelo SERVPERF**

Isaza y Cañizares (2019) indicaron que el modelo SERVPERF fue desarrollado por medio de estudios empíricos realizados a varias organizaciones de servicios, este modelo es una forma de evaluar la calidad del servicio. Adicional afirmaron que el SERVPERF se encuentra relacionado con los problemas de interpretación de la definición de expectativa, en la variación del servicio prestado y su redundancia en cuanto a las percepciones. Este modelo se encuentra basado en el desempeño y plantea reconocer la relación que existe la satisfacción del cliente, la calidad del servicio y las intenciones de compra. Este modelo se encuentra conformado por cinco dimensiones, las cuales son: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles.

Rubio (2019) mencionó que la dimensión de elementos tangibles está conformada por el equipamiento moderno, instalaciones físicas visualmente atractivas, apariencia pulcra de los colaboradores y elementos tangibles atractivos. Referente a fiabilidad, los ítems son el cumplimiento de promesas, el interés en la resolución de problemas, realizar el servicio a la primera no cometiendo errores y concluyendo en el plazo prometido. Con respecto a la capacidad de respuesta, este se encuentra conformado por colaboradores comunicativos, rápidos, que están dispuestos a ayudar y que responden. En cuanto a la dimensión de seguridad, este está constituido por los colaboradores que transmiten confianza, clientes seguros con su proveedor, colaboradores amables y bien informados. Por último, la dimensión empatía se encuentra conformada por la atención individualizada al cliente, el horario conveniente, la atención personalizada, la preocupación por los intereses de los clientes y la comprensión de las necesidades de los clientes.

Sánchez y Mayorga (2017) mencionaron que la dimensión fiabilidad hace referencia a la confianza que el cliente deposita en los prestadores de servicio con la seguridad de que estos se van a desempeñar adecuadamente. En cuanto a la capacidad de respuesta, se conceptualiza en la disposición de poder atender de manera correcta las dudas que el cliente tenga con el fin de resolver sus problemas. Por otra parte, con respecto a la dimensión seguridad, mencionó que hacía alusión a aquellas habilidades y aptitudes que deben poseer los empleados para resolver las interrogantes que mantengan los usuarios. En cuanto a los elementos tangibles, se refería a las instalaciones físicas, equipos y materiales que la organización debe poseer. Por último, la dimensión empatía, es aquella cualidad que permite entender al usuario con la finalidad de ofrecer una atención personalizada.

De acuerdo con Duque y Canas (2014) el modelo SERVPERF se encuentra fundamentado por las investigaciones realizadas por Parasuraman, Zeithaml y Berry; sin embargo, se diferencia por el hecho de que solo es aplicada una sola vez. Lo contradictorio con el modelo SERVQUAL es que el modelo SERVPERF no se encuentra basado en las diferencias que existen entre las expectativas y percepciones, sino que solo se evalúa la segunda variable, lo cual hace da la ventaja de realizar de manera rápida y fácil el proceso de administrar el modelo SERVPERF. Esta herramienta se encuentra conformada por 22 ítems además de establecerlo bajo una escala de Likert mediante una escala de evaluación de siete criterios, donde uno equivale a poco importante y siete a muy importante.

Isaza y Cañizares (2019) indicaron que el modelo SERVPERF fue planteado por Cronin y Taylor, quienes, a través de investigaciones empíricas desarrolladas a diferentes organizaciones de servicios, pudieron concluir que el modelo SERVQUAL que hacía referencia a la Calidad del Servicio propuesto por Zeithaml, Parasuraman y Berry, no era la opción adecuada para la evaluación de dicho factor. Para ello, indicó que la mejor manera de evaluar la calidad del servicio era el modelo SERVPERF, puesto que el mismo se encarga de valorar el desempeño, y eliminar el segmento referente a las expectativas del usuario.

Torres y Luna (2017) manifestaron que a través de los años han existido variados estudios que han avalado la utilidad del modelo SERVQUAL como un instrumento que permite evaluar y detectar áreas de oportunidad para la mejora de calidad del servicio, sin embargo esta herramienta no es del todo adecuada puesto que los resultados que se obtienen se pronuncian de forma negativa. Dado esto, indicaron que el modelo SERVPERF es la herramienta indicada para la valoración de la calidad del servicio puesto que se encuentra basado en las percepciones que

mantiene el cliente con respecto al desempeño del servicio, incluyendo el factor de que la calidad ya no es medida a partir de las diferencias que existen entre las expectativas del cliente y el desempeño del prestador del servicio. A esto se adiciona que este modelo presenta algunas ventajas, una de las más importantes es el poco tiempo que se requiere para la ejecución del cuestionario.

Giménez y Prior (2004) indicaron que el modelo SERVPERF básicamente se diferencia del modelo SERVQUAL por la escala utilizada. Los autores de este modelo lo desarrollaron dadas las diferentes críticas realizadas al modelo SERVQUAL, donde dicha herramienta proyectaba resultados donde se tomaba en cuenta las percepciones del cliente menos sus expectativas. Tras estas investigaciones, el modelo SERVPERF se basa en evaluar la calidad del servicio mediante la escala que hacen referencia a las percepciones del cliente.

Torres y Vásquez (2015) manifestaron que el modelo SERVPERF nace a raíz de las diversas críticas perpetradas por varios autores al modelo SERVQUAL, de manera específica en la escala de medición de expectativas. De esta forma Cronin y Taylor son los encargados de llevar a cabo el desarrollo de otra alternativa para evaluar la calidad de servicio y es ahí donde surge el modelo SERVPERF, el cual se encarga exclusivamente de evaluar las percepciones del usuario sobre el desempeño que ha obtenido del servicio. El modelo SERVPERF descarta el factor de las expectativas en su evaluación, adicional a esto utiliza una escala equivalente al modelo SERVQUAL, empleando 22 ítems con el fin de llevar a cabo la evaluación de solamente las percepciones, reduciendo el proceso a un tiempo menor.

Colmenares y Saavedra (2007) manifestaron que el modelo SERVPERF surge como una alternativa al modelo SERVQUAL. Puesto que el nuevo modelo

se encargaba exclusivamente de medir las percepciones que tenía el usuario en relación al rendimiento del servicio que recibían. Dado que la herramienta SERVPERF proporciona como resultado una calificación acumulada de manera general de la calidad del servicio, la misma que se representa a través de una gráfica concerniente al tiempo y a un conjunto de clientes específicos.

### **Interculturalidad**

Para Hidalgo (2017) la interculturalidad se refiere al intercambio que se produce entre dos o más grupos de personas que conforman una cultura e implica la comunicación, lo cual produce un enriquecimiento equitativo, a su vez mejora la convivencia en el mismo espacio territorial y apunta hacia un marco de igualdad; además crea actividades, proyectos y programas que permiten la comprensión de la diversidad cultural existente en una determinada región.

Barabas et al. (2018) definieron la interculturalidad como la base que permite el intercambio y la comunicación igualitaria entre diferentes grupos culturales, enfocada desde una óptica basada en el compromiso con los pueblos indígenas permite generar nuevas formas de convivencia intercultural, también se orienta a la interrelación donde la sociedad tiene una acción mayor en el sistema de una manera más democrática. Ante lo expuesto el autor indicó que la interculturalidad abre paso para que el estado se oriente a la pluriculturalidad que entienda una convivencia de forma respetuosa.

Alavez (2014) manifestó que la interculturalidad de hoy en día mantiene un relación no solamente con la etnia, cultura, sino también con la clase y con la interculturalidad crítica. Dado que la última variable mencionada, no debe presentarse como un modelo histórico que solo aporta con diferentes tradiciones culturales que se han desarrollado al pasar los años, sino también como una

sociedad, una cultura, un pueblo que contribuye y aporta demasiado a la sociedad más allá de la parte folclórica. Adicional a esto, mencionó que la interculturalidad va acompañada de otras variables que se fundamentan en la ejecución la política pública, como lo son la movilidad humana, equidad social, hospitalidad, economía solidaria, la equidad y la convivencia intercultural.

Para Leiva (2016) la interculturalidad es descrita como un enriquecimiento mutuo entre culturas minoritarias y mayoritarias, sin que estas se encuentren una por encima de la de otra; asimismo se compone del respeto y conocimiento por la propia cultura y conlleva un proceso de reflexión acerca de la interrelación. La aceptación de la cultura, lengua, estilos de vida, hábitos familiares, valores y códigos morales son parte esencial de la interculturalidad, porque de esta manera no se da lugar a la exclusión, ni a la discriminación por tener una identidad diferente. A su vez también destruye los estereotipos que aún se encuentran latentes en la sociedad actual.

Bueno y Domingo (2016) afirmaron que la interculturalidad es un nuevo modelo de política e integración el cual conlleva a un proceso de asimilación para que la ciudadanía refleje una nueva estructura de inclusión. La reciprocidad es un factor esencial de la interculturalidad debido a que está basada en la integración, diversidad, respeto y crecimiento equitativo, para de esta manera no generar conflictos y se logre el proceso de adaptación que permita una visión dinámica de las culturas.

Torre (2006) indicó que la interculturalidad se la define como la igualdad de condiciones que poseen ciertas culturas diversas con otras sociedades. Sin embargo, a pesar de esta definición esto no se lleva a cabo en la práctica, dado que las relaciones que existen reflejan intereses sociales diferentes y a su vez

contradictorias. Es por esto que la interculturalidad debe entenderse como un elemento que supera aquellos aspectos que hace referencia a la opresión y explotación social. La interculturalidad debe funcionar como un elemento que permita la valoración sociocultural de la diversidad poblacional que existe y que a su vez se une a la posibilidad de indagar sobre los conocimientos de otras culturas con el fin de mantener un desarrollo equilibrado en la parte social.

Muñoz (2016) indicó que la interculturalidad defiende cada una de las culturas existentes en una región así como su desarrollo y preservación entre los grupos culturales para fomentar la igualdad y el valor dentro de su cultura, contribuyendo al desarrollo y reduciendo las minorías o inferioridades dentro de los grupos culturales. Asimismo, promueve la pertenencia e identificación étnica con el fin de lograr de incorporar en la sociedad grupos determinados que se encuentran aislados debido a la discriminación en diversas situaciones y necesidades presentadas.

De acuerdo con Mendoza y Yáñez (2008) la interculturalidad es la capacidad de reconocer que el ser humano participa en un espacio del universo, lo cual obliga llevar a cabo una organización con el fin de compartir una acción encaminada a la justicia y equidad de tal modo que todos se puedan reconocer de forma igual. En la sociedad se han formado diferentes relaciones interculturales, las cuales se han fundado por el colonialismo, racismo y diferentes tipos de exclusiones como el género o edad. La interculturalidad no es más que el espacio social donde se proyectan los reconocimientos sociales, políticos y culturales. Adicional a esto, la interculturalidad indica que el avance del desarrollo de la misma se muestra por la diferencia que se da al momento de acceder a los derechos, recursos, capacidades y oportunidades.



Schmelkes (2006) indicó que la interculturalidad hace referencia a los diferentes grupos culturales que se encuentran en las relaciones hincadas en el respeto y desde la perspectiva de la igualdad. La interculturalidad no permite una desigualdad entre diferentes culturas intervenidas por el poder que beneficien a un grupo y no a otro. Cabe recalcar que mantiene varios fundamentos de los cuales se encuentra la filosofía de la otredad que hace referencia a la existencia de culturas superiores donde se concibe el hecho de que otro elimine su diferencia con el fin de establecer una igualdad de planos, se hace uso de la democracia, la cual involucra conocer otras visiones y respetarlas con el objetivo de crear un juicio propio.

Beltrán (2016) indicó que el objetivo principal de la interculturalidad es la coexistencia de diferentes identidades y culturas que se encuentran en una formación social o en un determinado espacio. La interculturalidad es la propuesta que se determina al momento de interpretar la vida social mediante herramientas nuevas que se utilizan con el fin de verificar su complejidad y cómo esta va aumentando. Además, que la interculturalidad cada día ocupa un gran espacio en diferentes ámbitos de la sociedad, Hoy en día, gracias a la globalización, la sociedad se encuentra inmersa en el desarrollo de diferencias que conllevan la formación de nuevas identidades.

Fernández (2006) indicó que la interculturalidad no es un hecho reciente, sino que se encuentra constituido por un proceso que conlleva varias interpretaciones, las cuales en su mayoría responden a situaciones específicas. En América Latina la interculturalidad se ha usado desde los años 90 y principios del 2000, inicialmente los sujetos que intervenían en esta conceptualización eran los grupos étnicos que pertenecían a culturas que mantenían un grado de primitividad. La

interculturalidad se presenta en la realidad social de grupos que conllevan una demonización técnica, tal como ha ocurrido con la pobreza, estigmatización y desigualdad social.

Alavez (2014) mencionó que la interculturalidad conlleva la coexistencia de diferentes culturas dentro de un plano que hace referencia a la igualdad. Este término es polisémico, lo que significa que posee diferentes interpretaciones el cual va a depender del contexto en el cual se está utilizando. La interculturalidad es un instrumento de emancipación, de una constante lucha con el fin de conferir una real igualdad y equidad en el sentido cultural, así como material. Esto se muestra de forma evidente en la identidad de aquellos pueblos indígenas, que no se identificaron solo por su origen, sino también por el tipo de ocupación que ejercían.

Torre (2006) manifestó que la interculturalidad se la identifica como una dinámica entre los grupos étnicos con la sociedad, en la permanente búsqueda de un espacio donde se conlleve una interrelación social que promueva en un futuro proceso de gran importancia que permita el desarrollo y la participación social en condiciones equitativas. El fin que busca la interculturalidad es llevar a cabo un cambio de actitudes de todos los grupos que se encuentran en conflicto y poder establecer el respeto mutuo mediante la eliminación de prejuicios sociales que permitan reconocer a dichas culturas como diferentes, y a las cuales es necesario respetar.

Burbano y Samson (2016) manifestaron que la interculturalidad hace referencia a un llamado de pluralidad de culturas que comparten y conviven. Basándose en la convención sobre la protección y promoción de la diversidad de las expresiones culturales de UNESCO, define la interculturalidad como la

interacción equitativa que debe existir entre diferentes culturas y cómo se podría desarrollar y compartir un conjunto de expresiones culturales, las cuales deben ser adquiridas mediante el diálogo proyectando un respeto mutuo.

Higuera y Castillo (2015) indicaron que a diferencia de la multiculturalidad, la interculturalidad se encuentra constituida por el indiscutible desafío que conlleva las diferentes sociedades democráticas. Afirman que el proceso intercultural se mantiene tras las exigencias de superación de la multiculturalidad, es decir poder avanzar más allá de un simple reconocimiento de diferencias culturales que se encuentran presentes dentro del mismo territorio. Además, la interculturalidad demanda un sinnúmero de valores éticos que hagan frente a las diferencias culturales que puede preexistir en un determinado territorio, estas son las actitudes oportunas, la comprensión, el respeto que deben generarse de por vida y no mediante una generación espontánea.

Vigil (2019) indicó que la interculturalidad ha cobrado importancia en los últimos años, y ha sido ampliamente reconocido por la relación que existe entre varias culturas. Basándose en otros autores, manifiesta que la interculturalidad es un hecho que se manifiesta día a día y que busca eliminar las relaciones discriminatorias que existen en la sociedad. De manera general la interculturalidad se define como el conjunto de actividades que están destinadas a finalizar con los resultados perjudiciales que se generan por los conflictos existentes entre las relaciones interculturales. Además, a este concepto se le añade el hecho de que existe una contribución de pacíficas relaciones que permiten el respeto mutuo, el derecho a llevar una cultura propia y tolerable.

Tirzo y Hernández (2010) establecieron que la interculturalidad nace del problema que hace referencia a lo nacional y de la propuesta mono cultural del

Estado. Dado que la interculturalidad debe ser vista como un factor social bajo el cual se debe construir, bajo condiciones de respeto e igualdad y bajo un proyecto político y social. La interculturalidad se la considera como un eje fundamental para proyectar posibilidades que mejoren la calidad de vida del ser humano ya sea de forma social o individual fomentando la democracia, equidad y respeto de la diversidad socio cultural.

Comboni y Juárez (2013) mencionaron que la interculturalidad se puede presentar como un paradigma que propone el desarrollo de cambios en la ética de las culturas, pero solamente como un dilema crítico que permita la producción de una transformación de culturas en procesos de interacción, La interculturalidad crítica lo que busca es la omisión de causas que generan la injusticia cultural, además que se debe visualizar como un proceso que implique la reconstrucción constante con el fin de no caer en la supremacía de la cultura.

Castillo y Guido (2015) expresaron que la interculturalidad se ha visualizado como una forma de relacionarse, al igual que un discurso de resistencia cultural de diferentes grupos poblacionales. Desde su origen la interculturalidad ha estado asociada en un sentido contrario a la hegemonización. Bajo otra perspectiva, la interculturalidad necesita de negociaciones para de esa forma lograr nuevas prácticas que permitan el desarrollo de valores, intereses e ideologías que promuevan la creación de estrategias e iniciativas que desafien la homogeneidad.

García (2016) mencionó que la multiculturalidad representaba la aceptación de lo heterogéneo, sin embargo la interculturalidad supone la aceptación de lo contrario. En América Latina existen diferentes problemáticas como lo son las desigualdades y diferencias que existen, pero más allá de esto es la total

desconexión que existen entre el factor sociocultural que pertenece a la exclusión de varios sectores de la población tomando como ejemplo al 97% de africanos que no tienen acceso a nuevas tecnologías de comunicación.

Castro y Grosfoguel (2007) expresaron que la interculturalidad se la define como el conjunto de procesos que permiten a construcción de un conocimiento, de una política, un poder social y de otra sociedad. Se basa en una forma de pensamiento relacionado con lo moderno y colonial bajo un paradigma que es desarrollado mediante prácticas políticas. Es decir, la interculturalidad no está pensada como un término que alude a los conflictos que existen entre civilizaciones, sino que busca la representación conceptual basado en las realidades de explotación y marginalización con el fin de buscar una respuesta político, ética y social,

La Confederación Nacional de Organizaciones Campesinas Indígenas y Negras (FENOCIN) (2019) manifestó que la interculturalidad al igual que la identidad se debe promover por medio del reconocimiento y respeto a la diversidad social, por medio de acciones que conlleve la dignidad y derecho de la persona con la finalidad de constituir factores sustanciales de una sociedad debidamente integrada. Desde otra perspectiva la interculturalidad posibilita en entendimiento de actitudes que se relacionan con el beneficio y respeto mutuo y colectivo, por otra parte, representa el arranque de nuevos conocimientos que identifican las capacidades de las personas mediante el diálogo intercultural que se requiere impulsarlo con el fin de obtener aspectos atractivos de diversas culturas.

Para López y Cuello (2016) las características de la interculturalidad son la alteridad, la interrelación horizontal, inseparable de la identidad y no oculta las desigualdades. La interculturalidad no oculta las desigualdades ya que en los

procesos de enseñanza, aprendizaje y comunicación se enfoca en el respeto mutuo por encima de las diferencias culturales, es inseparable de la identidad porque el hablante cultural en un contexto específico se basa en un constructo de gastronomía, vestuario, imágenes, símbolos, palabras, entre otros, que lo hacen inseparable de una cultura que no debe ser separada por las personas de manera arbitraria. En cuanto a la interrelación horizontal es indispensable puesto que la concertación y el diálogo son los ejes articuladores de la integración y armonía de la diversidad. Con respecto a la alteridad se la considera como la expresión vivencial, emocional y corporal que son relevantes para que las personas logren comprender y entender las diferencias entre iguales.

### **Modelo de Madeleine Leninger**

Este modelo se basa en el análisis comparativo de la diversidad de las culturas que se aplican en la enfermería, que tiene como propósito brindar cuidados coherentes con las prácticas, creencias y valores culturales, donde se reconozca la universalidad de los cuidados, con lo cual mejoren sus condiciones personales, mantengan su bienestar y enfrenten la discapacidad o muerte. Leninger reconoce que existen factores que influyen en el contexto ambiental, la estructura social y en la salud, por lo cual propone el modelo Sunrise como parte de la teoría de los cuidados culturales, el mismo que se dividió en cuatro niveles. El primer nivel es la visión de los sistemas sociales y el mundo enfocado en el estudio de la microperspectiva, la perspectiva media, la microperspectiva y la naturaleza. El segundo nivel trata sobre la información de los grupos, familias e individuos en los sistemas de salud. El tercer nivel corresponde a los sistemas profesionales y tradicionales, incluyendo la universalidad, diversidad y la enfermería en los cuidados culturales. El cuarto nivel se basa en las decisiones y acciones de los

cuidados, los mismos que se realizan de manera coherente culturalmente (Salas, 2019).

### **Modelo de Josepha Campinha Bacote**

Según Marrero (2013) el modelo de competencia cultural en la prestación de los servicios de cuidados de salud fue desarrollado por Campinha, donde conceptualiza a la competencia cultural como un proceso continuo donde los profesionales de la salud se esfuerzan por alcanzar la disponibilidad y habilidad para trabajar de manera efectiva dentro del contexto cultural de la familia, además menciona que este proceso involucra los deseos culturales, encuentros, habilidades culturales, conocimientos culturales y la integración de conciencia cultural. Las dimensiones que componen la competencia cultural son el deseo cultural, el conocimiento cultural, la conciencia cultural, las habilidades culturales, los encuentros culturales y la sensibilidad cultural.

El deseo cultural se trata de la motivación del profesional de la salud para sensibilizarse con las otras culturas, intentando aprender y entender al otro, para lo cual, se requiere predisposición para aprender de los demás, a respetar y aceptar a cada persona, así como mantener una actitud abierta. El encuentro cultural es un proceso que facilita a la enfermería para que se involucre en actuaciones culturales de los pacientes de orígenes diferentes, es decir permite la interacción con personas de diversas procedencias culturales. Las habilidades culturales se tratan de las habilidades que tiene cada profesional de salud para hallar información cultural que permita dar con el problema del paciente y así proponer un tratamiento adecuado. El conocimiento cultural se basa en buscar y conseguir información de los diversos grupos étnicos a fin de poder comprender dicha información y así enfocar los cuidados de salud individualizados a cada persona.

La conciencia cultural se refiere a la exploración de las propias creencias, valores y cultura de los cuidados de salud, es aquí donde se eliminan los prejuicios y se mantiene el respeto (Potter, Griffin, Stockert y Hall, 2017).

### **Modelo de Rachel Spector**

Este modelo conocido como herencia cultural y tradiciones de salud se desarrolló en base a la importancia que tienen las tradiciones en los comportamientos que se dan en los cuidados de salud, ya que considera que es indispensable tomar en cuenta los límites y contexto cultural en donde vive la persona, la comunidad o familia. Para esto la enfermería debe tener conocimientos y cumplir ciertos requisitos para que logre comprender lo que hace y para que resulte eficaz su práctica profesional, estos requisitos son ser culturalmente competente, culturalmente congruente y ser culturalmente sensible. El primero se refiere a prestar atención al paciente adecuadamente manteniendo la filosofía holística de los cuidados, culturalmente congruente se trata de tener la capacidad de poner en práctica adecuadamente los conocimientos que tiene para sí brindar cuidados culturalmente coherentes y de calidad profesional. Culturalmente sensible que se basa en interiorizar los conocimientos que permitan comprender las tradiciones de la enfermedad y salud, permitiendo de esta manera que los profesionales sean sensibles para desarrollar actitudes favorables (González, Márquez y López, 2015).

La teoría de la doctora Spector desarrollada en 1994 tuvo como objetivo concientizar a las enfermeras sobre las complicaciones y dimensiones que corresponden al cuidado de personas con diferentes culturas, esta teoría de las tradiciones culturales en salud se basó en tres conceptos entrelazados que fueron los fenómenos culturales que afectan la salud, las tradiciones de salud y la



consistencia hereditaria. Los fenómenos culturales que afectan a la salud son seis que varían acorde a los grupos culturales como son la orientación y espacio temporal, la comunicación, la organización social, las variaciones biológicas y el control ambiental. El modelo de tradiciones de salud aplica el concepto de salud holística, así como analiza lo que la persona hace para recuperar, mantener y proteger la salud, al igual que prevenir la enfermedad desde un punto de vista tradicional, ya que dichos métodos tradicionales necesitan de la comprensión y conocimiento del profesional de la salud desde la perspectiva etnorreligiosa y cultural de la persona. La conciencia hereditaria se trata de los vínculos de una persona con sus antecedentes religiosos, culturales y étnicos (Plaza, 2014).

### **Modelo de Larry Purnell**

El modelo de la competencia cultural de Purnell se creó en el año de 1995, el cual se basó en varias disciplinas y teorías como la lingüística, ciencia política, economía, historia, religión, farmacología, nutrición, ecología, biología, fisiología, anatomía, psicología, sociología y antropología, además de tomar en consideración la música y el arte como cualidades culturales de los grupos culturales. El modelo de Purnell facilita al profesional de la salud la creación de un ambiente sincero y adecuado para recolectar información dentro del contexto cambiante donde se da la relación paciente-enfermera. La manera cómo Purnell identifica al grupo cultura y valora las influencias es mediante las características primarias y secundarias. Las características secundarias son varias entre ellas se encuentran las razones para emigrar, la situación administrativa, el tiempo fuera del país natal, la orientación sexual, la residencia rural o urbana, la ocupación, el nivel educativo y socioeconómico, entre otros. Las características primarias son la religión, el género, la edad, el color de piel y la nacionalidad (Plaza, 2008).

De acuerdo a Purnell (1999) el diagrama del modelo de Purnell se basa en un círculo, dentro del cual se marca un margen interno que representa a la persona, un margen refleja a la unidad familiar, otro a la comunidad y un margen periférico que muestra a la sociedad global. Este círculo se divide en 12 dominios culturales con sus respectivos conceptos, cada uno de los dominios cuenta con flechas bidireccionales que reflejan que cada uno de estos dominios conduce y se afecta por los otros, en la parte den centro del modelo se encuentra vacío lo cual representa los aspectos que se desconoce sobre el grupo cultural. Estos 12 dominios son la herencia, la comunicación, los roles y organización familiar, los asuntos de trabajo, la ecología biocultural, los comportamientos de alto riesgo, la nutrición, el embarazo y prácticas de nacimiento, los rituales de la muerte, la espiritualidad, la práctica de cuidados de la salud y el proveedor del cuidado de la salud.

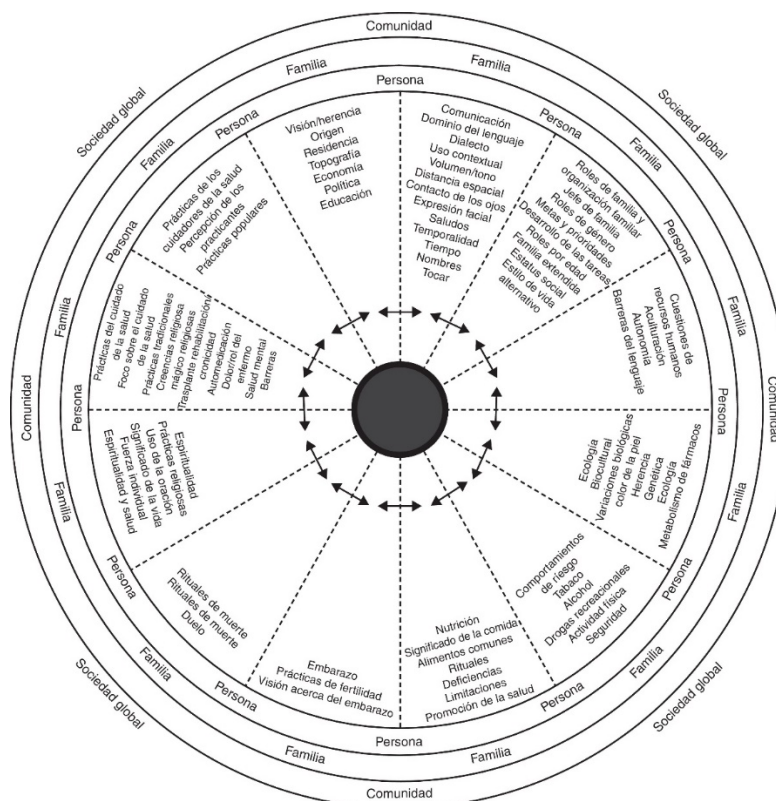


Figura 1. Modelo de competencia cultural de Purnell. Tomado de *la aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria*; por Gil y Solano, (2016).

