



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y CALIDEZ DE
ATENCIÓN A LOS USUARIOS DEL SUBCENTRO DE
SALUD “EL BOSQUE”. PROPUESTA GERENCIAL DE
MEJORAMIENTO. PERIODO 2011.**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR
POR EL GRADO DE MAGÍSTER EN GERENCIA Y
ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

MAESTRANTE

DR. JORGE GARCÍA MALDONADO

TUTOR

DR. TOMÁS GUIDO RODRÍGUEZ LEÓN, Mg. Sc.

GUAYAQUIL – ECUADOR

2012



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

Esta Tesis cuya autoría corresponde al **Dr. Jorge Armando García Maldonado** ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito parcial para optar el Grado de **MAGISTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

Dr. Wilson Maitta Mendoza
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dra. Abigail Carriel Ubilla
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Wilson Pozo Guerrero
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Abg. Carmen Morán Flores
**SECRETARIA
FAC. CIENCIAS MÉDICAS**

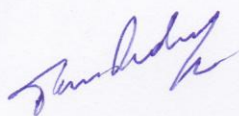
CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del trabajo de investigación de tesis para optar el título de Magister en Ciencias, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICO que: he dirigido y revisado la Tesis de Grado presentada por el Sr. Doctor **Jorge Armando García Maldonado** con C.I. 090510244-8

Cuyo Tema de Tesis es “**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y CALIDEZ DE ATENCION A LOS USUARIOS DEL SUBCENTRO DE SALUD EL BOSQUE. PROPUESTA GERENCIAL DE MEJORAMIENTO. PERIODO 2011.**”

Revisada y corregida que fue la Tesis, se aprobó en su totalidad, lo certifico:



DR. TOMAS RODRIGUEZ LEON

TUTOR

CERTIFICADO DEL GRAMÁTICO

Yo Ps. Clín José Fernando Apolo Morán MS.c, con domicilio ubicado en la Urb. Portal al sol km 14 ½ vía a la costa Mz. 1382 villa 12; por medio del presente tengo a bien **CERTIFICAR**: Que he revisado la tesis de grado elaborada por el Sr. Dr. **JORGE ARMANDO GARCÍA MALDONADO** con C.I.# 090510244-8, previo a la Obtención del título de **MAGÍSTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

TEMA DE TESIS: "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y CALIDEZ DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS DEL SUBCENTRO DE SALUD "EL BOSQUE". PROPUESTA GERENCIAL DE MEJORAMIENTO. PERIODO 2011"

La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la lengua española.



MSC. JOSÉ FERNANDO APOLO MORÁN

C.I.#0918748393

de registro 1006-07-660069

de teléfono celular 099319912

DEDICATORIA

Dedico de manera especial al creador por permitirme la sabiduría necesaria para la realización de este trabajo de investigación, a mis padres con respeto y admiración. A mi familia por su apoyo incondicional y permanente para alcanzar este nuevo logro de obtener este título de cuarto nivel en la maestría.

JORGE

AGRADECIMIENTO

Quiero dejar constancia de la imperecedera gratitud a la Universidad Estatal de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, a sus Autoridades y Docentes que contribuyeron a nuestra formación profesional, de manera muy especial a mi Tutor de tesis Dr. Tomas Rodríguez, y a todas las personas que supieron brindarme el apoyo necesario para terminar este trabajo que constituye el esfuerzo de estudio y dedicación.

Mi sincero agradecimiento al Comité Asesor de las Maestrías, a los miembros del Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, por su valiosa asesoramiento en la elaboración de la tesis. Agradezco también a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron desinteresadamente durante el proceso de la investigación y presentación final de este trabajo.

JORGE

RESUMEN

Con la definición de los conceptos de calidad de salud pública y de la consideración de las organizaciones de salud pública como organizaciones de servicios, se plantea la conveniencia de poder llegar a establecer un modelo de evaluación de la calidad en la atención de los servicios de salud pública basado en criterios objetivos de los usuarios con indicadores que permitan conocer el problema que inciden en la calidad y calidez de la atención particularmente en las unidades de atención primaria, el Subcentro de Salud “El Bosque” corresponde a este primer nivel y nunca se ha realizado evaluación de la atención. El objetivo fue evaluar la calidad y calidez de la atención y a partir de ésta se elaboró una Propuesta de Mejoramiento, se identificó la demanda en los servicios y aspectos de filiación de los usuarios, además se registró la infraestructura, el tipo de equipamiento, que tiene esta unidad, también se caracterizó el criterio de los usuarios sobre la calidad técnica y calidez de la atención, midiendo el grado de satisfacción de éstos. Este estudio se lo realizó en la consulta externa del Subcentro de Salud “EL Bosque” del Área 1 de Machala. La investigación se efectuó en bases a encuestas aplicadas a los usuarios mayores de 17 años que recibieron atención durante los meses Octubre y Noviembre del 2011, tomando en consideración aspectos generales de atención, ambientes y atención en los servicios, el trato del personal. Se encuestó a 393 pacientes de los cuales el 9% fueron masculinos y el 91% de sexo femenino. Los resultados fueron El 21% manifestó que la atención fue excelente, el 37% comentó como muy buena, el 35% manifestó que el tipo de atención como buena, de regular fue el criterio de un 6% y finalmente como mala atención 1%. Lo que nos demuestra como promedio en la satisfacción del usuario está entre buena y muy buena la calificación de la atención. Con el análisis de esta información, basado en los resultados provenientes de las encuestas se procedió a la elaboración de una propuesta de mejoramiento en la calidad y calidez de la atención.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN, CALIDAD, CALIDEZ, ENCUESTA, USUARIOS, SATISFACCIÓN

SUMMARY

By defining the concepts of quality public health and consideration of public health organizations and service organizations, there is the advisability of establishing a model for assessing the quality of care of health services public based on objective criteria of users with indicators to assess the problem that influence the quality of care and warmth particularly in primary care units, the Health Sub-center "El Bosque" corresponds to this first level and has never been performed evaluating the care. The objective was to evaluate the quality of care and warmth from it developed a proposal for improvement, identified the demand on services and aspects of affiliation of the users, there was also the infrastructure, the type of equipment that has this unit, also characterized the approach of users on the technical quality of care and warmth, measuring the degree of satisfaction. This study was conducted in the outpatient department of Health Sub-center "El Bosque" Area 1 of Machala. The research was conducted at bases surveys of users ages 17 and older who received care during the months October and November 2011, taking into consideration general aspects of care, care settings and services, the treatment staff. We surveyed 393 patients of whom 9% were male and 91% female. The results were 21% said the care was excellent, 37% said to be very good, 35% said the type of care as good, regular was the criterion of 6% and finally 1% as poor attention. What shows on average in customer satisfaction is good to very good rating of care. By analyzing this information, based on results from surveys proceeded to the elaboration of a proposal to improve the quality of care and warmth.

KEY WORDS: CARE, QUALITY, WARMTH, SURVEY, USERS SATISFACTION

ÍNDICE

CONTENIDOS	PÁGINA
PÁGINAS PRELIMINARES	
I. CARÁTULA.....	I
II. CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR DE GRADO	II
III. CERTIFICADO DEL TUTOR.....	III
IV. CERTIFICADO DEL GRAMÁTICO.....	IV
V. DEDICATORIA.....	V
VI. AGRADECIMIENTO.....	VI
VII. RESUMEN EN ESPAÑOL.....	VII
VIII. RESUMEN EN INGLES.....	VIII
IX. ÍNDICE.....	IX
X. FICHA DE REGISTRO DE TESIS.....	XIV
1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 OBJETIVOS.....	3
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	3
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
1.3 HIPÓTESIS.....	3
1.4 VARIABLES.....	3
2 MARCO TEÓRICO.....	4
2.1 SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.....	9
2.2 LA ATENCIÓN PRIMARIA REDUCIRÁ LA DEMANDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	17
2.2.1 LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, MÁS NECESARIA QUE NUNCA.....	18
2.3 POR QUÉ LA CALIDAD AUMENTA LA PRODUCTIVIDAD.....	19
2.4 LA RELACIÓN EQUIPO DE SALUD-PACIENTE-FAMILIAR.....	24
2.5 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES.....	25
2.6 LA HISTORIA CLÍNICA.....	26
2.7 EL ENFOQUE DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	27
2.8 DIMENSIONES DE LA CALIDAD.....	28
2.9 DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL.....	28
2.9.1 ACCESIBILIDAD.....	28

2.9.2 COMPETENCIA PROFESIONAL.....	28
2.9.2.1 CALIDAD TÉCNICA.....	28
2.9.2.2 RELACIONES INTERPERSONALES.....	29
2.9.3 EFECTIVIDAD.....	29
2.9.4 EFICIENCIA.....	29
2.9.5 SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.....	29
2.9.6 OPORTUNIDAD.....	29
2.9.7 ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Y EN SU FAMILIA.....	30
2.9.8 SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES.....	30
2.10 OBJETIVOS DE LA CALIDAD.....	31
2.11 ¿QUÉ ES CALIDAD EN SALUD?.....	33
2.12 EL CONCEPTO DE CALIDAD Y SU APLICACIÓN EN MEDICINA.....	35
2.12.1 COMPONENTES DE LA CALIDAD DE SERVICIO.....	36
2.13 CALIDAD+CALIDEZ:FÓRMULA DE ÉXITO DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD.....	39
2.14 FALTA DE CALIDEZ EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL PAÍS: JULIO FRENK.....	43
2.14.1 SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN MÉDICA.....	44
2.15 PARTICIPACIÓN DEL USUARIO EN EL PROCESO DE LA ATENCIÓN EN SALUD.....	45
2.16 SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL DEL TERCER NIVEL.....	46
2.17 PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL “DR. RUBÉN MIRAVALLE” LINCOLN.....	47
2.18 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD.....	49
2.19 EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS SATISFACCIÓN DEL CLIENTE/PACIENTE Y SATISFACCIÓN DEL PERSONAL/PROFESIONAL.....	57
2.20 LA CALIDAD DE LAS OFERTAS DE INFORMACIÓN. PROPUESTA DE UN MODELO DE EVALUACIÓN.....	58
2.21 UN MODELO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PARA LA SALUD PÚBLICA.....	59
2.21.1 LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD: NECESIDAD DE SU MEJORA.....	61
2.22 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.....	62

2.23 LA CALIDAD Y LA SALUD PÚBLICA: UN RETO HACIA UNA SALUD PÚBLICA BASADA EN LA EVIDENCIA.....	63
2.24 CARACTERÍSTICAS DEL ÁREA DE COBERTURA DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”, OBJETO DE ESTUDIO.....	66
2.24.1 LÍMITES GEOPOLÍTICOS.....	66
2.24.2 ÁREA DE COBERTURA DE LA UNIDAD DE SALUD.....	66
2.24.3 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS.....	67
2.24.4 RECURSOS NATURALES.....	67
2.24.5 ASPECTOS HISTÓRICOS.....	68
2.24.6 INSTITUCIONES EDUCATIVAS.....	69
2.24.7 CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN ESTRUCTURA POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN EN EL ÁREA DE COBERTURA DEL SCS “EL BOSQUE”.....	71
2.24.8 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.....	72
2.24.9 RECURSOS HUMANOS DEL SCS "EL BOSQUE".....	73
2.25 DEFINICIÓN DE PALABRAS CLAVE.....	75
3 MATERIALES Y MÉTODOS.....	76
3.1 MATERIALES.....	76
3.1.1 LUGAR.....	76
3.1.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	76
3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS.....	76
3.1.3.1 RECURSOS HUMANOS.....	76
3.1.3.2 RECURSOS FÍSICOS.....	76
3.1.4 UNIVERSO.....	76
3.1.5 MUESTRA.....	77
3.2 MÉTODOS.....	77
3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	77
3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	77
4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	80
4.1 IDENTIFICACIÓN LA DEMANDA DE SERVICIOS, LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN Y LA FILIACIÓN DE LOS USUARIOS CONSIDERANDO EDAD, SEXO Y PROCEDENCIA.....	78
4.1.1 INDICADORES DEMOGRÁFICOS.....	78
4.1.2 ESTRUCTURA POBLACIONAL.....	80
4.1.3 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS DE EDAD.....	81

4.1.4 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS PROGRAMÁTICOS.....	82
4.1.5 ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN.....	83
4.1.6 NIVEL DE INSTRUCCIÓN.....	83
4.17 CONDICIONANTES EPIDEMIOLÓGICOS, INDICADORES.....	84
4.1.7.1 PREVALENCIA DE MORBILIDADES EN LOS USUARIOS DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”.....	84
4.1.7.2 TOTAL ENFERMEDADES POR GRUPOS ETÁREOS, SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” DESDE EL 01/01/2010 HASTA EL 31/12/2010.....	85
4.1.7.3 CASOS DE ENFERMEDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA DE COBERTURA DEL SCS. “EL BOSQUE” 2010.....	86
4.1.7.4 CONSOLIDADO DE ATENCIONES Y CONSULTAS DE LOS MÉDICOS DE SCS. “EL BOSQUE” DESDE EL: 01/01/2010 HASTA EL: 31/12/2010.....	87
4.1.7.5 CONSOLIDADO DE ATENCIONES Y CONSULTAS DE LOS MÉDICOS DE SCS. “EL BOSQUE” DESDE EL: 01/01/2010 HASTA EL: 31/12/2010.....	88
4.1.7.6 ATENCIONES EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” DURANTE EL PERIODO 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2010.....	89
4.1.7.7 ACTIVIDADES DE LABORATORIO DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” DESDE EL: 01/01/2010 HASTA EL: 31/12/2010.....	90
4.1.7.8 ANALIZAR LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN.....	91
4.1.7.8.1 PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES CON COBERTURAS DE VACUNACIÓN AÑO 2010 SCS. “EL BOSQUE” ÁREA 1.....	91
4.1.7.8.2 COBERTURAS DE VACUNACIÓN PROGRAMADAS VERSUS COBERTURAS DE VACUNACIÓN ALCANZADAS EN EL SCS. “EL BOSQUE” 2010.....	93
4.2 REGISTRAR EL EQUIPO DE PROVEEDORES CON QUE CUENTA EL SUBCENTRO.....	94
4.2.1 RECURSOS HUMANOS.....	94

4.2.2 ESTÁNDARES DE LOS RECURSOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” 2010.....	94
4.3 CARACTERIZAR EL CRITERIO DE LOS USUARIOS SOBRE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, CALIDAD TÉCNICA Y CALIDEZ DE ATENCIÓN.	98
4.3.1 CRITERIOS SOBRE INFRAESTRUCTURA.....	98
4.3.2 CRITERIOS SOBRE EQUIPAMIENTO.....	106
4.3.3 CALIDAD TÉCNICA.....	107
4.3.4 CALIDEZ DE ATENCIÓN.....	122
4.4 PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD TÉCNICA Y CALIDEZ A LOS USUARIOS DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”.....	134
4.4.1 INTRODUCCIÓN.....	134
4.4.2 PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”.....	139
4.4.2.1 OBJETIVOS DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.....	139
4.4.2.2 ESTRATEGIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” PLAN.....	146
4.4.2.3 SEGUIMIENTO A LA PROPUESTA DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SCS “EL BOSQUE”.....	147
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	148
5.1 CONCLUSIONES.....	148
5.2 RECOMENDACIONES.....	149
6 BIBLIOGRAFÍA.....	151
7 ANEXOS.....	155



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y CALIDEZ DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”. PROPUESTA GERENCIAL DE MEJORAMIENTO. PERIODO 2011.		
AUTOR/ES: Dr. Jorge Armando García Maldonado	REVISORES: Dr. Tomas Rodríguez León	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: De Ciencias Medicas	
CARRERA: Maestría en Gerencia y Administración de Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 31 /03/2012	No. DE PÁGS: 179	
ÁREAS TEMÁTICAS: Gerencia en Salud		
PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN, CALIDAD, CALIDEZ, ENCUESTA, USUARIOS, SATISFACCIÓN		
RESUMEN: A partir de la definición de los conceptos de calidad, de salud pública y de la consideración de las organizaciones de salud pública como organizaciones de servicios, se plantea la conveniencia de poder llegar a establecer un modelo de evaluación de la calidad en la atención de los servicios de salud pública basado en criterios objetivos de los usuarios con indicadores que permitan conocer el problema que inciden en la calidad y calidez de la atención, particularmente en las unidades de atención primaria. El objetivo fue evaluar la calidad y calidez de la atención y a partir de ésta se elaboró una Propuesta de Mejoramiento, se identificó la demanda en los servicios y aspectos de filiación de los usuarios, además se registro la infraestructura, el tipo de equipamiento que tiene esta unidad, también se caracterizó el criterio de los usuarios sobre la infraestructura, equipamiento, calidad técnica y calidez de la atención, midiendo el grado de satisfacción de estos. Este estudio se lo realizó en la consulta externa del Subcentro de Salud “EL Bosque” del Área 1 de Machala. La investigación se realizó en bases a encuestas aplicadas a los usuarios mayores de 17 años que recibieron atención durante los meses Octubre y Noviembre del 2011, tomando en consideración aspectos generales de atención, ambientes y atención en los servicios, el trato del personal. Se encuestó a 393 pacientes de los cuales el 9% fueron masculinos y el 91% de sexo femenino. El 21% manifestó que la atención fue excelente, el 37% comentó como muy buena, el 35% manifestó que el tipo de atención como buena, de regular fue el criterio de un 6% y finalmente como mala atención 1%. Lo que nos demuestra como promedio en la satisfacción del usuario entre buena y muy buena la calificación de la atención. Con el análisis de esta información, basado en los resultados provenientes de las encuestas procedí a la elaboración de una propuesta de mejoramiento en la calidad y calidez de la atención, lo que permitirá mejorar la calidad en la atención.		
No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 072982704 - 091524125	E-mail: jorge_garcia5409@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre:	
	Teléfono:	

Quito: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. **Fax: (593 2) 2509054**

1. INTRODUCCIÓN

Avedis Donabedian definió a la calidad de la atención en salud como “Atributo de la atención que puede obtenerse en distintos grados y que consiste en el logro de los mayores beneficios, de acuerdo con los recursos disponibles y los valores sociales imperantes. El grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud”. (2)

En nuestro país, las organizaciones de salud pública son organizaciones de servicios públicos, es decir, organizaciones que realizan una prestación, como respuesta a la presencia de una necesidad pública que se debe satisfacer.

En salud pública no sólo es necesaria la satisfacción del usuario (calidad percibida), sino que hay que garantizar que el conocimiento científico se aplica de manera correcta (calidad científico-técnica).

Al analizar los antecedentes sobre estudios de satisfacción en Cuba, se encontraron respuestas dadas a toda queja formulada por los pacientes, las cuales han constituido un sistema de detección de problemas muy útil, que debe considerarse factor importante en la evaluación de la satisfacción con la atención. Los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Satisfacción, arrojaron que aproximadamente el 70 % de la población se encontraba medianamente satisfecha con los servicios de salud.

En el Subcentro de Salud “El Bosque”, del área 1 de Machala, no se han realizado evaluaciones para medir la calidad y calidez de la atención y el grado de satisfacción de los usuarios, por lo que no se tiene indicadores que permitan realizar acciones de mejoramiento en lo que corresponda a las debilidades en la atención.

Se requirió evaluar la satisfacción con la atención a través de la percepción que tienen los pacientes y familiares, y a su vez identificar cuáles elementos de la atención determina su satisfacción o insatisfacción.

Se requería realizar un estudio de los criterios, que tienen los usuarios en relación a la calidad técnica y calidez en la atención que reciben en esta unidad lo que permitió evaluar la satisfacción de los usuarios y se obtuvieron indicadores muy valiosos que midieron el tipo de atención.

El período de estudio estuvo comprendido entre Octubre y Noviembre del 2011. Se realizó un estudio tipo descriptivo. Se tomó en cuenta para el estudio a través de las encuestas a usuarios mayores de 17 años de ambos sexos, algunas de ellas estuvieron acompañando a sus hijos menores de edad, y a los que de manera directa recibieron atención se les realizaron preguntas relacionadas a aspectos generales de la atención, a los ambientes y atención en los servicios, y trato del personal.

Se realizó la investigación a los usuarios que asistieron demandando los diferentes servicios del Subcentro de Salud “El Bosque”. Se elaboró un cuestionario con preguntas de elección múltiple y abierta, a través de una encuesta, y se evaluó la atención en calidad y calidez, midiendo el grado de satisfacción de los usuarios para finalmente previo análisis, proponer recomendaciones muy necesarias para el mejoramiento de la calidad.

El presente estudio sobre la calidad de los servicios y de la atención con calidez que perciben los usuarios de esta unidad de salud permitió realizar una evaluación basado en los resultados, y realizado los análisis respectivos el Subcentro de Salud “El Bosque” requiere establecer un mejoramiento continuo de la calidad en la atención, como una prioridad, la implementación de una propuesta gerencial siendo una herramienta muy útil para mejorar la calidad, en su organización y funcionamiento. Se justifica este estudio que permitió realizar una evaluación de la atención que están recibiendo los usuarios del Subcentro de Salud “El Bosque”.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad y calidez de atención a los usuarios del Subcentro de Salud y propuesta gerencial de mejoramiento.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la Demanda de Servicios, las coberturas de vacunación y la filiación de los usuarios considerando edad, sexo y procedencia.
2. Registrar el equipo de proveedores con que cuenta el Subcentro.
3. Caracterizar el criterio de los usuarios sobre infraestructura, equipamiento, calidad técnica y calidez de atención.
4. Diseñar una Propuesta para el Mejoramiento de la Atención.

1.3. HIPÓTESIS

Aplicando un programa gerencial se mejorará la calidad y calidez de atención a los usuarios del centro de Salud “El Bosque”.

1.4. VARIABLES

1. Variables Dependientes

Propuesta Gerencial de Mejoramiento

2. Variable Independiente

La Calidad y Calidez de Atención

3. Variables Intervinientes

La demanda, la infraestructura y equipamiento

2. MARCO TEÓRICO

La atención con calidad define el punto en donde confluyen la satisfacción del paciente/cliente, el deber ser de la práctica profesional y la más óptima utilización de los recursos.