La etnia es un aspecto importante dentro de la interculturalidad, por lo que se presenta su concepto a continuación.

### **Etnia**

Para Pontón (2017) el término etnia significa un grupo de personas que comprenden una misma raza, las cuales viven en una comunidad determinada donde no existen las desigualdades sociales ni dimensiones de inferioridad debido a que no hay lugar para la discriminación porque se pertenece al mismo estrato social con la misma afinidad cultural, con el cual pueden ser identificados por otros pueblos o culturas.

Sosme y Casados (2016) definieron el término etnia como un concepto relacionado a la raza, la misma que comparte actividades, lengua, tradiciones y creencias religiosas como parte de los elementos culturales de un pueblo o comunidad, también permite la delimitación de espacios y recursos disponibles para el desarrollo de un empoderamiento económico que contribuya con el crecimiento y desarrollo.

Según García et al. (2014) las etnias tienen la particularidad de ser un grupo de personas que comparten una serie de características que van en función de la identidad; es decir, los rasgos físicos y culturales que permiten realizar una comunicación satisfactoria compartiendo una historia determinada proveniente por ancestros.

### **Salud Intercultural**

La interculturalidad se define como un marco donde se influye el respeto sin pretender que una población de una cultura se sienta superior a otra. Sin embargo, en el ámbito de salud, este hecho se cuestiona en cuanto a los usuarios, debido a la falta de sensibilidad, trato y respeto que reciben por parte de los profesionales de

salud. El menosprecio, la desinformación y el irrespeto a la privacidad son aspectos que inciden en la satisfacción que perciben diversos grupos culturales en cuanto a la atención y servicio de salud. Provocando niveles de indiferencia respecto a las indicaciones médicas generando el abandono de tratamientos y resistencia a recibir el servicio, estimulando la confrontación y choque cultural. El factor común en este grupo de personas, es que sus derechos a la salud sean negados producto de una cultura discriminatoria que ejerce prejuicios los cuales muchas veces se originan desde las instituciones de salud (Nacional Diversidad Cultural de México, 2019).

De acuerdo con Figueroa (2015) la interculturalidad en salud se manifiesta como los procesos que en el ámbito sanitario comprenden el entorno cultural, el respeto y la diversidad. Este criterio propone la activa participación de los diversos actores sociales de la salud, considerando la relación entre las personas, recursos terapéuticos, aspectos administrativos y de dirección. Se ha constatado que la calidad del servicio de atención sanitaria muchas veces se ve afectado por barreras comunicativas, actitudinales, lingüísticas, institucionales e ideológicas; es por esto, que a través de diversos estudios se ha considerado formar un personal de salud bajo competencias comunicativas y cognitivas que permitan establecer niveles de sensibilidad intercultural.

Actualmente la sociedad se encuentra sujeta a cuatro fenómenos que determinan la necesidad de desarrollar competencias interculturales en el ámbito de salud, esto son los movimientos migratorios, diversidad cultural, construcción cultural y social del sistema médico occidental y la diversidad de etnias. Sin embargo, los enfoques bajo los cuales se ejecuta la atención sanitaria hoy en día, es importante establecer modelos integradores que permitan ofrecer una atención

oportuna, pertinente y de calidad hacia las comunidades y grupos culturales. Bajo este enfoque, surge la necesidad de desplegar competencias y enseñar competencias interculturales en el personal y equipo de salud permitiendo establecer una intervención educativa bajo una perspectiva global a fin de integrar sentimientos, actitudes, pautas culturales y conductas sociales que otorgue un servicio sanitario de calidad (Veliz, Bianchetti & Silva, 2019).

La interculturalidad en salud se ha considerado como una habilidad y herramienta, la misma que permite reconocer, negociar y armonizar las diversas diferencias que existen en cada sociedad actuando como un instrumento que se ha enfocado en la aceptabilidad de los sistemas de salud a fin de consolidar un sistema sanitario participativo y equitativo por medio del diálogo horizontal que busca valorar y reconocer las prácticas y conocimientos de la salud local incorporándolas en los sistemas sanitarios convencionales. Actualmente se ha establecido el enfoque intercultural en salud como una solución a la inequidades y problemas estructurales que influyen en la calidad del servicio de salud y satisfacción percibida por las poblaciones (Vicente, 2017).

En gran parte de los países de América Latina, la interculturalidad en salud se ha transformado en una política gubernamental, la misma que procura atender las demandas de atención y asistencias sanitaria de las diversas comunidades y grupos culturales. Sin embargo, bajo este enfoque la cultura étnica se ha constituido como una barrera que impide el acceso a los servicios de salud; es por esto que se han diseñado programas de salud intercultural que fomenten la admisión eficaz de la biomedicina. Dentro de los objetivos del enfoque intercultural se menciona la transferencia de información, recursos, conocimientos e iniciativas que se utilicen en beneficio de las comunidades, promover la

satisfacción de las necesidades de dichos grupos culturales y fomentar la equidad en cuanto a las oportunidades de poder acceder a los servicios de salud (Paulo & Cruz, 2018).

### **Gestión Intercultural**

Para Lorenzetti (2017) la gestión intercultural se ha determinado como un enfoque que se ha centrado en las expresiones complejas que responden a las subyacentes lógicas de la cultura comunitaria de aquellas raíces mesoamericanas que se encuentran vigentes en las regiones indígenas. Se ha adoptado el enfoque intercultural como un principio que permite el diseño de acciones sanitarias específicas que acarrea múltiples debates respecto a la población indígena y la situación de su salud. La interculturalidad se ha convertido en un eje que justifica la marcha de programas sanitarios, los cuales se encuentran dirigidos a comunidades indígenas manteniendo un marco que se relaciona con las diferencias culturales condensando el servicio de salud entre los profesionales y los diversos grupos culturales.

La interculturalidad en salud se ha planteado como una política elemental para llevar a cabo la atención sanitaria de los diversos grupos culturales. La interculturalidad sanitaria se ha consolidado como un objeto de estudio en diversos campos de acción, uno de ellos fue el ámbito sanitario a fin de equilibrar las diferencias existentes entre los conocimientos sobre la enfermedad y la salud. Este factor promueve una serie de esfuerzos para poder comprender y erradicar las brechas sanitarias entre las culturas existentes en la sociedad. La implementación de la política sanitaria permite la convergencia del sistema de conocimiento tradicional y del conocimiento académico-científico (Guzmán, 2016).

Según Bautista, Vangehuchten y Duque (2017) la interculturalidad en el ámbito de salud mejora en gran proporción el grado de satisfacción percibida por los pacientes incluyendo la calidad de la atención recibida. Con el paso de los años, el gobierno ecuatoriano promueve de manera activa el principio de la atención sanitaria intercultural por medio de la aprobación del Plan del Buen Vivir 2009-2013, donde se implementa los principios del Kichwa Sumak Kawsay ancestral o también denominado buen vivir en la atención sanitaria. Por medio de un Modelo de Atención Integral Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) se ha facilitado el acceso de la atención sanitaria donde se ha visto la necesidad de desarrollar la colaboración entre la medicina tradicional ancestral, académica y convencional.

### **Marco Conceptual**

La calidad de atención se la define como un conjunto de servicios terapéuticos y diagnósticos que permiten alcanzar una atención sanitaria óptima, mediante la aplicación de conocimientos del servicio médico y otros factores del mismo con lo cual se busca maximizar la satisfacción del paciente (Messarina, 2016). En cambio, Forrellat (2014) indicó que la calidad de atención se refiere al conjunto de servicios que perciben los pacientes al momento de buscar mejorar su estado de salud entre los cuales resaltan el diagnóstico y los conocimientos generales sobre el historial clínico del paciente.

La cultura se la conceptualiza como un conjunto de sistemas simbólicos en donde se encuentra el lenguaje, las relaciones económicas, la religión, el arte, las reglas matrimoniales, la ciencia, que suele extraer aspectos de la realidad social y física (Alavez, 2014). Según Martínez y Amar (2017) la cultura se refiere al resumen de los patrones de estilo de vida, costumbres, valores, creencias, arte,

comportamiento, al igual que los pensamientos que se transmiten en el proceso de socialización y todos los productos del trabajo humano, las cuales se dan en las familias y que dichas características se comparten con la mayoría de los miembros de una determinada cultura.

Para Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (2017) los cuidados culturales se lo definen como los medios holísticos más amplios que facilitan el predecir e interpretar los fenómenos asistenciales de la enfermería con la finalidad de que sirvan de orientación para la práctica de la disciplina. Raile y Marriner (2018) establecieron que los cuidados culturales son la síntesis de los principios principales como son cultural y cuidado que guían al investigador para que tenga en cuenta, explique y descubra la salud, las expresiones del cuidado, el bienestar y otras situaciones humanas.

Según Naranjo (2019) la discriminación directa por sexo se trata de las situaciones donde una persona es tratada de forma menos favorable que otra de distinto sexo con respecto a una situación comparable. La discriminación se basa en la restricción, exclusión o distinción que tiene como objetivo restringir el ejercicio, goce o reconocimiento en igualdad de condiciones con respecto a los derechos humanos (United Nations ECLAC, 2019).

Las etnias tienen la particularidad de ser un grupo de personas que comparten una serie de características que van en función de la identidad; es decir, los rasgos físicos y culturales que permiten realizar una comunicación satisfactoria compartiendo una historia determinada proveniente por ancestros (García et al., 2014). Para Pontón (2017) el término etnia significa un grupo de personas que comprenden una misma raza, que viven en una comunidad determinada donde no existen las desigualdades sociales ni dimensiones de inferioridad debido a que no



hay lugar para la discriminación porque se pertenece al mismo estrato social con la misma afinidad cultural.

La interculturalidad se la define como un proceso donde las culturas construyen e intercambian patrones culturales comunes de forma pactada pero sin cambiar sus identidades plurales (Suárez, 2017). En cambio, según Maya y Cruz (2018) la interculturalidad lo conceptualiza como la capacidad de moverse equilibradamente entre prácticas, creencias y conocimientos culturales diferentes referentes a la vida y la muerte, la enfermedad y la salud, el cuerpo biológico, relacional y social.

La práctica intercultural se la define como la acumulación de relaciones entre las diversas culturas y de ellas de manera interna, las mismas que suelen ser modificadas (Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, 2015).

Los pueblos indígenas originarios se los conceptualiza como naciones, pueblos y comunidades indígenas que tienen una continuidad histórica con las sociedades previas a la invasión y precoloniales que se dieron dentro de su territorio, son considerados diferentes a las sociedades que actualmente prevalecen en dichos territorios (Alavez, 2014). Conforme a Inguanzo (2016) los pueblos originarios se los define como pueblos que ya se encontraban establecidos antes de aparecer el Estado moderno, que han vivido una trayectoria de opresión colonial por causa de opresores que llegaron mediante vía marítima y cuyo pueblo representa una minoría dentro del Estado.

La seguridad se trata de una dimensión de la calidad de la asistencia sanitaria en donde se pretende eliminar los riesgos y errores al momento de brindar la atención de salud para así evitar lesiones o el fallecimiento del paciente (Schor & Behrman, 2016). De acuerdo a Ganga, Alarcón y Pedraja (2019) se refiere al

conocimiento que tienen los profesionales de la salud y la habilidad que disponen para inspirar confianza al momento de llevar a cabo su trabajo.

El sistema de gestión de calidad es una herramienta que ayuda a formar una estructura organizativa por medio del diseño de actividades, proceso y subprocesos (Becerra, Andrade y Díaz, 2019). De acuerdo a Cortés (2017) los sistemas de gestión de calidad se definen como el conjunto de actividades que forman parte de las funciones de la dirección, quiénes determinan las responsabilidades, los objetivos y la calidad, estas a su vez son implementadas por medio de la mejora de la calidad, el aseguramiento de la calidad, el control de la calidad y la planificación.

La tolerancia se trata de la aceptación condicional de las prácticas, acciones o creencias que se consideran erradas, sin embargo, a pesar de eso son aceptadas, esto quiere decir que aunque una persona no esté de acuerdo con respecto a algo este debe aceptarlo (González, 2016). De acuerdo a Martí (2016) la tolerancia se encuentra relacionada con la paciencia, debido a que se hace algo que en ocasiones no se está de acuerdo, por lo que es necesario mantener el equilibrio de la paciencia para no alterarse.

## Capítulo II

### Marco Referencial

En el presente marco referencial se incluyeron estudios internacionales y de diferentes lugares del Ecuador, se presentó además la situación actual del Distrito 08D02 Eloy Alfaro para culminar el capítulo con la elaboración del marco legal sobre el tema de estudio.

#### Trabajos Académicos

Según Maggi (2018) para que la atención hospitalaria sea adecuada debe de contener una calidad óptima la cual es resultado de la satisfacción del paciente al momento de recibir el servicio de salud. En el estudio realizado al Hospital General de Milagro se realizaron encuestas del modelo Servperf a una muestra de 357 representantes de niños dando como resultado lo siguiente: la insatisfacción del usuario se dio en las dimensiones tangibilidad, empatía y seguridad; mientras que con respecto a la satisfacción parcial fue considerada la capacidad de respuesta, dando como consecuencia que los parámetros de satisfacción de la unidad objeto de estudio estuvieran inadecuadas, esto debido a que las percepciones y expectativas tuvieron valoraciones bajas. En el trabajo se propusieron acciones para mejorar la calidad de la atención hospitalaria, las cuales estuvieron en función de la limpieza, capacitación de personal e índices de desempeño, ya que la atención hospitalaria es deficiente en cuanto al trato del paciente.

Con respecto a la metodología aplicada en el presente trabajo, se utilizó el método de investigación deductivo orientado en un enfoque cuantitativo. Adicional a esto, se utilizó el modelo SERVQUAL, el cual estuvo conformado por preguntas relacionadas a las expectativas y nivel de percepción, las mismas

estuvieron realizadas bajo la escala de Likert constituida por siete niveles, con el objetivo de comprobar el grado de satisfacción basado en el análisis de las variables mencionadas anteriormente. Con respecto al alcance, este fue descriptivo, con el fin de detallar las cinco dimensiones del modelo utilizado. En cuanto a los resultados, se evidenció una media de 4.53 reflejando que las expectativas que el cliente mantiene sobre el hospital es superior al promedio. A pesar de esto, en la dimensión empatía los usuarios manifestaron insatisfacción en por lo que se obtuvo un resultado de 0.0054 (Maggi, 2018).

En la investigación de Cobo, Estepa, Herrera y Linares (2018), para el estudio se aplicó como metodología una investigación de tipo transversal y descriptivo, la muestra la conformó un total de 143 personas de consulta externa, la técnica fue la encuesta mediante el cuestionario del modelo Servqual que consta de 22 preguntas y se divide en cinco dimensiones que son elementos tangibles, capacidad de respuesta, empatía, fiabilidad y seguridad. Los resultados que se consiguieron mediante la encuesta permitió conocer que el promedio de las expectativas y percepciones de las dimensiones de la calidad fueron 4.5 y 4.4 los elementos tangibles, 4.4 y 3.9 la fiabilidad, 4.4 y 4.0 la capacidad de respuesta, 4.5 y 4.1 la seguridad, por último 4.4 y 4.1 la empatía. Además el promedio general de las expectativas fue de 4.4 demostró, mientras que el promedio general de las percepciones fue de 4.1.

En la investigación realizada por Torres, Jélvez y Vega (2015) la metodología que se utilizó en el estudio fue de tipo descriptivo y exploratorio, la muestra se conformó por las personas que acudieron al servicio de urgencias del hospital, para lo cual utilizaron como instrumento el cuestionario Servperf que se compuso por ocho dimensiones de estudio que forman parte de las 26 preguntas que

disponen de respuestas tipo Likert con cinco opciones. Con respecto a los resultados de la investigación se pudo apreciar que el promedio ponderado de la calidad del servicio fue de 3.48 en un escala de 1 a 5 siendo la media esperada 4.0, por lo cual se revisaron las brechas correspondientes a las ocho dimensiones de estudio que fueron tiempo de espera -0.20, la capacidad de respuesta -0.11, -0.07, los elementos tangibles -0.07, la calidad técnica -0.06, la empatía -0.06, la comunicación e interacción -0.04, el profesionalismo 0.03 y la seguridad -0.01, solo la dimensión profesionalismo mostro una brecha positiva.

Cayuela, Pastor y Conesa (2019) llevaron a cabo un estudio acerca de la calidad asistencial percibida en la atención primaria en la Región de Murcia, la metodología que se utilizó fue un estudio descriptivo, observacional y transversal, la muestra estuvo compuesta por 24 personas sordas, el instrumento usado fue el cuestionario de evaluación y mejora de la calidad asistencial. Los resultados que se hallaron mostraron que el 83.3% de los encuestados presentaban sordera prelocutiva, apenas el 4.2% tiene como primera lengua la lengua oral, mientras que el 70.8% opta por la lengua de signos.

En cuanto a la calidad de la atención recibida, el 66.7% de personas opina que tiene un nivel bueno, mientras que el 29.1% demostró un nivel regular. Con respecto a la percepción de la profesionalidad del personal médico del Centro de Salud este fue regular, esto se debió a que la profesionalidad del personal administrativo y personal médico fue regular. En lo que se refiere al trato humano se pudo apreciar que el 50% de los encuestados manifestaron que esta era regular, puesto que el trato recibido por el personal médico y administrativo era regular. Se concluyó que las personas sordas presentaron menor calidad asistencial percibida en comparación con la población general (Cayuela et al., 2019).

Podestá y Maceda (2018) realizó una investigación acerca de la calidad percibida del servicio en el personal médico de un hospital de Lima, el cual tiene como objetivo determinar la relación entre calidad percibida del servicio y cultura de seguridad, la metodología que se aplicó fue basada en un estudio cuantitativo, de tipo no experimental, descriptivo, correlacional y transversal, la muestra la conformaron 124 médicos, el instrumento usado fue la encuesta SERVQUAL. La encuesta permitió conocer que el 54.0% de los encuestados percibieron la calidad del servicio con un nivel medio y el 7.3% con un nivel bajo, demostrando que la dimensión aspectos tangibles no es atractiva debido a su antigüedad, a pesar de eso consideran que el equipamiento es moderno.

En el estudio realizado por Hermida (2015) el cual tuvo como finalidad evaluar la calidad de atención por medio de la satisfacción del paciente en función de los servicios de salud recibidos por los mismos en un área de consulta externa. Se utilizó una metodología que estuvo compuesta por un alcance descriptivo de corte transversal, la herramienta de recolección de datos fue la encuesta, la misma que fue aplicada a una muestra de 287 usuarios y el cuestionario tuvo como característica estar validado, este fue el SERVQHOS, el mismo que fue adaptado en función de las necesidades del estudio. Para el procesamiento de datos se hizo uso del programa estadístico SPSS 15.0; para mayor fiabilidad del cuestionario se aplicó alfa de Cronbach dando como resultado 0.866, también se utilizó la prueba Krukal-Wallis y el Chi cuadrado.

Con respecto a los resultados más relevantes del estudio que aporta a la investigación actual estuvieron que los usuarios expresaron una satisfacción con respecto al área objeto de estudio del 77.4%, lo cual representó una significancia estadística al momento de aplicar la técnica de  $p < 0.05$ , determinando que los

altos niveles de satisfacción dan como consecuencia que la calidad de los servicios brindados en el área son adecuados; por tanto, se concluye en el trabajo que la satisfacción tiene una correlación positiva con respecto a la calidad de atención que recibe el usuario en la entidad hospitalaria (Hermida, 2015).

Según Peñafiel (2016) en el estudio realizado con la finalidad de incluir la interculturalidad al Hospital Fiscomisional del cantón San Lorenzo provincia de Esmeraldas, se realizaron 117 encuestas a los usuarios de la unidad hospitalaria a nivel interno y externo. La metodología de la investigación utilizada estuvo dada por un alcance descriptivo y métodos analíticos. Entre los resultados obtenidos resaltaron que, si la unidad aplica políticas de forma satisfactoria enfocadas a la interculturalidad de la salud, sumado a las adecuaciones pertinentes de la estructura hospitalaria los usuarios externos tendrán intenciones de realizar tratamientos en la entidad de sanitaria con la finalidad de mejorar su estado de salud.

Por lo expuesto en el estudio descrito se concluyó que la adecuada aplicación de políticas permitirán romper las barreras culturales entre la medicina de la actualidad contra las creencias que tienen las etnias de acuerdo a sus antecesores, provocando con ello que mejoren los índices hospitalarios con respecto a la morbimortalidad del paciente debido al entendimiento médico-paciente logrando con ello mejorar la calidad de vida y el buen vivir del paciente que acude a la entidad de salud en mención (Peñafiel, 2016).

Según Radcliffe (2014) en la investigación realizada acerca de las mujeres Kichwa y Tsáchila en el Estado ecuatoriano, son las que mayores inconvenientes tienen en cuanto al acceso de servicios y expresar sus derechos debido a que el gobierno del país no las toma en consideración en los programas fomentados por

los mismos; por tanto, las mujeres indígenas tienen una lucha constante para prevalecer sus derechos ante su propia etnia y el Estado, lo que se resalta en la entrevista realizada en la cual establece tener los inconvenientes anteriormente mencionados sumado al doble discurso por parte del gobierno. Dentro de la propuesta planteada, se estableció tener las mismas consideraciones que los hombres indígenas en cuanto a trabajo, remuneración y acceso al crédito; es decir, tener igual de condiciones.

Del Salto (2015) indicó que a través de los años se ha producido un importante cambio en las relaciones que se establecen entre el médico y paciente, puesto que hoy en día para medir dicho factor es necesario realizarlo mediante métodos de efectividad, que permitan verificar la percepción del paciente y como este se encuentra satisfecho por el resultado obtenido. El objetivo de esta investigación fue analizar la calidad de atención que ofrecía el departamento médico de un instituto nacional y cuál era el nivel de satisfacción de estudiantes, docentes y personal administrativo. La metodología que se utilizó fue un diseño observacional de tipo epidemiológico analítico transversal. La población estuvo conformada de la siguiente manera: 206 personas correspondiente al personal docente, 43 administrativos, 36 del personal de servicio y 4537 estudiantes.

Se realizó una muestra para cada sector, obteniendo como resultado general 391 elementos a los cuales, mediante la observación directa con una técnica de encuesta se aplicó un cuestionario, el mismo que estuvo conformado por 23 ítems que median la satisfacción del usuario. Se obtuvieron resultados favorables; sin embargo, el 40% manifestaba que debería existir una mejora en los tiempos de espera por el bienestar del usuario. A pesar de esto, el 10.5% manifestó que existe una atención de calidad, mientras que el 94.36% indicó que se encontraban



satisfechos por el servicio brindado. Dado esto, se recomendó mejorar la información brindada hacia los usuarios, motivando al profesional con el fin de brindar un servicio de calidad (Del Salto, 2015).

Benites, Eri y Díaz (2017) desarrollaron un estudio con el objetivo de analizar las representaciones sociales que se generaban en la atención de la salud del grupo étnico de Brasil por parte de equipos multidisciplinarios de salud. La metodología que se empleó en la investigación mantuvo un método cualitativo el cual estuvo basado en la teoría de las representaciones sociales. Para llevar a cabo la recolección de datos, se empleó la observación participante y una entrevista semiestructurada dirigida a 20 participantes, manteniendo un enfoque sobre la experiencia que mantienen los profesionales al trabajar con la población de la etnia Mbyá-Guaraní.

Por medio de dicha información, se evidenció que existen desacuerdos entre las prácticas y conceptos de atención médica entre la biomedicina y medicina tradicional. Los factores que obstaculizan la atención sanitaria en el contexto intercultural son las representaciones de la cultura y familia, la falta de organización en las acciones de salud e infraestructura. Como conclusión, se reflejó la necesidad de instaurar un nuevo pilar para el proceso de atención de salud indígena, a través de la interpretación de las necesidades reconocidas a fin de establecer un grado de cooperación entre los profesionales de salud y las comunidades manteniendo un contexto intercultural (2017).

Cardona, Rivera y Carmona (2015) desarrollaron un estudio con el objetivo de poder determinar las prácticas y concepciones del saber ancestral que contribuyen a la interculturalidad en la salud de un pueblo indígena. La investigación mantuvo un enfoque cualitativo y etnográfico desarrollado en el

período de tiempo en los años 2011 a 2012 a 20 indígenas pertenecientes al pueblo Emberá-chamí de Colombia. Se realizó un muestreo teórico donde se aplicó la observación participante, diarios de campo y entrevistas semiestructuradas. Se seleccionó material de forma espontánea bajo criterios de credibilidad, transferibilidad y audibilidad con la finalidad de crear un sistema categorial visualizando los diversos principios éticos.

Por medio de los resultados se evidenció que el pueblo emberá-chamí, es una sociedad independiente que presenta diversas diferencias y particularidades respecto a las alternativas de atención de salud donde se involucra la medicina occidental. Dicha interacción permitió fortalecer la atención de ciertas enfermedades lo cual ha contribuido el mejoramiento de la calidad del servicio de salud y vida de dicha comunidad. Además, se identificó que la interculturalidad en salud favorece los conocimientos ancestrales y occidentales lo cual ha mejorado el acceso de servicios de salud a diversas culturas, desarrollando un mecanismo como respuesta a las presiones y diferencias sociales que se constituyen en los derechos de los pueblos al momentito de recibir una atención sanitaria de forma adecuada eficaz eficiente y de calidad acorde a su diversidad cultural (Cardona et al., 2015).

### **Situación actual**

Según el MSP (2019) con respecto a la salud intercultural la cartera de Estado por medio de la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi tiene una visión amplia con respecto a los pueblos y nacionalidades de la región de otorgar calidad y calidez de servicios de salud para garantizar la mejora en el buen vivir de los mismos, por medio de la implementación de estrategias interculturales con la finalidad del fortalecimiento de los sistema de salud Kichwa. Entre las

características del modelo está la realización de ferias nutricionales que fomenten la salud intercultural por medio de la participación activa de las parroquias y consejos cantonales, talleres para preparar adecuadamente a los profesionales de la salud con respecto a la sensibilización de la interculturalidad en la salud. Lo que intenta la cartera de Estado de la salud es preparar a los colaboradores para que tengan las competencias en cuanto a la atención de salud de calidad, calidez e interculturalidad para mejorar la calidad de servicio.

### **Provincia de Esmeraldas**

Una de las 24 provincias que conforman el Ecuador es Esmeraldas o también conocida como provincia verde. Se encuentra ubicada en la parte Norte de la región Costa o Litoral. Esta provincia contiene uno de los puertos más importantes del Ecuador y se encuentra en el puesto número 11, por ser una de las ciudades más pobladas del país. En cuanto a su división política esta se encuentra dividida en siete cantones: Atacames, Muisne, Esmeraldas (capital), Quinindé, Río Verde, Eloy Alfaro y San Lorenzo. La población según su cultura y costumbres se identifica como mestiza y afro ecuatoriana (INEC, 2010b).

### **Cantón Eloy Alfaro**

Con respecto al cantón Eloy Alfaro, este se encuentra ubicado al norte de la provincia de Esmeraldas y representa el 27.1% de su territorio. Se localiza en la zona de planificación número uno y cuenta con 15 parroquias. Según datos del Censo de Población realizado en el año 2010 por el INEC, mantiene una población de 39.7 mil habitantes, su Población Económicamente Activa (PEA) está representada por el 50.6%. De acuerdo con las ramas de actividades, el 59.2% de la población se mantiene ocupado en la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca (INEC, 2010a).

### **Coordinación Zonal 1**

La Coordinación Zonal de Salud 1 fue creada de acuerdo a orden ministerial No. 00004919 en el año 2014 por parte del órgano rector de la salud en el país, el cual es el MSP, con la finalidad de establecer distritos que estén encargados de la administración de salud de la ciudadanía de las provincias Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbíos. El Distrito 08D02 Eloy Alfaro como delegado del ministerio tiene como finalidad realizar cambios satisfactorios en la salud para poder incrementar oportunamente la cobertura de los ciudadanos que se encuentran ubicados en los sectores mencionados del país (MSP, 2016).

Como un segmento de la Autoridad Sanitaria Nacional, el Distrito 08D02 del cantón Eloy Alfaro implementó cambios locales en el sector de salud, los cuales se enmarcaron en el proceso de Revolución Ciudadana del gobierno anterior con el fin de incrementar el porcentaje de cobertura al acceso de los diferentes servicios de salud que se brindan para la población (MSP, 2016).

El distrito para el cumplimiento de sus roles tiene la misma orientación del MSP en las provincias de competencia, realizando la rectoría de la salud del país por medio de la coordinación, regulación, planificación y control de la salud. Entre los valores institucionales resaltan la inclusión, integridad, vocación de servicio, compromiso, respeto y justicia. En relación a la población el Distrito 08D02 Eloy Alfaro según el INEC tiene 44076 habitantes, dentro de los parámetros físicos de las unidades de salud cuentan con 19 unidades operativas las cuales están clasificadas en dos Hospitales Básicos con 20 camas, los mismos que tienen una ubicación en Limones y Borbón en el sector urbano, con respecto al sector rural tiene diecisiete centros de salud (MSP, 2016).

### **Capacidad instalada**

Según el MSP (2016) dentro de la capacidad instalada se realizaron 184,399 consultas en el 2016, las cuales han tenido la particularidad de ser preventivas y de morbilidad, el sexo del Distrito está dividido en 49.4% femenino y 50.6% masculino con una partición de 12.36% urbano y 87.64% rural. Con respecto a los indicadores hospitalarios los más relevantes se expresan a continuación:

La tasa de intervenciones quirúrgicas en el 2016 fue 44 en el Hospital Civil Borbón, 81 en Limones dando como consecuencia 125 en el distrito. El promedio diario de egresos estuvo dado en un 48.6% teniendo 98,319 consultas preventivas al año y 86,080 de morbilidad, entre la cartera de servicios está clasificada por ciclos de vida niños, embarazadas, adultos y adulto mayor, también se ha visto un incremento importante en el talento humano (MSP, 2016).

### **Acciones para mejorar la calidad del servicio**

De acuerdo con los avances y logros con el fin de mejorar la calidad del servicio de salud a nivel nacional y en el distrito, se han establecido ciertas acciones tales como la implementación de auditorías de historias clínicas, visitas a la población puerta a puerta incluyendo la promoción y educación de salud, mejoramiento y socialización de un flujograma con el fin de organizar y optimizar los procesos que deben realizar las mujeres embarazadas al ser atendidas por primera vez. Todas estas medidas se han llevado a cabo mediante talleres y auditorías con el objetivo de mejorar el servicio de atención no solo en los hospitales, unidades operativas, sino también a la comunidad. Adicional a esto, se encuentra la creación de 15 comités de salud de los cuales solo 13 se encuentran en funcionamiento permitiendo que el personal se involucre en actividades como

capacitaciones, visitas puerta a puerta, casas abiertas entre otros, fomentando así la participación ciudadana (MSP, 2016).

Otro de los logros que se han llevado a cabo en el distrito, es el mejoramiento de la infraestructura y equipo sanitario, donde se ha visto un progreso en las unidades operativas del Pampanal de Bolívar, Tola y Colón Eloy. Las actividades que han ayudado a regenerar estas unidades han sido la implementación de dos consultorios médicos, instalación de una sala de espera, mejoramiento de la fachada, puesto que la misma se encontraba en pésimas condiciones y por último el cerramiento de la unidad operativa Timbire (MSP, 2018).

En cuanto al factor de inversión en salud pública, en el año 2018 se asignó un tributo correspondiente al gasto corriente de \$ 12'479,925.37 el cual fue ejecutado en un 99.9% en el pago de sueldo al personal, adquisición de bienes y servicios con el fin de mejorar la atención del servicio. Además, se estableció un presupuesto de \$ 482,181.36 relacionado a los gastos de inversión, efectuado en un 95.35%, los cuales fueron invertidos en el equipamiento del centro de salud tipo B de San Francisco de Onzole y el Hospital Básico Limones (MSP, 2018).

### **Marco Legal**

Según la Asamblea Nacional Constituyente (2008) en la Constitución de la República del Ecuador en su art. 3 establece cuáles son los deberes primordiales del Estado ecuatoriano, estos se encuentran en función de garantizar el acceso a la salud de la población en general bajo las condiciones de igualdad sin que incurra en el proceso discriminación alguna, también indica que estos servicios de salud deben de ser de calidad y calidez.

En el art. 11 de la ley en mención prohíbe de manera específica la discriminación de los ciudadanos ecuatorianos por razones de etnia en cuanto al

acceso de los servicios de salud administrados por el MSP, el cual es la entidad encargada de administrar la salud en el país (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

En el art. 32 establece que la salud es un derecho irrenunciable; por tanto, el Estado ecuatoriano debe de garantizar su ejecución de manera satisfactoria bajo los parámetros de interculturalidad, constitucional de derechos, plurinacional, equidad, calidad, eficacia, eficiencia con enfoque de género (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Los derechos que debe de garantizar el Estado ecuatoriano son: la salud de forma universal y de calidad con la particularidad de tener acceso permanente, oportuno y sin exclusión. La ley también establece que existe otros derechos los cuales están en función a la educación, hábitat segura, agua, trabajo y seguridad social, entre otros (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

El Estado garantizará un sistema de salud oportuno por medio de instituciones públicas que tengan como competencia la promoción de la salud con la finalidad de crear políticas que aporten a la prevención de enfermedades, así como también al trato de las mismas por medio del uso de la atención primaria de salud y los diferentes niveles que conforman el sistema de salud en un todo (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

En el art. 362 establece que la atención de salud es competencia de las instituciones públicas, privadas, comunitarias y autónomas los cuales brindarán atención primaria de salud y demás niveles existentes dentro de la red de salud del país a la población ecuatoriana que lo necesite (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

El Plan Nacional de Desarrollo establece dentro de sus estatutos que se debe de fomentar de manera adecuada la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con la finalidad de que la población se encuentre sana y pueda hacer uso de todas sus capacidades logrando con ello mejorar la calidad de vida de los mismos, a esto se suma la creación de programas que aporten a la mejora de los hábitos de vida de los ecuatorianos (Senplades, 2018).

El MSP para poder brindar un servicio integral dio paso a la creación del modelo de atención integral de salud el cual tiene la particularidad de ser un manual que brinda las normas, estrategias, procedimientos y herramientas necesarias para brindar un servicio de salud de calidad y calidez que estén alineados a los objetivos de la entidad rectora de la salud en el país (MSP, 2012).

La ley Orgánica de Salud en su art. 1 establece que la finalidad de este cuerpo legal es regularizar de forma oportuna las acciones efectivas que permitan dar paso a la ciudadanía el acceso universal a la salud el cual está estipulado en la Constitución de la República bajo los principios de equidad, interculturalidad, calidad, eficiencia y generalidad de género (Asamblea Nacional Constituyente, 2015).



## Capítulo III

### Marco Metodológico

En el siguiente capítulo se evidencia el marco metodológico empleado para la investigación, el cual se encuentra constituido por el tipo, enfoque, alcance además de los instrumentos que se utilizarán para la recolección de datos.

Adicional a esto, se determinó la población y las técnicas que se implementaron para llevar a cabo el análisis e interpretación de los resultados a fin de obtener información precisa y veraz que contribuya en el desarrollo del presente estudio.

#### Enfoque

La investigación de enfoque cuantitativo es aquella donde se recoge y analiza una determinada cantidad de datos numéricos. Esta investigación se encuentra basada en la deducción probabilística, es objetiva, se orienta al resultado otorgando información sólida y repetible a fin de interpretar dichos resultados de forma clara, precisa y con mucha objetividad (Cadena et al., 2017).

La investigación mantiene dicho enfoque, dado que, por medio de las variables establecidas en el presente estudio se podrá obtener datos numéricos que permitan identificar la relación que existe entre la gestión de atención intercultural y percepción de calidad de los usuarios del Distrito Eloy Alfaro.

#### Alcance

La investigación descriptiva tiene como objetivo determinar los perfiles y características de las personas, comunidades, grupos, objetos, procesos o cualquier fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, se encarga de recolectar información de forma conjunta o independiente sobre las variables objeto de estudio y verificar su relación. Por otra parte, la investigación correlacional tiene como finalidad evaluar el nivel de asociación que se encuentra entre dos o más

variables, las cuales se miden, cuantifican para posteriormente analizar su vínculo (Mousalli, 2015).

La investigación tendrá un alcance descriptivo correlacional, es descriptivo debido que se pretende analizar e identificar la forma en el cual se muestra la problemática, analizando todos los datos que se han obtenido por medio de los instrumentos de recolección de información. Por otro lado, es correlacional, debido que se busca determinar la relación entre las variables derivadas de la investigación.

### **Tipo de Investigación**

La investigación fue no experimental, esta se caracteriza por el simple hecho de que las variables objeto de estudio no son manipuladas, lo que se realiza es una observación y exploración acerca de la problemática que se pretende analizar (Dorantes, 2018). Por otro lado, se encuentra la investigación transversal, la misma que tiene como objetivo describir y analizar los criterios propios de la investigación en un determinado momento (Rodríguez & Mendivelso, 2018).

Para el presente estudio se empleó el tipo de investigación no experimental, debido a que no existió manipulación de las variables, lo que permitió analizar de manera conjunta la problemática. Adicional, fue transversal, debido que se recolectaron los datos en un momento único sin tomar en consideración su evolución a través del tiempo.

### **Instrumentos**

Para llevar a cabo la recolección de datos, se empleó como herramienta un cuestionario, cuya metodología fue la encuesta. De acuerdo con Fábregues, Meneses, Rodríguez y Hélène (2016) dicho instrumento tiene como finalidad recolectar información precisa y veraz sobre un tema objeto de estudio, el cual

permite plantear una serie de preguntas las cuales se podrán analizar bajo un proceso cuantitativo.

Se empleó un cuestionario basado en el modelo SERVPERF, el mismo que fue tomado de Isaza y Cañizares (2019), con el cual se buscó evaluar la calidad del servicio que ofrece el Distrito 08D02 Eloy Alfaro en Esmeraldas. Se encuentra conformado por cinco dimensiones, las cuales son percepción física, prestación del servicio, velocidad de respuesta, seguridad y empatía, manteniendo un total de 22 ítems. El modelo SERVPERF se encuentra sujeto a una escala de Likert, la cual se constituye de cinco opciones que se evidencian en la tabla dos.

Tabla 2.

*Escala de Likert*

Escala de Likert	
1	Totalmente en desacuerdo
2	En desacuerdo
3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4	De acuerdo
5	Totalmente de acuerdo

Por otra parte, se desarrolló un pequeño cuestionario referente a la gestión de atención intercultural. El mismo se encuentra conformado por siete preguntas, cinco de ellas se caracterizan por ser cerradas, donde se expresa la etnia, género y las barreras que afectan la calidad de la salud en la interculturalidad. Las primeras preguntas son de índole sociodemográfica; no obstante, las siguientes fueron desarrolladas por medio de la información establecida en el marco teórico en aspectos como las barreras sociales, culturales y geográficas reflejadas en el trabajo de Dolci, Gutiérrez y García (2015), al igual que en la investigación de Urbanos (2016) en donde se ratifica las barreras de acceso en aspectos culturales, sociales y jurídicos, así como factores exclusivos de oferta como las actitudes del personal sanitario.

En lo que respecta a la falta de abordaje cultural que ocasiona barreras discriminatorias afectando la calidad en la atención sanitaria se pudo apreciar en la investigación de Veliz et al. (2019) que habla sobre la teoría de diversidad y universalidad de los cuidados culturales que son parte esencial de los cuidados sanitarios, ya que brindan competencias interculturales necesarias para lo que realizan. Con respecto a la interculturalidad que afecta la equidad en los servicios de salud, esto refleja en el estudio de Gavilán, Viguera, Madariaga y Parra (2018) donde la interculturalidad se la define como un desafío, ya que la cultura propia dispone de conocimientos, prejuicios, valores e ideologías que pueden influir en la interpretación de los tratamientos y diagnósticos adecuados.

### **Población**

De acuerdo con Díaz (2016) la población se encuentra constituida por un conjunto de elementos, los cuales pueden ser personas, objetos, organismos o demás factores que tiene como finalidad participar en un análisis problemático. Dicha población debe ser medida, cuantificada y estudiada de forma clara, precisa y veraz. Respecto a la investigación, la población está conformada por un total de 44 076 habitantes del distrito objeto de estudio (MSP, 2016).

## Operacionalización de las Variables

Tabla 3  
*Variables de estudio*

<b>Variable dependiente</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Escala/Ítems</b>
<b>Calidad Percibida</b>	La calidad percibida manifiesta el valor subjetivo que se mantiene de la atención recibida. Es un tema complejo debido que su conceptualización se deriva de la percepción del usuario y de instrumentos y técnicas de medición (Duque & Canas, 2014).	Percepción Física	1. El Distrito Eloy Alfaro cuenta con equipamiento moderno 2. Las instalaciones físicas del Distrito Eloy Alfaro son visualmente atractivas. 3. El personal del distrito Eloy Alfaro mantiene una apariencia limpia y prolija. 4. Los materiales relacionados con el servicio (carteles indicativos, afiches) utilizados en el Distrito Eloy Alfaro son visualmente atractivos.
		Prestación del servicio	5. Cuando el servicio del Distrito Eloy Alfaro promete hacer algo en cierto tiempo, realmente lo hace. 6. El personal del Distrito Eloy Alfaro muestra sincero interés en atender los deseos y necesidades de los pacientes. 7. El servicio que ofrece el Distrito Eloy Alfaro se presta de la manera correcta desde la primera vez. 8. El Distrito Eloy Alfaro concluye la atención en el tiempo prometido. 9. El servicio se presta sin cometer errores en registros, extractos, anotaciones. 10. Los empleados del Distrito Eloy Alfaro informan el momento en el que serán brindados los servicios.
		Velocidad de respuesta	11. El servicio brindado por el Distrito Eloy Alfaro es rápido. 12. El personal del Distrito Eloy Alfaro está siempre dispuesto a ayudar a los pacientes.
		Seguridad	13. Cuando el paciente plantee una necesidad, el personal del Distrito Eloy Alfaro siempre está disponible (no ocupado) para atender. 14. El comportamiento de los empleados del Distrito Eloy Alfaro infunde confianza. 15. Los pacientes se sienten seguros en sus trámites con el Distrito Eloy Alfaro. 16. Los empleados del Distrito Eloy Alfaro se comportan de manera cortés y amable.

---

17. Los empleados del Distrito Eloy Alfaro tienen conocimiento para responder a las preguntas a sus pacientes.

---

Empatía 18. El Distrito Eloy Alfaro brinda a sus pacientes una atención individualizada.  
19. Los horarios de atención del Distrito Eloy Alfaro resultan convenientes para todos los pacientes.  
20. Los empleados del Distrito Eloy Alfaro brindan atención personal (asesoramiento) a sus pacientes.  
21. El Distrito Eloy Alfaro tiene su principal interés en los pacientes.  
22. Los empleados del Distrito Eloy Alfaro comprenden las necesidades específicas de los pacientes.

---

<b>Variable Independiente</b>	La interculturalidad en el ámbito de atención intercultural hospitalaria	Etnia	<b>1. ¿De acuerdo con las siguientes opciones, ¿cómo se autoidentifica?</b> Afroecuatoriano ___ Blanco ___ Indígena ___ Mestizo ___ Montubio ___ Otro ___
	salud mejora en gran proporción el grado de satisfacción percibida por los pacientes incluyendo la calidad de la atención recibida (Bautista, Vangehuchten	Género	<b>2. ¿Bajo las siguientes opciones, con qué género se identifica?</b> Bisexual ___ Gay ___ Hombre ___ Lesbiana ___ Mujer ___ Transexual ___ Transfemenina ___ Transmasculino ___ No sabe ___
		Barreras	<b>3. ¿Considera usted que las barreras culturales, geográficas y sociales que existen afectan la calidad de la atención sanitaria?</b> Totalmente en desacuerdo ___ En desacuerdo ___ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ___ De acuerdo ___ Totalmente de acuerdo ___

---

& Duque,  
2017).

---

**4. ¿La falta de un abordaje cultural ha provocado que el personal de salud con el paso del tiempo haya establecido una barrera discriminatoria afectando la calidad en la atención sanitaria de las personas?**

Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_ En desacuerdo \_\_\_\_

Ni de acuerdo ni en desacuerdo \_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_

**5. Considera usted que la interculturalidad ha sido un factor relevante que ha afectado la equidad en los servicios de salud?**

Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_ En desacuerdo \_\_\_\_

Ni de acuerdo ni en desacuerdo \_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_

**6. ¿Considera usted que su derecho a la salud ha sido vulnerado por pertenecer a una cultura en específico?**

Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_ En desacuerdo \_\_\_\_

Ni de acuerdo ni en desacuerdo \_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_

**7. ¿Considera necesario la implementación de acciones que aseguren el acceso a la salud sin ningún tipo de discriminación promoviendo el respeto igualitario para todas las personas?**

Totalmente en desacuerdo \_\_\_\_ En desacuerdo \_\_\_\_

Ni de acuerdo ni en desacuerdo \_\_\_\_ De acuerdo \_\_\_\_

Totalmente de acuerdo \_\_\_\_

---

## Muestra

Según Espinoza (2016) la muestra se define como una parte representativa de la población. La misma debe cumplir con aspectos como las semejanzas y diferencias propias de la población. Se realizó un muestreo por medio de la siguiente fórmula.

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

En donde:

N representa el tamaño de la población

Z representa el nivel de confianza, en este caso fue del 95%

p representa la probabilidad de éxito (0.5)

q representa la probabilidad de fracaso (0.5)

d se manifiesta como el error máximo admisible el cual fue del 5%.

Por medio de dicha fórmula, se determinó que la muestra se encuentra conformada por un total de 382.

## Recolección de Datos

Para llevar a cabo la recolección e información se utilizó una encuesta, la misma que se encontró basada en el modelo SERVPERF, esta tuvo como finalidad evaluar la calidad del servicio que ofrece el personal del Distrito 08D02 Eloy Alfaro y cómo esto es percibido por los usuarios de Esmeraldas. Adicional, se encuentra un cuestionario, aludiendo a la gestión de atención intercultural que se manifiesta en dicha institución.

## Tratamiento de Datos

Para analizar la relación que existe entre la gestión de atención intercultural hospitalaria y la percepción de calidad de los usuarios en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro, Esmeraldas, se estableció el uso de la correlación de Pearson, con la



finalidad de verificar el grado de asociatividad que existen entre dichas variables. De acuerdo con El Centro de Ciencias Genómicas UNAM (2016) el coeficiente de correlación de Pearson se ha convertido en un índice que muestra el nivel de asociación entre dos o más variables, donde valores cercanos a la unidad se reflejan como altamente correlacionados.

### Prueba Piloto

Se desarrolló una prueba piloto a 50 personas de la muestra para poder determinar la fiabilidad del cuestionario. La prueba de fiabilidad se la realizó por medio del alfa de Cronbach, el cual obtuvo un valor de 0.986 para el cuestionario de calidad y de 0.979 para el cuestionario de interculturalidad (preguntas 3 a 6), con lo que se establece que la prueba es fiable estadísticamente. A continuación, se muestra la evidencia del proceso.

Tabla 4  
*Alfa de Cronbach pilotaje percepción de calidad*

<b>Casos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Válido	50	100.0
Excluido	0	.0
Total	50	100.0
<b>Alfa de Cronbach</b>		<b>N de elementos</b>
	.986	22

Tabla 5  
*Alfa de Cronbach pilotaje interculturalidad*

<b>Casos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Válido	50	100.0
Excluido	0	.0
Total	50	100.0
<b>Alfa de Cronbach</b>		<b>N de elementos</b>
	.979	4

## Análisis de Resultados

En el siguiente apartado, se muestran los principales resultados que se derivaron de la información recolectada mediante el empleo de los cuestionarios, el primero basado en el modelo SERVPERF y el segundo instrumento fundamentado en la interculturalidad.

### Datos generales

#### Edad

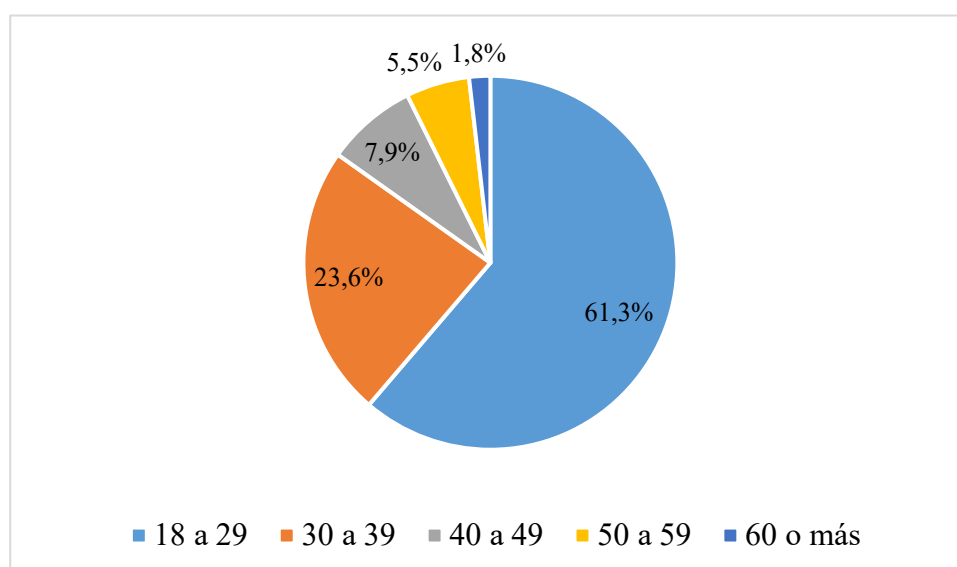


Figura 2. Edad  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

De acuerdo con la figura dos, gran parte de los habitantes del Distrito 08D02 Eloy Alfaro se encuentra en el rango de 18 a 29 años con un 61.3%, seguido del 23.6% perteneciente a la categoría de 30 a 39, el 7.9% se encuentra en la edad de 40 a 49, el 5.5% se conforma de personas que se ubican en la escala de 50 a 59 años y solamente el 1.8% de los habitantes mantienen una edad de 60 años o más.

#### Estado civil o conyugal

En cuanto al estado civil de los usuarios que asisten al Distrito 08D02 Eloy Alfaro, se determinó que el 49.5% son solteros, el 27% se ubica en la categoría de

unidos, el 16.8% son casados y el 6.8% se conforma de las personas que se encuentran en estado de divorciados y viudos.

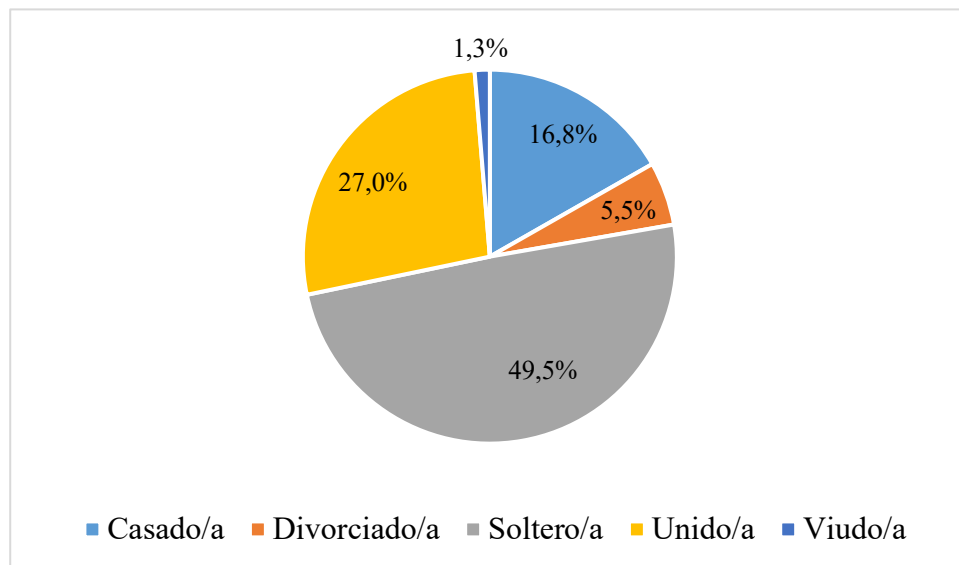


Figura 3. Estado civil  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

### Nivel de instrucción

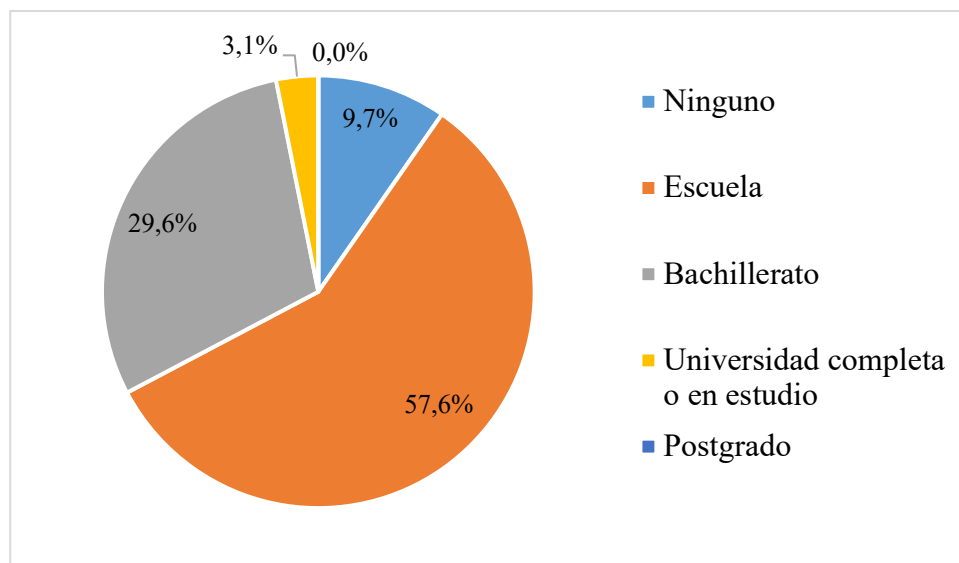


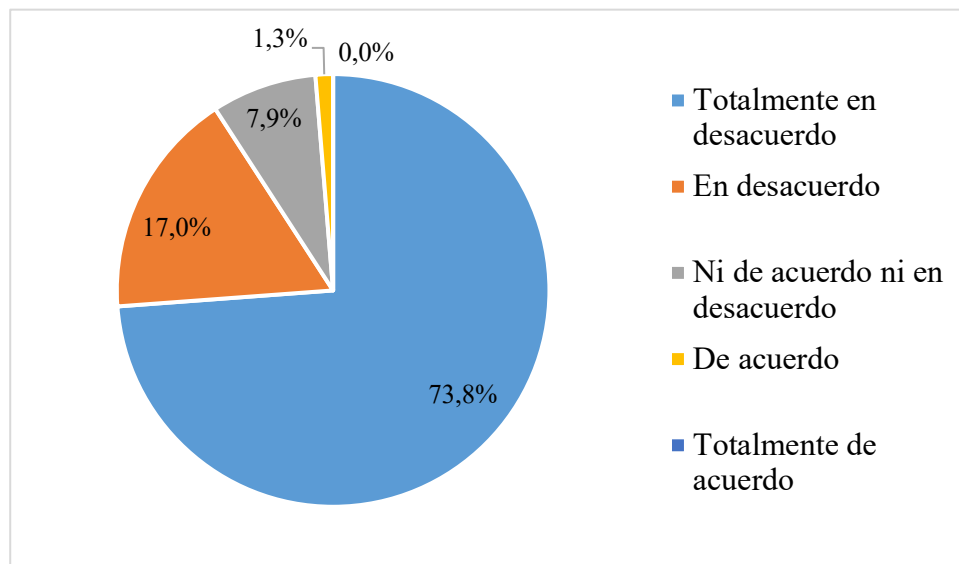
Figura 4. Nivel de instrucción  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Mediante los resultados obtenidos, se determinó que el 57.6% de los encuestados han concluido la escuela, seguido del 29.6% que hacen referencia a las personas que han culminado el bachillerato, el 9.7% de las personas indicaron

que no mantienen ningún grado de instrucción y solamente el 3.1% se encuentran en el nivel de universidad completa o en estudio.