Esta atención en salud a los usuarios debe estar relacionada siempre:

- **Con la Eficacia:** deben seleccionarse la tecnología: los medios y las prácticas que hayan probado tener la mayor capacidad de obtener resultados, en estudios controlados y suficientemente representativos, distinguiendo siempre el “Beneficio Máximo Concebible”, pero que no puede ser alcanzado por limitaciones de la tecnología y el conocimiento existente, para poder delimitar con claridad los estándares de desempeño posibles en términos del “beneficio máximo alcanzable”.
- **Con la efectividad:** el desempeño observado debe compararse contra el máximo alcanzable, con el propósito de analizar los factores que lo afectan negativamente, generalmente ligados a deficiencias en la utilización de los recursos, en el diseño de los procesos o en el desempeño del recurso humano, con el propósito de desatar las acciones de mejoramiento adecuadas. Los estándares deben ser fijados por encima del desempeño observado pero por debajo o igual a los que definen el “máximo beneficio alcanzable”
- **Con la eficiencia:** los resultados deben alcanzarse con el mínimo costo, y el mínimo de afectación de la efectividad.

Cultura de la Calidad

Para Humberto Cantú define la cultura de la calidad: “Tratando de llegar a una definición precisa que involucre todos los aspectos que conlleva una cultura de calidad, Es el conjunto de valores y hábitos que posee una persona, que complementados con el uso de prácticas y herramientas de calidad en el actuar diario, le permiten colaborar con su organización para afrontar los retos que se le presenten, en el cumplimiento de la misión de la organización. Valores y hábitos son aquellas impresiones profundas que se tiene sobre la forma en que se vive, sobre lo que se considera correcto o incorrecto”. (4)

Modelo Propuesto

Ahora bien sabemos que la cultura de calidad no es un hecho espontáneo que sucede solo porque nosotros queremos que suceda. Es más bien un proceso por medio del cual la organización eleva su nivel de eficiencia y productividad en el trabajo.

Enseñanza

Como cualquier metodología o idea que sea de reciente introducción se hace imperativo el hecho de transmitir o enseñar el cómo se debe de llevar a cabo dicho cambio. Por medio de seminarios, talleres y juntas la metodología del cambio será trasladado de manera apropiada.

También hay que tomar en cuenta a las personas responsables de ceder el conocimiento. Éstas deben de contar con el entrenamiento previo adecuado, así como mostrar una actitud positiva y enérgica dirigida al cambio en la organización. El gasto en el que se incurre al momento de entrenar a los empleados es una inversión que rendirá frutos en un lapso de tiempo variable, dependiendo del tamaño de la organización sobre la cual se desea trabajar.

No solamente deben enseñarse metodologías, se debe transmitir ciertas herramientas de calidad así como la pertinente explicación de su uso, también ciertos hábitos a seguir con el fin de modificar la conducta del individuo en el trabajo. Los hábitos principales sobre los cuales la enseñanza se debe de enfocar son: la mejora continua, la responsabilidad en el trabajo, prevención de errores, hacer bien el trabajo en el primer intento, la planeación de actividades y consistencia en el cumplimiento de compromisos.

Interacción

Una vez llevada a cabo la enseñanza del metodología sobre la cual se va a trabajar, se lleva a cabo la interacción, es decir la constante comunicación con el personal y el reforzamiento de los conocimientos aprendidos previamente. Durante esta etapa se debe

tener muy en cuenta que la interacción debe de ser continua y supervisada de tal suerte que cuente con el personal apropiado para transmitir el mensaje.

Delegación

La delegación no es más que un proceso mediante el cual se le asigna tareas al empleado que puede hacer por sí mismo sin necesidad de que otra persona esté involucrada o vigilando el proceso. Las principales bases de la delegación son la comunicación, confianza y la capacitación efectiva de las labores que se van a realizar. En este punto se está seguro que la persona tiene la suficiente capacitación para llevar a cabo lo que se le encargó. No significa pérdida de poder sino más bien, confiar en el empleado para que su proceso de la cultura de calidad tenga poder de decisión. En esta fase es necesario tener cuidado para no cometer el error de creer que las personas se encuentran preparadas para tener poder absoluto sobre sus decisiones y comportamientos siempre encaminados a mejorar el nivel de calidad de la empresa. Mediante círculos de calidad y reuniones semanales o mensuales es posible constatar que los empleados han entendido el concepto de delegación

Últimas Consideraciones

Es difícil poner en práctica en su esplendor la cultura de calidad en las organizaciones. Es un proceso de mucha duración en el cual no se tiene una fecha en la que se diga: “listo, terminé”. Más bien el proceso continúa indefinidamente, ya que como se expuso anteriormente, la capacidad del ser humano de cambiar su cultura está basada en una decisión, la que se apega a sus formas de advertir del medio ambiente en el que se desenvuelve (4).

Evolución del Concepto de Calidad

A través del tiempo se menciona que la historia de la humanidad está directamente ligada con la **calidad** desde los tiempos más remotos, el hombre al construir sus armas, elaborar sus alimentos y fabricar su vestido observa las características del producto y enseguida procura mejorarlo.

La práctica de la verificación de la **calidad** se remonta a épocas anteriores al nacimiento de Cristo. En el año 2150 A.C., la **calidad** en la construcción de casas estaba regida por el Código de Hammurabi, cuya regla # 229 establecía que "si un constructor construye una casa y no lo hace con buena resistencia y la casa se derrumba y mata a los ocupantes, el constructor debe ser ejecutado". Los fenicios también utilizaban un programa de acción correctiva para asegurar la calidad, con el objeto de eliminar la repetición de errores. Los inspectores simplemente cortaban la mano de la persona responsable de la calidad insatisfactoria.

En los vestigios de las antiguas culturas también se hace presente la calidad, ejemplo de ello son las pirámides Egipcias, los frisos de los templos griegos, etc. Sin embargo, la Calidad Total, como concepto, tuvo su origen en Japón donde ahora es una especie de religión que todos quieren practicar.

Durante la edad media surgen mercados con base en el prestigio de la calidad de los productos, se popularizó la costumbre de ponerles marca y con esta práctica se desarrolló el interés de mantener una buena reputación (las sedas de damasco, la porcelana china, etc.) Dado lo artesanal del proceso, la inspección del producto terminado es responsabilidad del productor que es el mismo artesano.

Con el advenimiento de la era industrial esta situación cambió, el taller cedió su lugar a la fábrica de producción masiva, bien fuera de artículos terminados o bien de piezas que iban a ser ensambladas en una etapa posterior de producción.

La era de la revolución industrial, trajo consigo el sistema de fábricas para el trabajo en serie y la especialización del trabajo. Como consecuencia de la alta demanda aparejada con el espíritu de mejorar la calidad de los procesos, la función de inspección llega a formar parte vital del proceso productivo y es realizada por el mismo operario (el objeto de la inspección simplemente señalaba los productos que no se ajustaban a los estándares deseados).

A fines del siglo XIX y durante las tres primeras décadas del siglo XX el objetivo es producción. Con las aportaciones de Taylor la función de inspección se separa de la producción; los productos se caracterizan por sus partes o componentes intercambiables, el mercado se vuelve más exigente y todo converge a producir.

El cambio en el proceso de producción trajo consigo cambios en la organización de la empresa. Como ya no era el caso de un operario que se dedicara a la elaboración de un artículo, fue necesario introducir en las fábricas procedimientos específicos para atender la calidad de los productos fabricados en forma masiva. Dichos procedimientos han ido evolucionando, sobre todo durante los últimos tiempos.

El control de la calidad se practica desde hace muchos años en Estados Unidos y en otros países, pero los japoneses, enfrentados a la falta de recursos naturales y dependientes en alta grado de sus exportaciones para obtener divisas que les permitieran comprar en el exterior lo que no podían producir internamente, se dieron cuenta de que para sobrevivir en un mundo cada vez más agresivo comercialmente, tenían que producir y vender mejores productos que sus competidores internacionales como Estados Unidos, Inglaterra, Francia y Alemania.

El término Calidad ha tomado últimamente un especial protagonismo, sin embargo no siempre se utiliza adecuadamente, ya que se piensa que hace referencia exclusivamente a procesos de tipo industrial, por lo que su aplicación se limitaría, por tanto, a ese ámbito. Sin embargo, la Calidad envuelve crecientemente a otras actividades no exclusivas de la industria manufacturera, como son la distribución o el servicio.

Igualmente, la aplicación del término Calidad se ha hecho extensivo a organizaciones de titularidad pública, e incluso a la Administración Pública misma, en contraposición a la que tuvo en sus orígenes, centrada fundamentalmente en empresas privadas. De este modo, el objeto de la Calidad ha sufrido una evolución desde las industrias básicamente productivas hasta las organizaciones de servicios. Desde este punto de vista la calidad es el grado con que un producto concreto satisface los deseos de un

consumidor concreto. Lógicamente, a una más alta conformidad acompañará un menor número de reproceso y desechos, con lo que el coste del producto se reducirá, lo que puede traducirse en mayor margen comercial o en un precio menor, con el consiguiente aumento de competitividad.

2.1.SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

De una forma concertada, la reforma del sector de la Salud, en la mayoría de los países, se ha centrado en el desarrollo y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, incorporando valores como: salud como derechos de los ciudadanos, universalidad, equidad, integralidad de la atención (algunos citan solidaridad) sumados a efectividad, eficacia y eficiencia, a las estrategias de descentralización administrativa y a la participación de la comunidad con control social.

A pesar de la similitud del proceso de globalización en los países, hay grandes diferencias en el desarrollo de los procesos políticos de la reforma del sector de la salud. Éstos, buscando disminuir la inequidad que viene acentuándose a consecuencia del deterioro de la propia calidad de vida de la población, debido a los efectos negativos del proceso de globalización de la economía - aumento de la concentración de ingresos, desempleo, coexistencia de perfiles epidemiológicos entrecruzados y superpuestos, en los que enfermedades milenarias conviven con enfermedades modernas, y padecimientos del subdesarrollo coexisten con daños producidos por el mundo desarrollado – han desarrollado, en realidad, programas "dirigidos", "paquetes de atención mínima" para la población indigente y una oferta de servicios conforme a las leyes del mercado, lo que viene acentuando las desigualdades de acceso de la población. Sin embargo, una de las estrategias utilizadas para disminuir esa inequidad ha sido la busca de una mejora de la calidad de los servicios, a partir de una definición del concepto de calidad, orientada a lograr tanto la satisfacción del usuario externo (población), como la motivación del usuario interno (trabajador del sector salud).

También se ha intentado establecer la relación entre calidad, reducción de los costos y la equidad.

Las ANEs que han respondido el guión describieron algunas tendencias del proceso de la reforma del sector de la salud y su impacto en la calidad de los servicios. A continuación, se relacionan los países por orden alfabético:

Argentina

El sistema argentino se ha caracterizado por ser heterogéneo con respecto a la cobertura, las características de la población atendida y las fuentes de financiamiento (pública, privada y de la seguridad social). En 1997, se transfieren los hospitales a las provincias y de éstas a los municipios. La política de reforma del sector de la salud pretende lograr la hegemonía del sector público sobre los otros, con plena vigencia del derecho a la salud, con requisitos de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, cobertura a toda la población y descentralización.

Impacto positivo:

- a) Proceso de descentralización;
- b) establecimiento de la normativa para los Hospitales de Autogestión (HPA) - los efectos pueden facturar a la población con cobertura social, establecimiento de convenios, utilización de los recursos por la venta de los servicios también para incentivar la productividad y eficacia del personal;
- c) desregulación de las obras sociales - libre elección de los afiliados;
- d) las obras sociales tienen que pagar al sector público los gastos que demandan las prestaciones de servicios a sus asociados y las del Ministerio de Salud llamado Programa Médico Obligatorio (PMO), y
- e) fiscalización del cumplimiento del PMO.

Impacto negativo:

- a) Inequidad en la prestación de los servicios, e
- b) inestabilidad laboral en relación a la ley de flexibilización del trabajo.

Brasil

A pesar de la promulgación de la Constitución de 1988, que instituyó el Sistema Único de Salud (SUS) donde se garantizan todos los principios de universalidad, equidad e integralidad de la atención, con principios operativos de descentralización política, administrativa, jerarquización y control social, hay en realidad tres tipos de financiamiento (seguros y planes privados, seguridad social y gobierno) lo que determina la desigualdad de acceso de la población a los diferentes servicios públicos y privados.

Impactos positivos:

- a) Descentralización administrativa y financiera (los municipios conocen y buscan soluciones para los problemas de sus comunidades;
- b) participación comunitaria/control social - principio que es más efectivo con la implantación del SUS- a través de los Consejos de Salud (nacional, estatales y municipales, además de locales); participación de los trabajadores de salud en los consejos incluso representantes de la ANEs y participación de enfermeras en los cargos de secretaria de salud a nivel estatal y municipal.

Impacto negativo:

- a) Priorización de los servicios básicos de salud con énfasis en programas de determinados sectores, bajas inversiones en los servicios secundarios y terciarios, dificultando los principios de universalidad, equidad e integralidad, y
- b) dificultad para mantenerlo financieramente.

Colombia

La reforma del sector salud se caracteriza por la reducción de los aportes del estado y el incremento de las cotizaciones de los usuarios.

La tendencia de la reforma del sector de la salud responde a la agenda propuesta por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y las agendas multilaterales de crédito, las cuales tienen como eje la transferencia de las responsabilidades en materia de salud y educación al sector privado como parte del recorte del gasto público y social. Los

procesos de descentralización y focalización han tenido un impacto significativo en el suministro de los servicios sociales con el consecuente deterioro de las condiciones de salud de los colombianos.

La reforma del sector planteó en forma teórica como principios de seguridad social los de universalidad, equidad, eficiencia, integridad y participación, pero en la práctica ha sido imposible cumplirlos, entre otras, por las siguientes causas:

- La transformación de los subsidios de oferta en subsidios de demanda, de tal forma que las "nuevas empresas públicas de la salud" deberán subsistir exclusivamente con el producto de la venta de servicios.
- El recorte o el incumplimiento de las obligaciones económicas del gobierno para con el régimen subsidiado de salud, con la consecuente disminución de la cobertura y la inadecuada calidad de los servicios.

Impacto negativo:

- a) Descentralización - la disminución del aporte de recursos financieros del estado está llevando a este sector a su crisis más aguda.
- b) Los hospitales no están modernizados y tampoco están preparados para un sistema de competencia abierto, ni para la aplicación del modelo de autogestión para venta directa de servicios.
- c) Colapso total de la red de hospitales públicos.
- d) Pérdida del empleo para miles de trabajadores de la salud, y
- e) Desprotección de la población y recrudecimiento de enfermedades ya controladas como la tuberculosis y la malaria, aumento de la desnutrición y la enfermedad diarreica aguda.

Cuba

El impetuoso desarrollo de la salud pública cubana tanto en extensión como en cobertura ha permitido la introducción de complejas tecnologías y nuevos modelos de atención. El sistema tiene como principios: salud como un derecho del pueblo y responsabilidad del estado; cobertura universal; servicios con carácter gratuito; activa participación de la comunidad en los programas de salud y atención de carácter integral.

El sector de la salud sólo tiene cosas positivas para la población. Sin embargo, en este momento está teniendo dificultades debido al impacto económico derivado de la desintegración del bloque socialista. La difícil situación económica repercute directamente en la carencia de recursos materiales y lesiona a los trabajadores del sector, de lo cual no está exenta la enfermería. Al devaluarse la moneda nacional, en un momento determinado, se pierde el interés, no hay estímulo para algunos trabajadores del sector y hasta aparece el abandono laboral como fenómeno.

Ecuador

En la era actual en pleno siglo 21, sigue siendo uno de los países de la región latinoamericana con mayores desigualdades en el sector salud y con menor impacto de los recursos invertidos en salud, sólo superado por Nicaragua, Honduras, Bolivia y Haití.

El Sistema de Salud del Ecuador se ha caracterizado por ser institucional y sectorialmente fragmentado, inequitativo e ineficiente, orientado a proporcionar atención individual y biológica, bajo una organización burocrática, de gestión centralizada e ineficaz, con financiamiento insuficiente y distribución desigual. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

Las grandes barreras económicas, culturales, viales y geográficas tradicionalmente han limitado el acceso a los servicios, especialmente de la población rural más pobre, compuesta en su mayor parte por indígenas, afro-ecuatorianos y mujeres.

Los programas a nivel nacional se aplican de manera que sus indicadores privilegian la medición de coberturas y no de los avances de los procesos, de impacto, de efectividad, la satisfacción de usuarios entre otros.

Hasta la actualidad no se ha definido un modelo de atención que aplique estrategias para el cumplimiento de los programas en forma horizontal tomando en cuenta la

atención en salud a todo el ciclo de vida con una visión transversal de género y de la interculturalidad, que priorice las necesidades de la comunidad excluida y al mismo tiempo, sirva como mecanismo para tomar de decisiones técnicas, financieras, gerenciales y de intervención que reflejen satisfacción del usuario y mejoren la calidad de vida de las familias, comunidades incluyéndolas en forma equitativa y solidaria en la sociedad.

El Salvador

Existen cinco “5” propuestas de reforma del Sector de la Salud en proceso de consulta con las instituciones proveedoras de atención, con las diferentes asociaciones gremiales. Después, habrá una consulta a la ciudadanía para la elaboración final de la propuesta.

Honduras

La tendencia del proceso de reforma del sector salud es convertir la Secretaría de Salud en un ente regulador.

Impacto en la equidad en los servicios de salud: se están realizando esfuerzos para ampliar la cobertura mediante la entrega de servicios a través de diferentes modalidades. En el sector privado se prestan servicios a grupos minoritarios de la población utilizando alta tecnología, lo que contribuye a que ésta sea costosa e inaccesible para las mayorías.

México

La reforma del sector salud tiene como objetivo establecer instrumentos que promuevan la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, ampliar la cobertura de la seguridad social, acelerar y profundizar la descentralización, extender la cobertura deservicios a las zonas urbanas y rurales pobres (paquete básico de servicios).

Impacto: los cambios han representado avances importantes y merecen un amplio apoyo social, pero es necesario que los cambios no lesionen los principios de equidad, calidad y eficiencia. Otro elemento importante fue la competencia entre los proveedores.

Paraguay

La reforma del sector se centra en el desarrollo y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud - valores incorporados: equidad, solidaridad, atención integral a la población, eficacia y eficiencia, calidad, libre elección, planes y prestadores, complementariedad pública y privada, descentralización, participación y control social. El Ministerio de Salud es el órgano máximo de concertación y coordinación sectorial.

Impacto positivo:

- a) La participación comunitaria ha experimentado un fuerte impulso por medio del Consejo Nacional de Salud, los consejos regionales y locales.

Impacto negativo:

- a) Deterioro en las condiciones de trabajo de las diferentes categorías de personal de enfermería;
- b) Suministro inadecuado de equipos y materiales tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, lo que dificulta la atención libre de riesgos;
- c) Escasez de personal;
- d) Baja remuneración;
- e) Multiempleo;
- f) Falta de sistema de calificación y acreditación de méritos, y
- g) Falta de incentivos y reconocimientos a la autoformación.

Puerto Rico

La reforma del sector de la salud parte de los siguientes supuestos/principios:

- a) La privatización del sector de la salud, por considerar que ésta tiene mejores recursos y calidad de servicios;
- b) La existencia de un solo sistema (el privado) hace justicia social a la población médico-indigente, le asegura mejor acceso, calidad y cobertura;
- c) Lograr el control de costos;
- d) El sistema de salud pública debe concentrarse en establecer la política pública sobre salud y en fiscalizar las instalaciones que presten tales servicios;

- e) El sistema de prestación de servicios de salud debe redirigir sus esfuerzos y concentrarse en la promoción y el mantenimiento de la salud (atención primaria) y no tanto en el cuidado terciario/curativo.

Impactos positivos:

- a) Aumento del número de proveedores médicos en el sector privado para la población médico indigente;
- b) Incluye servicios de salud oral;
- c) Acceso a servicios especializados y de exámenes, y
- d) Elección libre de hospital; 80% de la población está contenta con la reforma.

Impactos negativos:

- a) Racionalización del cuidado porque los médicos primarios no atienden con igual prontitud a los pacientes que el especialista;
- b) Afecta la continuidad del cuidado debido a los cambios en las compañías aseguradoras;
- c) Los pacientes tienen que trasladarse de un lugar a otro (cierre de algunos hospitales);
- d) Falta de estabilidad financiera para su mantenimiento;
- e) Mayor inversión en cuidados curativos que preventivos;
- f) Disminución de las oportunidades de empleo (los privados contratan menos), y
- g) Se pierden beneficios marginales y derechos adquiridos de los trabajadores, así como la estabilidad del empleo.

República Dominicana

La reforma del sector de la salud aún no ha dado sus frutos porque no se ha implementado en todo el país. Se observa más bien como una política neoliberal con la privatización del sector salud. Se está discutiendo en el Congreso la ley de seguridad social, lo que llevará a una nueva modalidad de trabajo y a una reducción de personal de enfermería.

La reforma ha afectado al área de enfermería. Aunque aún contamos con una estructura de enfermería en el Ministerio de Salud, muchas veces se ha intentado desintegrarla, al igual que ha ocurrido en los países donde se ha implementado la reforma.

La gran problemática que se enfrenta es que las enfermeras trabajan en dos lugares, por lo que un número significativo de enfermeras se encuentran desempleadas.

Venezuela

El proceso de reforma del sector de la salud tiene como objetivo la descentralización de los servicios, la creación de nuevos modelos y proyectos de salud. Se ha producido un cambio a nivel central, desapareciendo la coordinación nacional de Enfermería, estableciendo un trabajo de coordinaciones por programas o servicios (equipo multidisciplinario), pero hasta ahora no ha habido cambio en el nivel más importante, el sector del servicio.

Esto no permite dar respuesta a la demanda de servicios que exige la población, existiendo una desproporción entre la necesidad de ellos y los servicios ofertados; esto genera un bajo impacto de los cuidados de la prestación de servicios de salud de calidad”. (24)

2.2. LA ATENCIÓN PRIMARIA REDUCIRÁ LA DEMANDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

La directora de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA), Nelsida Marmolejos, consideró: “Que la creación del Primer Nivel de Atención en salud reducirá en un 75 por ciento las demandas de la población y contribuirá a la calidad de las atenciones a los usuarios del Sistema. Sostuvo que el SDSS debe también garantizar la entrega de pensiones oportunas, eliminando las exclusiones que existen actualmente, fortalecer la protección a la niñez y los programas de prevención y promoción de accidentes y enfermedades profesionales; implementar el modelo de salud preventivo y fortalecer el financiamiento de las instancias del sistema”.(8)

2.2.1. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, MÁS NECESARIA QUE NUNCA

A medida que ha ido aumentando la oferta general de servicios de salud, ha quedado cada vez más patente que los obstáculos al acceso constituyen un importante factor de inequidad: en particular, los honorarios cobrados a los usuarios son una importante causa de exclusión de la atención requerida. Además, cuando las personas tienen que comprar atención sanitaria a un precio por encima de sus posibilidades, los problemas de salud pueden desembocar rápidamente en una situación de pobreza o bancarrota. Por ese motivo, la ampliación de la oferta de servicios debe correr pareja con la protección social en salud, que se consigue estableciendo sistemas de mancomunación de fondos y de prepago en sustitución del pago directo de honorarios por parte de los usuarios. Las reformas destinadas a garantizar la cobertura universal – esto es, el acceso universal unido a la protección social en salud – constituyen una condición indispensable para mejorar la equidad sanitaria. Como se observa en los sistemas que han logrado una cobertura casi universal, esas reformas se deben complementar con otra serie de medidas dinámicas para llegar a los grupos desatendidos, que son aquellos en los que los servicios y la protección social apenas ayudan a contrarrestar las consecuencias sanitarias de la estratificación social.