### **Modelo SERVPERF**

#### **1. El Distrito Eloy Alfaro cuenta con equipamiento moderno.**



*Figura 5.* Equipamiento moderno  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Por medio de la encuesta basada en el modelo SERVPERF empleada para evaluar la calidad del servicio que se ofrece en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro, se evidencia que el centro de atención sanitaria no cuenta con equipamiento moderno en sus instalaciones, lo cual se corrobora por el 73.8% de los encuestados, factor que ha repercutido de forma negativa en la calidad de los servicios de atención sanitaria afectando la calidad de vida de los usuarios.

#### **2. Las instalaciones físicas del Distrito Eloy Alfaro son visualmente atractivas.**

En cuanto a las instalaciones físicas del Distrito Eloy Alfaro, el 85.1% consideró que no son visualmente atractivas, factor que hoy en día es de gran importancia debido que, el espacio físico ayuda a que el proceso de atención sanitaria se ofrezca de mejor manera. A pesar de que la mayoría indicó no estar

conforme con las instalaciones del centro de atención de salud, el 3.7% manifestó que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo con la apariencia de las estructuras del lugar.

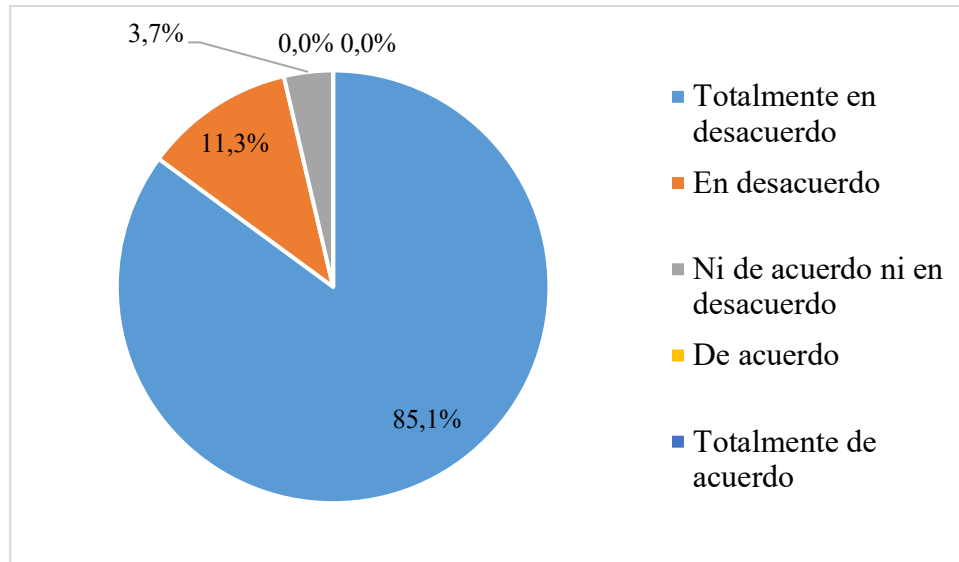


Figura 6. Instalaciones atractivas  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

### 3. El personal del Distrito Eloy Alfaro mantiene una apariencia limpia y prolija.

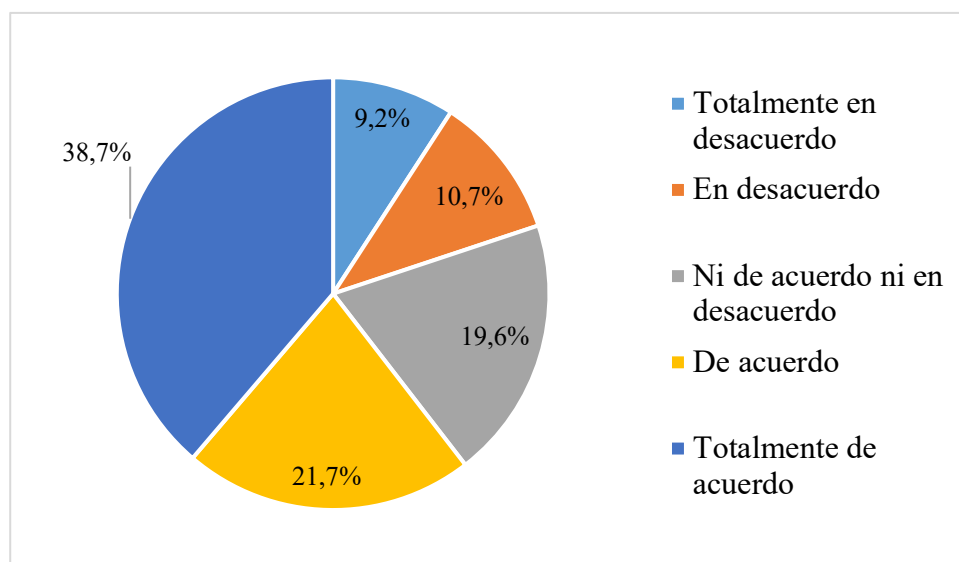
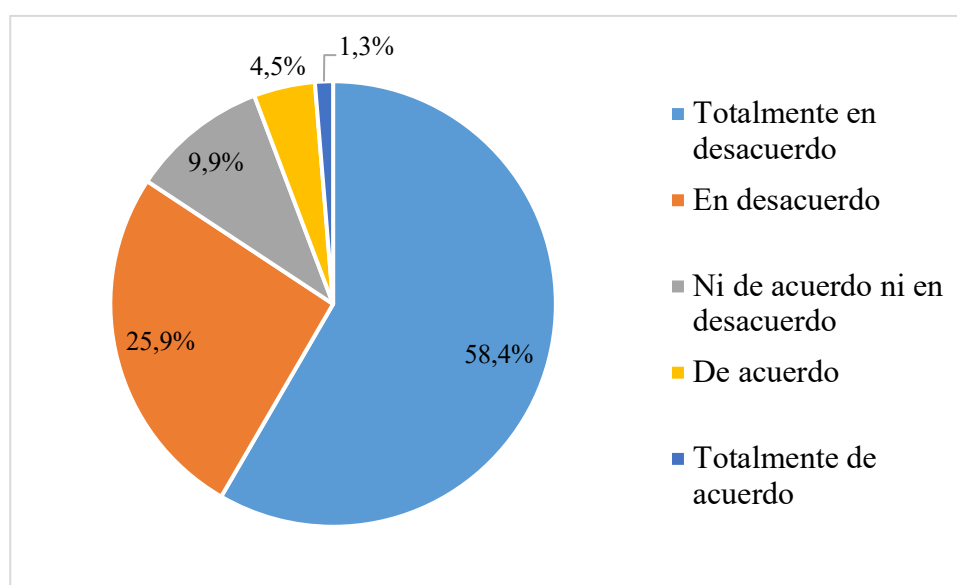


Figura 7. Apariencia del personal  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Según los datos obtenidos mediante la encuesta utilizada, el 38.7% manifestó que el personal del Distrito Eloy Alfaro mantiene una apariencia limpia y prolija,

criterio indispensable que habla del nivel de profesionalismo del personal de salud. Por el contrario, el 9.2% estuvo en total desacuerdo manifestando su desagrado en cuanto a la apariencia del personal sanitario.

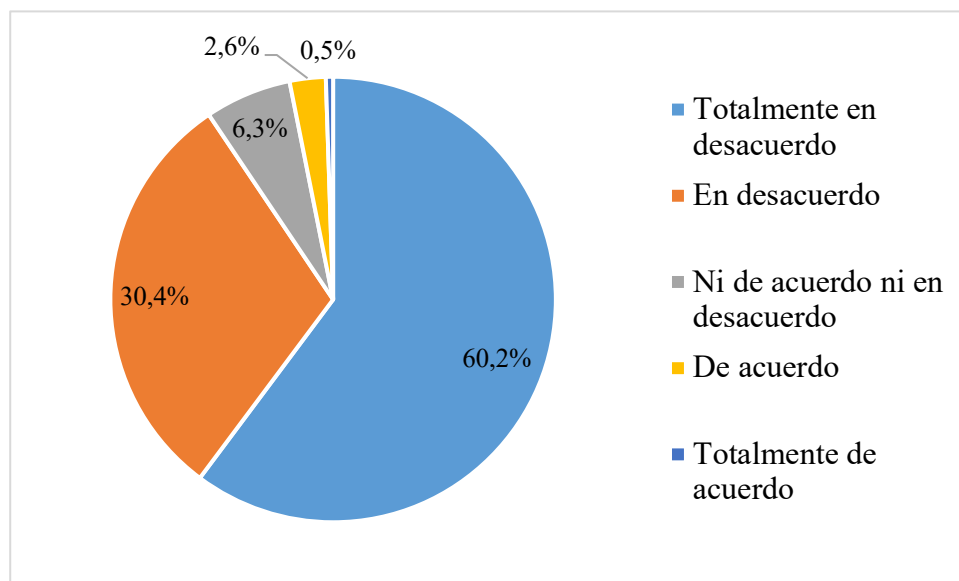
**4. Los materiales relacionados con el servicio (carteles indicativos, afiches, entre otros) utilizados en el Distrito Eloy Alfaro son visualmente atractivos.**



*Figura 8. Materiales gráficos*  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Por medio de los resultados, se constató que los materiales empleados en el servicio de atención sanitaria como afiches, carteles indicativos entre otros elementos no son visualmente atractivos, lo cual es confirmado por el 58.4% de los encuestados. El 25.9% se encuentra en desacuerdo, el 9.9% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 4.5% se encuentra de acuerdo con el criterio establecido y únicamente el 1.3% de los usuarios encuestados manifestaron estar totalmente de acuerdo con los elementos gráficos que se visualizan en las instalaciones del Distrito Eloy Alfaro.

**5. Cuando el servicio del Distrito Eloy Alfaro promete hacer algo en cierto tiempo, realmente lo hace.**



*Figura 9.* Promesa de servicio  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Por otra parte, el 60.2% de los encuestados manifestaron que al momento de que el personal del Distrito Eloy Alfaro promete realizar algo en cierto tiempo, no lo hace. De esta forma se visualiza que la calidad del servicio en gran parte se ve afectada por no cumplir con el compromiso que mantiene el profesional de salud con los usuarios. En contraste con lo anterior, solamente el 0.5% señaló que el personal realmente efectúa de manera eficiente y eficaz sus propuestas hacia el servicio de atención sanitaria.

**6. El personal del Distrito Eloy Alfaro muestra sincero interés en atender los deseos y necesidades de los pacientes.**

El 1.6% de los encuestados manifestaron que el personal sanitario muestra interés de satisfacer las necesidades y deseos de los pacientes. Sin embargo, el 47.9% difiere dicha afirmación, debido que están en total desacuerdo, puesto que, al momento de pasar por el proceso de atención, el profesional no muestra ningún tipo de interés en suplir las necesidades de los usuarios, generando que su derecho

a la salud se vea afectado. Factor que es primordial tomar en consideración a fin de mejorar la calidad de atención hacia los usuarios en el centro médico.

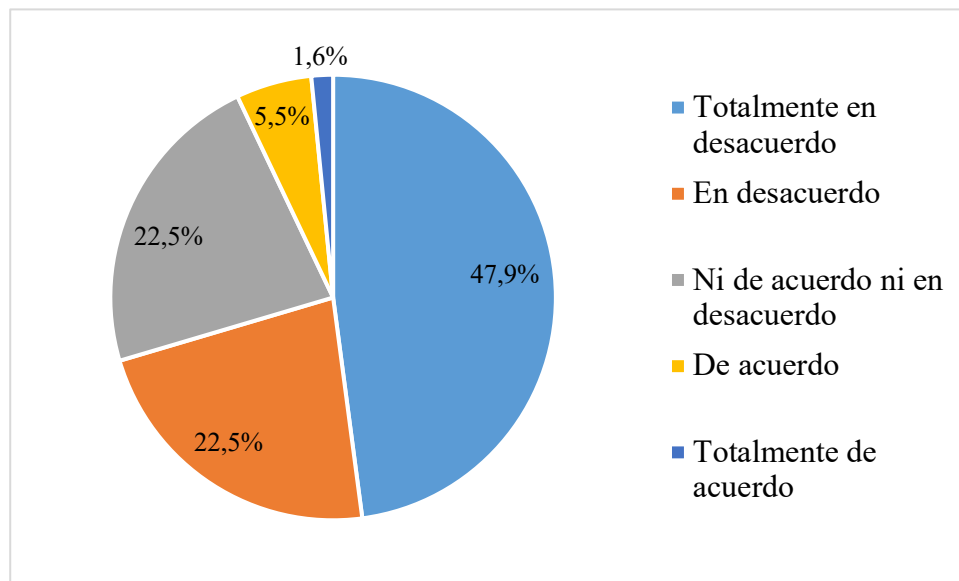


Figura 10. Interés en la atención  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

### 7. El servicio que ofrece el Distrito Eloy Alfaro se presta de la manera correcta desde la primera vez.

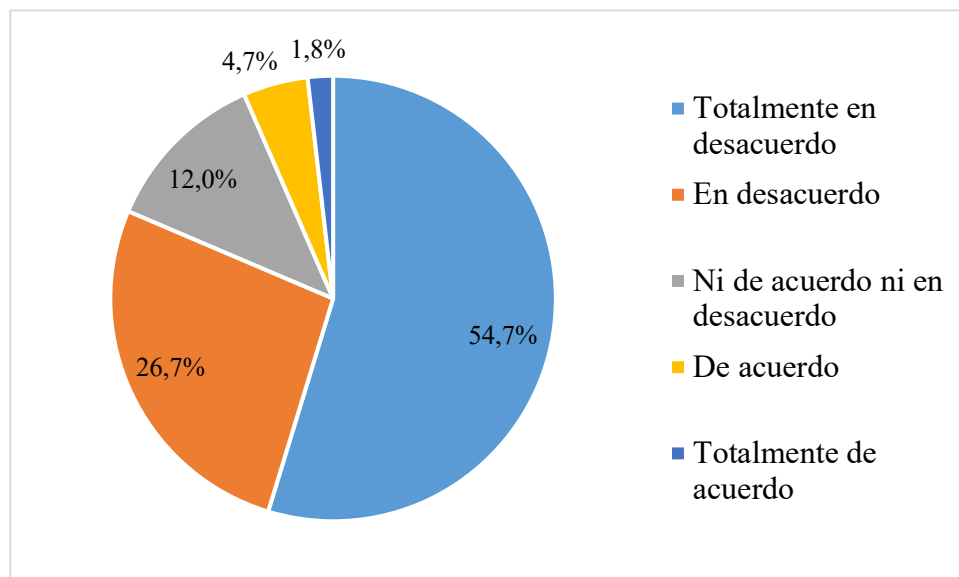


Figura 11. Servicio eficiente  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

De acuerdo con los datos reflejados en la figura 11, el 54.7% de los encuestados consideran que el servicio que ofrece el distrito Eloy Alfaro no se ejecuta de forma eficiente en la primera vez. Por el contrario, se constató que el



1.8% está totalmente de acuerdo con el servicio que otorga el personal del centro de salud, debido que se brinda este de forma eficaz y eficiente desde la primera oportunidad que el usuario mantiene al momento de arribar a dicho lugar.

### 8. El Distrito Eloy Alfaro concluye la atención en el tiempo prometido.

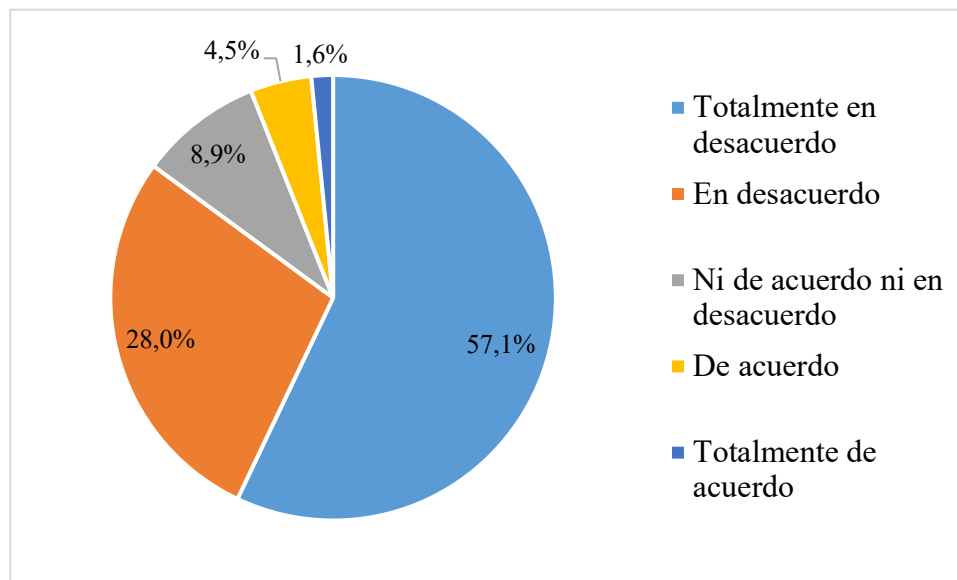


Figura 12. Tiempo de atención  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Bajo los resultados obtenidos, se identificó que con respecto al tiempo de atención propuesto por el personal del Distrito Eloy Alfaro, no se concluye en el tiempo estipulado por los mismos, lo cual se respalda por el 57.1%. Por el contrario, el 6% indicó estar de acuerdo con el criterio establecido, debido que el proceso de atención culmina en el tiempo que el personal dictamina. Esto en muchas ocasiones ha repercutido de forma negativa no solo en los pacientes sino también en los acompañantes del usuario.

### 9. El servicio se presta sin cometer errores en registros, extractos, anotaciones.

En consecuencia, con la figura 13 denominada errores del servicio, se constató que la prestación del servicio otorgado por el personal del Distrito Eloy Alfaro se cumple bajo criterios de errores, lo cual fue respaldado por el 45.5% de

los encuestados. En contraste con lo antes mencionado, el 3.1% de los usuarios difieren dicha argumentación, debido que manifestaron que el servicio se presta sin cometer errores en registros, anotaciones o extractos en el proceso de atención sanitaria.

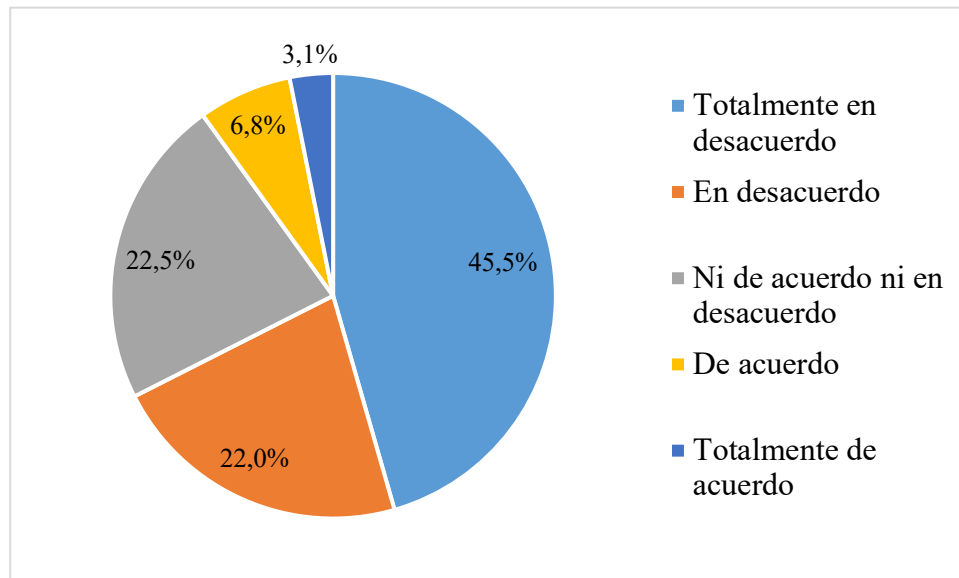


Figura 13. Errores del servicio  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

### 10. Los empleados del Distrito Eloy Alfaro informan el momento en el que serán brindados los servicios.

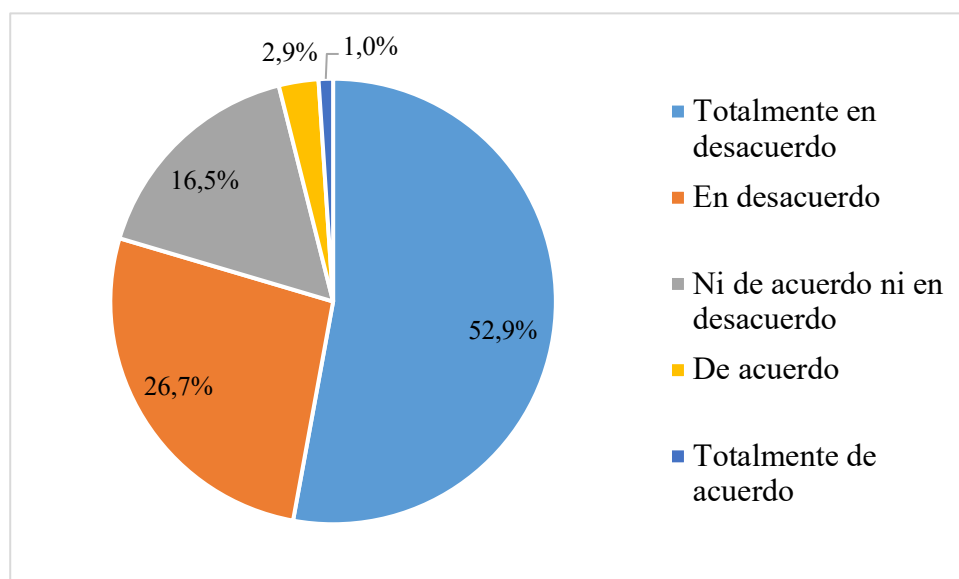


Figura 14. Información del servicio  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

En la pregunta sobre la información del servicio, que alude al momento en el que el personal del Distrito Eloy Alfaro informa que el servicio será brindado, el 52.9% se encuentra en total desacuerdo, seguido del 26.7% que se ubica en desacuerdo, el 16.5% no está de acuerdo ni en desacuerdo, el 2.9% está de acuerdo con la premisa establecida, finalmente solo el 1% de los encuestados indicaron que se informa de manera precisa el momento en el que el servicio será otorgado.

### 11. El servicio brindado por el Distrito Eloy Alfaro es rápido.

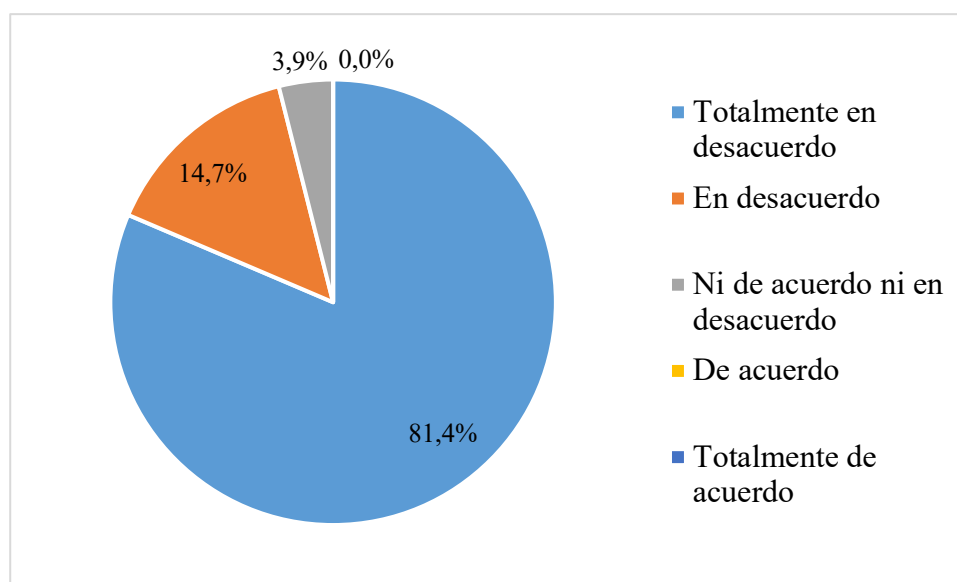


Figura 15. Eficacia del servicio  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Respecto a la eficacia del servicio otorgado por el personal del Distrito Eloy Alfaro, el 81.4% se encuentra en total desacuerdo, lo cual se confirma con la pregunta ocho, donde se evidenció que el proceso de atención no finaliza en el tiempo establecido ocasionado por la falta de rapidez durante dicho procedimiento.

### 12. El personal del Distrito Eloy Alfaro está siempre dispuesto a ayudar a los pacientes.

De acuerdo con los datos reflejados en el siguiente gráfico, se constató que el

personal del Distrito Eloy Alfaro no se encuentra dispuesto a ofrecer su ayuda a los diversos pacientes que arriban a dicho centro de salud, lo cual es representado por el 51% de los encuestados. A pesar de esta información que ha repercutido en la calidad de atención sanitaria, únicamente el 1.6% indicó que los profesionales de salud se encuentran dispuestos a prestar su ayuda en todo momento a fin de mejorar el bienestar del usuario.

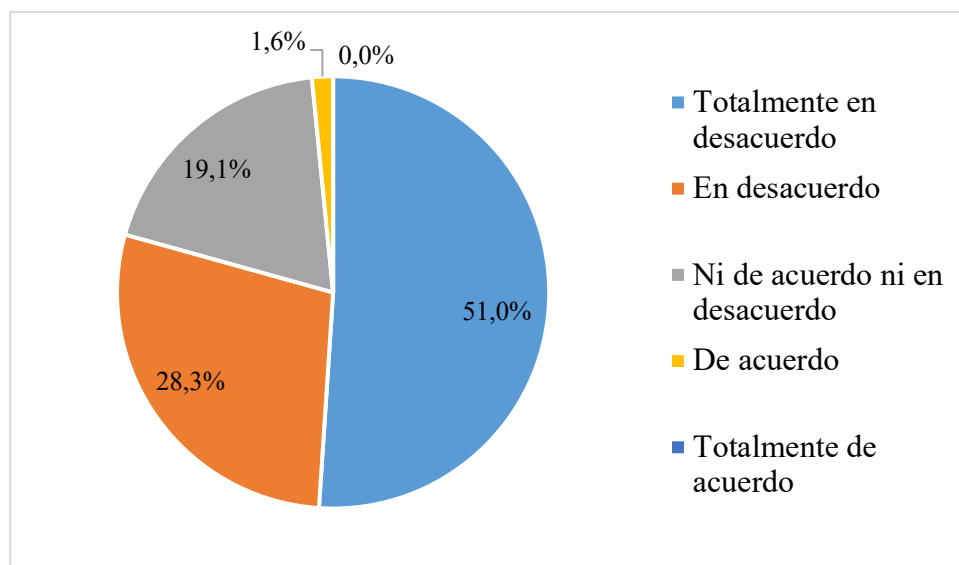


Figura 16. Interés en la atención  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

### 13. Cuando el paciente plantee una necesidad, el personal del Distrito

**Eloy Alfaro siempre está disponible (no ocupado) para atender.**

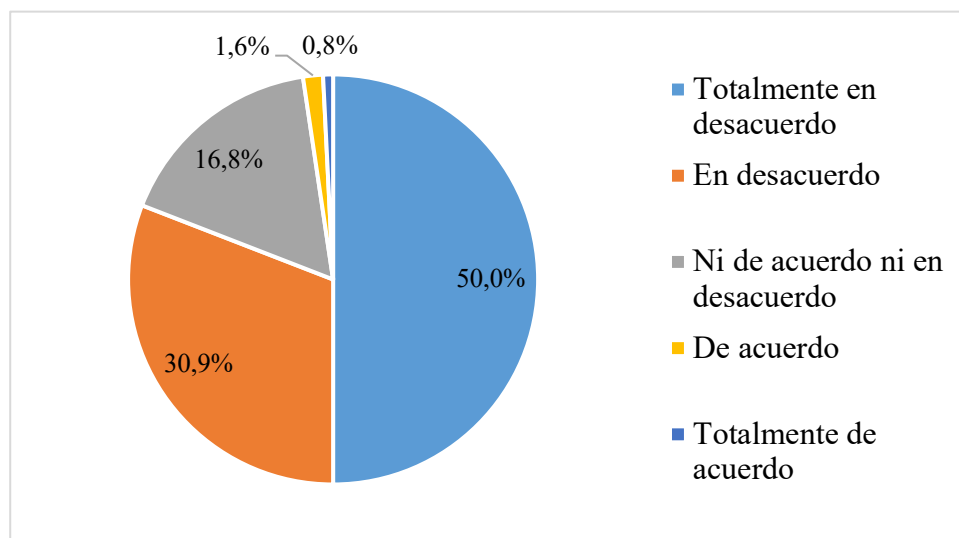


Figura 17. Disponibilidad para atender  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Mediante los resultados derivados de la encuesta, se determinó que el personal del Distrito Eloy Alfaro no presta su ayuda al momento de que el usuario requiere suplir algún tipo de necesidad, esto se ha representado por el 50% de los usuarios encuestados. Por el contrario, el 0.8% indicó que el personal siempre se encuentra dispuesto a ofrecer su ayuda de forma inmediata al momento de que el paciente plantea alguna necesidad que requiera cumplir.