Muchas personas de esos grupos dependen de redes de atención que se encargan de la salud de comunidades enteras. Aquí es donde entra en juego el segundo conjunto de reformas: las reformas de la prestación de servicios.

El propósito de las reformas de la prestación de servicios es transformar la prestación de atención sanitaria convencional en atención primaria, optimizando la contribución de los servicios de salud – los sistemas de salud locales, las redes de atención sanitaria y los distritos sanitarios – a la salud y la equidad, y respondiendo al mismo tiempo a las crecientes expectativas respecto al objetivo de «poner a las personas en el centro de la atención sanitaria creando una armonía entre mente y cuerpo y entre las personas y los sistemas». Estas reformas no son sino un subconjunto de las reformas de la APS, pero

tienen tal importancia que a menudo han ocultado la agenda más amplia de la APS. A la consiguiente confusión se ha añadido la simplificación excesiva de lo que la atención primaria entraña y de lo que la distingue de la atención sanitaria convencional.

Numerosos datos científicos avalan las ventajas comparativas, en cuanto a eficacia y eficiencia, de la atención de salud organizada como atención primaria centrada en las personas. Pese a las diferencias en la terminología empleada, sus características principales están bien definidas (atención centrada en las personas, integralidad e integración, continuidad asistencial y participación de los pacientes, las familias y las comunidades). Una atención con estas características requiere servicios de salud organizados en consecuencia, con equipos multidisciplinarios cercanos a los usuarios que se ocupen de un grupo de población determinado, colaboren con los servicios sociales y otros sectores y coordinen las contribuciones de los hospitales, los especialistas y las organizaciones comunitarias. El reciente crecimiento económico ha traído consigo recursos adicionales para la salud, lo cual, unido a la creciente demanda de resultados mejores, crea excelentes oportunidades para reorientar los servicios de salud existentes hacia la atención primaria, no sólo en los lugares que cuentan con recursos, sino también en aquellos donde los fondos son escasos y las necesidades, muchas. En los numerosos países de ingresos bajos y medios en que la oferta de servicios está en una fase de expansión acelerada, existe ahora la posibilidad de tomar un rumbo que quizá evite algunos de los errores cometidos en el pasado en los países de ingresos altos. (23)

2.3. ¿POR QUÉ LA CALIDAD AUMENTA LA PRODUCTIVIDAD?

La producción como sistema

La preocupación por la calidad abarca a toda la línea de producción. Desde los insumos de los proveedores hasta el consumidor.

El proveedor de los insumos es un aliado. Hay que trabajar con él para mejorar continuamente los materiales y equipos del aprovisionamiento.

Los ensayos son parte importante para la mejora continua. Deben estar presentes en la recepción, los procesos de producción y la entrega para la distribución.

El consumidor constituye el elemento más importante. Hay que orientar la producción hacia sus necesidades, actuales y futuras. De ahí la labor de investigación sobre el consumo. Tal investigación es básica para el diseño y los continuos ajustes del mismo.

El Círculo de Deming

El llamado Círculo de Deming constituye una herramienta valiosa para llevar adelante la mejora del total del proceso de producción o de alguna de sus partes. Constituye al mismo tiempo, un símbolo de la mejora continua.

El círculo está representado por las siguientes partes o acciones.

Planear lo que se pretende alcanzar, incluyendo con ello la incorporación de las observaciones a lo que se viene realizando.

Hacer o llevar adelante lo planeado.

Chequear o verificar que se haya actuado de acuerdo a lo planeado así como los efectos del plan.

Actuar a partir de los resultados a fin de incorporar lo aprendido, lo cual es expresado en observaciones y recomendaciones.

El círculo representa en cuadrantes estas acciones, las cuales se deben aplicar indefinidamente (13).

Los Principios de Deming

Lo que así denominamos corresponden a 14 puntos expresados por Deming como base para la transformación hacia la calidad. Se deben adoptar y actuar sobre estos catorce puntos como una demostración del interés de los directivos por enrumbar la empresa hacia la calidad. Se trata de lograr los siguientes propósitos: permanecer en el negocio, proteger la inversión así como los puestos de trabajo. Son los siguientes.

Ser constante en el propósito de mejorar el producto y el servicio.

Hay ser constantes para enfrentar los problemas del presente y del futuro. Ahora hay que mantener la calidad del producto. Para el futuro, hay que ser igualmente constante en el propósito y la dedicación. Hay que innovar para el futuro. Investigar. Mejorar el diseño.

Adoptar la filosofía de la calidad.

Aquí Deming se refiere al cambio del mercado internacional provocado por el auge de la producción japonesa. Invita a los norteamericanos, o a productores de cualquier otro país, a abandonar la política de producción basada en los errores, defectos, materiales no apropiados, trabajadores temerosos, gerentes no identificados con la empresa, suciedad y vandalismo.

Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base de sólo el precio.

Comprar sólo en base al precio termina en una baja calidad e incremento de los costos. Al evaluar a los proveedores, será un error hacer sólo en función del precio. No se puede desligar el precio con la calidad. De esta manera la relación con el proveedor será de largo plazo, pidiéndole la mejora continua.

Mejorar constante y continuamente el sistema de producción y servicios.

Cada producto debe ser trabajado y tratado como si fuese único. La calidad comienza con la idea y se mantendrá en todas y cada una de las actividades del proceso de producción, y de ahí hasta el consumidor, buscando entender el propósito, la forma y el uso del consumo. Los ensayos ayudarán a la mejora continua del producto.

Implantar la formación de operarios y gerentes.

Los directivos deben aprender todo lo relacionado con la empresa. Desde los insumos hasta la forma cómo el cliente acepta el producto. Se debe entrenar trabajando en todos los procesos de producción.

Igualmente los operarios deben tener oportunidades constantes de formación buscando aprovechar sus habilidades en la forma más adecuada en cada caso.

Adoptar e implantar el liderazgo.

Deming hace una distinción clara entre supervisor y líder. La dirección no consiste en supervisar, sino en liderar. El líder debe conocer el trabajo a su cargo. Eliminar las barreras para que el operario esté orgulloso de su trabajo.

Desechar el miedo.

Para brindar lo mejor de sí no hay que tener miedo. Hay que sentirse seguro. Ello permite introducir conocimientos nuevos. Preguntar por lo que no se sabe. Perder el miedo a equivocarse. A proponer ideas de mejora.

Derribar las barreras entre las áreas de la empresa.

Hay que optimizar el trabajo total, por encima del trabajo de las áreas individuales. Desde el diseño hasta las ventas. Ello incluye el conocimiento del interés de los clientes.

Eliminar los eslóganes, exhortaciones y metas para el trabajo.

Con éstos lo que se consigue es que los trabajadores piensen que las mejoras sólo dependen de cada uno y no del conjunto. Pueden generar frustraciones y resentimientos.

Eliminar las metas numéricas para los trabajadores.

Se trata de los cupos de rendimientos por hora. Generalmente se establecen a partir de los promedios. Puede evitar la mejora de la calidad y la productividad. Ahoga la satisfacción por el trabajo bien hecho.

Eliminar las barreras que limitan a la gente de su derecho a estar orgullosa de su trabajo.

Esto es válido tanto para los directivos como para los operarios. El trabajador debe conocer que su trabajo está bien hecho, y sentirse orgulloso del mismo.

Estimular la educación y el auto mejora de todos.

Cada día debemos preguntarnos sobre lo que hemos aprendido. Deben estar abiertas las oportunidades de educación y aprender por sí mismo.

Actuar para lograr la transformación.

Los directivos deben conocer el significado y alcances de los trece puntos anterior, y actuar en consecuencia para conseguir el cambio

El triángulo de la Calidad

Deming aborda el tema de la calidad preguntándose qué es, quién la define, quién decide comprar o no. Aclara distintas situaciones. De una parte, reconoce que el cliente no siempre se encuentra en condiciones de expresar su interés por un producto (esto es particularmente claro en el caso de artículos nuevos: ¿quién hubiera pedido una computadora personal hace cincuenta años?). Ello permite reconocer también que la calidad de un producto no es estática, que cambia con el tiempo. A su vez, el operario mira la calidad a partir de sentirse satisfecho y orgulloso de su trabajo. Para el gerente, la calidad está en el cumplimiento de las especificaciones (7).

Finalmente, en lo que a calidad en salud respecta, una definición que ha ido ganando adeptos es la dada por el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de Norteamérica y que se refirió a calidad como "el grado por el cual los Servicios de Salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual". Sin embargo, es muy poco probable que una sola definición de calidad en salud sea aplicable en todas las situaciones. En todo caso, la calidad en salud siempre lleva implícitos 2 conceptos que son: 1. La excelencia técnica, esto es, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder. En otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente" y 2. Adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad (12).

2.4. LA RELACIÓN EQUIPO DE SALUD-PACIENTE-FAMILIAR

Se destaca la notable significación de los principios sistémicos, de objetividad, multifactorialidad, historicismo y de la práctica social transformadora, en su aplicación a la gestión asistencial y se argumenta que en las condiciones mundiales actuales del ejercicio de la medicina, la clásica relación médico paciente se ha expandido a relación equipo de salud-paciente-familiar. Se comentan brevemente algunos factores determinantes de las modificaciones de la relación médico paciente (RMP) originalmente limitada al facultativo y al enfermo. Se discuten los resultados de un estudio preliminar donde se exploraron en un centro asistencial, las apreciaciones de pacientes y estudiantes sobre el significado del desempeño interpersonal y cumplimiento idóneo de sus funciones, de los miembros del equipo de salud en sus niveles, profesional, técnico, administrativo y auxiliar. Invita a la reflexión sobre los efectos nocivos que pueden derivarse del trato inadecuado de los diferentes integrantes del equipo y se propone que el médico, como responsable básico de este se preocupe por sensibilizar a sus compañeros en relación con el significado de sus actitudes y comportamientos ante los enfermos y sus familiares.

Los avances de las ciencias médicas, al ampliar la primitiva gestión diagnóstico-terapéutica y determinar el actual espectro de acciones promocionales, protectoras, preventivas, epidemiológico-sanitaristas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitatorias, docentes, investigativas, periciales, gerenciales y editoriales, determinaron la necesaria proyección multidisciplinaria y desde entonces, la figura única del prestador de ayuda devino en equipo de salud, integrado ahora no sólo por profesionales, técnicos y tecnólogos, sino también por personal administrativo y auxiliar que cumplen funciones nada desestimables según su perfil laboral e interactúa necesariamente en el plano interpersonal con el otro componente de la relación otrora limitado al paciente, pero ampliado en nuestros días a los familiares, vecinos allegados, compañeros de trabajo y representantes de organizaciones sindicales políticas y de masas, -todos y cuanto más, mejor- interesados por la situación de un enfermo o por el mantenimiento de la salud en quien la disfruta (15).

2.5. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES

Con la participación de la población en el proceso de desarrollo local, se garantiza la responsabilidad y el cuidado de la obra, la comunidad se hace responsable, vigila su propio desarrollo. Se origina así una nueva actitud de los pobladores ante las autoridades locales, al no esperar que éstas atiendan todos sus problemas, si no que la población resuelva los que estén dentro de sus posibilidades, tratando así de asegurar el bienestar general.

¿Por qué se hace necesaria la participación ciudadana?

A través de la participación ciudadana, de una forma ordenada y organizada, se puede comenzar a subir el primer escalón para lograr el desarrollo del municipio y por tanto nuestro propio desarrollo.

De manera organizada las comunidades pueden formar parte en la toma de decisiones, priorizando las acciones en base a sus necesidades y recursos disponibles en coordinación con las autoridades locales.

Con la participación ciudadana se involucra a los sujetos sociales más desfavorecidos en la definición de estrategias y en el reparto de beneficios.

Con la participación la población puede colaborar en el mejoramiento y cuidado de los servicios públicos de su comunidad.

Requisitos necesarios para la participación ciudadana

El principal requisito es la organización de la comunidad para trabajar en equipo y para trabajar con las demás organizaciones ya sean del municipio o de otro tipo de organización como un organismo internacional.

Existen otros requisitos que se hacen necesarios para lograr la participación, entre otros están:

- Se deben asumir responsabilidades y obligaciones.
- Se deben mantener canales de comunicación fluidos con las autoridades y con la población en general (18).

2.6. LA HISTORIA CLÍNICA

Según el Manual de Organización y Procedimientos en Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba: “La Historia Clínica es el conjunto de documentos que recoge toda la información de la atención médica que se ofrece al paciente. Se mantendrá una Historia Clínica por cada paciente que se atienda en la institución, independientemente de que el régimen de atención sea hospitalario o ambulatorio.

La Historia Clínica es el documento en el cual se inicia y registra la atención integral del paciente, tanto durante su hospitalización como en la atención ambulatoria, siendo obligada su utilización para toda atención que se brinde al paciente en una institución del Sistema Nacional de Salud.

La Historia Clínica es un documento público, propiedad de la institución de salud por lo que se prohíbe terminantemente su extracción, a excepción de algunos casos, previa autorización expresa del Director.

El Departamento de Registros Médicos y Estadística es el responsable de la guarda y cuidado de la Historia Clínica, excepto en los policlínicos donde estará a cargo del personal del consultorio médico.

Los datos obtenidos en la Historia Clínica son para uso médico, científico, docente y legal y todo el personal de la institución está obligado a mantener reserva sobre su contenido, siendo sancionable la falta de discreción sobre estos aspectos”. (19)

2.7. EL ENFOQUE DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Calidad en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles. En el caso de las instituciones de salud su producto son servicios que tienen las características de ser intangibles y se pueden identificar dos tipos de calidad:

Calidad técnica: es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio.

La calidad sentida: es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. Está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos. Calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios.

Relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico.

Mejorar la calidad implica un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica sentidas de los usuarios.

La OPS/OMS propone como definición de calidad de las instituciones:

- Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos.
- Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos.
- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos de las instituciones.

2.8. DIMENSIONES DE LA CALIDAD

Las tres dimensiones de la calidad en los servicios de salud:

La dimensión técnico científica con lo cual se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios dentro de la balanza riesgo beneficio, **La dimensión administrativa** referida a las relaciones prestadores consumidores que se relacionan con los proceso de atención de que dispone la organización, y se hace un especial énfasis a **La dimensión humana** tradicionalmente desconocida y poco tratada cuando se habla de calidad siendo la parte fundamental de la atención en salud ya que la razón de ser del servicio de salud es el ser humano como un todo biopsicosocial.

2.9. DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

2.9.1. ACCESIBILIDAD

Facilidad con que el paciente puede obtener un servicio o la asistencia que necesita

Indicadores

Satisfacción con la comunidad

Acceso para capacitados y ancianos

Patologías respiratorias

2.9.2. COMPETENCIA PROFESIONAL

Capacidad del equipo de salud para utilizar lo más avanzados conocimientos, tecnologías y recursos disponibles para resolver los problemas de salud de los pacientes y producir su máxima satisfacción y seguridad de la atención. Tiene dos componentes:

2.9.2.1. Calidad Técnica

- Calidad de diagnóstico.
- Calidad de tratamiento.
- Calidad de control y seguimiento.
- Calidad de información.
- Calidad de educación.

2.9.2.2. Relaciones interpersonales

Indicadores

- Cumplimiento de normas protocolos y guías clínicas.
- Número de personal capacitado.
- Satisfacción con la atención.

2.9.3. EFECTIVIDAD

Es el grado en que la asistencia se proporciona del modo correcto según el conocimiento y los recursos disponibles “mejor resultado con los recursos disponibles

Indicadores

Índice de mortalidad.

Índice de ocupación.

Tiempo de demora del servicio.

2.9.4. EFICIENCIA

Es conseguir el más alto nivel de calidad al menor costo razonable

Indicador

Promedio de días por patologías.

2.9.5. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Grado con que la atención brindada satisface las necesidades y expectativas del paciente y su familia

Indicadores

Satisfacción general y por servicio con la atención.

Satisfacción con los procedimientos administrativos.

Tiempo de respuesta a los reclamos.

2.9.6. OPORTUNIDAD

Grado en que se proporciona la atención cuando el paciente lo necesite

Indicadores

Tiempo de espera en la sala.

Demora en las remisiones de las sesiones.

Tiempo de respuesta a las reparaciones de equipos, médicos e instalaciones.

Patologías en auge.

2.9.7. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Y EN SU FAMILIA

Significa organizar la atención de salud pensando en los pacientes más que en los prestadores de salud

Implica integrar a los pacientes y a sus familiares en todos los aspectos de la atención

Indicadores

Resguardo de la dignidad de los pacientes.

Alternativas diagnósticas y terapéuticas.

2.9.8. SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES

Atención de salud libre de daños evitables

Indicadores

Error en administración de medicamentos.

Seguridad de equipamientos.

Seguridad de las instalaciones.

La Dra. Beatriz Zurita en relación a las bases conceptuales de la calidad total menciona lo siguiente: “Las tomo de mis maestros, Avedis Donabedian de la Universidad de Michigan, considerado padre de la Calidad de la Atención en Salud, quién en los tres tomos de su obra señala el camino a seguir; y en Calidad de Servicios del Dr. Enrique Ruelas Colepa, profesor y amigo. ¿Por qué ahora necesitamos de la calidad total o garantía de la calidad en salud? Por un lado los costos son elevados, esto es un problema principal hasta de los países desarrollados como EE.UU. y los de Europa, que nos han llevado a la guerra de la garantía de la calidad; por el otro lado, en nuestros países tenemos necesidad de incrementar la cobertura con recursos limitados, y esto quiere decir que con los recursos que tenemos, logremos mejorar la salud de nuestras poblaciones, dentro de una crisis económica y una pérdida de la legitimidad, y que ya no hay mucha diseminación del concepto y los métodos más que en algunos países

como en Portugal y no tanto en los nuestros, las demandas hacia los médicos sobre la atención a la salud y que tengan que presentarse ante abogados y juicios, con tal de demostrar que si realmente estuvieron haciendo lo mejor. Los pacientes son las diferentes presiones que han llevado a que se vuelva de moda la garantía de la calidad o mejoramiento continuo de la calidad”. (26)

2.10. OBJETIVOS DE LA CALIDAD

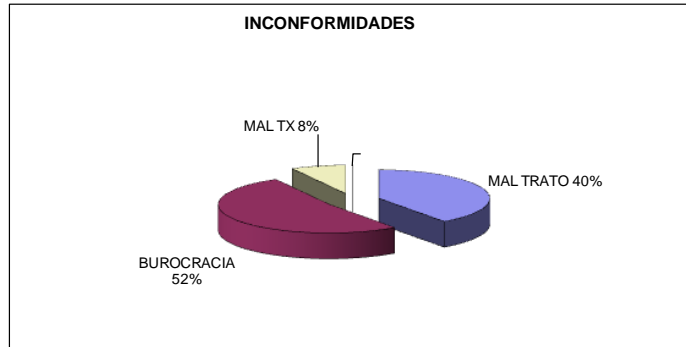
- Determinar las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas, Establecer la política y objetivos de la calidad de la organización,
- Determinar los procesos y las responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos de la calidad,
- Determinar y proporcionar los recursos necesarios para el logro de los objetivos de la calidad,
- Establecer los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso,
- Determinar los medios para prevenir no conformidades y eliminar sus causas,
- Establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.

Este enfoque también puede aplicarse para mantener y mejorar un sistema de gestión de la calidad ya existente.

La mala calidad de los servicios de salud en el país, posicionó a México en el lugar 55 de 64 países, según una comparación de la calidad de los servicios de salud de la OMS Esta posición se debió, no solo a la mala infraestructura y a la falta de insumos que también representan un serio problema, sino a problemas con el personal y los sistemas administrativos.

Según otra encuesta realizada por el Banco Mundial (2001), la insatisfacción de los pacientes de los servicios de salud es mayor al 50 %. La encuesta reveló que el 40% de los pacientes sentía que no se les trataba adecuadamente, 52% consideraba que había

demasiada burocracia y 8% que no había recibido el tratamiento médico cuando lo había necesitado.



Por otro lado la Encuesta nacional de Satisfacción con los Servicios de salud 2000, muestra que la principal insatisfacción en la población en ese entonces, era mala calidad de los servicios que recibe, que hacen que los servicios de salud se perciban como los peores servicios públicos, solo superando a los servicios policíacos.

Lo más preocupante es que la calidad no solo es mala sino que parece empeorar a lo largo de los años.

En la Encuesta nacional de satisfacción con los Servicios de salud 2000, los entrevistados señalaron que los servicios de salud en sus comunidades, habían empeorando en comparación con los que tenían en 1994. Cuatro de cada diez mexicanos pobres se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud. De hecho, uno de los motivos de 3 quejas más frecuentes, en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es la falta de información del médico al paciente.

Solo el 66.7 por ciento de los pacientes afirman que los médicos, enfermeras y personal de salud, les proporcionan información adecuada y con claridad siempre que reciben atención en las unidades del sistema.

Dada la creciente demanda de servicios de salud, la calidad se vuelve pieza clave en la capacidad de proveer buena salud para los mexicanos de mayor edad y a los nuevos pacientes de enfermedades crónicas que requieren más y mejores tratamientos. Es por

ello muy importante el contar con estándares de calidad y una atención oportuna para prevenir mayores complicaciones en enfermedades como Diabetes, Hipertensión, etc. Pese a esto, el porcentaje de unidades medicas que no cumple con la norma mexicana para el tratamiento y control de estas enfermedades es muy elevado.

De acuerdo a las estadísticas antes señaladas, nos damos cuenta que la calidad en la salud conforme avanzan los años se vuelve más deficiente, es importante recuperar niveles adecuados en cuanto a esta se refiere, mediante programas, normas y estándares que permitan disminuir los efectos adversos de la atención a la salud, y evaluando de forma continua las instituciones que brindan estos servicios. Ofreciéndole nuevas expectativas y una mejor calidad de vida al paciente.

En Bolivia actualmente no se cuenta con servicios de salud exclusivos para adolescentes, motivo por el cual esta población debe asistir a centros de salud generales donde son atendidos de igual forma que las personas adultas, lo que afecta una atención con calidad y calidez. El personal de salud no cuenta con capacitación acerca de la diversidad de características de esta población, factor que dificulta su nivel de relaciones, la labor de orientación y disminuye la asistencia de adolescentes a los centros de salud.

Por considerarse que la dinámica del entorno del trabajo conjunto y ético puede influir poderosamente en la capacidad de hacer frente a las dificultades en la atención que merecen los adolescentes en las instituciones de salud, se elaboró un programa de capacitación basado en la ejecución de talleres teórico-prácticos sobre el abordaje y atención diferenciada de adolescentes dirigido a médicos y enfermeras, con el fin de lograr una atención eficiente y eficaz para esta población". (14)

2.11. ¿QUÉ ES CALIDAD EN SALUD?

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los

riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios.

En la estructura engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención.

En el proceso incluye todo lo que el personal de salud hace por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo realiza; considera también en este rubro lo que los propios usuarios hacen por ellos mismos.

Los resultados incluyen los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; la satisfacción del usuario y del personal de salud; el conocimiento que se genera durante la atención para las personas que reciben los servicios y para los que lo otorgan.

Los doctores Otero de Perú en una publicación sobre qué es calidad en salud menciona los siguientes conceptos y consideraciones: “Calidad, la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión”. (25)

Hablar sobre la condición técnica de la calidad en salud, sería innecesario ya que toda acción profesional debe ser siempre aplicada guardando los más altos índices de refinamiento en lo que concierne al contenido técnico-científico del acto médico prestado.

Respecto a la identificación de la calidad funcional en salud, las cosas son un poco difusas por qué no se conocen que hayan sido definidos los parámetros en los que se podría fundamentar para calificar si determinado servicio profesional ha guardado adecuados estándares de calidad funcional o subjetiva.

La Dra. María Cristina Ferrari y colaborador en un valioso trabajo publicado menciona que: “Las organizaciones de Salud son diferentes al resto de las empresas y comprender su particularidad es la clave para lograr una gestión exitosa en resultados. Entre algunos factores diferenciales podemos mencionar:

- El manejo de la relación interpersonal con el cliente-paciente es infinitamente más compleja que el intercambio cliente-proveedor de cualquier tipo de empresa, ya que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos muy íntimos, sensibles e importantes de la vida (permanente contacto con el sufrimiento, el dolor, la enfermedad).
- El concepto de calidad de servicio aplicado a las organizaciones de salud es más amplio e integral que aquel aplicado en el resto de las empresas. Así, se pasa de la preocupación por la calidad del cuidado técnico, a la inclusión del cuidado emocional; de la preocupación por la efectividad a la inclusión de la eficiencia primero y después la optimización de los recursos; de la preocupación por el bienestar individual, al bienestar del grupo familiar (paciente/ familia/ amigos); de una calidad periférica a una calidad integral.
- Los costos de no calidad en las organizaciones de salud implican consecuencias diferentes que en el resto de las empresas: la no calidad en las instituciones sanitarias puede afectar y acabar con la vida del paciente”. (10)

2.12. EL CONCEPTO DE CALIDAD Y SU APLICACIÓN EN MEDICINA

Roberto E García Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile. En una publicación realizada sobre el concepto de calidad y su aplicación en Medicina manifiesta: “Dar una definición de calidad no es fácil, dada la perspectiva multidimensional que este concepto tiene. Así, sólo en el ámbito lingüístico, la Real Academia Española, en el Diccionario de la Lengua Española de 1984, Tomo I, página 242, define calidad como una "cualidad", una "manera de ser", "alguien que goza de la estimación general", o "lo mejor dentro de su especie". En medicina y educación, como en otras áreas del conocimiento, el término se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada

técnica o procedimiento. Sin embargo, aun dentro de este particular ámbito del concepto, no existe una sola definición para la calidad”. (12)

2.12.1. COMPONENTES DE LA CALIDAD DE SERVICIO

1°.-Carácter tangible: es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación. (Como se lo atiende, las condiciones de confort y limpieza del consultorio, como lo recibe la profesional, etc.)

2°.-Fiabilidad: consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Hay que tener cuidado porque normalmente el 96% de los pacientes insatisfechos no realizan reclamaciones pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si atiendo un paciente mal o no le prestó la debida atención en la primera consulta, esa es la impresión que el va a tener y luego es muy difícil de modificarla.

3°.-Rapidez: se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para el paciente. No retener a un paciente mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por períodos muy largos.

4°.-Competencia: del personal que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio. El personal que acompaña hay profesional debe conocer todas las indicaciones del servicio de manera de poder transmitir las claramente al paciente y evitarle molestias y trámites innecesarios.

Por ej. ¿Cuáles son los pasos a seguir para autorizar una orden de práctica?

5°.-Cortesía: expresada través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia el paciente.

6°.-Credibilidad: es decir, honestidad del profesional que presta el servicio tanto en sus palabras como en sus actos.

7°.-Seguridad: ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio

8°.-Accesibilidad: que se traduce por la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.

9°.-Comunicación: se debe informar al paciente con un lenguaje que éste entienda, eliminar vocablos técnicos que lo confunden y asustan.

10°.-Conocimiento del paciente: se trata del esfuerzo realizado por el profesional para entender a sus pacientes y sus necesidades, para poder atenderlo y contenerlo.

La ausencia de la calidad origina un círculo vicioso del cual es muy difícil salir:

- Servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios.
- La insatisfacción de los usuarios ocasiona poca demanda de los servicios, que se expresa en bajo rendimiento institucional.
- El bajo rendimiento institucional significa baja cobertura y productividad de los programas.
- La baja cobertura y productividad de los programas inciden en el presupuesto de la institución. Si existe poca producción de servicios el presupuesto asignado también será reducido. En instituciones que tienen programas de recuperación de costos, la poca demanda ocasiona recuperación financiera insuficiente.
- La poca disponibilidad presupuestaria genera insuficientes suministros, problemas con el mantenimiento de los equipos y ausencia de un programa de estímulos a los trabajadores, causando desmotivación en el personal.
- Un personal desmotivado es poco cooperador, no se apropia de los objetivos de la institución, tiene problemas de actitud, no trabaja en equipo y todo se traduce en mala calidad de la atención.

La interrupción de este círculo se logra mejorando la capacidad gerencial y promoviendo un proceso de mejoría continua de calidad en la institución.

El hecho de que la población considere que la prestación de los servicios es de mala calidad y que no responde a sus necesidades, hace que cada vez menos personas recurran a los Centros de Salud o puestos de atención primaria.

Se debe promover la calidad de los servicios de salud para:

- Mejorar la eficiencia de los servicios en forma inmediata.
- Optimizar la utilización de los recursos existentes (costo – beneficio).
- Incrementar la eficiencia y efectividad de los servicios ofertados.
- Aumentar la utilización de los servicios.
- Satisfacer las necesidades sentidas de los usuarios internos y externos, asegurando que la organización proporcione al usuario lo que necesita y desea de la institución.

- Motivar al personal.

Necesidades frente a la demanda.

- **Necesidades sentidas:** Aparecen siempre que la persona desea asistencia sanitaria, responde a la percepción que la persona tiene sobre sus problemas de salud.
- **Necesidad expresada:** es la necesidad sentida convertida en demanda.
- **Necesidad comparativa:** es el caso que o un individuo con determinadas características de salud no recibe asistencia sanitaria, mientras que otros si la reciben.

Ética médica, privacidad y confidencia en la atención:

- Derecho a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes postulados:
- Derecho a rehusarse a hablar o a ver a alguien que no esté oficialmente relacionado con la atención, aun personas que podrían estar oficialmente relacionadas con la institución, pero no involucradas directamente en su examen y tratamiento, por ejemplo estudiantes de medicina.
- Derecho a esperar que toda atención o mención de su caso se realice discretamente, que sin su consentimiento no haya gente presente sino esta directamente involucrada en su atención.
- Derecho a usar el vestido personal apropiado, objetos religiosos y simbólicos, sino interfieren con los procedimientos, pruebas diagnósticas o el tratamiento.
- Derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable. Incluye el derecho a pedir la presencia de una persona del mismo sexo, durante el examen, tratamiento o el procedimiento efectuado por un profesional del sexo opuesto; así como el derecho a permanecer desnudo solo el tiempo necesario para llevar a cabo el procedimiento.
- Derecho a que su expediente sea leído solo por aquellos directamente involucrados en su atención, o de supervisar la calidad de ésta. Otras personas

podrán utilizarlo solo con su autorización por escrito, o la de su representante legal autorizado.

- Derecho a que toda comunicación y registros pertenecientes a su tratamiento, incluyendo facturas de pago, sean tratados confidencialmente.
- Derecho al acceso imparcial al tratamiento, sin considerar su edad, raza, creencia, sexo o identidad sexual y nacional.
- Derecho a rehusar tratamiento hasta donde se lo permita la ley. Cuando la denegación del tratamiento por el paciente, o su representante autorizado legalmente impida la prestación del tratamiento adecuado, se dará por concluida la relación con el paciente previo acuerdo.

2.13. CALIDAD + CALIDEZ: FÓRMULA DE ÉXITO DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

La calidez interactiva es aplicada en la relación usuario-profesional siendo el atributo de la relación terapéutica, de dimensión afectiva, que, junto a la empatía y a la autenticidad del terapeuta, constituye una de las pautas del estilo interactivo de un entrevistador que más directamente contribuyen al éxito del tratamiento. Se identifica con la aceptación incondicional del paciente -constancia de los sentimientos de respeto y apoyo del entrevistador con independencia de las actitudes, sentimientos o acciones concretas del paciente, en un momento dado-, y con la consiguiente actitud de permisividad hacia él.

- **TRABAJAR CON CALIDAD** (lo racional)
 - Control de costos: Las organizaciones de salud se caracterizan por tener un alto costo de no calidad difícilmente mensurable. Establecer un sistema de costos de la calidad es una acción estratégica porque permite conseguir la **reducción de los costos operativos** de la empresa a la vez que se **incrementa el nivel de calidad**.
 - Integración de tres conceptos teórico-prácticos:
 - a) enfoque sistémico (estructura-proceso-resultado);
 - b) enfoque estratégico (aspectos gerenciales y de gestión interna del establecimiento; análisis permanente de los factores positivos y

amenazas del contexto; fortalezas y debilidades de la institución en sus relaciones con el mismo);

c) liderazgo institucional (trabajo en equipo, concertación, acuerdo, negociación, cooperación, consenso y participación)

- Proceso permanente hacia la calidad y la eficiencia.
- Gestión basada en procesos, que significa hacer las cosas bien según lo establecido en las ciencias médicas, las ciencias de la salud, normas y procedimientos administrativos. Definición de indicadores y estándares aceptados.
- Acciones tendientes a lograr los resultados esperados de recuperar la salud, prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de vida de la organización.
- Programa de mejoramiento a través de la educación continua: aprender haciendo.
- **TRABAJAR CON CALIDEZ** (lo emocional)
 - Superar las prácticas de actuación tradicionales hacia la nueva mística empresarial;
 - Trabajar de manera proactiva e innovadora, teniendo en cuenta las necesidades del paciente en forma integral;
 - Constituir modelos de comportamiento, capaces de transgredir las prácticas de actuación que conlleva la sociedad de flujos lineales hacia cíclicos, desarrollando un nuevo “proyecto ambiental”;
 - desarrollar líderes de líderes, para poder liberar la capacidad mental de las organizaciones y así sostener el cambio organizacional, basado en los siete pilares fundamentales definidos por Avedis Donabedian (eficacia/ efectividad/ eficiencia/optimización/aceptabilidad/legitimidad/ equidad)
 - situar a las personas en el centro de la estrategia de la empresa reconociendo su diferencia con el capital y la tecnología, reconociendo las características fundamentales del Capital Humano (funcionamos en el tiempo; buscamos significados; tenemos alma).

Trabajar con el alma y con los sueños como fuente de la confianza, la dedicación, la inspiración y la alegría.

El marco conceptual bajo el cual se opera es el Management basado en una **Gestión Estratégica de Mejora Continua**, utilizando como herramienta la Matriz LEMA, sobre la base del nominalmente anterior círculo del PDCA (planificar/ hacer/ controlar/ reevaluar) de E. Deming. La matriz LEMA establece:

L: detectar **LÍDERES** transformadores que generen nuevos líderes.

E: definir **ENFOQUES** innovadores sólidamente fundamentados orientados a resultados medibles en cada proceso de la organización.

M: aplicar la nueva **MÍSTICA EMPRESARIAL** en cada una de las actividades que se desarrollen

A: desarrollar **ANÁLISIS** de costos-beneficios, siguiendo el principio de Pareto, que se basa en la concentración en el 20% de los problemas vitales que ocasionan el 80% de las dificultades y trabajar sobre el flujo de resultados (teoría de las restricciones de Goldratt).

Luego de haber desarrollado los conceptos básicos **CALIDAD** y **CALIDEZ** se puede intentar una definición de la Gestión Integral de Calidad.

Constituye una propuesta moderna para la gestión de salud que requiere:

- Una visión integral del establecimiento de salud y el análisis permanente y objetivo de sus resultados, procesos y estructuras;
- Una conducción en equipo con una visión estratégica y amplia de la realidad y del contexto de la institución.
- El desarrollo de sistemas de información para la gestión estratégica
- La capacitación continúa de todo el personal.
- El uso y actualización de normas, estándares, protocolos basados en la evidencia

A modo de ejemplo, menciono algunas Empresas Argentinas que aplicaron la fórmula de éxito “calidad con calidez”.

- Medicus (prepaga, líder por excelencia -Argentina-).
- Kits (Red de Centros de Kinesiología y Rehabilitación -Argentina-).
- Diagnóstico Maipú.(Primer Centro de Diagnóstico por Imágenes en la Argentina).

- Vidt Centro Médico, CEDITRIN y sedes en los Hospitales Naval y Militar Central.
- Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (Fundación Favalaro).
- Hospital de Clínicas, Servicio de Endocrinología.

Las ideas espirituales y éticas (calidez) conjugadas con conocimientos específicos, serios y profundos (calidad) pueden llegar a estructurar una organización con valores humanos y exitosos en resultados.

La rentabilidad de la organización se alcanza mediante un Liderazgo que dirija e impulse la Política y la Estrategia, las Personas de la organización, las Alianzas y Recursos, y los Procesos.

La excelencia depende del equilibrio y de la satisfacción de las necesidades de todos los grupos de interés relevantes para la organización (las personas que trabajan en ella, los clientes, proveedores y la sociedad en general, así como todos los que tienen intereses económicos en la organización).

Beneficios significativos

- Añadir valor para todos los grupos de interés.
- Éxito sostenido a largo plazo.
- Relaciones mutuamente beneficiosas.
- Existencia de medidas relevantes, incluidas los indicadores más importantes, para todos los grupos de interés (10).

La propuesta de trabajo consiste en combinar la calidad con la calidez. Se ha demostrado que un descuido en el aspecto emocional tiene un efecto negativo en los resultados financieros de las organizaciones de salud. Existe una íntima relación entre la satisfacción de los clientes y el crecimiento de la rentabilidad, de manera que a mayor conocimiento y entendimiento del alma de la empresa, mayor será su posibilidad de crecimiento económico.

En el Ecuador los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios de salud están relacionados con la reforma del sector salud, es esencialmente una propuesta de financiamiento del sector. Las preocupaciones fundamentales de la propuesta son la financiación, el mantenimiento y la sustentabilidad. La gran ausente de la propuesta es la oblación.

El sistema de aseguramiento universal y salud debe prestar servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud, tomando en cuenta las capacidades diferenciales de pago de las personas o familias, como aporte complementario al financiamiento.

Sistemas

Descentralizados de Salud y Modelos de Autonomía de Gestión de Servicio.

Impacto negativo:

- a) los avances registrados no reportan grandes cambios en los indicadores de salud y en el funcionamiento de los servicios;
- b) el acceso y la calidad de la atención se ha deteriorado debido a una baja tasa de crecimiento económico, problemas de tipo estructural que se han agravado por el desgobierno de los últimos años.

El impacto negativo del fenómeno de "El niño" y la caída del precio del petróleo en el mercado internacional trajeron como consecuencia en 1999 el déficit de cuentas corrientes, las altas tasas de interés, el aceleramiento del proceso inflacionario, un severo déficit fiscal que en salud representó la disminución del presupuesto, la elevación de los precios de los medicamentos a insumos, paros y huelgas que desestabilizaron el sector.

2.14. FALTA DE CALIDEZ EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL PAÍS: JULIO FRENK

Entender que la medicina y la salud son parte integral de la cultura es también parte del quehacer público. La medicina, subrayó, ofrece marcos explicativos para estructurar la

vida cotidiana, los cuales, además, tienen una base científica y son alternativos a los conceptos morales o religiosos.

En México Ángeles Cruz Martínez manifiesta que: “En todas las instituciones de salud hay una imperante necesidad de calidez en la atención médica en México, aseguró Julio Frenk Mora, y a partir de la experiencia de Julio Derbez, sobreviviente de cáncer, enfatizó en la importancia que adquiere la relación médico-paciente en el proceso de la enfermedad y su tratamiento”. (5)

2.14.1. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN MÉDICA

La satisfacción puede referirse como mínimo a 3 aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado.

Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al centro de salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso.

Al analizar los antecedentes sobre estudios de satisfacción en Cuba, se encontraron respuestas dadas a toda queja formulada por los pacientes, las cuales han constituido un sistema de detección de problemas muy útil, que debe considerarse factor importante en la evaluación de la satisfacción con la atención. Los resultados obtenidos de la encuesta nacional de satisfacción, arrojaron que aproximadamente el 70 % de la población se encontraba medianamente satisfecha con los servicios de salud (Cuba, Ministerio de Salud Pública.

Para ello se estableció el objetivo de describir el resultado de la atención en los PPU mediante la satisfacción del paciente y la solución a los problemas motivo de la solicitud del servicio. A tal efecto se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en los PPU Santos Suárez y 30 de Noviembre del municipio 10 de Octubre, en Ciudad

de La Habana. El universo de estudio se estimó en aproximadamente 5 874 pacientes que se consultan como promedio en los PPU en 21 días (tiempo en que se realizó la investigación).

El tamaño muestral se calculó en 328 pacientes de los PPU, para lo cual se tuvo en cuenta que el parámetro a estimar es la satisfacción de la población y que aproximadamente el 70 % de ella está medianamente satisfecha (Cuba, Ministerio de Salud Pública).

Para el cumplimiento del objetivo se trabajó con un grupo de expertos para determinar aquellos elementos que presumiblemente influyen en la satisfacción del paciente, en este caso se tuvo en cuenta su percepción sobre los elementos descritos en la literatura a los que se les brinda mayor atención: satisfacción con la higiene, el orden y el confort (estructura), satisfacción con el trato recibido (proceso) y satisfacción con la atención (resultado). Se procedió además a explorar acerca de la solución del problema motivo de solicitud del servicio como criterio del resultado.

En el cuestionario aplicado se consideraron los 3 elementos, que se seleccionaron como resultado de la discusión para explorar la satisfacción. El tipo de cuestionario que se les aplicó a los pacientes seleccionados fue autoadministrado y las preguntas se formularon al final de la consulta y nunca delante del personal médico (6).

2.15. PARTICIPACION DEL USUARIO EN EL PROCESO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La participación de los usuarios en los programas de garantía y mejora de la calidad de la atención es cada vez más imprescindible, no sólo porque son el principal cliente, sino también porque hay que dar respuestas a las demandas de aquellos, que cada día se vuelven más informados y exigentes.

Uno de los principios de la reforma del sector de la salud es la participación comunitaria con control social. Muchos países tienen en sus leyes la garantía de la participación de

la población en los consejos nacionales, provinciales y municipales de salud, como Brasil, Colombia, Honduras o Paraguay. En otros, existe la participación en los procesos de evaluación de la atención.

En cuanto a las indagaciones acerca de la participación del usuario, solamente un país ha citado el Código de Defensa del Consumidor: Brasil. Entre los demás, algunos relataron la total ausencia de participación y otros mencionaron la existencia de programas de educación en salud (24).

2.16. SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL DEL TERCER NIVEL

Los profesionales de la salud tienen como misión proporcionar cuidados de salud a la población. Por ello, es responsabilidad de los establecimientos de salud establecer estrategias que permitan la evaluación continua de las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención médica a los usuarios, ya que el usuario tiene derecho a recibir la mejor calidad posible de atención, fundada en una sólida base de conocimientos y habilidades, la cual es proporcionada por personas que pueden emplear la misma aplicando juicios y razonamientos acertados y un sistema de valores claro y conveniente.

En este sentido, la institución de salud es responsable ante el público por la atención proporcionada; por ello éste tiene derecho a esperar que el personal de salud se responsabilice de la misma. El personal debe ser capaz de responder a las preguntas del usuario acerca de las acciones y decisiones sobre su estado de salud, ya que el usuario tiene derecho a saber al respecto. Por esta razón, Salinas C, Laguna J y Mendoza M. (1994) refieren que los usuarios esperan cortesía, un ambiente agradable, tiempos de espera reducidos, privacidad, información médica completa, personal calificado, diagnóstico y tratamiento eficiente.

Por estos motivos, es importante que en las instituciones de salud se realicen evaluaciones de la calidad del servicio, considerando las expectativas del usuario y del

personal de salud, a través de instrumentos de valoración que permitan establecer un diagnóstico situacional que facilite la identificación de los problemas o las deficiencias del mismo.

Caligiore Corrales I. realizó un estudio a los usuarios hospitalizados en una unidad de Mérida-Venezuela: “En esta investigación se valoró la satisfacción del usuario adulto de los servicios de hospitalización de un hospital de tercer nivel. Se consideró que la opinión de los usuarios es esencial para evaluar la calidad del cuidado de salud. La muestra fue de 210 personas, hospitalizadas en esta área, realizándose un estudio descriptivo, de campo y prospectivo. Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario diseñado por García (1993) el cual fue adaptado para esta población. Los resultados evidencian que el 82 % considera que el trato del personal de Enfermería es bueno y un 78 % opina que cuando requirieron la atención fueron atendidos satisfactoriamente. El 54 % respondió que fue atendido oportunamente, no así el 46 % por la alta demanda de usuarios. El 85 % de los usuarios expresan que el cuidado de Enfermería es bueno y que se les informaba sobre los medicamentos administrados. Se sugiere incentivar al personal de salud a continuar gestionando la calidad del servicio”.