#### 14. El comportamiento de los empleados del Distrito Eloy Alfaro infunde confianza.

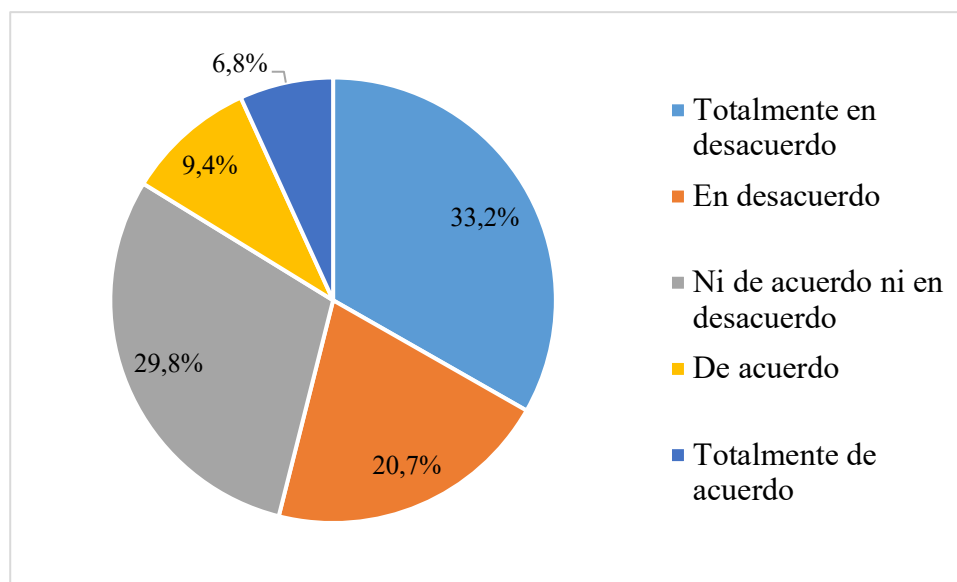


Figura 18. Confianza  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Respecto al comportamiento que mantienen los empleados del Distrito Eloy Alfaro determinando si dicho factor inspira confianza en los pacientes que acuden a dicho centro de salud, se identificó que el 33.2% se encuentra totalmente en desacuerdo, el 20.7% está en desacuerdo, el 29.8% se ubica en la categoría ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 9.4% indicaron estar de acuerdo y solo el 6.8% manifestaron estar totalmente de acuerdo con el criterio establecido.

## 15. Los pacientes se sienten seguros en sus trámites con Distrito Eloy

### Alfaro.

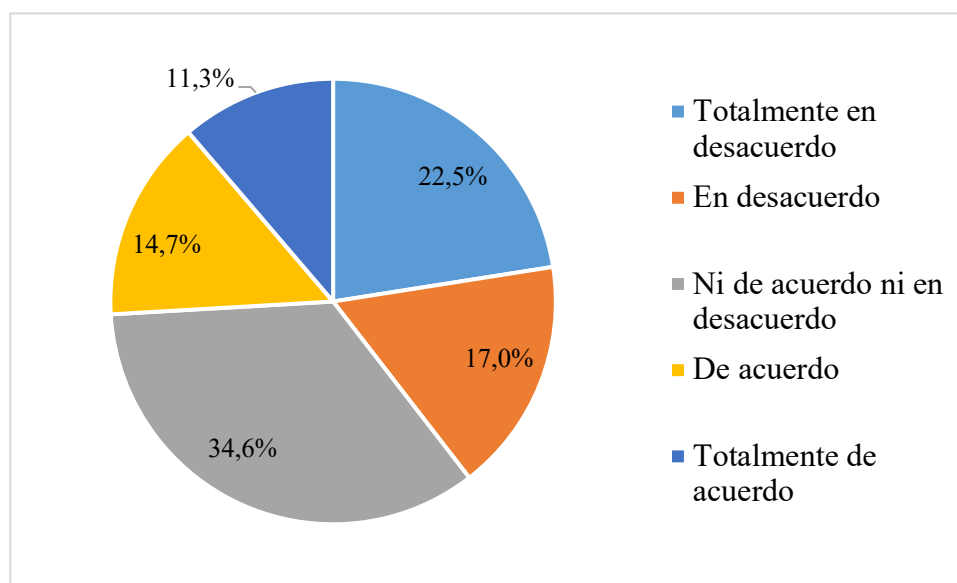


Figura 19. Seguridad de trámites  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Otro factor establecido en la encuesta empleada, fue la seguridad con la que se realizan los trámites en el Distrito Eloy Alfaro. De tal forma, se constató que los usuarios mantienen una posición media, donde no se encuentra ni de acuerdo ni en desacuerdo respecto al nivel de seguridad o inseguridad prevaleciendo el 34.6% de las opiniones derivados de este factor. A pesar de que gran parte de la población mantiene dicha postura, el 11.3% expresó estar conforme con el grado de seguridad que perciben al momento de realizar algún tipo de gestión.

## 16. Los empleados del Distrito Eloy Alfaro se comportan de manera cortés y amable.

Uno de los factores que influyen en la calidad del servicio de atención sanitaria es el trato afable, cortesía y amabilidad con la que se asisten a los pacientes; no obstante, en el siguiente gráfico se puede evidenciar que el 51.6% de los encuestados manifestaron su inconformidad respecto a dicho criterio. En contraste con lo mencionado, el 3.1% indicó haber recibido cortesía y amabilidad

al momento de acudir al Distrito Eloy Alfaro en busca de soluciones para sus problemas de salud.

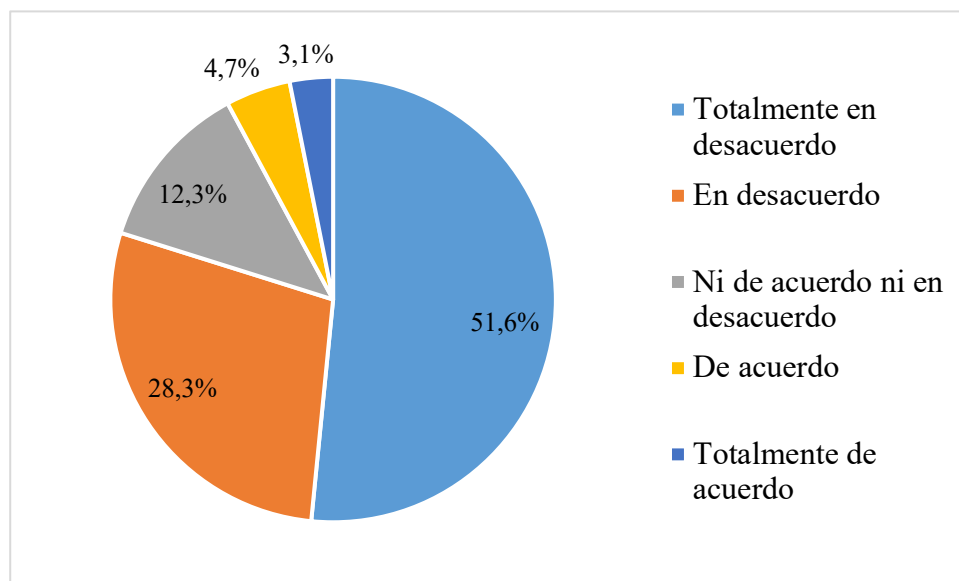


Figura 20. Cortesía y amabilidad  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

**17. Los empleados del Distrito Eloy Alfaro tienen conocimiento para responder a las preguntas a sus pacientes.**

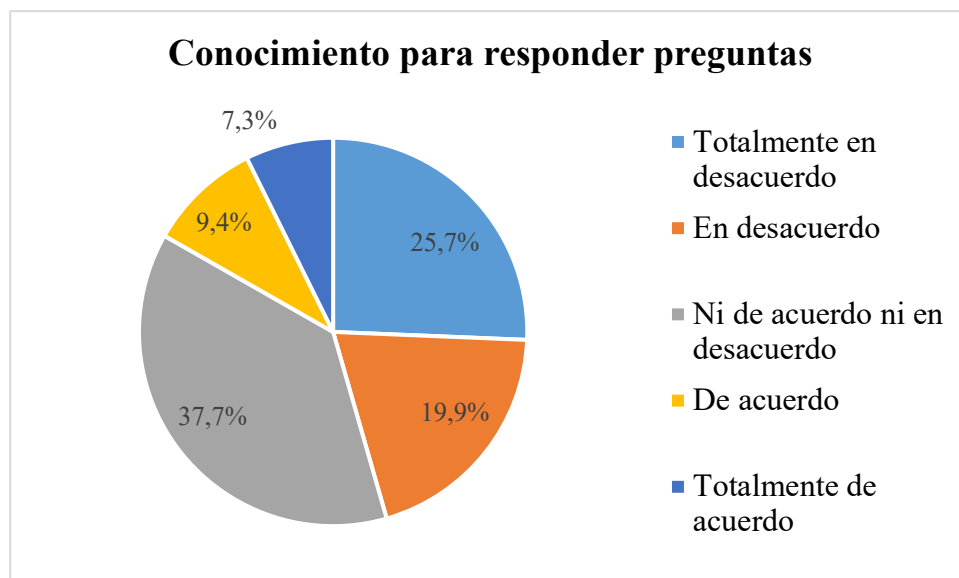


Figura 21. Conocimiento para responder preguntas  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Respecto al nivel de conocimiento que mantienen los profesionales de salud al momento de que un paciente formula algún tipo de pregunta respecto al proceso de atención sanitaria, se evidenció que gran parte de la población mantiene una

postura media representada por el 37.7% de los encuestados. A diferencia del 7.3% quienes expresaron que una vez planteadas las preguntas que requieren respuestas de forma inmediata, el profesional otorga un dictamen que refleja los niveles de conocimiento del mismo, generando satisfacción en el usuario.

**18. El Distrito Eloy Alfaro brinda a sus pacientes una atención individualizada.**

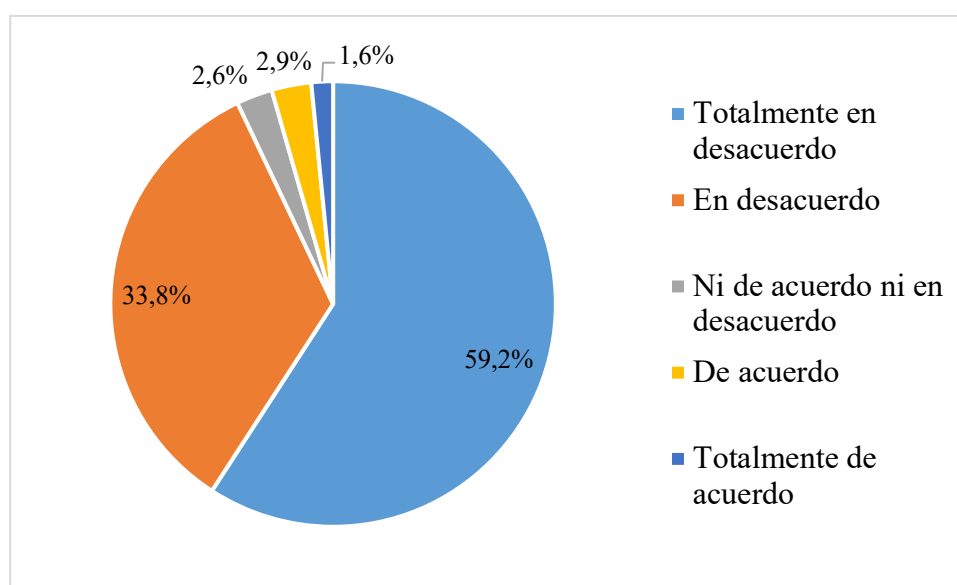


Figura 22. Atención individualizada  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

En cuanto a la atención personalizada, se constató que este proceso no se realiza en el Distrito Eloy Alfaro, lo cual es personificado por el 59.2% de los encuestados. Por otra parte, el 2.6% mantiene una posición media y únicamente el 1.6% de la población indicó estar totalmente de acuerdo con la premisa determinada.

**19. Los horarios de atención del Distrito Eloy Alfaro resultan convenientes para todos los pacientes.**

El 3.7% de los encuestados indicaron estar totalmente de acuerdo con los horarios de atención del Distrito Eloy Alfaro; no obstante, el 45.3% manifestaron su inconformidad expresando que la jornada de atención no les resulta



conveniente influyendo en la satisfacción que el cliente mantiene hacia el centro de salud.

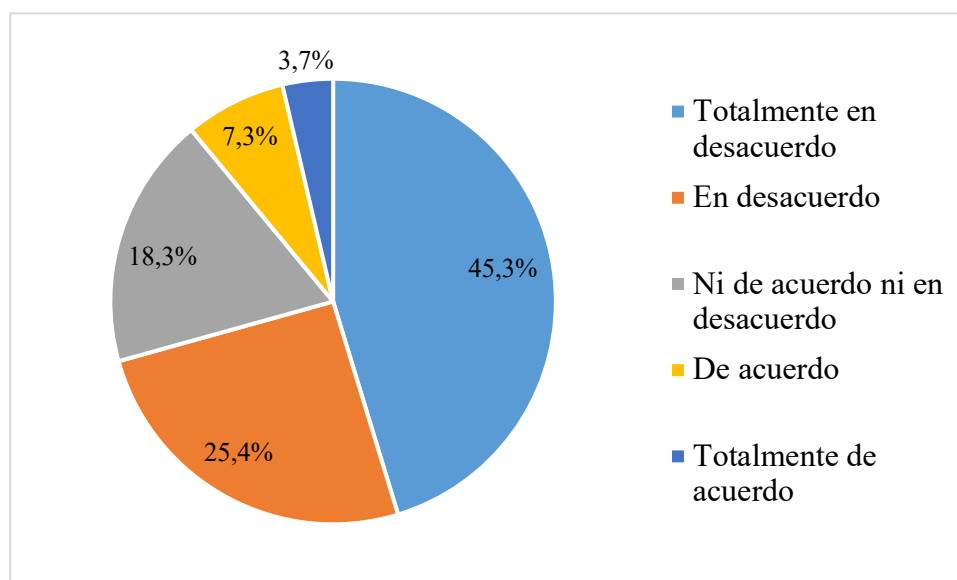


Figura 23. Horarios de atención convenientes  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

## 20. Los empleados del Distrito Eloy Alfaro brindan atención personal (asesoramiento) a sus pacientes.

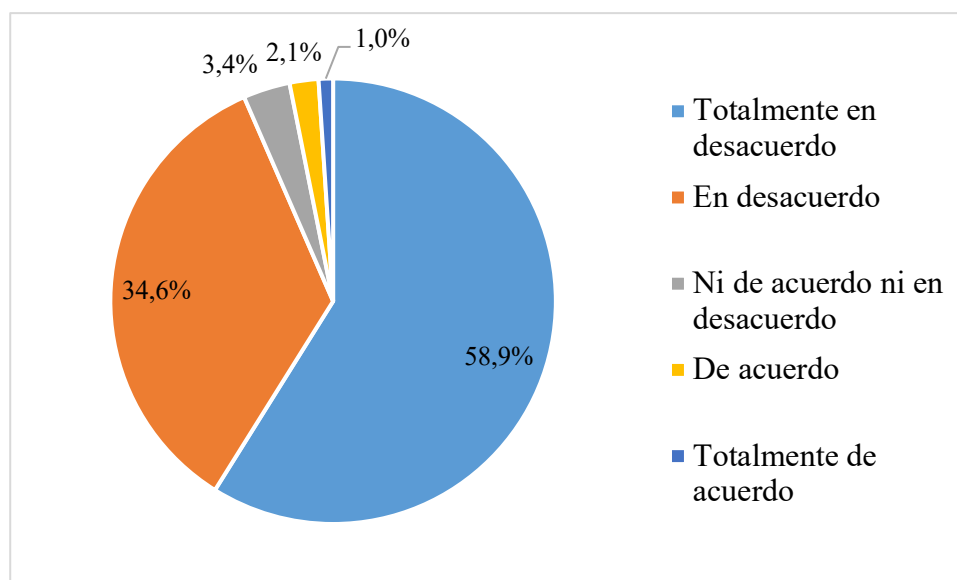


Figura 24. Asesoramiento personal  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Respecto al asesoramiento personal por parte de los empleados del Distrito Eloy Alfaro, se constató que este factor no se ejecuta de forma precisa ni oportuna, lo cual fue evidenciado por el 58,9%, el 3,4% mantiene una postura

intermedia y únicamente el 1% ha recibido alguna vez asesoramiento personal.

### 21. El Distrito Eloy Alfaro tiene su principal interés en los pacientes.

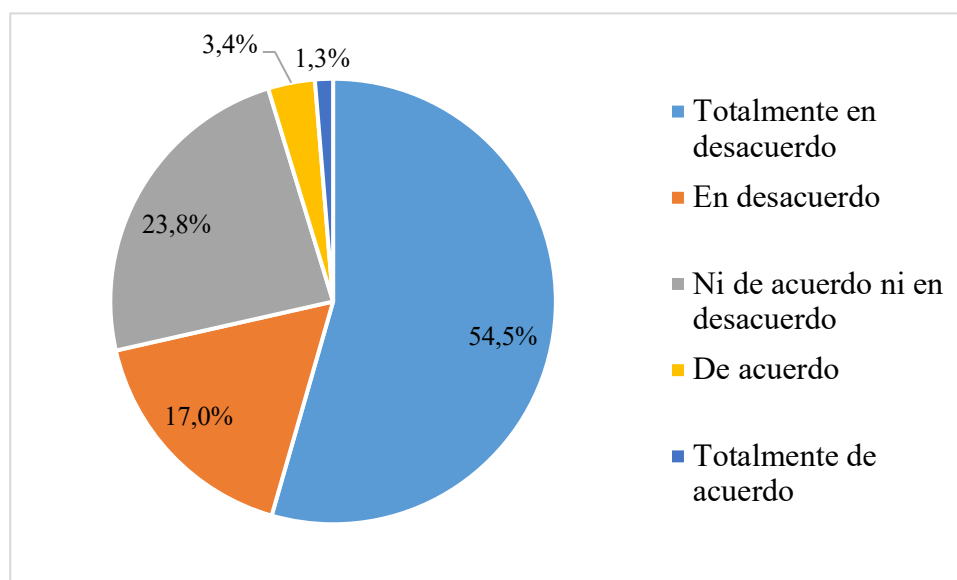


Figura 25. Interés en los pacientes  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Respecto al factor derivado del interés en los pacientes por parte del personal del Distrito Eloy Alfaro, se identificó que el 54.5% se encuentra inconforme con este criterio, el 23.8% mantuvo una postura intermedia y el 1.3% indicó que los colaboradores del centro de salud muestran interés en ellos, todo esto con la finalidad de mejorar la calidad del servicio de atención sanitaria. Como se ha evidenciado, la falta de interés por parte del personal médico ha sido un factor clave que ha afectado de forma negativa la calidad de atención, criterio que es primordial mejorar para que el usuario al final del proceso de atención se sienta satisfecho no solo con el profesional de salud, sino también con el Distrito Eloy Alfaro.

### 22. Los empleados del Distrito Eloy Alfaro comprenden las necesidades específicas de los pacientes.

Según los resultados derivados de la encuesta, se determinó que los empleados del Distrito Eloy Alfaro no comprenden las necesidades específicas de

los pacientes que acuden a dicho centro de salud en busca de mejorar su calidad de vida, dicho criterio se ha representado por el 56.8% de los encuestados. Por otra parte, el 19.4% se mantuvieron en una posición intermedia donde no están ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 1.8% consideró que el personal comprende las necesidades de sus pacientes generando que el proceso de atención sanitaria se otorgue con mayor eficacia, eficiencia y efectividad.

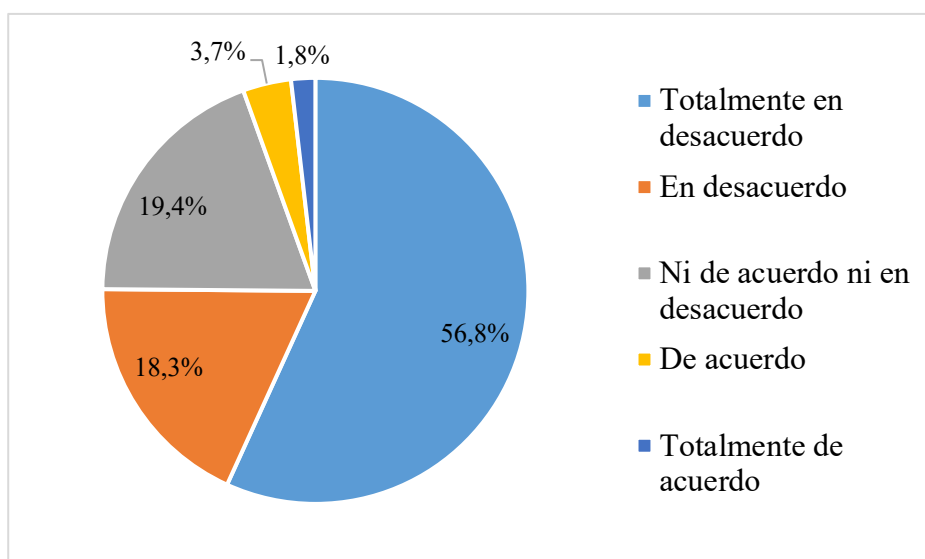


Figura 26. Comprensión de necesidades  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

## Interculturalidad

### 1. De acuerdo con las siguientes opciones, ¿cómo se autoidentifica?

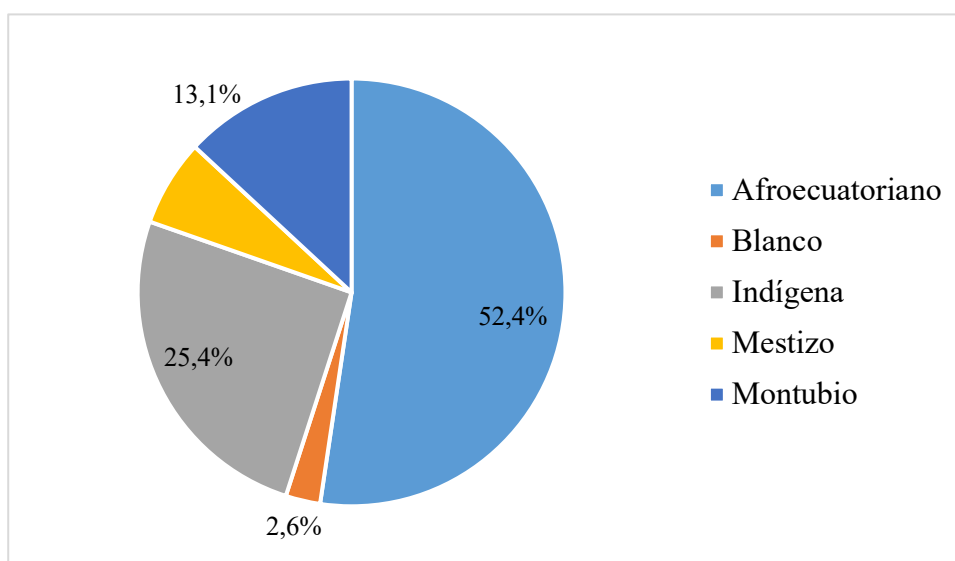


Figura 27. Etnia  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

De acuerdo con el cuestionario fundamentado en la interculturalidad, el 52.4% de las personas encuestadas se auto identificaron como afroecuatorianos, seguido de un 25.4% representando a los indígenas, el 13.1% alude a las personas de etnia montubia, los mestizos fueron protagonizados por el 6.5% y el 2.6% eran blancos.

## 2. ¿Bajo las siguientes opciones, con qué género se identifica?

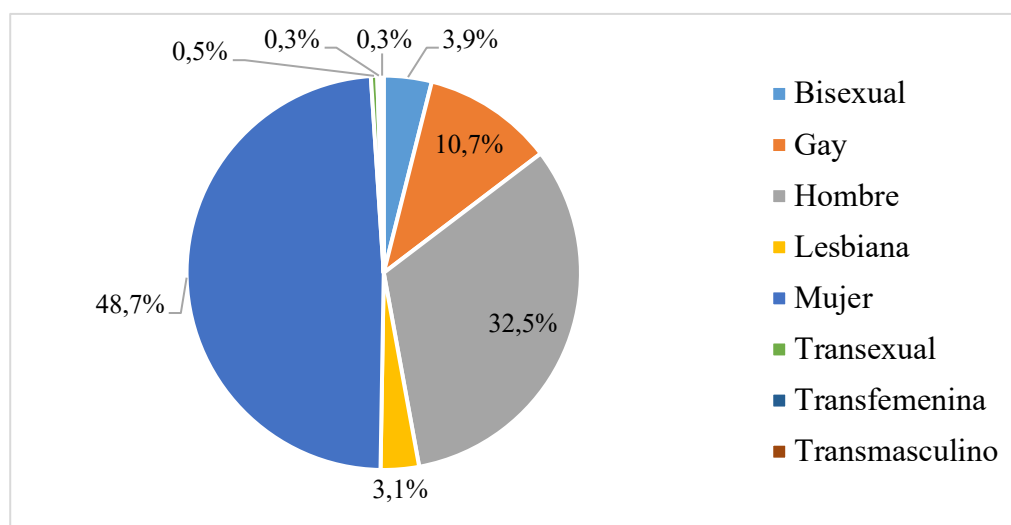


Figura 28. Género

Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

En cuanto el género de las personas encuestadas, el 48.7% son mujeres, el 32.5% son hombres, el 10.7% son gays, el 3.9% son personas bisexuales, el 3.1% son lesbianas, el 0.5% son personas transexuales, el 0.3% son personas transfemenina y de igual forma, el mismo porcentaje alude a aquellas personas de género transmasculino.

## 3. ¿Considera usted que las barreras culturales, geográficas y sociales que existen afectan la calidad de la atención sanitaria en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro Esmeraldas?

Respecto a las barreras culturales, sociales y geográficas, estos factores se han considerado como un criterio que afecta en gran proporción la calidad de atención sanitaria, lo cual fue representado por el 45.8% de la población encuestada. El

22% mantuvo una posición intermedia y el 2.1% consideraron que dichas barreras no influyen en el proceso de atención. Gran parte de la población considera que este factor influye de forma directa en el proceso de atención por lo que se requiere establecer acciones que permitan erradicar esa falta de profesionalismo por parte del personal de salud.

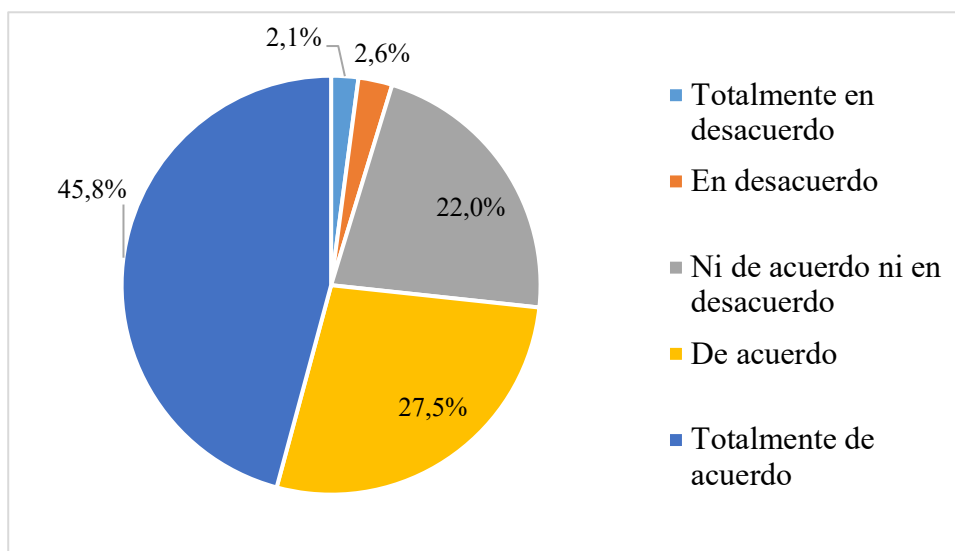


Figura 29. Barreras  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

**4. ¿La falta de un abordaje cultural ha provocado que el personal de salud con el paso del tiempo haya establecido una barrera discriminatoria afectando la calidad en la atención sanitaria de las personas en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro Esmeraldas?**

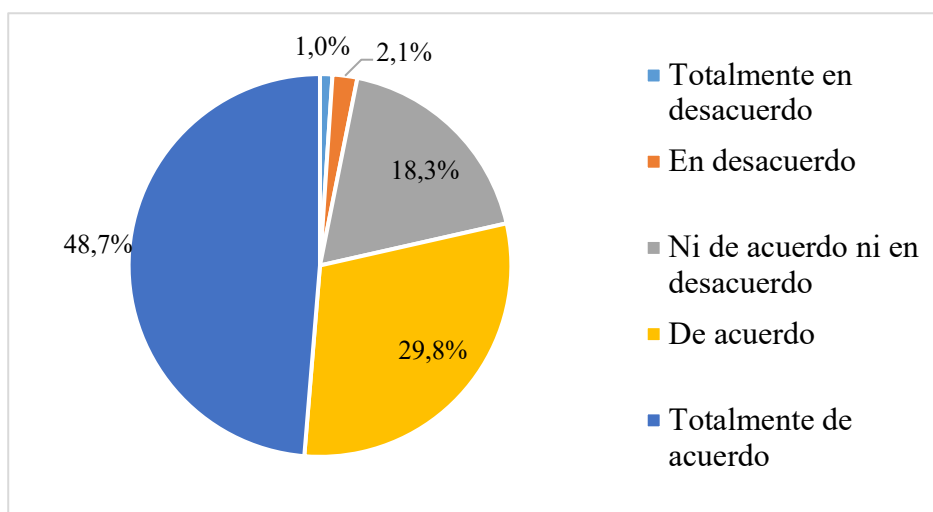
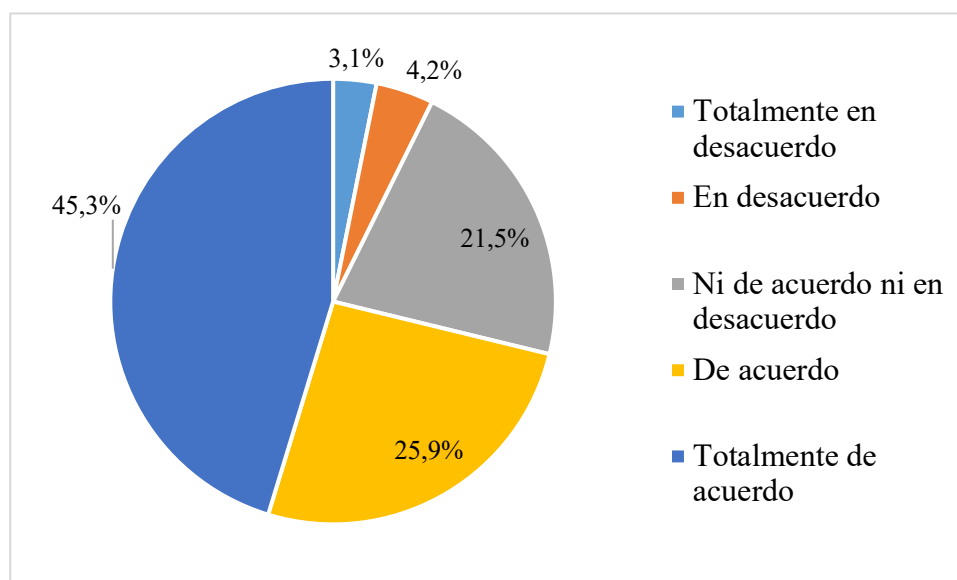


Figura 30. Abordaje cultural.

Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo.

Respecto al criterio denominado abordaje cultural, el 48.7% de la población considera que la falta de dicho factor ha provocado que el personal de salud establezca una barrera discriminatoria repercutiendo de forma negativa en la calidad de atención sanitaria de las personas, esto se ha visto reflejado por el 48.7%, el 18.3% mantuvo una posición intermedia y el 1% indicó estar en total desacuerdo.

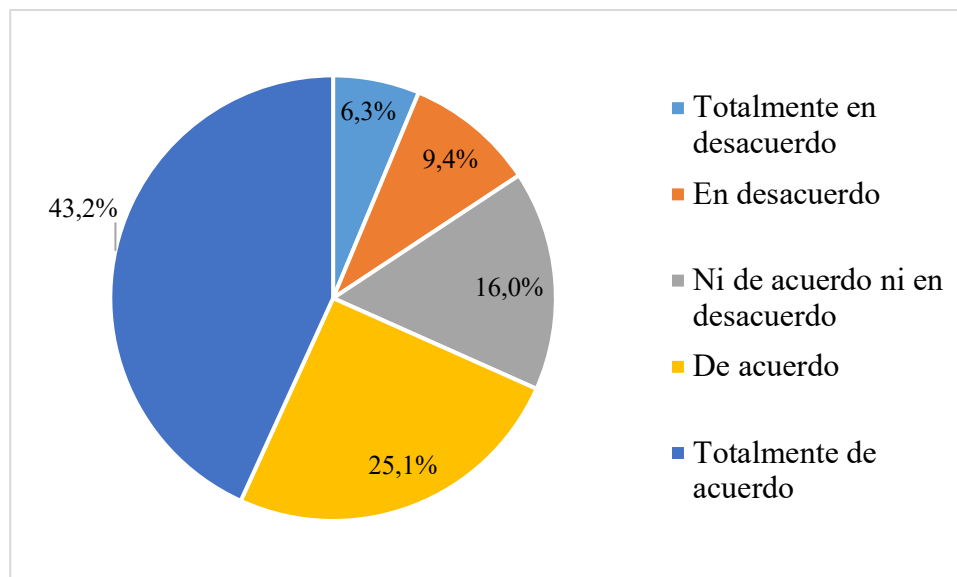
**5. Considera usted que la interculturalidad ha sido un factor relevante que ha afectado la equidad en los servicios de salud en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro Esmeraldas?**



*Figura 31. Equidad*  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Según los datos obtenidos de la encuesta, se ha determinado que el 45.3% de la población considera que la interculturalidad ha sido un factor relevante que ha afectado la equidad en los servicios de salud; no obstante, el 21.5% no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 3.1% indicó que dicho criterio no influye en la equidad de atención en los centros de salud. En la actualidad, la interculturalidad se traduce en sinónimo de inequidad en la atención de servicios de salud, por lo que es fundamental implementar medidas que permitan erradicar este problema.

**6. ¿Considera usted que su derecho a la salud ha sido vulnerado por pertenecer a una cultura en específico en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro Esmeraldas?**



*Figura 32. Vulneración*  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

El 43.2% de los encuestados manifestaron que al ser pacientes que pertenecen a otro tipo de cultura, su derecho a la salud ha sido vulnerado; no obstante, el 16% indicó que este factor no influye de gran manera y finalmente el 6.3% expresó que formar parte de otra cultura no ha sido sinónimo de algún tipo de contravención hacia su persona.

**7. ¿Considera necesario la implementación de acciones que aseguren el acceso a la salud sin ningún tipo de discriminación promoviendo el respeto igualitario para todas las personas en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro Esmeraldas?**

El 69.1% de los encuestado expresaron estar totalmente de acuerdo con la implementación de acciones que permitan y aseguren que el acceso a la salud se ofrezca sin ningún tipo de discriminación, de esta forma se fomenta y promueve el

respeto igualatorio para todas las personas y no se vulnera el derecho de la salud a aquellas personas que acuden al Distrito Eloy Alfaro.

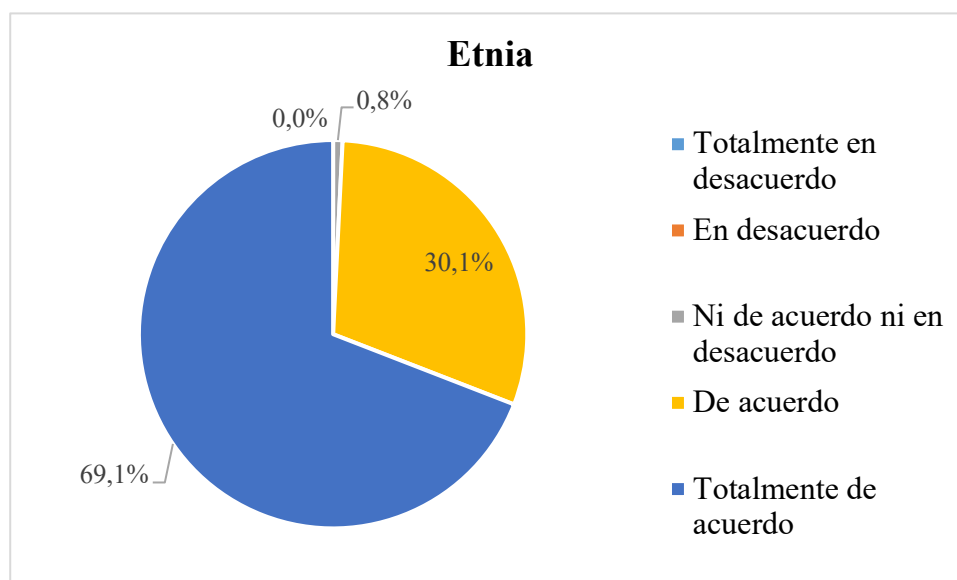


Figura 33. Acceso a la salud  
Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

Al hacer una revisión mediante tabla cruzada entre la variable calidad con las dimensiones género y etnia, se pudo apreciar que las mujeres son quienes poseen un promedio superior en un rango de 1 a 5 en comparación a los otros géneros, ya que este presentó una media de 2.77 que es un nivel medio de calidad, por lo contrario, el género con menor promedio fueron las lesbianas, transexuales, transmasculino y transfemenina cada uno con 1.05 respectivamente con lo cual demuestran que el nivel de calidad que han recibido por parte del servicio hospitalario ha sido malo. Estos datos se pueden apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 6  
Tabla cruzada de calidad, etnia y género

Género	Etnia	Calidad	
		Cantidad	Media
Bisexual	Afroecuatoriano	7	2,17
	Indígena	7	1,21
	Mestizo	1	1,37
	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>1,58</b>
Gay	Afroecuatoriano	22	1,43
	Blanco	2	1,35
	Indígena	8	1,13



	Mestizo	2	1,05
	Montubio	7	1,05
	<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>1,20</b>
Hombre	Afroecuatoriano	64	1,21
	Blanco	4	1,22
	Indígena	29	1,28
	Mestizo	7	1,35
	Montubio	20	1,46
	<b>TOTAL</b>	<b>124</b>	<b>1,30</b>
Lesbiana	Afroecuatoriano	6	1,05
	Indígena	5	1,05
	Mestizo	1	1,05
	<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>1,05</b>
Transexual	Afroecuatoriano	1	1,05
	Mestizo	1	1,05
	<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>1,05</b>
Mujer	Afroecuatoriano	99	1,85
	Blanco	4	2,35
	Indígena	47	2,64
	Mestizo	13	3,18
	Montubio	23	3,84
	<b>TOTAL</b>	<b>186</b>	<b>2,77</b>
Transmasculino	Indígena	1	1,05
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1,05</b>
Transfemenina	Afroecuatoriano	1	1,05
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1,05</b>

Tomado de encuesta realizada al grupo objetivo

### Análisis General

La prueba de confiabilidad al cuestionario de calidad SERVPERF otorgó un alfa de Cronbach de 0.986 como se observa en la tabla siete, mientras que el coeficiente para interculturalidad fue de 0.981 como se observa en la tabla ocho.

Tabla 7

*Alfa de Cronbach de calidad SERVPERF*

Alfa de Cronbach	N de elementos
.986	22

Tabla 8

*Alfa de Cronbach de interculturalidad*

Alfa de Cronbach	N de elementos
.981	4

Mediante las encuestas aplicadas a los usuarios que acuden al Distrito 08d02 Eloy Alfaro, se determinó que la mayor parte de los pacientes se encuentran en el rango de edad de 18 a 29 años, esto fue representado por el 61.3%. De igual forma, se determinó que el 49.5% eran solteros y básicamente el 57.6% solo ha finalizado sus estudios primarios. Por otro lado, tomando en consideración el modelo SERVPERF, los resultados permitieron identificar que el Distrito Eloy Alfaro no cuenta con equipamiento moderno, factor que ha influido y repercutido de forma negativa en la calidad de atención sanitaria. En cuanto las instalaciones físicas del distrito Eloy Alfaro, el 85.1% de los encuestados consideraron que no son visualmente atractivos, factor que ha generado cierto grado de inconformidad por parte de los pacientes. A pesar de dicho factor, expusieron que el personal mantiene una apariencia limpia y prolija, lo cual muestra el nivel de profesionalismo que mantienen los colaboradores en dicho centro de salud.

Respecto a los materiales gráficos, el 58.4% de los usuarios indicaron que afiches, carteles indicativos, entre otros elementos que se emplean para la promoción de salud no son visualmente atractivos. Cabe mencionar que, se constató que el personal no cumple con las promesas de servicio, debido que la propuesta establecida por el profesional sanitario no se realiza en el tiempo establecido. Asimismo, se identificó que no se muestra interés al momento de cumplir con los deseos y necesidades de los pacientes, esto fue catalogado por el 47.9% de la población encuestada. Por otra parte, el servicio que se brinda a los pacientes no se ejecuta de manera correcta desde la primera vez; no obstante, existió un pequeño grupo que manifestó que desde la primera oportunidad el servicio era otorgado de forma eficaz y eficiente.

El tiempo de atención que otorga el Distrito Eloy Alfaro ha sido uno de los factores que ha influido en la calidad de atención sanitaria, debido que, el mismo no concluye en el tiempo estipulado. A esto se añade que el servicio se presta bajo ciertos errores en registros, extractos y anotaciones del procedimiento sanitario. Se debe agregar que, el 52.9% indicó que los empleados del Distrito Eloy Alfaro no informan el momento en el que serán brindados los servicios generando ciertos problemas que terminan afectando la calidad de atención. En cuanto la eficacia del servicio brindado, el 81.4% manifestó su inconformidad en cuanto a esta premisa establecida, exponiendo que el personal no muestra interés y no está dispuesto a ayudar al paciente generando que tal comportamiento no influya ni inspire confianza en el mismo.

Con respecto a la seguridad que perciben los usuarios al momento de realizar sus trámites con el Distrito Eloy Alfaro, únicamente el 11.3% expresó su conformidad con dicha variable. Tomando en consideración el trato afable, cortesía y amabilidad que deben otorgar los profesionales de salud, este aspecto no se cumple en el Distrito Eloy Alfaro, debido que el 51.6% de los encuestados expusieron estar en total desacuerdo. De igual forma, se identificó que el personal no se encuentra totalmente capacitado para brindar una solución a las preguntas que el paciente realiza, lo cual se genera debido que no existe un proceso de atención individualizada. Respecto a los horarios de atención, el 45.3% se encuentra inconforme con tal jornada, dado los inconvenientes que mantiene el paciente al momento de asistir. Finalmente, se constató que el distrito Eloy Alfaro no muestra un completo interés en los pacientes, debido que sus necesidades no son comprendidas en su totalidad afectando la calidad de atención sanitaria.

Tomando en consideración el cuestionario fundamentado en la interculturalidad, se identificó que el 52.4% de las personas encuestadas se auto identificaron como afroecuatoriano, seguido de la comunidad indígena representada por el 25.4%. Referente al género de los encuestados, el 48.7% fueron mujeres, el 32.5% hombres y el 18.8% restante abarca a las personas gais, bisexuales, lesbianas, transexuales, transfemeninas y transmasculinos. Por otra parte, se evidenció que el 45.8% de la población consideró que aquellas barreras culturales, geográficas y sociales se han constituido como un factor que ha afectado la calidad de la asistencia sanitaria.

Al mismo tiempo se reconoció que la falta de un abordaje cultural ha provocado que el personal de salud con el paso de los años haya establecido una barrera discriminatoria perjudicando la calidad de atención sanitaria de las personas, esto fue respaldado por el 48.7% de la población encuestada. Asimismo, se identificó que la interculturalidad se ha establecido como un aspecto relevante que ha afectado la equidad en los servicios de salud, lo cual fue representado por el 45.3%. Por otra parte, el 43.2% manifestó que, al ser parte de una cultura diferente, el derecho a la salud de las personas se ha visto vulnerado, por lo que el 69.1% consideró que la implementación de acciones que aseguren el acceso a dicho servicio de forma equitativa y sin ningún tipo de discriminación fomentaría el respeto igualatorio para todas las personas que acuden al Distrito Eloy Alfaro en busca de solucionar sus problemas de salud.

En lo que corresponde a las medias de las dimensiones, se puede observar en la tabla nueve que la que evidencia mayores problemas es la de velocidad de respuesta con una media de 1.47 y seguridad con una de 1.56. La variable de calidad se ubicó con una media de 1.69, valor que está muy por debajo de la

mediana que posee un valor de 3; por tanto, la calidad se considera deficiente. En cuanto a la interculturalidad se presentó un valor de 1.92, el cual también se encuentra muy por debajo de la mediana tres, por lo que se reflejan problemas con respecto a los derechos de las personas, sin importar su identidad cultural.

Tabla 9  
*Media de dimensiones*

<b>Dimensión</b>	<b>Media</b>
Percepción física	1.97
Prestación del servicio	1.76
Velocidad de respuesta	1.47
Seguridad	1.56
Empatía	1.72
<b>Variable calidad percibida</b>	<b>1.69</b>
<b>Variable gestión de atención intercultural</b>	<b>1.92</b>

Tabla 10  
*Correlaciones dimensiones*

<b>Dimensión</b>	<b>Coefficiente de correlación de Pearson</b>
Percepción física	0.874
Prestación del servicio	0.860
Velocidad de respuesta	0.823
Seguridad	0.802
Empatía	0.902

En la tabla 10 se pueden observar las correlaciones entre las dimensiones de la calidad con gestión de la atención intercultural, en las cuales todos tuvieron nivel de significancia menor a 0.01, se evidencian coeficientes de correlación positivos fuertes, siendo la empatía y la percepción física los que demuestran mayor fuerza. Para comprobar la hipótesis de esta investigación se procedió a realizar el análisis de correlación de Pearson como se muestra en la tabla 11.

**H0:** No existe relación positiva y significativa entre la gestión de atención intercultural y calidad percibida de los usuarios del Distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas.

**H1:** Sí existe relación positiva y significativa entre la gestión de atención intercultural y calidad percibida de los usuarios del Distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas.

Tabla 11  
*Correlación calidad – gestión de atención intercultural*

Variables	Correlación
Calidad-Interculturalidad	0.906
Sig. (bilateral)	.000

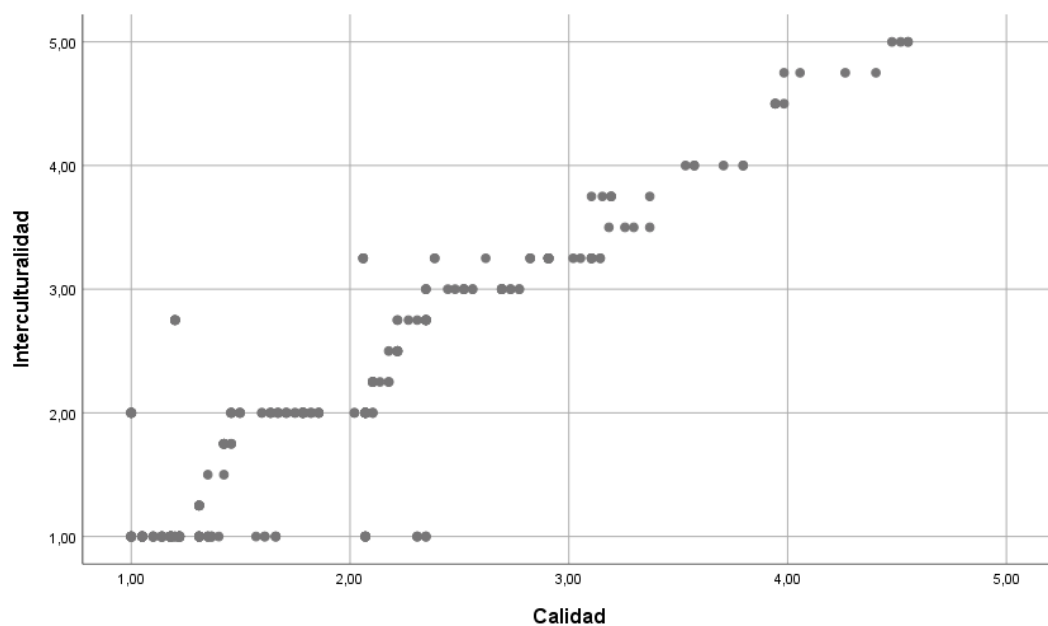


Figura 34. Gráfico de dispersión de variables

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, determinando que sí existe relación entre la satisfacción de los usuarios y la gestión de la calidad intercultural hospitalaria, evidenciado con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.906, observándose claramente en el gráfico de dispersión.

## **Capítulo IV**

### **Propuesta**

En el siguiente capítulo se evidencia la propuesta que se ha establecido en el presente estudio. Dicha propuesta se desarrolló bajo dos objetivos específicos; por un lado, se establecieron acciones para mejorar los aspectos derivados del modelo SERVPERF en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro de Esmeraldas, con la finalidad de mejorar la atención intercultural que se brinda al usuario, y, por otro lado, se determinaron medidas orientadas a mejorar la calidad de servicio en dicho centro hospitalario.

#### **Tema de la Propuesta**

Plan de mejoras para la gestión de atención intercultural hospitalaria en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro de Esmeraldas.

#### **Objetivos**

##### **Objetivo general**

Diseñar un plan de acción para mejorar la gestión atención intercultural hospitalaria en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro de Esmeraldas.

##### **Objetivo específicos**

Desarrollar estrategias orientadas a mejorar los aspectos derivados de las cinco dimensiones del modelo SERVPERF.

Desarrollar acciones orientadas a mejorar la calidad intercultural hospitalaria.

#### **Justificación**

La interculturalidad se define como una forma de interacción donde se establecen relaciones entre personas de diversas culturas basadas en el respeto mutuo. Sin embargo, en ámbito sanitario, este término es sinónimo de inequidad en los procesos de atención de salud, debido que la falta de un abordaje cultural en

temas de interculturalidad ha generado que los profesionales de salud, muchas veces establezcan barreras ocasionando que el usuario obtenga una mala calidad de atención provocando que sus necesidades no se encuentren satisfechas totalmente.

En la actualidad, la calidad proveniente de los servicios de salud se ha establecido como un tema de relevancia no solo para los organismos de salud, sino también para la sociedad en general; por lo cual, mediante el desarrollo de esta propuesta se espera erradicar todo tipo de inequidades que se suscitan en los centros hospitalarios del país incrementado los niveles de calidad de atención hospitalaria.

### **Desarrollo de la Propuesta**

La propuesta que se ha determinado para el presente estudio se encuentra fundamentada en los hechos evidenciados mediante la aplicación de instrumentos dirigidos a los habitantes del Distrito 08D02 Eloy Alfaro de Esmeraldas. Las acciones que se han determinado tienen como finalidad mejorar los niveles de calidad de atención hospitalaria incluyendo los aspectos de interculturalidad.

#### **Estrategias derivadas del modelo SERVPERF**

##### ***Percepción física.***

Mediante el análisis derivado de los datos obtenidos a través de la aplicación de la encuesta, se evidenciaron ciertas falencias que los usuarios han constatado en el proceso de atención, servicio ofrecido por el Distrito 08D02 Eloy Alfaro de Esmeraldas. Bajo este enfoque se establecieron las siguientes acciones que se presentan en la siguiente tabla.



Tabla 12  
*Estrategias de percepción física*

<b>Acciones orientadas a la percepción física del distrito 08d02 Eloy Alfaro de Esmeraldas</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Actividades</b>
Equipamientos modernos	Acuerdo Ministerial
Instalaciones físicas	Áreas limpias y pulcras
Carteles informativos	Desarrollo de afiches informativos

Para la dimensión percepción física se establecieron tres estrategias, dentro de las cuales se abordaron temas como la necesidad de equipos modernos, instalaciones físicas atractivas y carteles informativos atrayentes. Bajo las opiniones emitidas por la población encuestada, se determinaron dichas falencias que han afectado la calidad del servicio generando altos niveles de insatisfacción.

En primer lugar, se constató que la falta de equipos modernos en el centro hospitalario ha generado que los usuarios posean una percepción negativa acerca de los servicios que ofrece el centro hospitalario, debido que el proceso de atención se otorga con grandes deficiencias. Para resolver este problema, se sugiere el desarrollo de un acuerdo ministerial donde se establezca como prioridad el incremento en la asignación presupuestaria para todas las entidades hospitalarias públicas que ofrecen servicios de salud; de esta forma, la entidad podrá mantener equipos modernos en todas las áreas que se requieren para brindar una atención efectiva.

Cabe recalcar que, esta medida es una acción que abarca temas externos de índole gubernamental; no obstante, el desarrollo de este acuerdo generaría múltiples beneficios que no solo implica al Distrito 08D02 Eloy Alfaro de Esmeraldas, sino también para todas las entidades de salud pública a nivel nacional.

Respecto a las instalaciones físicas, con el propósito de mantener áreas limpias, pulcras y atractivas para el usuario se ha determinado la ejecución de un proceso de limpieza e inspección de cada área que conforma el hospital. De esta forma se espera prolongar la vida útil de la edificación a fin de reducir costos por reparaciones interiores o exteriores y se incrementa el nivel de seguridad de la infraestructura.

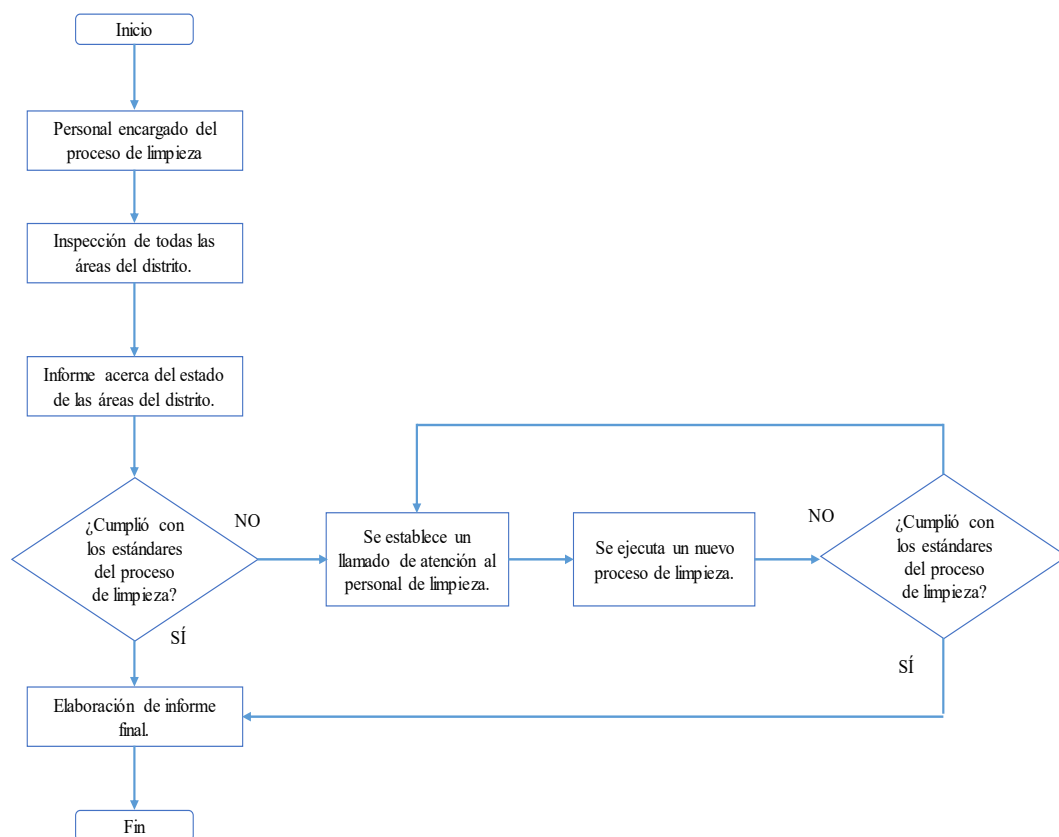


Figura 35. Flujograma del proceso de inspección de limpieza.