(3)

2.17. PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL “DR. RUBÉN MIRAVALLE” LINCOLN

Factores Claves De Éxito

Para conseguir los objetivos del hospital se necesita lograr distintos objetivos intermedios (inductores) que se pueden lograr operando sobre los llamados Factores Clave de Éxito (FCE). Para identificar esos factores se hizo un recorte de tres áreas de gestión que pretenden abarcar el conjunto de la actividad hospitalaria, estas son:

- Gestión Económico-Financiera
- Gestión integral del Recurso Humano
- Gestión de Pacientes y Producción de Servicios

En cada una de estas áreas se identificaron como Factores claves de éxito:

Gestión Económica Financiera:

- Ejecución Presupuestaria
- Recuperación de costos a terceros pagadores y pacientes con capacidad de pago.
- Gestión de compras

Gestión integral del Recurso Humano

- Capacitación del personal
- Satisfacción del personal
- Grado de adhesión del personal a los objetivos organizacionales
- Motivación del recurso humano
- Nivel de Ausentismo

Gestión de Pacientes y Producción de Servicios

- Costos en la producción de servicios.
- Productividad. Percepción y Satisfacción de Pacientes.
- Tiempos de Espera.
- Listas de espera.

Análisis Situacional Del Hospital

Los planteamientos que se presentan en el análisis situacional se sustentan en las conclusiones del taller y en el relevamiento realizado.

Superar el Déficit Organizacional. El principal desafío del plan estratégico

Una de las primeras operaciones en el procesamiento del Plan Estratégico Hospitalario (PEH) consiste en identificar un problema preliminar (o núcleo de problemas) que permita abordar el proceso continuo de aproximaciones explicativas que supone el análisis situacional. El recorte preciso y la formulación rigurosa del mismo constituyen lo que se denomina problema focal. La superación del mismo se constituye en el principal desafío del PEH.

Un problema está constituido por la distancia existente entre una situación dada y una situación deseada considerada óptima. Este problema focal debe, además, ser un problema relevante -en virtud de su preponderancia al interior del Hospital- y comprender una multiplicidad de dimensiones de modo tal que su análisis permita examinar todos los aspectos importantes de la institución y su entorno. Tomando como parámetro de deseabilidad la misión institucional antes mencionada, un primer examen de la situación del Hospital Dr. Rubén Miravalle permitió identificar un macro problema que se denomina déficit en la organización Hospitalaria.

La organización de servicios encierra múltiples dimensiones lo que hace necesario describir cuales constituyen aspectos deficientes en el desempeño institucional del Hospital Dr. Rubén Miravalle.

Descriptor: Discontinuidad en la Atención.

Los pacientes no son tratados prioritariamente en un primer nivel de atención y no existen mecanismos formales para derivar los pacientes y asegurar la continuidad de la atención. Esta derivación no está desarrollada tanto desde el primer nivel hacia el hospital (mecanismo de referencia), como del hospital hacia el primer nivel (Mecanismo de contra referencia).

La presencia de un Médico de Cabecera o de Familia es un dispositivo adecuado para asegurar la continuidad en la atención de un paciente, ya que en un mismo profesional se concentra toda la información sobre los distintos procesos vitales y de enfermedad que atraviesan los pacientes. Si bien en localidades como Lincoln es usual que los pacientes tengan un médico de cabecera, muchas veces el sector público no se encuentra en condiciones de garantizar este aspecto para sus pacientes (17).

2.18. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Es notoria la ausencia o escasas evaluaciones que se realizan en la medición de la calidad y calidez de la atención, es posible que sea por la falta de metodologías que

puedan aplicarse en todas las instituciones de salud, hay un creciente interés en estas por establecer sistemas de evaluación continua.

La competitividad entre los servicios públicos y privados en lo relacionado a su infraestructura y equipamiento, exigen que los profesionales prestadores de servicios, se esfuercen con responsabilidad, capacitación permanente, trabajar con ética, para el mejoramiento de la atención, para lograr como objetivo final la satisfacción del usuario. Realizar una evaluación en una unidad del primer nivel que realiza atención primaria en salud, representa la única forma en que se puede analizar el papel que se está desempeñando actualmente para el logro de sus objetivos con el propósito de mejorar los servicios existentes. A través de la evaluación permitirá conocer la fortaleza y debilidades de la institución y el equipo de salud, evidenciar además lo que es efectivo y positivo, como también las eficiencias y falencias en la atención. Con los resultados obtenidos a través de una evaluación permite además la implementación de nuevas políticas y toma de decisiones por parte de las autoridades de salud. Como también funciona como una autoevaluación de los integrantes de la unidad para fortalecer los aspectos que presenten fallas y debilidades, aportando en el mejoramiento creciente de la calidad en la atención.

Son pocos los estudios donde se analizan evaluaciones de atención con calidad y calidez en las unidades de salud de primer nivel en los diferentes continentes y en nuestro país. Los trabajos encontrados a través de esta investigación están orientados a determinados servicios, los que he logrado revisar con el objeto de establecer comparaciones de sistemas de evaluación en otros países y los incluyo como referente al trabajo a realizar (24).

Según la ISO 9000, 2000, se considera como calidad, al conjunto de características inherentes a un producto para que cumpla con los requisitos para los cuales se elabora.

Según Donabedian "el grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades" e incluye estructura, procesos y resultados como los tres componentes de una armazón conceptual

para evaluar la atención sanitaria y, bajo esta teoría, existe una relación funcional fundamental entre estos tres elementos tal que uno le sigue al otro.

Como definen B. Zas y otros, el proceso de la calidad total llevada a su máxima expresión se convierte en una forma de vida organizacional, hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde. Esta se define por el usuario y no por la institución; es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos.

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes). Pero sólo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una excelencia.

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad.

La satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario."

La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.

Si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia, entonces, la evaluación de la satisfacción en los usuarios, familiares y proveedores se

convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y que falta para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros.

Al analizar los antecedentes sobre estudios de satisfacción en Cuba, se encontraron respuestas dadas a toda queja formulada por los pacientes, las cuales han constituido un sistema de detección de problemas muy útil, que debe considerarse factor importante en la evaluación de la satisfacción con la atención. Los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Satisfacción, arrojaron que aproximadamente el 70 % de la población se encontraba medianamente satisfecha con los servicios de salud.

En consecuencia, al evaluar la satisfacción, antes del intento de conocer y medir el peso específico o la magnitud que determinados factores tienen en este proceso, habrá que tener en cuenta los siguientes objetivos:

1. Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios de salud que brinda la institución.
2. Identificar cuáles elementos de la atención determinan la satisfacción o insatisfacción de los usuarios.
3. Evaluar el grado de satisfacción de los proveedores de los servicios de salud con su trabajo.
4. Identificar cuáles elementos de su trabajo afectan su satisfacción laboral.

La definición del término satisfacción, ha sido algo ampliamente debatido y discutido en la ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad pone en la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud y ha sido necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios.

La satisfacción de los usuarios de salud no sólo es un indicador de excelencia, es más aún, un instrumento de la excelencia. Su implementación como un indicador de excelencia de la calidad, sólo es posible si se tienen en cuenta:

1. Las complejidades del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas. La orientación del comportamiento institucional (el hospital),

grupal (los servicios) e individual (el trabajador, el especialista, el técnico, entre otros) en la consideración de la satisfacción.

2. La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

Una herramienta muy valiosa para dar salida a tal objetivo es el análisis de encuestas porque proporciona información sobre el grado de satisfacción de los pacientes en cuanto al trato recibido y cómo fijar objetivos a los que llegar con las mejoras llevadas a cabo (Mejore la toma de decisiones en la Administración Pública con el análisis de encuestas con SPSS).

La satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, considerada por Donabedian como la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para cumplimentar las necesidades de los pacientes, usuarios. En este sentido, se considera que los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud.

La preocupación por la satisfacción del paciente está condicionada porque esta se relaciona significativamente y funcionalmente con conductas de salud específicas (desde el cumplimiento de las prescripciones hasta el seguimiento de los resultados, o incluso, conductas preventivas de la enfermedad). Al hablar de satisfacción, es importante tener en cuenta la distinción entre satisfacción general, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos, y la satisfacción específica, que es el grado de satisfacción respecto a la utilización de un servicio concreto, o respecto a aspectos concretos de los servicios recibidos.

Por otro lado se ha planteado el modelo ECHO que valora los resultados clínicos, económicos y humanísticos, como una guía para la medición de los resultados en salud. Desarrollar procedimientos normalizados de trabajo (PNT), incluyendo los instrumentos de registros apropiados, es fundamental para asegurar la provisión de un servicio de

calidad. El surgimiento de los servicios de excelencia pone a los involucrados en la necesidad de buscar y adoptar nuevas formas de medir la calidad y evaluar la actuación. La valoración de la satisfacción de los pacientes es una medida para evaluar la atención sanitaria.

La orientación de los servicios hacia las demandas de quienes los utilizan está cada día más presente en las propuestas de profesionales, gestores y planificadores del ámbito sanitario. Actualmente y desde corrientes cercanas al marketing, surgen propuestas de control de la calidad de los servicios a partir de la opinión de los usuarios que los utilizan. En esta línea, el análisis de la opinión de los usuarios incorpora la perspectiva de los ciudadanos en el marco global de la evaluación de los programas de salud. En estudios revisados sobre satisfacción y calidad, se concluye que en general los usuarios están globalmente satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas más concretos como información, trato o amabilidad esta satisfacción disminuye.

Donabedian agrupa en tres categorías los componentes fundamentales del servicio, susceptibles de generar satisfacción: componente técnico, componente interpersonal, y componente del entorno y sus comodidades.

Las instituciones u organizaciones que funcionan como proveedoras de salud (tanto administración, profesionales médicos, empresas que ofrecen contenidos y otros), están en constante búsqueda de nuevos métodos para lograr una mejor calidad en la atención sanitaria.

Cuando se evalúa la calidad de los servicios sanitarios, cada vez es más frecuente incorporar a esta evaluación resultados diferentes de los exclusivamente clínicos. La opinión de los pacientes es un resultado que nos aporta información sobre el grado en que estos sienten que el servicio recibido ha cumplido con sus expectativas.

En los últimos años ha aumentado el interés por los temas de evaluación, auditoría y calidad. Este fenómeno es el resultado del cuestionamiento de la práctica médica y del incremento de las competencias profesionales y económicas.

Debido a que son muchas las definiciones que actualmente existen sobre calidad en salud y su manera de abordarla, ello ha originado la aparición de una diversidad de enfoques para su medición. Por un lado está la perspectiva de los profesionales de la salud, quienes enfatizan en los aspectos técnico-científicos de la atención, además de considerar la interacción proveedor-paciente. Aunque esta perspectiva es importante y útil, en los últimos años hubo un interés creciente en considerar la opinión de los usuarios como indicador importante de la calidad de la atención en salud, buscando dar respuesta a sus preferencias individuales y colmar sus expectativas.

Pero la calidad no es un tema exclusivo de los especialistas. Ahora son más frecuentes los cuestionamientos de los pacientes sobre la atención que se les brinda, y no son sólo con referencia a los aspectos de bienestar o trato sino también sobre aspectos del desarrollo técnico de la atención.

Se puede evaluar en líneas generales la satisfacción con la atención a través de la percepción que tienen los pacientes, pero también de la opinión de los familiares, y de los propios proveedores. No es bueno conformarse solamente con el reporte que puedan brindar los pacientes, pues muchas veces ellos no tienen todos los elementos de información de lo que está sucediendo. Por eso es oportuno recurrir a los familiares y a los proveedores y contrastar ambas metodologías cada vez que sea posible.

Se debe tener en cuenta cómo se va a evaluar y considerar que la calidad de la atención es un concepto complejo, con múltiples atributos, procesal y temporal, por lo tanto cada vez se debe definir no sólo el sujeto de evaluación sino también cuales componentes, aspecto, actividad o acción se quiere conocer en el aquí y ahora (Fernández Busso N. Calidad de la atención médica. En Fascículo # 1. Programa de Educación a distancia "Nuevas formas de organización y financiación en salud.2004"). Se debe poner en ejecución más de una actividad evaluativa para aproximarse al conocimiento de la materia de estudio. Usar criterios de complementariedad o de triangulación.

La relación entre profesional sanitario-paciente pasa a ser una relación entre proveedor de servicios-consumidor, por lo que hay que tener en cuenta que se inserta en un microsistema social en el que se relacionan las categorías de rol; donde cada una tiene asociadas unas expectativas comportamentales, la insatisfacción de un actor puede venir de la incongruencia entre las conductas esperadas y las realmente ejecutadas.

Los diferentes instrumentos del sistema precisan de coherencia y estructura lógica entre las tres partes del todo. El diseño de cada instrumento evaluará el nivel de satisfacción global y por componentes o dimensiones.

Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al centro de salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso (22).

Evaluación de un Programa de Capacitación para el Personal de Salud sobre Atención

La Lic. Patricia Ivonne Flores Zambrana y Dr. Pedro A. Díaz Rojas. Publican Evaluación de un Programa de Capacitación para el Personal de Salud sobre Atención y Abordaje de Adolescentes en La Paz, Bolivia:

“Se realizó una evaluación del impacto de un programa de capacitación sobre la atención y abordaje a adolescentes para el personal de salud en 2 instituciones de la ciudad de la Paz, el diseño se correspondió con un estudio pretest y postest. Se hallaron resultados superiores en el postest respecto de la calidad de la atención y el abordaje de los adolescentes en ambas instituciones por los profesionales de la salud que recibieron el programa de capacitación.

En Bolivia actualmente no se cuenta con servicios de salud exclusivos para adolescentes, motivo por el cual esta población debe asistir a centros de salud generales donde son atendidos de igual forma que las personas adultas, lo que afecta una atención con calidad y calidez. El personal de salud no cuenta con capacitación acerca de la diversidad de características de esta población, factor que dificulta su nivel de

relaciones, la labor de orientación y disminuye la asistencia de adolescentes a los centros de salud.

Por considerarse que la dinámica del entorno del trabajo conjunto y ético puede influir poderosamente en la capacidad de hacer frente a las dificultades en la atención que merecen los adolescentes en las instituciones de salud, se elaboró un programa de capacitación basado en la ejecución de talleres teórico-prácticos sobre el abordaje y atención diferenciada de adolescentes dirigido a médicos y enfermeras, con el fin de lograr una atención eficiente y eficaz para esta población.” (11)

2.19. EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS SATISFACCIÓN DEL CLIENTE/PACIENTE Y SATISFACCIÓN DEL PERSONAL/PROFESIONAL

La calidad de la asistencia sanitaria en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) es hoy una constante preocupación de todos los que intervienen en el proceso sanitario (consumidores, pacientes, profesionales, gestores, políticos). Los SUH constituyen una prioridad para los servicios de salud por el compromiso vital que puede suponer la atención a situaciones urgentes, el crecimiento imparable de la demanda de atención urgente, el volumen de recursos que consume y ser el nivel de atención que garantiza la continuidad asistencial del sistema sanitario ininterrumpidamente todo el año. Pero el incremento de expectativas tanto de los clientes externos como de los internos y la necesidad de garantizar la eficacia en un marco de actuación donde los recursos son limitados hacen necesario aplicar un modelo que permita evaluar y mejorar la calidad de estos SUH de forma sistemática y así progresar hacia la excelencia. En 1988, 14 empresas líderes de distintos sectores, tanto industriales como de servicios, en Europa tomaron la iniciativa de crear la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad Total (EFQM) e impulsaron la creación en 1991 del Premio Europeo de Calidad. Pero era evidente que la calidad tenía un significado diferente en la industria y en la sanidad; mientras en la industria se refería a producto o servicio, en la sanidad el objetivo es la salud y la calidad de vida del paciente. Además los costes de la falta de calidad suponen en el primer caso rehacer el producto (1).

2.20. LA CALIDAD DE LAS OFERTAS DE INFORMACIÓN. PROPUESTA DE UN MODELO DE EVALUACIÓN.

Las herramientas de evaluación adoptadas deben permitir recolectar información acerca de cuánto valor se ha aportado a la información en su procesamiento y la prestación del servicio y, facilitar posterior al análisis, la emisión de criterios de valor sobre los mismos. Estos criterios generadores de cambios favorecerán el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la organización, mejorarán la calidad de las ofertas de información y en definitiva, permitirán brindar a los usuarios ofertas adecuadas a sus necesidades y con la calidad requerida para satisfacer sus demandas.

Aspecto importante para valorar el desempeño de las organizaciones de información y la satisfacción de las necesidades de información de sus usuarios es, sin lugar a dudas, la precisión de la calidad de sus ofertas de información mediante la aplicación de herramientas de evaluación que contemplen acciones de seguimiento, medición, análisis y mejoramiento continuo.

Julia Espinosa Pichs y colaboradores presenta un trabajo muy valioso en relación a este tema: “Para la evaluación resulta necesario emplear herramientas que permitan recolectar información acerca de cuánto valor se ha aportado a la información en su procesamiento y la prestación del servicio y facilitar, posterior al análisis, la emisión de criterios de valor sobre los mismos. Estos criterios generadores de cambios favorecerán el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la organización, mejorarán la calidad de las ofertas de información y, en definitiva, permitirán brindara los usuarios ofertas adecuadas a sus necesidades y con la calidad requerida para satisfacer sus demandas”.

(9)

2.21. UN MODELO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PARA LA SALUD PÚBLICA

Se necesita un modelo explícito, estructurado, validado, reconocido, con amplia experiencia en su aplicación práctica y, en la medida de lo posible, con una vigencia y un prestigio internacionales. Considero además, que si el diagnóstico de calidad ha de tener una proyección estratégica, el modelo no debe ser de mínimos, sino un modelo de excelencia.

Son 2 modelos, ampliamente aplicados en el sector de los servicios sanitarios: el modelo de certificación ISO 9000 y el modelo europeo de excelencia (EFQM).

La certificación ISO 9000 da fe de que una empresa, producto o servicio cumple con los requisitos de una norma o especificación técnica concreta, tiene validez temporal y es emitida por un organismo certificador reconocido internacionalmente. Está encaminada a dar soluciones a situaciones repetitivas y sistemáticas, y consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas estandarizadas. No garantiza de manera ineludible la adecuación técnica ni tiene especialmente en cuenta el carácter de servicio que tiene la salud pública. El modelo ISO está enfocado hacia la garantía de la calidad y toma como punto de partida, para el diseño y la elaboración del servicio, las demandas del consumidor. Tal como ya hemos mencionado, en salud pública no sólo es necesaria la satisfacción del usuario (calidad percibida), sino que hay que garantizar que el conocimiento científico se aplica de manera correcta (calidad científico-técnica).

Ciertamente, muchas de las actividades propias de los servicios de salud pública, como las inspecciones o la actividad de laboratorio, son estandarizables y, por tanto, ISO puede ser, y es, una muy buena alternativa para su garantía de calidad. ISO 9001-2000 se basa en un modelo de organización por procesos y se sustenta en la documentación de todas las acciones realizadas en el seno de la organización dirigidas hacia la elaboración de un producto o servicio determinado, y está construido por una estructura en la que se incluyen 4 requisitos: responsabilidad de la dirección, gestión de los recursos, realización del producto o servicio, y medida, análisis y mejora.

Joan Guix Oliver en una publicación realizada en la gaceta sanitaria de Barcelona en julio del 2005 con el tema calidad en salud pública menciona: A partir de todo lo anteriormente mencionado, y para poder realizar una aproximación a la definición de la calidad en el terreno de la salud pública, será imprescindible establecer un modelo con el que compararse, escoger unas dimensiones (conjuntos de componentes) para valorar y definir unos criterios (condición que debe cumplir la práctica para ser considerada de calidad), tanto estructurales como de proceso y resultados, así como unos indicadores, unos valores estándares (de referencia) y unos valores índice (valores existentes en un momento dado). Todo ello no puede ser fruto de la especulación, sino que debe estar construido sobre fuertes cimientos. Estamos hablando de la salud pública basada en la evidencia, definida como un intento en el terreno de la salud pública en el cual se produce un informado, explícito y juicioso uso de la evidencia, derivado del uso de diversos métodos de investigación y evaluación científicos y de las ciencias sociales”.

(16)

En términos generales considero que La evaluación del estudio de calidad y calidez en la atención a realizarse deberá tener tres componentes importantes:

1.- Las actividades de cada proceso como resultados intermedios: Se evalúan indicadores de atención, gestión, proceso, resultado, avance financiero, avance físico, de cobertura, cumplimiento de programaciones, seguimiento de guías y protocolos, calidad de la historia clínica, No de actividades de fomento y protección de la salud así como la satisfacción de los usuarios y profesionales.

2.- El impacto del programa en el nivel de salud de los pacientes y sus familiares, como resultados finales: Este tipo de estudios representa un nivel mayor de complejidad pero por la importancia de la información que aporta (constituye la validación misma del programa) se recomienda hacerlo al menos cada dos años.

3.- Evaluación de la calidad de la atención por parte del paciente: Se recomienda la aplicación periódica (anualmente) de encuesta de evaluación de la calidad percibida por

los usuarios del programa y sus cuidadores. Para mantener la validez de esta evaluación deberá aplicarse siempre por personal distinto al que conforma el equipo de atención en tiempos distintos al de la prestación

2.21.1. LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD: NECESIDAD DE SU MEJORA.

Resulta corriente escuchar en muchos foros en diferentes niveles que los servicios médicos asistenciales requieren mejorar su calidad.

Uno de los procesos que forma parte indisoluble de la gestión de la calidad, es el mejoramiento de la calidad, el cual también es uno de los principios de la misma. Puede afirmarse que la mejora de la calidad es vital para demostrar que se gestiona calidad.

La norma ISO 9001: 2000 y la Guía IWA 1: 2001 expresa en forma clara que la organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

- a) Demostrar la conformidad del producto.
- b) Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad.
- c) Mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

La organización debe mejorar continuamente su eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de los datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión de la dirección

La mejora estará asociada a minimizar los efectos negativos y a maximizar los efectos positivos traducidos en requisitos de calidad

Puede decirse que mejora, en las instituciones de salud, consiste en:

- Acciones correctivas para prevenir recurrencias

- Acciones preventivas para prevenir ocurrencias
- Mejora continuada en la gestión del sistema de calidad, de sus procesos y de sus procesos resultantes

2.22. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

La calidad se puede mejorar de muchas maneras, tales como poner en vigor o modificar los estándares, fortalecer la supervisión y solicitar que los gerentes o expertos técnicos vuelvan a idear un proceso. Sin embargo, el concepto de MC, el cual está basado en el movimiento de la calidad en el campo industrial, generalmente implica un enfoque de equipo para resolver los problemas.