En la figura 35 se evidencia un flujograma relacionado con el proceso de limpieza e inspección de todas las áreas del Distrito 08D02 Eloy Alfaro de Esmeraldas. Los encargados de llevar a cabo la higiene del centro hospitalario será el personal de limpieza, cuyo trabajo será ejecutado dependiendo de las necesidades de cada área. No obstante, se determinó como frecuencia mínima de dicho procedimiento cada seis horas al día. El responsable de ejecutar los

llamados de atención y hacer entrega de informes finales será el supervisor encargado designado por la propia institución. Dicha persona llevará a cabo un formato para controlar el proceso de limpieza, el cual se visualiza a continuación

Tabla 13

*Formato de control para el proceso de limpieza*

Formato de control para el proceso de limpieza						
Área			Fecha			
Horario			Supervisor			
Descripción	Estado del proceso			Tiempo	Responsable	Observaciones
	Bien	Mal	Incompleto			
Pisos						
Ventanas						
Puertas						
Paredes						
Lavatorio						
Inodoros						
Comedores						
Áreas de servicio						
Menaje y utensilios						
Bodegas de almacenamiento						

---

**Firma del Responsable del Área**

---

**Firma del Supervisor**

Respecto a la tercera actividad, relacionado con los materiales derivados como carteles informativos, afiches y demás elementos asociados con el servicio que ofrece el Distrito Eloy Alfaro, se determinó el desarrollo de un mural explicativo donde se otorgue información acerca de la promoción de servicios, horarios de visitas y demás elementos de interés que permitan que dicho instrumento se convierta en una herramienta ilustrativa y atrayente para el usuario.

Mediante afiches y carteles atractivos establecidos en el mural se espera ofrecer una información precisa y completa al usuario que arribe al distrito a fin de fortalecer su conocimiento y evitar inconvenientes que generan la mala calidad

de atención hospitalaria. Este tipo de actividades podrán ser ejecutadas por los elementos que laboran en el centro hospitalario.



Figura 36. Ejemplo de murales informativos. Tomado de Google Imágenes.

### ***Prestación del servicio.***

Con la finalidad de mejorar el servicio otorgado por el Distrito 08D02 Eloy Alfaro de Esmeraldas, se determinó el desarrollo de una ficha de observación donde el usuario podrá validar el servicio que ha ofrecido el profesional de salud que atendió sus requerimientos de forma anónima.

Tabla 14

*Ficha de observación-Prestación del servicio*

<b>Ficha de observación – Prestación del servicio</b>		
<b>Área:</b>		
<b>Responsable:</b>		
<b>Fecha</b>		
<b>Descripción</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Existió interés por parte del profesional de salud al momento de atender sus necesidades.		
Servicio eficiente desde el primer momento.		
Existen errores de registros en el proceso de atención.		
Le otorgaron un informe médico.		
Le otorgaron un informe de cuidados de enfermería.		
<b>Observaciones:</b>		

Mediante esta ficha, se espera determinar los factores que influyen en una mala atención y que intervienen de forma negativa en el estado de salud del paciente. Se establecieron cinco premisas cerradas, junto a un recuadro de observaciones donde la persona podrá establecer qué acciones debe establecer el distrito para mejorar el servicio de atención. Cabe mencionar que, este instrumento se estableció con la finalidad de ejecutar cambios no solo a nivel institucional, sino también profesional, donde cada usuario visualice en el futuro estrategias derivadas de las quejas establecidas por los mismos generando una relación médico-paciente adecuada.

Este instrumento tiene como propósito evaluar, supervisar y monitorear el trabajo realizado por el profesional de salud en cada área del distrito. Esta información se analizará de forma mensual con la finalidad de conocer las deficiencias del proceso de atención y tomar decisiones que permitan mejorar dicha situación bajo las auditorías o valoraciones clínicas de cada individuo. Las personas encargadas de esta actividad serán las máximas autoridades del centro hospitalario, además que dichas fichas serán proporcionadas por el departamento de enfermería al momento de tomar los signos vitales.

#### ***Velocidad de respuesta.***

Se ha determinado que el proceso de atención es un procedimiento complejo y que requiere de grandes niveles de observación. De acuerdo con los datos obtenidos de la encuesta, se evidenció que el servicio de atención ofrecido por los profesionales no se otorga con gran eficacia provocando que el usuario lo perciba de forma negativa, afectando la calidad de atención. Para esto, al igual que en la dimensión prestación de servicios se desarrolló una plantilla de observación con la

finalidad de verificar el tiempo que toma el médico en realizar la valoración clínica del paciente considerando el nivel de gravedad de la situación de cada uno.

Tabla 15

*Ficha de observación-Velocidad de respuesta*

<b>Ficha de observación – Velocidad de respuesta</b>					
<b>Área:</b>					
<b>Responsable:</b>					
<b>Fecha</b>	<b>Clasificación de riesgo</b>	<b>Actividades</b>	<b>Inicio</b>	<b>Fin</b>	<b>Observaciones</b>

En la tabla 15 se evidencia una ficha de observación orientada a medir la velocidad de respuesta de los profesionales de salud durante el proceso de atención que se otorga a los usuarios que arriban al Distrito 08D02 Eloy Alfaro de Esmeraldas. A través de este instrumento se busca controlar el tiempo que toma el médico al momento de estudiar la situación del paciente. De esta forma, se registrarán datos como el responsable o el profesional que se encuentra a cargo de determinada área, la fecha, la clasificación de riesgo, lo cual indica el estado que mantenía el paciente al momento que arribo a la consulta, elemento indispensable en el proceso de atención, el intervalo de tiempo en el que se indica la hora en que inició y finalizó el proceso y las respectivas observaciones que puedan existir.

Estos datos serán recolectados en un período máximo de dos meses, donde se visualizarán los criterios que ocasionan que el proceso de atención sanitaria no se otorgue de forma eficaz. Bajo este proceso se busca establecer una media del tiempo que cada profesional mantendrá para atender las necesidades de los pacientes.

### ***Seguridad – Empatía.***

De acuerdo con los datos obtenidos mediante la aplicación de los cuestionarios a los habitantes que acuden al Distrito 08D02 Eloy Alfaro de Esmeraldas, se determinó que no existe gran interés por parte de los profesionales de salud en el proceso de atención, lo cual muchas veces se genera por desigualdades culturales. A esto se incluye la falta de disponibilidad de los mismos al momento de que el paciente requiera su ayuda generando un comportamiento carente de cortesía y amabilidad provocando la inexistencia de una relación de confianza entre ambos actores. Cabe destacar que, las diferencias culturales han generado que las necesidades específicas de los pacientes no sean comprendidas en su totalidad ocasionando que el servicio no se ofrezca con eficacia, eficiencia y efectividad.

Se determinó la similitud de los problemas encontrados en las dimensiones seguridad y empatía, por lo cual se desarrolló una propuesta en conjunto. A fin de erradicar los problemas planteados por los usuarios se diseñó un programa de capacitación dirigido a profesionales de salud como médicos, especialistas, enfermeros, autoridades gerenciales y demás elementos que conforman el Distrito 08D02 Eloy Alfaro de Esmeraldas.

El programa de capacitación que se puede identificar en la tabla 16, tiene como objetivo mejorar el proceso de atención sanitaria influyendo en la satisfacción del paciente. Se establecieron tres actividades, las cuales se desarrollarán bajo la modalidad de taller. Las capacitaciones se llevarán a cabo durante tres semanas, debido que cada tema tendrá una duración de cinco horas, determinando una hora por día de lunes a viernes. El intervalo de tiempo abarcará desde las 16:00 hasta las 17:00.

Tabla 16  
*Programa de capacitaciones*

<b>Programa de capacitaciones</b>				
<b>Objetivo</b>	<b>Actividades</b>	<b>Modalidad</b>	<b>Duración</b>	<b>Responsable</b>
Desarrollar capacitaciones con la finalidad de mejorar el proceso de atención sanitaria influyendo en la satisfacción del usuario.	Cultura hospitalaria	Taller	5 Horas	Unidad de Talento Humano
	Equidad en el acceso a los servicios de salud.	Taller	5 Horas	
	La influencia del proceso de atención en la satisfacción del usuario.	Taller	5 Horas	

Se estableció como primera actividad la cultura hospitalaria. En la actualidad se ha considerado como un elemento relevante en el proceso de atención y resultados de los pacientes. Mediante este tema se espera que todos los elementos que conforman el Distrito Eloy Alfaro determinen las normas conductuales, profesionales, laborales y éticas que dejen seguir y ejercer al momento de realizar valoraciones clínicas con la finalidad de que el usuario evidencie los cambios que se están ejerciendo generando cambios que beneficien el bienestar de la persona.

Otro tema que ha generado gran importancia es la equidad en el acceso a los servicios de salud. De acuerdo con el objeto de estudio, las diferencias culturales se han establecido como un elemento que destaca en la presencia de barreras y de actos discriminatorios en la atención sanitaria. Por ende, se pretende impartir información bajo este concepto con la finalidad de erradicar por completo las inequidades que muchas veces se presentan en los centros hospitalarios.

Finalmente, se decretó la temática asociada con la influencia del proceso de atención en la satisfacción del usuario. Hoy en día, la satisfacción del usuario se considera un indicador para evaluar la calidad de atención que ofrecen los



profesionales de salud, por ende, mediante esta conferencia se busca indicar los factores que el personal debe cumplir para otorgar un servicio de calidad y eficiencia.

## PROGRAMA DE CAPACITACIONES

Distrito 08d02 Eloy Alfaro de Esmeraldas



TEMA 1

Cultura Hospitalaria

OBJETIVO

Desarrollar capacitaciones con la finalidad de mejorar el proceso de atención sanitaria influyendo en la satisfacción del usuario.



TEMA 3

La influencia del proceso de atención en la satisfacción del usuario



TEMA 2

Equidad en el acceso a los servicios de salud.



Figura 37. Programa de capacitaciones Marzo.

### Acciones orientadas a mejorar la calidad intercultural hospitalaria

En temas relacionados con calidad intercultural hospitalaria, mediante los criterios difundidos por la población encuestada, se observó que la falta de un abordaje cultural ha sido el factor clave que ha permitido la manifestación de barreras discriminatorias afectando y vulnerando el derecho a la salud de las personas. Este factor ha generado la inequidad en los servicios de atención

estableciendo una atención de mala calidad perjudicando la salud y bienestar de los usuarios.

Tabla 17  
*Programa de capacitación intercultural*

<b>Programa de capacitación intercultural</b>				
<b>Objetivo</b>	<b>Actividades</b>	<b>Modalidad</b>	<b>Duración</b>	<b>Responsable</b>
Desarrollar capacitaciones con la finalidad de mejorar la calidad intercultural hospitalaria del Distrito 08D02 Eloy Alfaro de Esmeraldas	Diversidad cultural en el país	Taller-Seminario	5 Horas	Unidad de Talento Humano
	Interculturalidad en salud	Taller-Seminario	5 Horas	
	Equidad en los procesos de atención a personas de diferente etnia o género.	Taller-Seminario	5 Horas	
	Enfoque intercultural en la salud materna	Taller-Seminario	5 Horas	

Con la finalidad de mejorar la calidad intercultural hospitalaria se desarrolló un programa de capacitación dirigido a todo el personal que constituye el Distrito 08D02 Eloy Alfaro de Esmeraldas. Dicho plan abarca un conjunto de cuatro actividades, las mismas que se ejecutarán bajo la modalidad de taller o seminario. Al igual que en el programa de capacitación antes expuesto, el tiempo de duración por cada tema será de cinco horas, distribuidas en una hora de lunes a viernes. Esto indica que el programa de capacitaciones interculturales se completará en el transcurso de un mes. Además, el responsable de esta actividad es la unidad de talento humano.

Como primera actividad se encuentra la diversidad cultural del país, tema determinado con la finalidad de que el servicio de atención se ofrezca sin ningún

tipo de barreras culturales, geográficas o sociales. Respecto a la interculturalidad en salud, esta temática tiene el propósito de impartir al profesional una serie de conocimientos respecto a la salud derivados de las diversas culturas, debido que muchas veces este elemento no se comprende en totalidad provocando percepciones negativas acerca del proceso de atención por parte del paciente.

En la actualidad, muchos profesionales han establecido ciertas barreras discriminatorias al momento de ejecutar las valoraciones clínicas del paciente, lo cual puede descender de su etnia o género. Las personas que pertenecen a la comunidad LGBT consideran que su derecho a la salud se ve afectado debido a las desigualdades que se manifiestan en la atención médica. A esto se incluye la inequidad del servicio a aquellas personas que pertenecen a otro tipo de cultura que se diferencia del profesional que lo atiende. A través de esta temática se espera que el personal de salud considere los lineamientos del trato intercultural a fin de que los mismos muestren niveles de respeto, amabilidad y cortesía a todas las personas que arriban al Distrito Eloy Alfaro sin importar su color, raza o sexo.

En relación al enfoque intercultural en la salud materna, se tomó en consideración este tema debido a las tradicionales prácticas que se ejercen en la atención prenatal, parto, postparto y manipulación del recién nacido. Bajo este aspecto se busca que el profesional respete y comprenda las costumbres que mantiene las mujeres de otras culturas, estableciendo alternativas que permitan garantizar un proceso oportuno que influya en la salud y bienestar de la madre y del bebé. Cabe destacar que, las premisas planteadas para el desarrollo del programa de capacitación serán ejecutadas por un profesional de salud intercultural, elemento que puede proceder del propio distrito o de otras entidades de salud pública.

De forma general las propuestas establecidas en la presente investigación tienen como finalidad promover cambios que mejoren la calidad de atención hospitalaria influyendo en la satisfacción de los usuarios del Distrito Eloy Alfaro de Esmeraldas. Mediante la implementación de estas estrategias se espera mejorar los niveles de seguridad minimizando riesgos y negativas percepciones de los pacientes, se espera un proceso de atención efectivo donde se satisfagan las necesidades de las personas. Bajo las acciones de interculturalidad se espera que el servicio de atención se oferte sin ningún tipo de discriminación o barreras de tipo cultural, geográfica y social generando que el servicio de atención sea equitativo para toda la población.

Para llevar un control respecto a las capacitaciones planteadas en la presente propuesta, se determinó la elaboración de una ficha de seguimiento, la misma que se caracteriza por monitorear la asistencia de cada profesional de salud que conforma el Distrito 08D02 Eloy Alfaro, en todas las actividades determinadas.

Dicho instrumento se lo visualiza en la siguiente tabla.


Tabla 18

*Ficha de Control*

<b>Ficha de Control</b>				
<b>Área:</b>	_____			
<b>Nombre:</b>	_____			
<b>Fecha:</b>	_____			
<b>Objetivo:</b>	_____			
<b>Temas</b>	<b>Modalidad</b>	<b>Horas</b>	<b>Firma</b>	<b>Observación</b>

DISTRITO 08D02 ELOY ALFARO DE  
ESMERALDAS

## PROGRAMA DE CAPACITACION




**OBJETIVO**

Desarrollar capacitaciones con la finalidad de mejorar la calidad intercultural hospitalaria del distrito 08d02 Eloy Alfaro de Esmeraldas.


---

**TEMA 1**

Diversidad cultural en el país.



---




**TEMA 2**

Interculturalidad en salud.


---

**TEMA 3**

Equidad en los procesos de atención a personas de diferente etnia o género.



---



**TEMA 4**

Enfoque intercultural en la salud materna.

Figura 38. Programa de capacitaciones Abril.

### *Frases que fomenten la interculturalidad.*

A fin de eliminar la desigualdad y la discriminación étnica, de género y raza se propuso colocar en diversas áreas de los hospitales que conforman el Distrito 08D02 Eloy Alfaro en Esmeraldas con lo cual se busca que todos los usuarios puedan apreciarlas y les permita reflexionar sobre las actitudes que toman, además, esto les dejará claro que en dichas instituciones no se permite la discriminación, por lo cual, deben respetar a cada una de las personas que acuden a dichas casas de salud.

Estas frases serán realizadas en papel couche 150gr. tamaño A3 a full color como se muestra a continuación.



Figura 39. Rótulo de frases no discriminatorias



Figura 40. Rótulo de frases no discriminatorias

### ***Integración cultural.***

Se propone que cada trimestre se lleve a cabo integraciones culturales donde participen profesionales de la salud, parteras ancestrales y curanderos de las comunidades que viven en Esmeraldas como son los afros, éperas, chachis y awá, buscando con esta integración unir lazos de fraternidad entre las distintas culturas, así como, fortalecer los conocimientos de la medicina complementándola con la medicina ancestral a base de hierbas. La integración será promocionada por el personal médico de las instituciones sanitarias, invitando a las distintas

comunidades a participar de la misma, entre ellos se hará una invitación abierta a los géneros transexual, transfemenina, transmasculino, bisexual y lesbiana, con lo cual se espera que puedan participar en esta actividad. Esta integración ayudará a los profesionales de la salud para que se relacionen con las distintas culturas y de esta manera puedan identificarse con ellos, esperando que esto permita que el personal de salud aprenda y respete sus creencias y métodos que emplean, con lo cual se pueda brindar a dicha población una atención de calidad, humanizada con igualdad de derechos.

La integración se llevará a cabo en las afueras de las instituciones de salud del Distrito 08D02 Eloy Alfaro en Esmeraldas, esta actividad será responsabilidad del jefe de talento humano, ya que es quién supervisará que todos los profesionales enfaticen con los miembros de las distintas culturas. La actividad será autogestionada, puesto que la participación de los profesionales será en días laborables durante horas de la mañana, los materiales que se van a requerir son carteles informativos, mesas y hierbas que serán proporcionadas por las distintas culturas. Los carteles serán desarrollados por el personal médico hechos de cartulina y con marcadores permanentes que tienen un costo en el mercado de aproximadamente \$6.00 y las mesas se tomarán de las instituciones sanitarias.

### **Recursos Financieros**

Para llevar a cabo la ejecución de la propuesta fue necesario el uso de recursos humanos y materiales, los cuales se detallan en la tabla 19. El costo total abarca un valor de \$ 1 151.00, monto que corresponde a las fichas de control, observación y monitoreo de capacitación. Además, se cuenta con los servicios de un capacitador orientado a las temáticas relacionadas con mejorar el proceso de atención sanitaria influyendo en la satisfacción del usuario. Por otra parte, se

determinaron los servicios de un profesional de salud intercultural a fin de mejorar la calidad intercultural hospitalaria del Distrito 08D02 Eloy Alfaro de Esmeraldas.

Tabla 19

*Recursos y materiales*

<b>Recursos y materiales</b>	
<b>Descripción</b>	<b>Valor</b>
Productos de limpieza	Autogestión
Carteles - Afiches informativos	Autogestión
Proyector	Autogestión
Laptop	Autogestión
Bolígrafos	Autogestión
Hojas	Autogestión
Fichas de control	\$ 5.00
Fichas de observación	\$ 10.00
Capitador	\$ 500.00
Profesional de salud intercultural	\$ 600.00
Fichas de control de capacitaciones	\$ 5.00
Folletos de capacitación	\$ 10.00
Rótulos impresos	\$ 20.00
Cartulinas y marcadores	\$ 6.00
<b>Total</b>	<b>\$ 1 151.00</b>

**Cronograma de la Propuesta**

Con el objetivo de desarrollar de forma eficaz y eficiente las acciones planteadas en la propuesta, se determinó la ejecución de un cronograma de todas las actividades orientadas al año 2021, las mismas se visualizan en la siguiente tabla.





## Conclusiones

De forma general se identificó que la interculturalidad hace referencia al intercambio que se genera entre un grupo de personas que constituye una cultura diferente bajo una convivencia caracterizada por la igualdad. En ámbitos de salud, este término ha sido elemento de desarrollo de políticas gubernamentales con la finalidad de atender las demandas de atención y asistencia sanitaria provenientes de las diversas comunidades y grupos culturales que habitan en un país bajo el principio de equidad.

Mediante la revisión y análisis de los trabajos referenciales se identificó que la atención hospitalaria es considerada adecuada, siempre y cuando el usuario perciba una calidad óptima en el proceso de atención generando que sus expectativas sean cumplidas influyendo de forma positiva en la satisfacción del paciente. A pesar de esto, se evidenció que, el desarrollo de nuevas acciones y políticas relacionadas con la interculturalidad de la salud generaría que los servicios sanitarios se ofrecieran con mayores niveles de equidad erradicando las barreras discriminatorias que ejerce el profesional de salud sobre el paciente perjudicando la salud y bienestar del mismo.

Para el desarrollo de la investigación, la investigación fue de tipo no experimental donde se aplicó un enfoque cuantitativo manteniendo un alcance descriptivo. En cuanto a la recolección de datos, se utilizó dos cuestionarios, por un lado, el modelo SERVPERF, el mismo que tuvo como finalidad medir aspectos relacionados con la percepción física, prestación del servicio, velocidad de respuesta, seguridad y empatía de los servicios que ofrece el Distrito 08D02 Eloy Alfaro en Esmeraldas y, por otro lado, un cuestionario conformado por siete

preguntas para evaluar la gestión de atención intercultural en dicho centro hospitalario.

De manera general se identificó que el proceso de atención sanitaria es ofrecido bajo ciertas falencias, las cuales no solo se generan por la carencia de equipos modernos, interés por ayudar a los pacientes incluyendo la incomprensión de las necesidades del mismo. La falta de un abordaje cultural ha ocasionado la presencia de barreras discriminatorias en el servicio sanitario promoviendo que la atención no se ofrezca bajo los principios de igualdad y equidad vulnerando el derecho a la salud de las personas. Adicional, mediante la tabla cruzada entre calidad, etnia y género se apreció que las lesbianas, transexual, transfemenina y transmasculino consiguieron el menor promedio de calidad que fue de 1.05 demostrando que estos grupos de género son los que sufren mayor desigualdad de derechos de atención.

La variable calidad se obtuvo mediante el cuestionario SERVPERF y la variable interculturalidad se la desarrolló mediante la información recolectada en el marco teórico y preguntas de auto denominación étnica y de género. Por medio de la correlación de Pearson se pudo comprobar la hipótesis donde se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa que indicaba que sí existe relación positiva y significativa entre la satisfacción de los usuarios y la gestión de la calidad intercultural hospitalaria en los pacientes del Distrito 08D02 de Eloy Alfaro-Esmeraldas, ya que mostró un coeficiente de correlación de Pearson de 0.906 con significación estadística menor a 0.01.

Finalmente, la propuesta desarrollada para el presente estudio se orientó a mejorar la calidad de atención del usuario influyendo en la satisfacción del mismo incluyendo el mejoramiento continuo de la gestión de calidad intercultural,

mediante la implementación de un conjunto de acciones. Se establecieron dos programas de capacitación, los cuales se ejecutarán en el período de marzo y abril. Los responsables de ejecutar este programa serán la unidad de talento humano y para mantener un registro de control y monitoreo se determinó una ficha de observación. La propuesta asciende a un valor de \$ 1 151.00 y las actividades de capacitación se ejecutarán desde el año 2021.

## **Recomendaciones**

Es fundamental el desarrollo de nuevas investigaciones donde se correlacionen las variables gestión de calidad intercultural y satisfacción del usuario; puesto que, es importante reconocer cuáles son los factores que generan la manifestación de barreras discriminatorias generando desigualdades en los servicios de atención hospitalaria.

Implementar la propuesta planteada permitirá mejorar la calidad de atención hospitalaria influyendo en la interculturalidad de la salud generando la satisfacción de los usuarios que acuden al Distrito Eloy Alfaro de Esmeraldas. Bajo las acciones determinadas se busca mejorar las actitudes de los profesionales de salud erradicando las barreras discriminatorias de tipo cultural, geográfica o social que predominan en la inequidad del servicio de atención.

Una vez implementadas las acciones de mejora, es importante llevar a cabo un proceso de control y seguimiento con la finalidad de visualizar los cambios que se han determinado en el Distrito Eloy Alfaro de Esmeraldas, Mediante este procedimiento se busca conocer si las actividades han influido de forma positiva en la calidad de atención intercultural hospitalaria. De no ser el caso, es imprescindible que el centro hospitalario establezca nuevas estrategias que permitan mejorar la calidad del servicio influyendo en la satisfacción de la población en general.

## Referencias

- Alavez, A. (2014). *Interculturalidad; Concepto, alcance y derechos*. México: Editorial del GPPRD.
- Almaguer, J., Vargas, V., & García, H. (2019). Interculturalidad en Salud . Repositorio Secretaría de Salud en México.
- Anguita, L., Tejada, F., & Costa, J. (2014). *Operaciones de mantenimiento preventivo del vehículo y control de su dotación material*. Vigo: Ideas Propias.
- Asamblea Nacional Constituyente (2008). Constitución de la República del Ecuador.
- Asamblea Nacional Constituyente (2015). Ley Orgánica de Salud.
- Ayala, C., Cortés, G., Hurtado, G., Mory, E., & Tarnawiecki, N. (2015). *Iniciarse en la investigación académica*. Lima: UPC.
- Barabas, A., Campos, L., Álvarez, G., Tamango, L., & Albó, X. (2018). *Multiculturalismo e interculturalidad en América Latina*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Barberán, M., & Fierro, I. (2016). Análisis de la influencia del burnout sobre el desempeño laboral en aviación comercial. *Repositorio digital de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo* , 1-28.
- Bautista, E., Vangehuchten, L., & Duque, V. (2017). La atención sanitaria intercultural en Ecuador: un proyecto de investigación para las carreras de medicina y enfermería. *Medisan*, 21(10), 1-11.
- Becerra, F., Andrade, A., & Díaz, L. (2019). Sistema de gestión de la calidad para el proceso de investigación: Universidad de Otavalo, Ecuador. *Actualidades Investigativas en Educación*, 19(1), 1-32.

- Beltrán, J. (2016). *La Interculturalidad*. Barcelona: Editorial UOC.
- Benites, M., Eri, H., & Díaz, X. (2017). Representaciones sociales de la atención sanitaria de la población indígena Mbyá-Guaraní por parte de trabajadores de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-9.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1505.2846>
- Bueno, X., & Domingo, A. (2016). La gestión de la interculturalidad en tiempo de crisis. *Revista Migraciones*, 39-65.
- Burbano, I., & Samson, E. (2016). Interculturalidad. De dicho al hecho, del regalemmto al impreso. *Enfoque*, 1-4.
- Cadena, P., Rendón, R., Aguilar, J., Salinas, E., De la Cruz, F., & Sangerman, D. (2017). Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 8(7), 1603-1617.
- Cárdenas, C., Pesantes, M., & Rodríguez, A. (2017). Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana. *Revista Anthropologica*, 35(39), 151-169.  
doi:<https://doi.org/10.18800/anthropologica.201702.007>
- Cardona, J., Rivera, Y., & Carmona, J. (2015). Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 77-93.
- Carrero, V., Navarro, R., & Serrano, M. (2016). Planificación adelantada de los cuidados en pacientes con enfermedades crónicas y necesidad de atención paliativa. *Medicina Paliativa*, 23(1), 32-41.
- Castillo, E., & Guido, S. (2015). La interculturalidad: ¿principio o fin de la utopía? *Revista Colombiana*(69), 1-27.