Cada vez más organizaciones de salud están adaptando los principios del enfoque en equipo para resolver problemas. Aunque las iniciativas del MC en los países en desarrollo son demasiado recientes para demostrar un impacto duradero en el campo de la salud, es evidente que el enfoque en equipo ha ayudado a las instalaciones individuales y a programas enteros a utilizar los recursos de una manera más eficaz y a mejorar la administración y la prestación de servicios.

Resulta evidente que para efectuar la mejora se requiere desarrollar un diagnóstico. Si el diagnóstico no es adecuado, la mejora tampoco lo será porque las causas que se pretenden erradicar no son las que provocan los problemas vitales o no están bien identificados como tal. Si ello ocurre se pierde trabajo tiempo y de más recursos empleados, pero lo que es más grave el equipo de calidad para la mejora perderá su credibilidad.

McCauley, y colaboradores publican, en Octubre 1995: “Es importante definir cuáles son las características de un diagnóstico y cuales las de una mejora. El mejoramiento de la calidad (MC) es una idea revolucionaria en el campo de la salud. La idea es elevar el nivel de atención, independientemente de cuan bueno sea actualmente, mediante una búsqueda continua para mejorar. El MC solicita que los gerentes, prestadores de

servicios y demás miembros del personal no solo cumplan con los estándares sino que los excedan para elevar las normas”. (21)

2.23. LA CALIDAD Y LA SALUD PÚBLICA: UN RETO HACIA UNA SALUD PÚBLICA BASADA EN LA EVIDENCIA

Para hablar de calidad y salud pública conlleva profundizar en una idea: salud pública basada en la evidencia y eso implica tener en cuentas algunas de estas 12 ideas:

1. Diseñar estrategias basadas en la estructuración, homogeneización y sistematización de la práctica de los programas de salud pública.
2. Protocolizar el abordaje de situaciones y potenciar la formación para minimizar la variabilidad de las actuaciones de los profesionales ante un problema de salud pública y de entre éstos y los gestores⁴. En ese tema es importante utilizar como novedad la potenciación del trabajo de la población afectada en el desarrollo de la acción: es el trabajo con los iguales.
3. Establecer grupos de mejora para resolver o encauzar una situación o un problema que puede tener consecuencias para la salud pública.
4. Trabajar mediante comisiones de calidad, con participación de diferentes puntos de vista. Se hace necesario tener en cuenta diversos conocimientos y habilidades para la resolución de problemas.
5. Garantizar la puesta en escena de condiciones para lograr objetivos y niveles deseados montando comisiones de acreditación, que permitan conseguir un instrumento motivador, racionalizador, sistemático e integrador de la calidad de los servicios de salud pública. El desarrollar un manual de calidad y de procedimientos específicos, adjudicando responsabilidades a los componentes del grupo y a los profesionales implicados es uno de los retos a conseguir.
6. Desarrollar estrategias de dirección por objetivos o de marketing interno que haga que los profesionales se sientan implicados en el desarrollo de las estrategias que permitan mejorar la calidad de la organización y por tanto de sus programas. A la hora de desarrollar innovaciones en los programas de calidad, es importante tener en cuenta, a modo de guía:

- El entorno y el contexto del sistema y del centro o lugar donde se van a implantar las medidas.
 - Los diferentes grupos o segmentos que existen entre los profesionales que van a desarrollar las medidas.
 - La opinión de los profesionales, en cuanto a elementos favorecedores o de rechazo a dichas medidas.
 - El desarrollar estrategias que intenten minimizar los efectos negativos y aumentar los elementos positivos, haciendo que los servicios ofrecidos tengan en cuenta la percepción de los mismos.
 - La implantación de las medidas tienen que ser planificadas, ensayadas en determinados espacios para al final ser rutinizadas.
 - Que es importante hacer caso a la realidad, tener en cuenta los momentos a la hora de implantar las medidas, conocer la diversidad de posiciones de los profesionales ante el cambio, saber que la gente ante la incertidumbre de lo nuevo necesita tener resultados tangibles a corto plazo y que es importante en la relación con los profesionales utilizar pocos mensajes, breves, sencillos, ordenados, fáciles, claros y repetidos, y no utilizar ni acusaciones, ni amenazas, ni exigencias, ni juicios, ni menosprecios ni generalizaciones.
7. Establecer unos criterios mínimos de calidad en los servicios ofertados de salud pública a la población. Lo ideal es que los criterios estén consensuados por los actores implicados en el desarrollo de dichos servicios.
 8. Evaluar los programas de salud como manera de utilizar el aprendizaje sistemático como instrumento de avance hacia el futuro por la utilidad de los resultados. Evaluar significa conocer los cambios producidos en la situación de salud de la población a la que va dirigida un programa; el impacto que ha tenido el programa en estos cambios; la opinión de los usuarios y usuarias de los servicios que han recibido; la opinión de directivos y profesionales acerca de los puntos fuertes y débiles; y los costes del programa y significa saber a qué retos y necesidades se debe enfrentar el programa.
 9. Adentrarse en la evaluación de la calidad conlleva conocer en opinión de los usuarios el grado de accesibilidad a los programas de salud pública, la

comunicación, la cortesía, la competencia profesional, la capacidad de respuesta, la seguridad o la tangibilidad de los servicios ofrecidos. También implica conocer en las memorias, anuarios y en la opinión de directivos y profesionales elementos de la gestión del programa como la organización interna, las directrices, las estrategias de captación, los sistemas de información y registro, la continuidad de la atención, la formación de los profesionales o la motivación e incentivación.

10. Definir los públicos o segmentos a los que llegar mediante una estrategia diferenciada para cada uno de ellos. Es importante que junto a estrategias indiferenciadas, realicemos estrategias diferenciadas, e incluso concentradas con alguno de los públicos. Junto a estrategias basadas en la segmentación es importante que desde los servicios de salud pública haya una tendencia a desarrollar estrategias de personalización.
11. Comunicar hacia la población para dar a conocer los resultados, con una estrategia activa hacia los medios de comunicación puede mejorar la calidad de los programas al modular las expectativas de los ciudadanos. Ante los medios de comunicación es necesario actuar de forma planificada, para no caer en los errores que hemos visto en la actuación ante los medios por la vacuna de la meningitis o en el caso del contagio a pacientes por hepatitis. Asimismo, es muy importante conocer la percepción del riesgo para la salud como en el caso de la rotura de la presa de las minas de Aznalcóllar en Doñana, donde los propios ciudadanos de la zona explican que la información que han recibido sobre el suceso es inadecuada, confusa y contradictoria.¹⁴ Junto a ello, es preciso comunicar internamente hacia los profesionales para un mejor conocimiento del trabajo que realizan, una mayor integración de los profesionales, una menor resistencia al cambio y una mayor facilidad y calidad en las innovaciones planteadas en los programas de salud. Los profesionales afirman en diversos estudios que la información que reciben sobre su trabajo es escasa, algo confusa, no muy creíble, normalmente tardía y a través de canales informales.
12. Potenciar el desarrollo de contratos saludables. Que permitan que la promoción de salud y la salud pública tenga un mayor peso en el día a día del trabajo de los profesionales y en el conjunto de los sistemas sanitarios. En el Reino Unido, la

implantación de contratos saludables con los equipos de atención primaria ha permitido el desarrollo de la promoción de la salud y la salud pública en el sector salud (20).

2.24. CARACTERÍSTICAS DEL ÁREA DE COBERTURA DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”, OBJETO DE ESTUDIO.

El Subcentro “El Bosque” está situado al Suroeste de la ciudad de Machala.

2.24.1. LÍMITES GEOPOLÍTICOS

El área de cobertura del subcentro “El Bosque” se encuentra limitada de la siguiente manera:

- Al norte: calle 25 de Junio
- Al sur: Vía Balosa {en dirección al nuevo cementerio}
- Al este: con la urbanización Quirola, Vía Pajonal
- Al oeste: Av. Buenavista

2.24.2. Área de Cobertura de la Unidad de Salud

El Subcentro de Salud “El Bosque” tiene una área de cobertura conformado por dos parroquias La providencia y 9 de Mayo, áreas urbanas y rurales.

Área Urbana

Cdla. Lilian María 1 y 2, Las Acacias, Parque de la Madre, Bolívar, Ciro Cerato, Oliva Fadul de Álvarez. Cdla. De empleados del HTD, Géminis, Barrio Manuel Encalada, 25 de Junio, 5 de Mayo, 12 de Febrero, La cuatro mil, Cdla. Las Brisas, Las Crucitas, García Guillen, Urbanización Ciudad Verde, Urbanización Santa Inés, El Obrero, El Roble, Machalilla, El Carmen, Nuevo San Ramón.

Además la comunidad de “El Bosque” se divide en cinco sectores:

Sector 1: cuatro manzanas, Sector 2 seis manzanas, Sector 3 cinco manzanas, Sector 4 cinco manzanas, Sector cinco 14 manzanas.

Área Rural

Pajonal Nuevo, Las Mercedes, Ceibales, Los Ángeles

2.24.3. Características Geográficas

Suelo.- La mayoría de las calles céntricas son pavimentadas, las cuales no presentan mayores problemas de época de invierno.

La mayoría de zonas aledañas presentan calles sin asfalto constituidas de un suelo mixto (arcilla y arena) presentando un peligro para sus habitantes por la presencia de cúmulos de agua, convirtiéndose en focos infecciosos y de difícil acceso siendo estos: Barrios Acacia, Lilian María, Los Obreros, El Roble, Oliva Fadúl Álvarez, Machalilla, El Carmen.

Hidrografía.- Cuenta con un canal de **Aguas Negras** provocando contaminación muy perjudicial para la comunidad por la basura depositada en sus orillas y la eliminación de desechos líquidos y sólidos es decir es recolector de aguas servidas. Entre las parroquias de riesgo se encuentran Machalilla, El Carmen, San Ramón.

El canal de aguas negras conlleva a:

- Contaminación del suelo.
- Contaminación radioactiva.
- Proliferación de insectos y roedores.

Todo esto ocasiona aumento de enfermedades transmisibles, enfermedades de la piel, cáncer, etc.

2.24.4. Recursos Naturales

Flora.- La zona cuenta con árboles frutales en especial mango, limón, noni, los que se encuentran en los patios de cada una de las casas y sirven para el consumo propio.

Además existen plantas ornamentales que adornan las diferentes fachadas de los hogares y plantas medicinales como sábila, hierbaluisa, manzanilla.

Fauna.- La fauna existente se basa en gazas, animales de corral (gallinas, patos) ganada porcino que sirven de alimento para sus hogares, estos a su vez crean condiciones de insalubridad por la falta de higiene y el poco cuidado motivo por el cual se dan diversas enfermedades.

Vivienda.- La mayoría son de construcción mixta cemento bloque o ladrillo con buena fachada con cubiertas o lozas planas, a diferencia, de las personas de bajos recursos económicos quienes poseen viviendas de caña con techos de zinc y pisos de tierra.

La pobreza abunda en algunos sectores como Machalilla, El Carmen, etc donde se observa que en sus hogares existe un cuarto donde es cocina, sala - dormitorio y viven más de 3 personas en completo hacinamiento.

La mayor parte de la población cuenta con servicio de agua entubada y la restante reciben agua a través de tanqueros.

2.24.5. Aspectos Históricos.- Constitución e Historia de la Comunidad.

Por el año 1980 siendo un primero de mayo un grupo de líderes jóvenes motivados por la necesidad de supervivencia básica invadió estos terrenos produciéndose un asentamiento de familias, que transcurriendo dos meses se les concede título de propiedad, cuyo nombre de "El Bosque" hace honor a la plantación de árboles de algarrobos existentes en el área.

Un año más tarde, en compañía de líderes barriales, se construye la primera escuela a base de caña y de madera, para aquel entonces el sustento de los parvularios era una humilde bonificación de origen comunitario. La escuela se llamaba "Rosita Paredes" que en la actualidad recibe el nombre de "Paúl Harris".

El pedido fue realizado por los moradores a las autoridades para la creación de Subcentro. Este fue construido con la ayuda de las personas del sector (donación de dos bloques por familia) y posteriormente con el apoyo de la jefatura de Salud se envía al

primer médico Dr. Héctor Narváez el mismo que inicia brindando sus servicios en la casa del Sr. Walter Niebla hasta que concluya parte de la obra en construcción, esta obra culmina gracias a la participación de la jefatura de Salud y del municipio mediante la donación de materiales de construcción.

El 1 de Mayo de 1889 se inicia la creación de Programa SAFIC (Salud Familiar Integral comunitaria), el programa estuvo supervisado por la Lcda. Rosa Matute, quien realizaba las actividades de vacunación. Se da la incorporación del Odontólogo Joel Volitaré.

Posteriormente debido a la demanda poblacional las autoridades crean el subcentro de salud “El Bosque”, el cual está ubicado en la parroquia 9 de Mayo en el sector. “El Bosque” 5 entre la Av. Principal Juan Palomino" Esta institución pertenece al área N°1 Dra. Mabel Estupiñán. Cuenta con una sola planta bajá distribuida en varios departamentos de: Medicina General, Obstetricia, Enfermería, Odontología, Laboratorio y Estadística.

2.24.6. INSTITUCIONES EDUCATIVAS

En las escuelas y Colegios se hace promoción, prevención de enfermedades, atención médica y odontológica en jornadas de salud y en el programa del MSP de Salud Escolar.

El Subcentro “El Bosque” posee un área de cobertura en Escuelas y Colegios Rurales y Urbanos siendo los siguientes:

Escuelas y Colegios

Escuelas rurales fiscales

ESCUELIAS	ALUMNOS
Eloy Alfaro	78
Veinticinco de Junio	48
Azucena León Rosado Morales	15
Manuel Centeno	96

Escuelas Urbanas Fiscales

ESCUELIAS	ALUMNOS
Paul Harris	320
Cruz Ramírez de Cruz	350
Galo Plaza Lazo	773
Pablo Aníbal Vela	212
Paquisha	648

Escuelas particulares

	ALUMNOS
Jesús de Nazaret	90
Tía Patty	140
Jesús del Gran Poder	58

Escuela y colegios particulares

Escuelas y Colegios	ALUMNOS
Eloy Alfaro	840
Santa María	520
Marcel Laniado de Wind	1250
Unidad Particular del pacífico	970
Colegio Bolivariano	110

Colegio fiscal

Juan Montalvo	585
---------------	-----

GUARDERIAS

Caperucita (situada Bosque sector 5)	29 niños que van desde los 8 meses hasta los 4 años
25 de junio	30 niños que van desde 2 meses hasta 4 años de edad

Grupos Relacionados con Salud

- Club del Adulto Mayor,
- Club de la mujer embarazada

**2.24.7. CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN
ESTRUCTURA POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN EN EL ÁREA
DE COBERTURA DEL SCS “EL BOSQUE”**

POBLACIÓN POR SEXO

FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
10493	10536	21029

TABTA # 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS DE EDAD		
	NÚMERO DE PERSONAS	%
Menor de 1 año	384	1,82%
12 a 23 mese	446	2,12%
1 a 4 años	1609	7,65%
5 a 9 años	2051	9,75%
10 a 14 años	2074	9,86%
15 a 19 años	2051	9,75%
20 a 64 años	11571	55,02%
65 a 74 años	784	3,72%
75 y más años	506	2,40%
Embarazadas	480	2,28%
Edad fértil		
10 a 49 años	6413	30,49%
15 a 49 años	5418	25,76%
Detención oportuna del CA		
Doc.-Mamario 25 64 años	4645	22,08%
Doc. Cervico uterino 35 a 64 años	0	0%
DOC 35 a 64 años	2994	14,23%
TOTAL	21029	100%

2.24.8. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

Riesgos Ambientales Micro Vertedero

Una de las preocupaciones en ésta comunidad es el canal de aguas negras ya que es un foco de contaminación por la acumulación de basura y la presencia de roedores y mosquitos lo que conlleva a múltiples enfermedades como dermatitis, cólera, diarreas, salmonelosis, enfermedades vectoriales como el dengue, paludismo, enfermedades respiratorias.

Contaminación del Aire

Debido a la presencia de múltiples carpinterías (eliminación de polvo) y mecánicas automotrices (uso de pinturas, aerosoles, aceites, etc.) se originan enfermedades respiratorias, lo que afecta principalmente a menores de edad. Otro motivo de contaminación del aire es la presencia de buses y camiones que eliminan monóxido de carbón afectando la capa de ozono.

Otros riesgos ambientales

- Ruido debido a los buses, mecánicas etc. Afecta la audición
- Animales de corral, principalmente las gallinas eliminan su excreción a nivel de los patios de casa convirtiéndose en otro problema ambiental y por tanto riesgo a la salud.
- Viviendas insalubres, especialmente las que se encuentran cercanas al canal de aguas negras, y a la falta de aseo por parte de las personas que habitan en la misma.
- La presencia de basura en algunos terrenos abandonados (solares) implica también un riesgo.
- La falta de pavimentación de algunas puede convertirse en calles depósito de aguas estancadas debido a la presencia de lluvias lo que afecta a la salud en la comunidad.
- La presencia de innumerables recicladoras las mismas que no cumplen con normas de asepsia antisepsia ni de higiene la misma que se convierte en criadero

de ratas, mosquitos, etc. Lo que conlleva a un sin número de riesgos Para la salud.

- A esto le sumamos la pésima calidad y escasas de agua de diversos sectores de nuestra área de cobertura la misma que en su mayoría es almacenada en recipientes no adecuados, al ser estos una fuente de agua que no está en constante renovación se vuelven criadero de larvas de mosquitos, que a su vez predisponen en riesgos por la posible infestación del mosquito *Aedes Aegypti* portador del dengue.
- Un deficiente sistema de recolección de basura, sumado a la falta de colaboración de la población con el horario y días establecidos para la recolección de la misma.

Descripción de los servicios de salud existentes particulares.

Recursos de salud disponibles para los habitantes.

2.24.9. Recursos Humanos del SCS “El Bosque”

Actualmente, el equipo de salud que presta sus servicios en esta unidad laborando de lunes a viernes a partir de las 08h00 hasta las 16h30 está conformado por los siguientes profesionales:

Director del SCS “El Bosque” y Medicina general: Dr. Jorge Armando García Maldonado

Área de Pediatría y Medicina general: Dra. María Gabriela Gonzáles

Área de Odontología: conformado por las Odontólogas:

- Dra. María de los Ángeles Velasco
- Dra. Paulina Vite Silva

Obstetricia y planificación familiar: Obstretriz Marcia Gaibor

Laboratorio clínico: Dra. Guadalupe Poma

Enfermería:

- Lcda. Marcela Ortiz
- Lcda. Anita Sotomayor

Interna (o) de Medicina rotativo:

Inspector de Salud: Sr. Luis Hurtado

Estadística:

- Lcda. Maritza Barzallo

Auxiliar administrativo de servicio

Sra. Rosita Navarrete

2.25. DEFINICIÓN DE PALABRAS CLAVE

Evaluación

Aplicación sistemática de los procedimientos de la investigación social para valorar la conceptualización y el diseño, la ejecución y la utilidad de los programas de intervención social.

Calidad en Salud

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud.

Encuestas

Acopio de datos obtenidos mediante consulta, interrogatorio.

Conocimientos

Hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad.

Calidez en Salud

Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. (Avedis Donabedian)

Usuario

Persona que utiliza un servicio; Que usa normalmente una cosa o se sirve habitualmente de ella.

Organización de Salud

Las organizaciones son sistemas sociales diseñados para lograr metas y objetivos por medio de los recursos humanos o de la gestión del talento humano y de otro tipo. Están compuestas por subsistemas interrelacionados que cumplen funciones especializadas.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. MATERIALES

3.1.1. LUGAR

El estudio se realizó en el Subcentro de Salud “El Bosque” del área 1 de la ciudad de Machala provincia de El Oro

3.1.2. PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Agosto hasta Noviembre del año 2011

3.1.3. RECURSOS EMPLEADOS

3.1.3.1. Recursos Humanos:

- Investigador
- Tutor

3.1.3.2. Recursos Físicos:

- Elementos bibliográficos
- Equipo de computación
- Hojas de papel bond
- Bolígrafos
- Materiales de escritorio
- Grabadora y cámara fotográfica

3.1.4. UNIVERSO

Todos los usuarios que reciben atención en el Subcentro de Salud “El Bosque”.

3.1.5. MUESTRA.

Lo constituyen los usuarios que fueron evaluados a través de un cuestionario tipo encuesta que acudieron a la atención en el subcentro de salud “El Bosque” de Machala.

Cálculo del tamaño de la muestra

n= Tamaño de Muestra

E = Error estándar admisible (0.05)

N = tamaño del Universo

$$n = \frac{N}{E^2 (N - 1) + 1}$$

$$n = \frac{21029}{(0.05)^2 (21029 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{21029}{(0.0025) (21028) + 1}$$

$$n = \frac{21029}{52,57 + 1}$$

$$n = \frac{21029}{53.57}$$

$$n = \underline{392.53}$$

3.2. MÉTODOS

3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Descriptivo

3.2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Transversal

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. IDENTIFICAR LA DEMANDA DE SERVICIOS, LAS COBERTURAS DE VACUNACIÓN Y LA FILIACIÓN DE LOS USUARIOS CONSIDERANDO EDAD, SEXO Y PROCEDENCIA.

4.1.1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

División Geopolítica, Localidades

Límites Geopolíticos

El área de cobertura del subcentro “El Bosque” se encuentra limitada de la siguiente manera:

- Al norte: calle 25 de Junio.
- Al sur: Vía Balosa {en dirección al nuevo cementerio}.
- Al este: con la Urbanización Quirola, Vía Pajonal.
- Al oeste: Av. Buenavista.

Área de cobertura de la unidad de salud

El subcentro de salud “El Bosque” tiene un área de cobertura conformado por dos parroquias La Providencia y 9 de Mayo, y aéreas urbanas y rurales.

Área urbana

Cdla. Lilian María 1 y 2, Las Acacias, Parque de la madre, Bolívar, Ciro Cerato, Oliva Fadul de Álvarez, Cdla. De empleados del HTD, Géminis, Barrio Manuel Encalada, 25 de Junio, 5 de Mayo, L2 de febrero, La cuatro mil, Cdla. Las Brisas. Las Crucitas, García Guillen, Urbanización Ciudad Verde, Urbanización Santa Inés, El Obrero, El Roble, Machalilla, El Carmen, Nuevo San Ramón.

Además la comunidad de “El Bosque” se divide en cinco sectores: sector 1 cuatro manzanas, sector 2 seis manzanas, sector tres cinco manzanas Sector cuatro cinco manzanas, sector cinco 14 manzanas

Área rural

Vía Pajonal, Ceibales, Los Ángeles, las Mercedes Kilómetro 10, Nuevo Pajonal y Ceibales 2.

CLIMA Y TEMPERATURA

El clima de Machala es considerado tropical, con régimen climático templado, durante la temporada seca o los meses fríos, junio a diciembre, la temperatura varía entre 23 °C y 25 °C y en la temporada lluviosa o de los meses cálidos, enero a mayo, se observan temperaturas que alcanzan un promedio mensual comprendidos entre los 26 °C y 28 °C. La temperatura media anual del aire es de 25.5 °C. Los valores extremos de temperatura alcanzan valores entre 17.5 °C \ 35.8 °C

Altitud

La topografía es principalmente de áreas planas. La zona se destaca por su relieve ondulado y plano con riego, con más del 95% de los suelos con pendientes inferiores al 5%.

Humedad

El área de estudio tiene un alto índice de evaporación y la humedad relativa registra valores del orden del 70% hasta 80% incrementándose la temporada lluviosa. Los valores máximos se registran durante los meses de febrero, marzo y abril, mientras que en diciembre y enero se presentan los valores mínimos.

Precipitación

Dos periodos muy marcados: invierno desde Enero hasta Junio y verano desde Julio hasta Diciembre La precipitación media anual es de 102 mm, con excepción de periodos anormales (Fenómeno del niño)

4.1.2. ESTRUCTURA POBLACIONAL

CUADRO No 4.1

FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
8924	9103	18.027
50,00%	50,00%	100,00%

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque” Machala

Análisis: En el sexo masculino son 9104, ligeramente predomina en relación al sexo femenino que corresponden 8924.

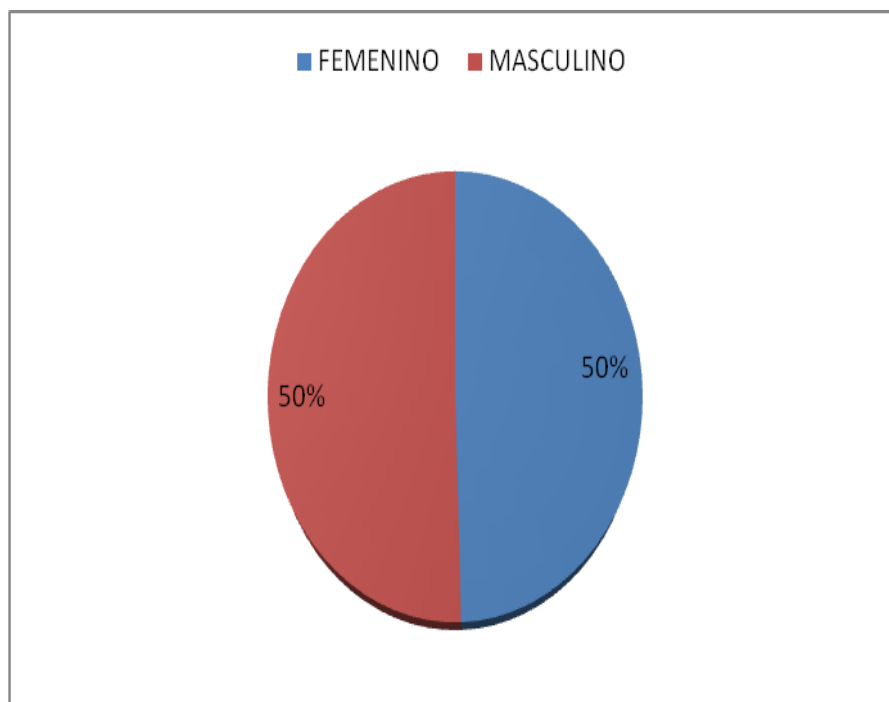


GRÁFICO No 1 Estructura poblacional

4.1.3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS DE EDAD

CUADRO No 4.1.1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS DE EDAD		
	NÚMERO DE PERSONAS	%
Menor de 1 año	309	2,00%
12 a 23 meses	319	2,00%
1 a 4 años	1295	7,00%
5 a 9 años	1722	9,00%
10 a 14 años	1757	10,00%
15 a 19 años	1782	10,00%
20 a 64 años	9769	54,00%
65 a 74 años	655	4,00%
75 y mas años	419	2,00%

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque” Machala

Análisis: La población en el año 2010 es de 18028 personas del área de cobertura del subcentro “El Bosque”, en la que se destaca como mayor grupo etáreo las edades comprendidas entre 20 a 64 años con el 54%, le siguen los adolescentes, grupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años con el 10% cada uno están, los menores de 5 años son el 11% y los adultos mayores presentan el 6% de la población.

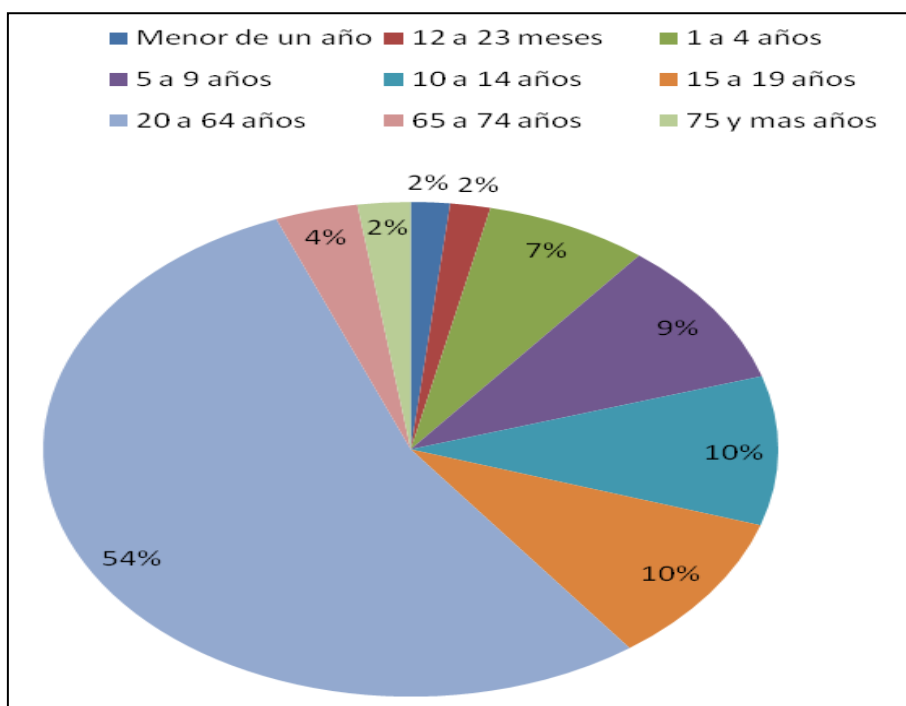


GRÁFICO No 2 Distribución de la población según los grupos de edad

4.1.4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS PROGRAMÁTICOS

CUADRO No 4.1.2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS PROGRAMÁTICOS		
	NÚMERO DE PERSONAS	%
Menor de 1 año	309	1,00%
12 a 23 mese	319	1,00%
1 a 4 años	1295	3,00%
5 a 9 años	1722	5,00%
10 a 14 años	1757	5,00%
15 a 19 años	1782	10,00%
20 a 64 años	9769	26,00%
65 a 74 años	655	2,00%
75 y mas años	419	1,00%
Embarazadas	387	1,00%
Edad fértil		
10 a 49 años	5950	16,00%
15 a 49 años	5074	13,00%
Detención oportuna del CA		
Doc. Mamario 25 64 años	4284	11,00%
Doc. Cervico uterino 35 a 64 años	2764	7,00%
5 años	356	1,00%
6 años	357	1,00%
10 años	361	1,00%
11 años	361	1,00%
65 años	83	1,00%

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque” Machala

Análisis: Por grupos programáticos están los diferentes grupos los etáreos que reciben atención integral intra y extra mural de prevención, curación promoción y rehabilitación, embarazadas, de planificación familiar, detección oportuna de cáncer Cervico Uterino y mamario; los escolares que reciben atención integral de salud escolar y programas de adultos mayores.

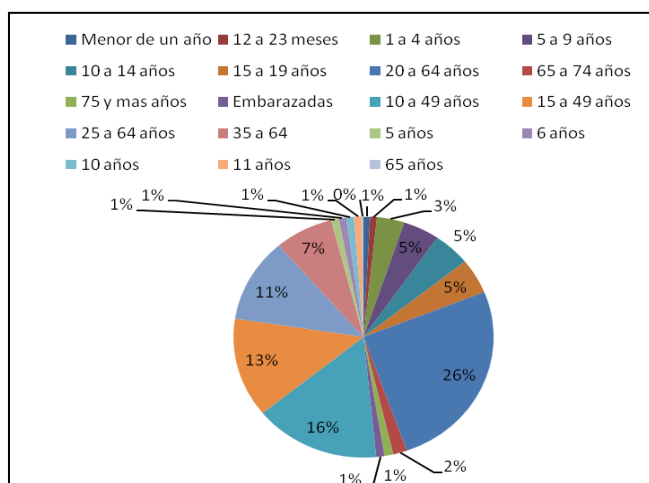


GRÁFICO No 3 Distribución de la población según los grupos programáticos

4.1.5. ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN

CUADRO No 4.1.3

	Hombres	Mujeres	Total
Separados	2,2%	4,9%	3,6%
Viudos	1,5%	4,9%	3,2%
Divorciados	1,2%	2,2%	1,7%
Casados	30,9%	30,9%	30,9%
Solteros	42,2%	34,9%	38,5%
Unidos	21,7%	22,1%	21,9%

Fuente: INEC

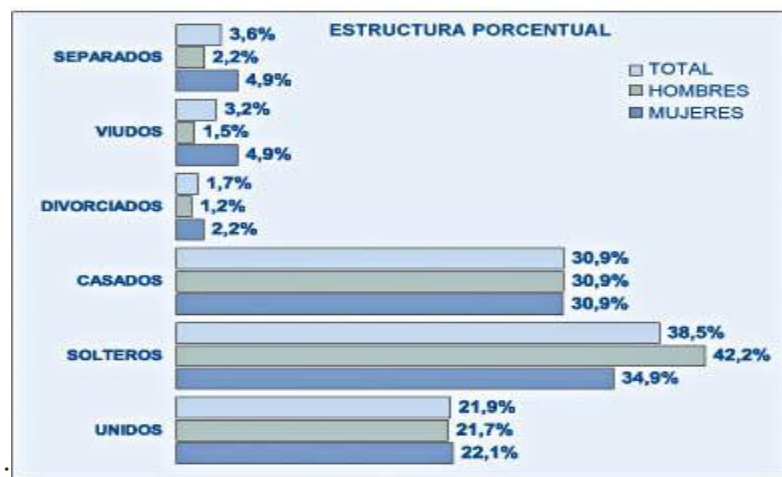


GRÁFICO No 4 Estado civil de la población

4.1.1. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

CUADRO No 4.1.4

Nivel de Instrucción	Población Total (%)	Área Urbana (%)	Área Rural (%)
No declara	7,4	7,1	11,5
Postgrado	0,1	0,1	0
Superior	11,8	12,4	3,5
Postbachiler	0,8	0,8	0,3
Secundaria	32,8	33,5	22,8
Primaria	43,5	42,7	53,9
Centro de Alfab.	0,4	0,4	0,3
Ninguno	3,2	3	5,8

Fuente: INEC

Análisis: Del último Censo realizado el 2010 a la fecha no existe información disponible por lo que se presenta el registro de censo del 2001, donde se puede observar que hay un mayor porcentaje de población con instrucción primaria en un 43,5%, con instrucción secundaria un 32,8%, instrucción superior un 11,8% y con no alfabetos un

3,2% estos últimos predomina en el sector rural en un 5,8%, igualmente en el mismo sector prevalece la instrucción primaria con un 53,9%.

4.1.2. CONDICIONANTES EPIDEMIOLÓGICOS, INDICADORES.

4.1.2.1. Prevalencia de morbilidades en los usuarios del subcentro de Salud “El Bosque”.

CUADRO No 4.1.5

Diez principales causas de morbilidad total

SCS. “El Bosque” Desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

NÚMERO DE ORDEN	CODIGO	ENFERMEDADES	TOTAL	%
			7895	100,0
1	K02	CARIES DENTAL	2059	26,1
2	B89	ENFERMEDAD PARASITARIA, NO ESPECIFICADA	710	9,0
3	J00	RINOFARINGITIS AGUDA RESFRIADO COMÚN	612	7,8
4	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	347	4,4
5	J02	FARINGITIS AGUDA	337	4,3
6	K05	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	302	3,8
7	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	272	3,4
8	K08	OTROS TRASTORNOS DE LOS DIENTES	253	3,2
9	A06	AMEBIASIS	243	3,1
10	N76	OTRAS AFECCIONES INFLA. DE LA VAGINA	234	3,0
		OTRAS	2526	32,0
POBLACIÓN			18.028	

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque” Machala

Análisis: Las odontólogas han atendido 26,1% de caries dental, gingivitis y enfermedades periodontales con 3,8%, trastornos de los dientes con 3,2% dando un total de 33%. La Obstetriz afecciones inflamatorias de la vagina con 3% y el restante corresponden a las atenciones realizados por los médicos destacándose las parasitosis con 9%, amebiasis 3,1%, en las IVU 4,4% en las IRA están las rinofaringitis aguda resfriado común 7,8% faringitis aguda 4,3% y las demás 32%. Significativamente es menor del 50% el número de atenciones en relación a la población asignada.

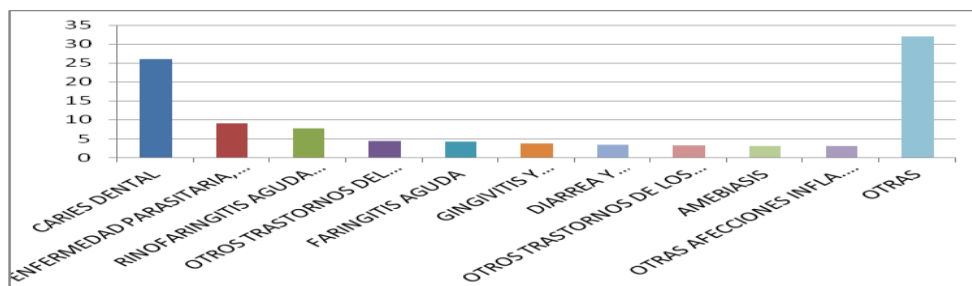


GRÁFICO No 5 Diez principales causas de morbilidad año 2010

4.1.2.2. Total enfermedades por grupos etáreos, Subcentro de Salud “El Bosque” desde el 01/01/2010 hasta el 31/12/2010

CUADRO No 4.1.6

<1 MES	1 A 11 MESES	1 A 4 AÑOS	5 A 9 AÑOS	10 A 14 AÑOS	15 A 19 AÑOS	20 A 35 AÑOS	36 A 49 AÑOS	50 A 64 AÑOS	65 AÑOS Y MÁS	TOTAL
18	260	1161	1982	1147	608	1248	758	387	326	7895

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque” Machala

Análisis: Destaca en cantidades el grupo de 5-9 años con 1982 casos, le siguen el grupo de 20-35 años con 1248, el grupo 1-4 años con 1161, a continuación de 10-14 años con 1147, de 36-49 años con 758, de 15-19 años con 608, en el grupo de 1-11 meses con 260, menores de 1 mes con 18. Los adultos mayores con 326 atenciones por enfermedad. En total son 7895 atenciones en morbilidad.

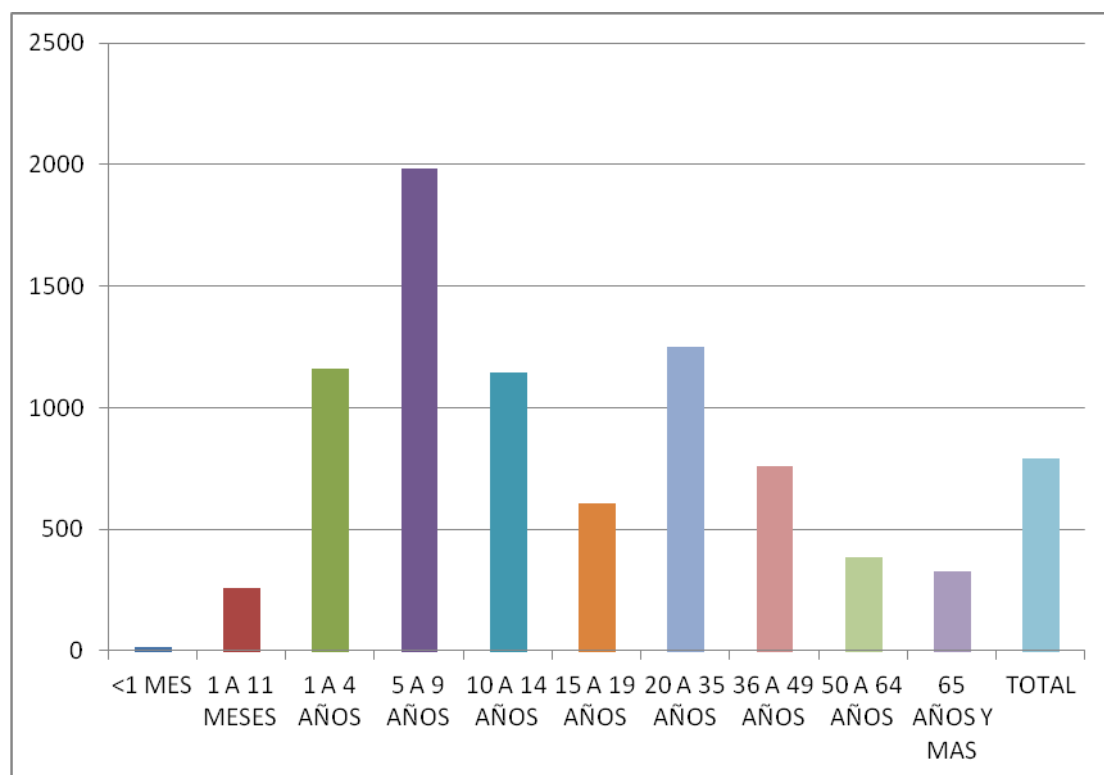


GRÁFICO No 6 Total enfermedades por grupos etáreos, Subcentro de Salud “El Bosque”

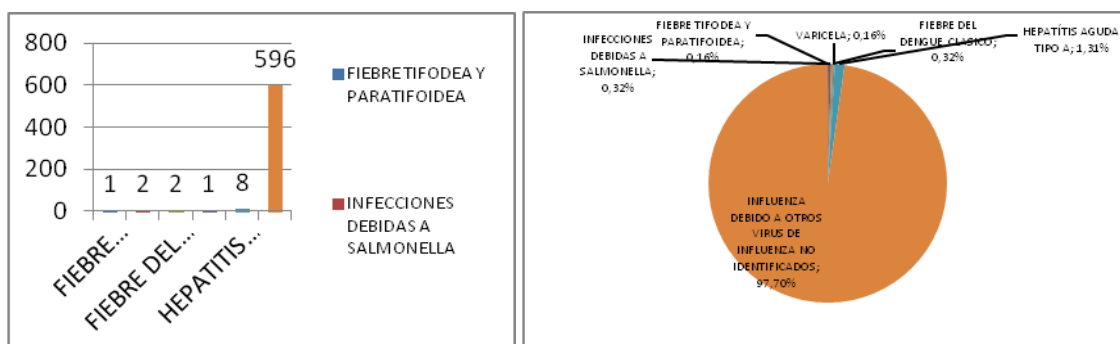
4.1.2.3. Casos de enfermedades de vigilancia epidemiológica de la población del área de cobertura del SCS. “El Bosque” 2010

CUADRO No 4.1.7

PROVINCIA: EL ORO		CANTÓN: MACHALA					PARROQUIA: 9 DE MAYO							
ÁREA DE SALUD: 1		UNIDAD OPERATIVA: SCS. “EL BOSQUE”												
INSTITUTO: MSP		FECHA DE NOTIFICACIÓN: 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2010 (52 SEMANAS DE NOTIFICACIÓN)												
COD. CIE 10	ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA	CASOS			SEXO		GRUPO DE EDAD					Nº TOTAL CASOS AÑO 2010	ACUMULADOS	% de enfermedades de notificación 2010
		SOSP O PROB	CONF	TOTAL CASOS	F	M	< 1 AÑO	1 4	5 14	15 44	45 O MÁS	CASOS	TOTAL CASOS	
A01	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA		1	1	1						1	1	0,16%	
A02	INFECCIONES DEBIDAS A SALMONELLA		2	2	2						2	2	0,32%	
A90	FIEBRE DEL DENGUE CLASICO		2	2		2				2	2	2	0,32%	
B01	VARICELA		1	1	1					1	1	1	0,16%	
B15	HEPATITIS AGUDA TIPO A	4	4	8	2	6		2	5	1		8	8	1,31%
I11	INFLUENZA DEBIDO A OTROS VIRUS DE INFLUENZA NO IDENTIFICADOS	77	519	596	308	288	159	225	160	39	13	596	596	97,70%

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque” Machala

Análisis: Durante el 2010 en los de mayor número ésta los casos de influenza de virus no identificados con un 97,70%, le sigue la hepatitis aguda tipo A con 1,31%, fiebre del dengue clásico con 0,32%, infecciones debidas a salmonella con 0,32%, fiebre tifoidea y paratifoidea con 0,16%, varicela con 0,16%.



4.1.2.4. GRÁFICO No 7 Casos de enfermedades de vigilancia epidemiológica de la población del área de cobertura del SCS. “El Bosque” 2010

4.1.2.5. Consolidado de atenciones y consultas de los médicos de SCS. “El Bosque” desde el: 01/01/2010 hasta el: 31/12/2010

CUADRO No 4.1.8

C				F			G		ATENCIÓN PREVENTIVA															
LUGAR DE ATENCIÓN				PROMOCIÓN		meses	TOTAL DE ATENCI.	SEXO		MUJERES						NIÑOS					ADOLESCENTES 10 - 14 AÑOS	ADOLESCENTES 15 - 19 AÑOS		
ESTABLECIMIENTO	COMUNIDAD	ESCUELA	DOMICILIO	No DE ACCIONES	No DE ASISTENTES			HOMBRE	MUJER	PRE NATAL		PARTO	POST PARTO	PLANIF. FAMILIAR		D. O. C.		< 1 AÑO		1 - 4 AÑOS			5 - 9 AÑOS	
						PRIMERA	SUBSECUENTE			PRIMERA	SUBSECUENTE			CÉRVICO UTERINO	MAMARIO	PRIMERA	SUBSECUENTE	PRIMERA	SUBSECUENTE					
6249	335	1640	243	211	3066	-	8467	3483	4975	8	60	0	13	17	100	56	195	189	305	186	304	785	277	37

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque” Machala

Análisis: En la atención preventiva y controles de salud el mayor porcentaje corresponde a los menores de 5 años y menor porcentaje a los adolescentes de 15 a 19 años predominando la atención a usuarios de sexo femenino.