- Castro, S., & Grosfoguel, R. (2007). *El giro decolonial Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Colombia: Siglo del Hombre Editores.
- Cayuela, P., Pastor, M., & Conesa, M. (2019). Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería, abril(54)*, 303-312.
- Centro de Ciencias Genómicas UNAM. (2016). *Correlación: teoría y práctica*.  
Obtenido de  
[https://www.ccg.unam.mx/~vinuesa/R4biosciences/docs/Tema8\\_correlacion.pdf](https://www.ccg.unam.mx/~vinuesa/R4biosciences/docs/Tema8_correlacion.pdf)
- Cepero, R., Caballería, f., Ojeda, J., & Olazábal, A. (2009). Consideraciones sobre el control de la calidad en la atención hospitalaria. *Revista Archivo Médico de Camagüey, 13(1)*, 1-8.
- Cobo, E., Estepa, K., Herrera, C., & Linares, P. (2018). Percepción de los usuarios frente a la calidad del servicio de salud en consulta externa en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. *Revista de Investigación en Salud, 5(2)*, 277-294. Obtenido de  
<http://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/321/432>
- Colmenares, O., & Saavedra, J. (2007). Aproximación teórica de los modelos conceptuales. *Técnica Administrativa, Buenos Aires, 6(4)*, 1-20.
- Comboni, S., & Juárez, J. (2013). Las interculturalidad es, identidad es y el diálogo de saberes. *Reencuentro(66)*, 10-23.
- Confederación Nacional de Organizaciones Campesinas Indígenas y Negras (2019). *FENOCIN. Confederación Nacional de Organizaciones*



- Campesinas Indígenas y Negras*. Obtenido de <http://www.fenocin.org/interculturalidad/>
- Consejo de Participación Ciudadana y Control Social (2015). *Guía y Herramientas para la Transversalización de la Interculturalidad*. Obtenido de <http://www.cpccs.gob.ec/wp-content/uploads/2016/02/INTERCULTURALIDAD.pdf>
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2017). *Enfermeras/os*. Madrid: Cep.
- Correa, M. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1227-1231.
- Cortés, J. (2017). *Sistemas de gestión de calidad*. Málaga: Interconsulting Bureau S.L.
- Cronin, J., & Taylor, S. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination And Extension. *Journal of Marketing*, 1-14.
- Del Pino, S., Coates, A., Guzmán, J., Gómez, J., & Ruiz, C. (2018). Política sobre etnicidad y salud: construyendo soluciones equitativas frente a las desigualdades étnicas. *Revista Española de Salud Pública*, 92, 1-7.
- Del Salto, E. (2015). Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012. (Tesis de Grado). Repositorio Universidad Central del Ecuador.
- Díaz, N. (2016). Técnicas de investigación cualitativas y cuantitativas FAD UAEMex. (Paper Académico). Repositorio Universidad Autónoma del Estado de México.

- Dietz, G. (2017). Interculturalidad: una aproximación antropológica. *Perfiles Educativos*, 39(156).
- Dolci, G., Gutiérrez, J., & García, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186.
- Domínguez, E., Flores, C., & Pacherras, S. (2017). Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 3(2), 921-935.  
doi:<http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.2.esp.40-65>
- Dorantes, C. (2018). *El proyecto de investigación en psicología: De su génesis a la publicación*. México: Univesidad Iberoamericana.
- Duque, E., & Canas, J. (2014). Validación del modelo SERVPERF en el ámbito de internet: un caso colombiano. *Suma de Negocios*, 5(12), 115-123.  
doi:[https://doi.org/10.1016/S2215-910X\(14\)70033-3](https://doi.org/10.1016/S2215-910X(14)70033-3)
- Editorial CEP. (2019). *Técnico Medio Sanitario: Cuidados Auxiliares de Enfermería - Red Hospitalaria de la Defensa*. Madrid: Editorial CEP.
- Espinoza, C., Morocho, A., & Díaz, V. (2019). Reducción de inequidades en el sistema sanitario. *Revista científica digital INSPILIP*, 3(1), 1-6.
- Espinoza, E. (2016). Universo, Muestra y Muestreo. (Paper Académico).  
Repositorio Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
- Fábregues, S., Meneses, J., Rodríguez, D., & Hélene, M. (2016). *Técnicas de investigación social y educativa*. Catalunya: Editorial UOC.
- FENOCIN. (2019). *Interculturalidad*. Obtenido de  
<http://www.fenocin.org/interculturalidad/>

- Fernández, G. (2006). *Salud e interculturalidad en América latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Editorial Abya Yala.
- Figueroa, M. (2015). Redimensionando la Salud Pública: enfoques, debates y desafíos. (Paper Académico). Repositorio Instituto de Investigaciones en Educación.
- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(2), 179-183.
- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(2), 179-183.
- Ganga, F., Alarcón, N., & Pedraja, L. (2019). Medición de calidad de servicio mediante el modelo SERVQUAL: el caso del Juzgado de Garantía de la ciudad de Puerto Montt - Chile. *Revista chilena de ingeniería*, 27(4), 668-681.
- García, C., Moya, S., Ramírez, H., Reyes, J., Amézquita, W., & Agray, N. (2014). *Reflexiones sobre lengua, etnia y educación*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores y editorial Javeriana.
- García, N. (2016). Diferentes, Desiguales y Desconectados, Mapas de la Interculturalidad. *De Raíz Diversa*, 3(6), 261-267.
- Gassó, T., Navarro, J., Castilla, M., Fernández, N., Milla, E., Desongles, J., . . . Silva, L. (2006). *Facultativos especialistas de área de los centros hospitalarios de alta resolución de Andalucía*. Sevilla: Editorial Mad.
- Gavilán, V., Viguera, C., Madariaga, C., & Parra, M. (2018). Interculturalidad en salud. Análisis crítico de las políticas sanitarias dirigidas al pueblo Aymara del norte chileno. *Revista Interciencia*, 43(5), 322-328.

- Gil, M., & Solano, M. (2016). La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 49(9), 549-556.
- Giménez, V., & Prior, D. (2004). Evaluación de la calidad de servicio y fijación de objetivos en unidades de negocio. Un enfoque frontera. *Revista Española de Investigación de Marketing ESIC*, 8, 27-45.
- Giraldo, V., Muñoz, C., Buitrago, M., & Abadía, C. (2016). Interacciones entre el cuidado doméstico y hospitalario durante la gestación y el puerperio. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 44(3), 224-229.
- González, A., Márquez, V., & López, M. (2015). *Educación y salud en una sociedad globalizada*. Almería: Universidad Almería.
- González, L. (2016). ¿Estamos obligados a tolerar acciones intolerantes? *Ideas y Valores*, 65(162), 87-102.
- Guzmán, S. (2016). La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 10-29. doi:<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgygs15-31.isec>
- Hermida, D. (2015). Satisfacción de la calidad de atención brindada a los usuarios de la consulta externa del centro de salud N. 2. Cuenca 2014. (Tesis de maestría). Repositorio de la Universidad de Cuenca.
- Hernández, J. (2017). Influencia de la interculturalidad, equidad de género y derechos humanos en la calidad de atención obstétrica, Hospital de Apoyo Chepén, 2016. *Revista Colombiana Salud Libre*, 12(2), 15-22.
- Hidalgo, V. (2017). Cultura, Multiculturalidad, Interculturalidad y Transculturalidad: Evolución de un Término. (Artículo académico). Repositorio de la UDGVirtual.

- Higuera, É., & Castillo, N. (2015). La interculturalidad como desafío para la educación ecuatoriana. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*(18), 147-162. doi:10.17163/soph.n18.2015.08
- Hospital Universitario La Moraleja. (2019). *La calidad hospitalaria, un compromiso común*. Obtenido de <https://www.hospitallamoraleja.es/es/actualidad/63/la-calidad-hospitalaria-un-compromiso-comun>
- Ibarra, L., & Casas, E. (2015). Aplicación del modelo Servperf en los centros de atención Telcel, Hermosillo: una medición de la calidad en el servicio. *Contaduría y Administración* , 60(1), 229-260.
- INEC (2010a). *INEC-Eloy Alfaro*. Obtenido de [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Fasciculos\\_Censales/Fasc\\_Cantonales/Esmeraldas/Fasciculo\\_Eloy\\_Alfaro.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Fasciculos_Censales/Fasc_Cantonales/Esmeraldas/Fasciculo_Eloy_Alfaro.pdf)
- INEC (2010b). *INEC-Esmeraldas*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manual/Resultados-provinciales/esmeraldas.pdf>
- INEC (2010c). *Resultados del censo 2010 Ecuador*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>
- INEC (2010d). *Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, fascículo provincial Esmeraldas*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manual/Resultados-provinciales/esmeraldas.pdf>
- INEC (2019). *Condiciones de vida, Inclusión social y Derechos Humanos de la población LGBTI en Ecuador*. Obtenido de

[https://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/LGBTI/Presentacion-LGBTI.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/LGBTI/Presentacion-LGBTI.pdf)

- Inguanzo, I. (2016). *Reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas en el sudeste asiático*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (1990). Reseña de "La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación" de Donabedian A. *Salud Pública de México*, 32(2), 248-249.
- Isaza, L., & Cañizares, G. (2019). Servicio al cliente: modelo de medición SERVPERF: Caso Hospital Público del Distrito 3 en Guayaquil. *Universidad Ecotec*, 1-25.
- Leiva, J. (2016). *Abriendo caminos de interculturalidad e inclusión en la escuela*. Málaga: Dykinson.
- López, A., & Cuello, E. (2016). La educación intra e intercultural como enfoque pedagógico "propio". *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 7(2), 370-387.
- Lorenzetti, M. (2017). Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 10(11), 148-176.
- Losada, M., & Rodríguez, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Revista científicas Javeriana*, 20(34), 237-258.
- Maggi, W. (2018). Evaluación de la calidad de la atención en relación con la satisfacción de los usuarios de los servicios de emergencia pediátrica Hospital General de Milagro. (Tesis de maestría). Repositorio de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

- Marrero, C. (2013). Competencia Cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. *Revista de Enfermería*, 7(3), 1-9.
- Martí, M. (2016). *La tolerancia*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias.
- Martínez, M., & Amar, J. (2017). *¿Quién es el malo del paseo?: Legitimación de la violencia por niños en contextos de migración forzada*. Barranquilla: Universidad del Norte.
- Maya, P., & Cruz, M. (2018). De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 50(4), 366-384.
- Mendoza, A., & Yáñez, F. (2008). *Interculturalidad: reflexiones desde la práctica*. Quito: Unicef.
- Mendoza, R., Gualda, E., & Spinatsch, M. (2019). *La mediación intercultural en la atención sanitaria a inmigrantes y minorías étnicas*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Messarina, P. (2016). Calidad de atención del personal de salud y satisfacción del paciente en el servicio de resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Trujillo, 2015. *Revista Ucv-Scientia Biomédica*, 8(2), 119-123.
- Ministerio de Cultura y Patrimonio (2011). *Día de la Interculturalidad y Plurinacionalidad*. Obtenido de <https://www.culturaypatrimonio.gob.ec/dia-de-la-interculturalidad-y-plurinacionalidad/>

- Mousalli, G. (2015). *Métodos y diseños de investigación cuantitativa*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/303895876\\_Metodos\\_y\\_Disenos\\_de\\_Investigacion\\_Cuantitativa](https://www.researchgate.net/publication/303895876_Metodos_y_Disenos_de_Investigacion_Cuantitativa)
- MSP (2010). Salud, Interculturalidad y Derechos - Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir.
- MSP (2012). Modelo de atención integral del sistema nacional de Salud. Repositorio del MSP.
- MSP (2012). Modelo de atención integral del sistema nacional de Salud. Quito: Repositorio del MSP.
- MSP (2016). *Distrito 08d02 Eloy Alfaro*. Obtenido de [http://www.saludzonal.gob.ec/cz1/images/rendicion\\_cuentas/08D02\\_RC\\_EloyAlfaro/rendicion%20decuentas\\_msp\\_2016%20Distrito%2008D02%20Eloy%20Alfaro.pdf](http://www.saludzonal.gob.ec/cz1/images/rendicion_cuentas/08D02_RC_EloyAlfaro/rendicion%20decuentas_msp_2016%20Distrito%2008D02%20Eloy%20Alfaro.pdf)
- MSP (2018). *Distrito 08D02 Eloy Alfaro- Salud*. Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/06\\_08D02\\_PPT-RC-2018.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/06_08D02_PPT-RC-2018.pdf)
- MSP (2019). *Salud intercultural*. Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/dps/cotopaxi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=44&Itemid=18](http://instituciones.msp.gob.ec/dps/cotopaxi/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=18)
- Muñoz, A. (2016). Enfoques y modelos de educación multicultural e intercultural. Repositorio de la Universidad Complutense de Madrid.
- Nacional Diversidad Cultural de México (2019). *Interculturalidad en Salud* . Obtenido de [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo\\_intercultural\\_09.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_intercultural_09.pdf)



- Naranjo, A. (2019). *Aplicación de conceptos básicos de la teoría de género y del lenguaje no sexista*. Andalucía: IC Editorial.
- Navas, S. (2019). Aplicación del modelo SERVPERF para el diagnóstico y propuesta de mejoras en la prestación del servicio en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba. (Tesis de Maestría). Repositorio Institucional de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.
- Noreña, C., Leyva, R., Palacio, L., & Duarte, M. (2015). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(12), 2635-2648. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00016515>
- OMS (2013). La salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina. Repositorio de la OMS.
- OMS (2016). Plan de Salud para la juventud afrodescendiente de América Latina y el Caribe. Repositorio de la OMS.
- OMS (2019). *Diversidad Cultural y Salud*. Obtenido de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5585:2011-cultural-diversity-health&Itemid=72495&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5585:2011-cultural-diversity-health&Itemid=72495&lang=es)
- OMS (2019). *OPS/OMS promueve enfoque intercultural en los servicios de salud para garantizar acceso de poblaciones indígenas y afrodescendientes*. Obtenido de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9393:2014-paho-who-intercultural-health-services-guarantee-access-indigenous-afro-descendant&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9393:2014-paho-who-intercultural-health-services-guarantee-access-indigenous-afro-descendant&Itemid=1926&lang=es)

- Patiño, J. (2002). *La calidad de la atención de la salud*. Bogotá: Academia Nal. De Medicina.
- Patiño, S., Mignone, J., Castro, D., Gómez, N., & Rojas, C. (2016). Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia. *Salud Colectiva*, 12(3), 415-428. doi:<https://doi.org/10.18294/sc.2016.883>
- Paulo, A., & Cruz, M. (2018). De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 50(4), 377-395. doi:10.18273/revsal.v50n4-2018008
- Peñañiel, A. (2016). Impacto de la integración intercultural al sistema de salud en usuarios internos y externos del Hospital Divina Providencia en el cantón San Lorenzo en Esmeraldas de Septiembre 2015 a Enero del año 2016. (Tesis de grado). Repositorio de la Pontifica Universidad Católica del Ecuador.
- Pérez, C., Ortega, M., & Martín, J. (2017). Análisis de la eficiencia técnica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Gaceta Sanitaria*, 31(2), 108-115. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.007>
- Pérez, J., Silva, L., Gómez, D., Morillo, R., López, P., Utrilla, A., . . . Gómez, S. (2003). *Manual para el diplomado de enfermería*. Sevilla: Editorial Mad.
- Plaza, F. (2008). *Competencia comunicativa intercultural de los profesionales de enfermería con pacientes inmigrantes musulmanes*. Almería: Universidad de Almería.
- Plaza, F. (2014). *Cuidando a pacientes musulmanes: Las fronteras de la Enfermería en la comunicación intercultural*. Almería: Universidad Almería.

- Poblete, M., & Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499-503.
- Podestá, L., & Maceda, M. (2018). Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017. *Horizonte Médico*, 18(3), 48-56.
- Pontón, J. (2017). Intersecciones de género, clase, etnia y raza. *Revista de Ciencias Sociales*, 57(1), 117-121.
- Potter, P., Griffin, A., Stockert, P., & Hall, A. (2017). *Fundamentos de enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Purnell, L. (1999). El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los cuidados*, 3(6), 91-102.
- Radcliffe, S. (2014). El género y la etnicidad como barreras para el desarrollo: Mujeres indígenas, acceso a recursos en Ecuador en perspectiva latinoamericana. *Revista de Desarrollo Económico Territorial*(5), 11-34.
- Raile, M., & Marriner, A. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. California: Elsevier Health Sciences.
- Ramírez, A. (2017). Servqual o Servperf: ¿otra alternativa? *Revista de Investigaciones de la Institución Universitaria EAM*, 9(1), 59-63.
- Rodríguez, A. (2013). Creando una cultura de calidad hospitalaria. *Revista Biomédica Revisada Por Pares*, 13(9), 1-14.  
doi:10.5867/medwave.2013.09.5810
- Rodríguez, M. (2016). Transición del cuidado hospitalario al cuidado ambulatorio. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(1), 38-40.

- Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141-147.
- Rubio, L. (2019). *Un análisis de los principales indicadores de calidad de los aeropuertos de España, Chile, Brasil y Perú*. España: ACCI (Asociación Cultural y Científica Iberoamericana).
- Salas, P. (2019). *Enfermería mandálica, un modelo cultural de intervención en Atención Primaria*. Madrid: Editorial ACCI.
- Sánchez, J., & Mayorga, P. (2017). *El valor del conocimiento y efectos en la competitividad*. Guadalajara: Editorial RIICO.
- Sánchez, J., González, T., Gaytán, J., & Pelayo, J. (2017). *Política macroeconómica para el fortalecimiento de la competitividad*. España: Fondo Editorial Universitario.
- Schmelkes, S. (2006). La interculturalidad en la educación básica. *Revista Prelac*, 1-9.
- Schor, N., & Behrman, R. (2016). *Tratado de pediatría*. California: Elsevier.
- Senplades. (2018). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021*. Obtenido de [http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL\\_0K.compressed1.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf)
- Servicio Andaluz de Salud. (2016). *Enfermeras/os*. Madrid: Editorial Cep.
- Silva, J., Ramón, S., Vergaray, S., Palacios, V., & Partezni, V. (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Commons*, 12(2), 80-87.
- Soriano, E., González, A., & Cala, V. (2014). *Retos actuales de educación y salud transcultural TOMO I*. Almería: Universidad Almería.

- Sosme, M., & Casados, E. (2016). Etnia y empoderamiento: elementos para el análisis de la transformación de identidades. *Revista Sociológica*, 31(87), 143-173.
- Stivanello, M. (2015). Aportes al debate de la Interculturalidad en Salud. *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*(76), 1-8.
- Suárez, R. (2017). Sobre la interculturalidad: alcances y límites. *Revista Espergesia*, 4(1), 15-28.
- Taylor, S., & Cronin, J. (1994). An Empirical Assessment of the SERVPERF Scale. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 2(4), 52-69.
- Tirzo, J., & Hernández, J. (2010). Relaciones interculturales, interculturalidad y multiculturalismo; teorías, conceptos, actores y referencias. *Cuicuilco*(48), 1-24.
- Torre, L. (2006). La interculturalidad desde la perspectiva del desarrollo social y cultural. *Revista Sarance*(25), 62-87.
- Torres, C., Jélvez, A., & Vega, F. (2015). Evaluación de la calidad en un servicio de urgencia utilizando el modelo Servperf. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, 18(70), 108-119.
- Torres, J., & Luna, I. (2017). Evaluación de la percepción de la calidad de los servicios bancarios mediante el modelo SERVPERF. *Contaduría y Administración*, 1270–1293.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cya.2016.01.009>
- Torres, M., & Vásquez, C. (2015). Modelos de evaluación de la calidad del servicio. *Compendium*, 18(35), 57-76.

- United Nations ECLAC (2019). *Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible: Perspectiva regional y de derechos humanos*. Estados Unidos: United Nations.
- Urbanos, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 25-30.
- Vargas, V., Valecillos, J., & Hernández, C. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales*, 19(4), 663-671.
- Veliz, L., Bianchetti, A., & Silva, M. (2019). Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(1), 1-11. doi:10.1590/0102-311X00120818
- Vicente, P. (2017). Los estudios de salud materna intercultural en Bolivia de la teoría a la praxis. *Revistes Científiques de la Universitat de Barcelona*, 1(74), 91-111. doi:10.1344/BA2017.74.1006
- Vicepresidencia de la República del Ecuador (2019). *Alcaldes destacan el día de la Interculturalidad en el Ecuador*. Obtenido de <https://www.vicepresidencia.gob.ec/alcaldes-destacan-el-dia-de-la-interculturalidad-en-el-ecuador/>
- Vigil, N. (2019). *Pontificia Universidad Católica del Perú*. Obtenido de <http://red.pucp.edu.pe/ridei/wp-content/uploads/biblioteca/100406.pdf>

## Apéndices

### Apéndice A. Cuestionarios Basado en el Modelo SERVPERF



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

La presente investigación desea conocer si la calidad de atención hospitalaria tiene relación con la interculturalidad en el distrito 08d02 Eloy Alfaro. Los datos brindados aquí tendrán un uso estrictamente académico y confidencial. Se agradece su colaboración.

**Por favor, señale con una X la opción que considere adecuada.**

#### Datos Generales

##### Edad

<input type="checkbox"/>	18 a 29
<input type="checkbox"/>	30 a 39
<input type="checkbox"/>	40 a 49
<input type="checkbox"/>	50 a 59
<input type="checkbox"/>	60 o más

##### Estado civil o conyugal

<input type="checkbox"/>	Casado/a
<input type="checkbox"/>	Divorciado/a
<input type="checkbox"/>	Soltero/a
<input type="checkbox"/>	Unido/a
<input type="checkbox"/>	Viudo/a

##### Nivel de instrucción

<input type="checkbox"/>	Ninguno
<input type="checkbox"/>	Escuela
<input type="checkbox"/>	Bachillerato
<input type="checkbox"/>	Universidad completa o en estudio
<input type="checkbox"/>	Postgrado

<b>Dimensión</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
1. El distrito Eloy Alfaro cuenta con equipamiento moderno.					
2. Las instalaciones físicas del distrito Eloy Alfaro son visualmente atractivas.					
3. El personal del distrito Eloy Alfaro mantiene una apariencia limpia y prolija.					
4. Los materiales relacionados con el servicio (carteles indicativos, afiches, entre otros) utilizados en el distrito Eloy Alfaro son visualmente atractivos.					
5. Cuando el servicio del distrito Eloy Alfaro promete hacer algo en cierto tiempo, realmente lo hace.					
6. El personal del distrito Eloy Alfaro muestra sincero interés en atender los deseos y necesidades de los pacientes.					
7. El servicio que ofrece el distrito Eloy Alfaro se presta de la manera correcta desde la primera vez.					
8. El distrito Eloy Alfaro concluye la atención en el tiempo prometido.					
9. El servicio se presta sin cometer errores en registros, extractos, anotaciones.					
10. Los empleados del distrito Eloy Alfaro informan el momento en el que serán brindados los servicios.					
11. El servicio brindado por el distrito Eloy Alfaro es rápido.					
12. El personal del distrito Eloy Alfaro está siempre dispuesto a ayudar a los pacientes.					
13. Cuando el paciente plantee una necesidad, el personal del distrito Eloy					



Alfaro siempre está disponible (no ocupado) para atender.					
14. El comportamiento de los empleados del distrito Eloy Alfaro infunde confianza.					
15. Los pacientes se sienten seguros en sus trámites con el distrito Eloy Alfaro.					
16. Los empleados del distrito Eloy Alfaro se comportan de manera cortés y amable.					
17. Los empleados del distrito Eloy Alfaro tienen conocimiento para responder a las preguntas a sus pacientes.					
18. El distrito Eloy Alfaro brinda a sus pacientes una atención individualizada.					
19. Los horarios de atención del distrito Eloy Alfaro resultan convenientes para todos los pacientes.					
20. Los empleados del distrito Eloy Alfaro brindan atención personal (asesoramiento) a sus pacientes.					
21. El distrito Eloy Alfaro tiene su principal interés en los pacientes.					
22. Los empleados del distrito Eloy Alfaro comprenden las necesidades específicas de los pacientes.					

**Por favor, señale con una X la opción que considere adecuada.**

### **Interculturalidad:**

#### **ETNIA**

**1. De acuerdo con las siguientes opciones, ¿cómo se autoidentifica?**

<input type="checkbox"/>	Afroecuatoriano
<input type="checkbox"/>	Blanco
<input type="checkbox"/>	Indígena
<input type="checkbox"/>	Mestizo
<input type="checkbox"/>	Montubio
<input type="checkbox"/>	Otro

**GÉNERO**

**2. ¿Bajo las siguientes opciones, con qué género se identifica?**

	Bisexual
	Gay
	Hombre
	Lesbiana
	Mujer
	Transexual
	Transfemenina
	Transmasculino
	No sabe

**3. ¿Considera usted que las barreras culturales, geográficas y sociales que existen afectan la calidad de la atención sanitaria en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro Esmeraldas?**

	Totalmente en desacuerdo
	En desacuerdo
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
	En desacuerdo
	Totalmente en desacuerdo

**4. La falta de un abordaje cultural ha provocado que el personal de salud con el paso del tiempo haya establecido una barrera discriminatoria afectando la calidad en la atención sanitaria de las personas en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro Esmeraldas?**

	Totalmente en desacuerdo
	En desacuerdo
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
	En desacuerdo
	Totalmente en desacuerdo

**5. Considera usted que la interculturalidad ha sido un factor relevante que ha afectado la equidad en los servicios de salud en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro Esmeraldas?**

	Totalmente en desacuerdo
	En desacuerdo
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
	En desacuerdo
	Totalmente en desacuerdo

**6. ¿Considera usted que su derecho a la salud ha sido vulnerado por pertenecer a una cultura en específico en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro Esmeraldas?**

	Totalmente en desacuerdo
	En desacuerdo
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo

	En desacuerdo
	Totalmente en desacuerdo

**7. ¿Considera necesario la implementación de acciones que aseguren el acceso a la salud ningún tipo de discriminación promoviendo el respeto igualatorio para todas las personas en el Distrito 08D02 Eloy Alfaro Esmeraldas?**

	Totalmente en desacuerdo
	En desacuerdo
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
	En desacuerdo
	Totalmente en desacuerdo

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, María José Morán Coello, con C.C: #1205509761 autora del trabajo de titulación: *Gestión de la atención intercultural hospitalaria y su relación con la percepción de calidad de los usuarios del distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas* previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, 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 SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 21 de agosto de 2020

f.   
\_\_\_\_\_

María José Morán Coello  
C.C: 1205509761



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Gestión de la atención intercultural hospitalaria y su relación con la percepción de calidad de los usuarios del distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas		
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Morán Coello, María José		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Zambrano Chumo, Laura Obando Freire, Francisco		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	21 de agosto de 2020	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	126
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Salud, interculturalidad.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Interculturalidad, salud, satisfacción del usuario, calidad del servicio, calidad intercultural.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b> (150-250 palabras):	<p>La atención hospitalaria se basa en el cuidado humano bajo los principios de calidad, integridad y comprensión de las necesidades del paciente sin importar su ámbito social o cultural. La presente investigación tiene como objetivo evaluar la relación entre la gestión de la atención intercultural hospitalaria y la percepción de la calidad de los usuarios en el distrito Eloy Alfaro-Esmeraldas, para proponer un plan de mejoras. Se realizó una investigación no experimental, orientada a un enfoque cuantitativo manteniendo un alcance descriptivo. Se empleó el cuestionario SERVPERF conformado por 22 preguntas con la finalidad de analizar la calidad del servicio que ofrece el centro hospitalario. Además, se utilizó un pequeño cuestionario referente a la interculturalidad, el cual se constituyó de siete preguntas. Los instrumentos de recolección de datos se aplicaron a una muestra de usuarios que acuden al distrito comprendiendo un total de 382 individuos. Se identificó que el servicio de atención es otorgado bajo ciertas falencias derivadas de aspectos tangibles y de la falta de un abordaje cultural manifestando barreras discriminatorias que afectan la salud y bienestar del paciente. Se desarrolló una propuesta orientada a mejorar los cinco aspectos provenientes del modelo SERVPERF incluyendo el desarrollo de medidas para mejorar la calidad intercultural hospitalaria.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-999579020	E-mail: majitomoran-coello@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Lapo Maza, María del Carmen		
	<b>Teléfono:</b> +593-9-3804600 / 0999617854		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec">maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO</b> (en base a datos):			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL</b> (tesis en la web):			