4.1.2.6. Consolidado de atenciones y consultas de los médicos de SCS. “El Bosque” desde el: 01/01/2010 hasta el: 31/12/2010

CUADRO No 4.1.9

GRUPOS DE EDAD - MORBILIDAD										DIAGNÓSTICO					TIPO DE ATENCIÓN		
MENOR DE 1 MES	1 - 11 MESES	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS	10 - 14 AÑOS	15 - 19 AÑOS	20 - 35 AÑOS	36 - 49 AÑOS	50 - 64 AÑOS	65 AÑOS Y MÁS	CLASE			A. I. E. P. I.	ALERTA - ACCIÓN	PRIMERA	SUBSECUENTE	INTERCONSULTA REALIZADA
										PRESUNTIVO	DEFINITIVO - INICIAL	DEFINITIVO - CONTROL					
27	492	1378	2069	776	310	638	576	615	593	1621	4526	905	843	2	6291	1183	3

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque” Machala

Análisis: Un alto porcentaje corresponde a los niños menores de 5 años con 3966 atenciones entre primeras y subsecuentes siendo el grupo más vulnerable, en adultos mayores recibieron 593 atenciones médicas pronominado el sexo femenino.

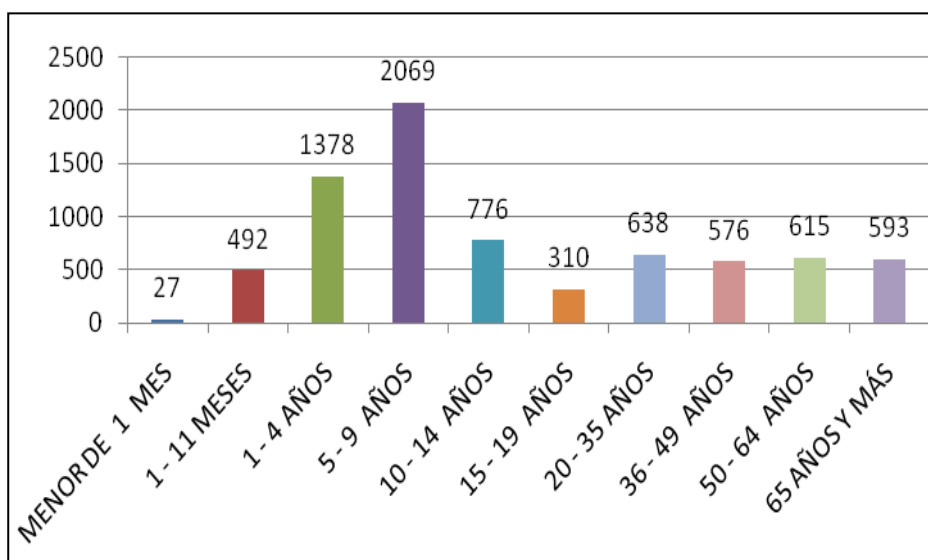


GRÁFICO No 8 Consolidado de atenciones y consultas de los médicos de SCS. “El Bosque” desde el: 01/01/2010 hasta el: 31/12/2010

**PROCEDENCIA DE USUARIOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD
“EL BOSQUE”**

Todos los usuarios que acudieron por atención al subcentro de salud “El Bosque” durante el año 2010 correspondieron al área de cobertura, procedentes de las zonas rurales y urbanas

4.1.2.7. Atenciones en el subcentro de Salud “El Bosque” durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010

CUADRO No 4.1.10

NÚMERO DE PROFESIONALES		Total	FEMENINO	MASCULINO
2	MÉDICOS	8467	4975	3483
1	OBTETRIZ	4887	4887	
2	ODONTÓLOGAS	5265	2954	2311

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque” Machala

Análisis: Se observa que se realizan 18619 atenciones entre primeras consultas y subsecuentes y se destaca que el mayor porcentaje de atenciones las realizan los Médicos en un 46%, en menor porcentaje las atenciones de las Odontólogas con 28%, la Obstetrix con 26%. En relación al sexo el femenino corresponde al mayor número en las atenciones.

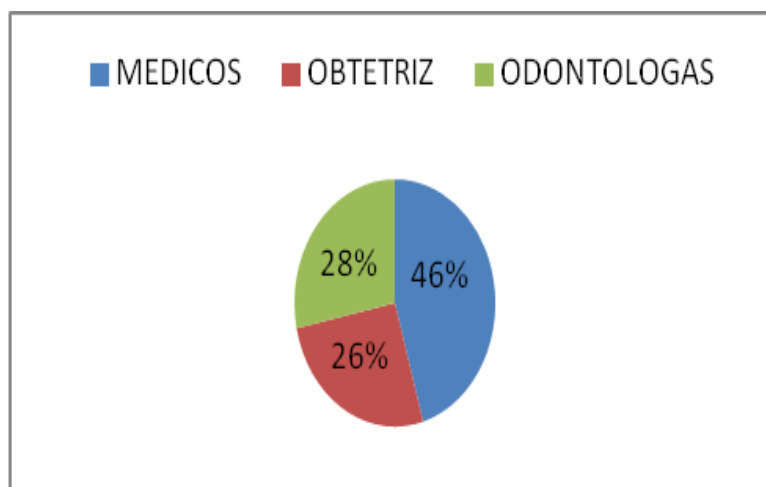


GRÁFICO N. 9 Atenciones en el subcentro de Salud “El Bosque” durante el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2010

4.1.2.8. Actividades De Laboratorio del Subcentro de Salud “El Bosque” desde el: 01/01/2010 hasta el: 31/12/2010

CUADRO No 4.1.11

COMPONENTES		ATENCIONES DE LABORATORIO PORGRAMADAS	ATENCIONES DE LABORATORIO REALIZADAS	% DE METAS CUMPLIDAS	
LABORATORIO CLINICO	HEMATOLÓGICOS	2500	2658	106,3%	
	BACTERIOLÓGICOS	0	0	0	
	QUÍMICA SANGUÍNEA	50	57	114%	
	MATERIAS FECALES	1600	1655	103,4%	
	ORINA	1200	1405	117%	
	OTROS EXÁMENES	4000	4124	103,1%	
ANATOMÍA PATOLÓGICA	TOTAL DE EXÁMENES	9000	9899	109,9%	
	HISTOPATOLÓGICOS	0	0	0	
	AUTOPSIAS MÉDICOS	0	0	0	
	LEGALES CLÍNICAS	0	0	0	
IMAGENOLOGIA	ECOGRAFÍAS	0	0	0	
	RADIO TERAPIA PROFUNDA	0	0	0	
OTRAS PRUEBAS DE DIAGN. ISOTOPOS	ELECTROENCEFALOGRAMAS	0	0	0	
	ELECTROCARDIOGRAMAS	0	0	0	
	METABOLISMO BASAL	0	0	0	
	OTRAS PRUEBAS	0	0	0	
	ESTUDIOS DE FERROQUINOS	0	0	0	
	ESTUDIOS DE VOLUMEN SANGUÍNEO	0	0	0	
	OTROS	0	0	0	
	FARMACIA RECETAS DESPACHADAS		15000	15786	105,2%
	KILOS DE ROPA LAVADA		160	170	106,2%

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque” Machala

Análisis: La información obtenida señala que se alcanzaron las metas, se lograron más del 100% de los exámenes de laboratorio clínico y Anatomía Patológica programados durante el 2010 lo que indica la alta demanda. Cabe resaltar que estos fueron realizados por una profesional, la que no cuenta con auxiliar de laboratorio.

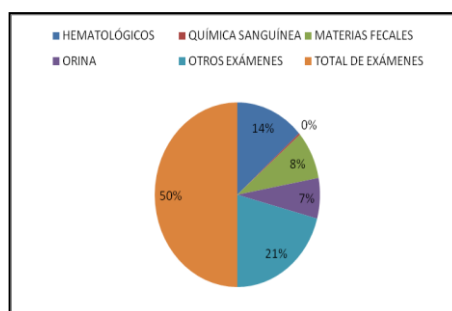


GRÁFICO No 10 Actividades De Laboratorio del Subcentro de Salud “El Bosque”

4.1.2.9. Analizar las coberturas de vacunación

4.1.2.9.1. Programa ampliado de inmunizaciones con coberturas de vacunación año 2010 SCS. “El Bosque” área 1

CUADRO No 4.1.12

11 MESES 2010	COBERTURAS DE VACUNACIÓN																			
UNIDAD OPERATIVA	SRP	COB	R. DPT	COB	R OPV	COB	DTM	COB	S.R.P	COB	Varicela	COB	Varicela	COB	HB	COB	DTa EMB	COB	DTa EMB	COB
SCS. “EL BOSQUE”	251	78,7	283	88,7	283	88,7	627	100,2	526	88,0	465	77,8	446	78,8	106	20,2	252	65,1	479	9,4

ANUAL 2010	POBLACIÓN									VACUNADOS COBERTURAS									
UNIDAD OPERATIVA	< 1 AÑO	12 A 23M	1° Básica	2° Básica	6° Básica	7° Básica	EMB.	MEF	HOMBRES	BCG	COB	ROTA	COB	PENTA	COB	OPV	COB	FA	
SCS. “EL BOSQUE”	309	319	626	598	566	524	387	5074	5669	237	76,7	271	87,7	276	89,3	276	89,3	235	

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque” Machala

Análisis: La gráfica nos demuestra las diferentes coberturas alcanzadas, observándose las más bajas corresponden a las vacunas DT a EMB con 9,4%, de Hepatitis B 20,2%, Varicela 78,8% y BCG 76,7 en los recién nacidos y las mayores coberturas DTM en 100,2%,

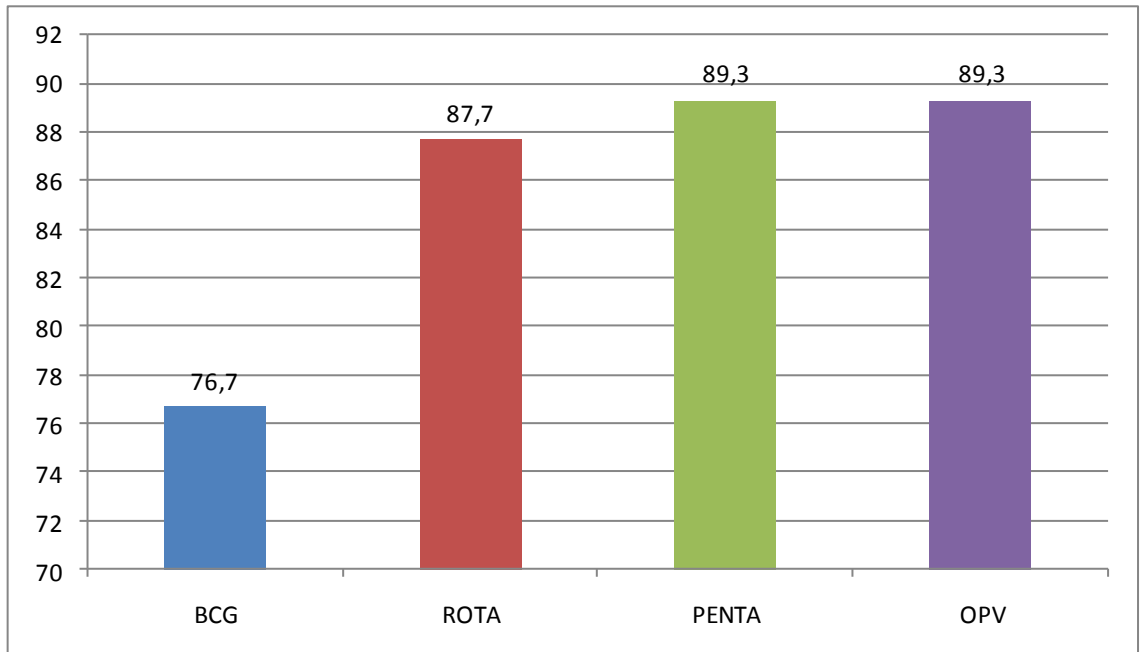
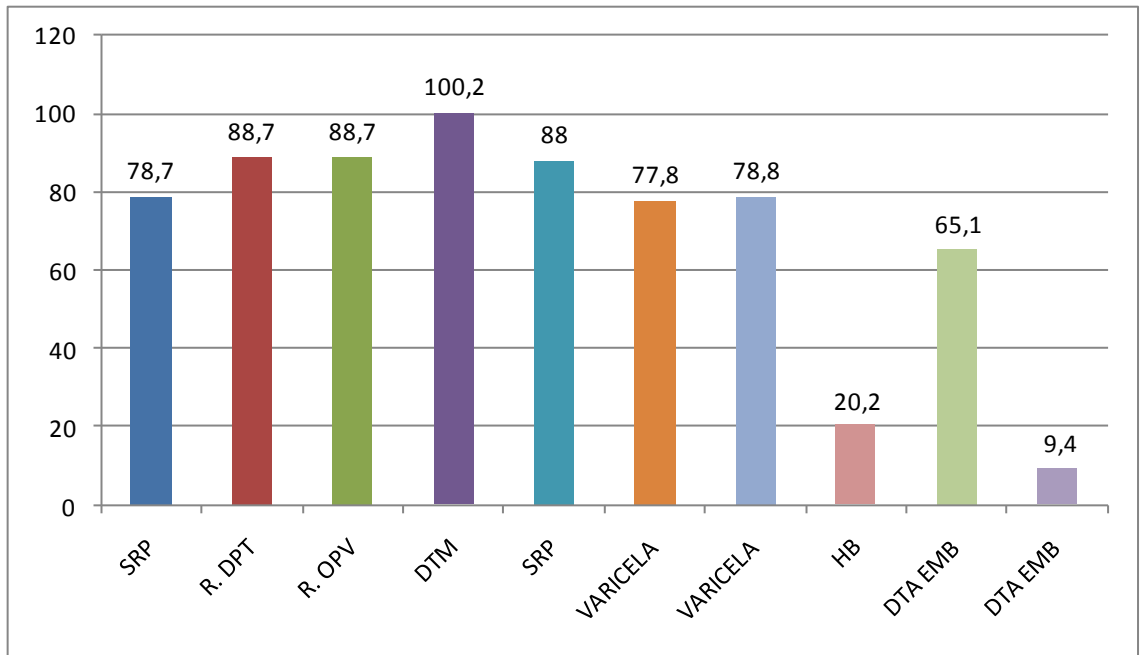


GRÁFICO No 11 Programa ampliado de inmunizaciones con coberturas de vacunación año 2010 SCS. “El Bosque” área 1

4.1.1.1. Coberturas de vacunación programadas versus coberturas de vacunación alcanzadas en el SCS. “El Bosque” 2010.

CUADRO No 4.1.13

COBERTURAS Y CONCENTRACIONES PARA CADA ACTIVIDAD ESTABLECIDAS POR EL MSP		Tipo de Actividades	POA 2010		METAS CUMPLIDAS 2010	
Cobertura	Concentración		% de Cobertura Programada	Concent. Programada	% de Coberturas alcanzadas 2010	Concent. Alcanzadas
1	2	5	6	8	9	11
100%	1	VACUNACION B.C.G.	60,0%	1	76,7%	
	3	V. PENTAVALENTE (DPT-HB-Hib) (3ra.dosis)	85,0%	3	89,3%	
	2	V. ROTAVIRUS	80,0%	2	87,7%	81,7
	2	V. INFLUENZA PEDIATRICA (a partir 6to mes)	75,0%	2	73%	
	3	VACUNA OPV (POLIO) (3ra dosis)	85,0%	3	89,3%	
5%	1	VACUNACION B.C.G.				
100%	1	VACUNACION TRIPLE VIRAL "SRP"	75,0%	1	78,7%	
20%	3	VACUNACION D.P.T. (3 dosis)				
		VACUNACION OPV (3 dosis)				
100%	1	REFUERZO D.P.T	80,0%	1	85,7%	
		REFUERZO OPV - ANTIPOLIO	80,0%	1	85,7%	
100%	1	VACUNACION D.T.	95,0%	1	96%	
100%	3	VACUNACION H B	95,0%	3	20,2%	
100%	1	VACUNACION D.T.	100,0%	1	81%	
Cobertura	Concentración	Tipo de Actividades	% de Cobertura Programada	Concentrados Programada	% De Coberturas Realizadas 2010	Concent. Alcanzadas
100%	2	VACUNACION d.T.	70,0%	2	65,1%	
100%	2	VACUNACION D.T. (AREA DE RIESGO)	25,0%	2,0	27%	16,6
80%	1	VACUNACION CON NEUMOCOCO POLISACARIDO	80,0%	1	65%	0,8

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque” Machala

Análisis: Están establecidas coberturas y concentraciones para las unidades del primer nivel de atención que constan en las dos primeras columnas de este cuadro y que todas las unidades están obligadas a cumplirlas.

No se alcanzaron las coberturas y concentraciones propuestas en el POA 2010 por el equipo de salud al final del año.

En las inmunizaciones se observa que las que alcanzaron y superaron las coberturas y concentraciones programadas fueron V. Pentavalente (DPT-HB-Hib) (3ra.dosis), V. Rotavirus, Vacuna OPV (POLIO) (3ra dosis), Vacunación Triple Viral "SRP", Refuerzo D.P.T, Refuerzo OPV – Antipolio, Vacunación D.T. (Área de Riesgo). Las que son inferiores a las coberturas son, Vacunación con Neumococo Polisacárido 65%, Vacunación D.T., V. Influenza Pediátrica (a partir 6to mes) y la más baja de las coberturas siendo programada con el 95% la vacuna H B a penas se obtuvo el 20,2%.

4.2. REGISTRAR EL EQUIPO DE PROVEEDORES CON QUE CUENTA EL SUBCENTRO.

4.2.1. Recursos Humanos

CUADRO No 4.2

NÚMERO	FUNCION	HORAS ASIGNADAS	HORAS TRABAJADAS	DÍAS TRABAJADOS
2	Lcdas en Enfermería	2206	2206	314
1	Obstretiz	2396	2021	267
1	Doctora en Bioquímica	2396	2125	280
2	Médicos	3438	2119	365
2	Odontólogos	2604	2526	393
NÚMERO	DESCRIPCIÓN			
1	Auxiliar de Servicios Varios			
1	Inspector			
2	Estadístico Auxiliar			

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque” Machala trabajadas, las enfermeras, odontólogas, obstetiz y la doctora en bioquímica si cumplen con estos, mientras que los médicos tienen una diferencia significativa. Se requirió la información sobre los motivos y se observó por el lapso de cuatro meses en la unidad atendió un médico por renuncia del otro profesional, tiempo en el cual no hubo reemplazo.

4.2.2. ESTÁNDARES DE LOS RECURSOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” 2010

CUADRO No 4.2.1

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR				PROCESO DE LICENCIAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD				
MATRIZ DE RECOPIACION DE DATOS Y CALIFICACION DE LOS RECURSOS - SUBCENTRO DE SALUD URBANO -				NOMBRE UNIDAD OPERATIVA				
ENTIDAD DEL SISTEMA				SCS. “EL BOSQUE”				
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR				RESPONSABLE				
PROVINCIA	CANTON	PARROQUIA	AREA	DR. JORGE GARCIA MALDONADO				
EL ORO	MACHALA	9 DE MAYO	1					
SERVICIO DE MEDICINA - C.E.								
COMPONENTE 1 - INFRAESTRUCTURA								
DATOS:				ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPIADO		
1. NÚMERO DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES				NÚMERO DE AMBIENTES O INSTALACIONES	VALOR UNITARIO	1. NÚMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
2. CALIFICACIÓN DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES (2 DÍGITOS C/U)								
3. ANTIGÜEDAD DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES (2 DÍGITOS C/U)								
(CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)								
GRUPO AMBIENTES								
AMBIENTE DE CONSULTORIO MEDICO			1-10	1		1	10	
GRUPO INSTALACIONES								
INSTALACIONES DE ILUMINACION				1		1	10	
COMPONENTE 2 - EQUIPAMIENTO								

DATOS DE LOS RECURSOS:		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILO		
1. NÚMERO DE EQUIPOS		NUMERO DE EQUIPOS	VALOR UNITARIO	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
2. CALIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (2 DÍGITOS C/U)						
3. ANTIGÜEDAD DE LOS EQUIPOS (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)						
GRUPO EQUIPO ESPECIFICO 1530						
BALANZA CON TALLIMETRO		1		1	10	
BALANZA PESA BEBE		1		1	10	
EQUIPO DE ATENCION MÉDICA	E-05	1		1	10	
EQUIPO DE CURACIONES	E-07	3		3	101010	
EQUIPO DE DIAGNOSTICO MÉDICO	E-06	1		1	10	
EQUIPO DE PARTOS	E-08	1		1	10	
EQUIPO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y DOC	E-46	1		1	10	
EQUIPO DE REANIMACION MANUAL ADULTOS (AMBU-A)		1		1	10	
EQUIPO DE REANIMACION MANUAL PEDIATRICO (AMBU-P)		1		1	10	
EQUIPO DE RED DE FRIO	E-12	1		1	10	
EQUIPO DE SUTURA	E-09	3		3	101010	
ESTERILIZADOR		1		1	10	
ESTETOSCOPIO DE PINARD		1		1	10	
MALETIN PARA VISITA DOMICILIARIA	E-13	1		1	10	
PAQUETE DE LENCERIA BASICA	E-15	1		1	10	
SET DE ESPECULOS VAGINALES VARIOS TAMAÑOS (6)		1		1	10	
SET PARA MANEJO DE DESECHOS	E-16	1		1	10	
GRUPO MOBILIARIO GENERAL 1530						
MOBILIARIO DE OFICINA	E-01	1		1	10	
VITRINA		1		1	10	
GRUPO MOBILIARIO ESPECIFICO MEDICAMENTOS E INSUMOS 1530						
MESA DE CURACIONES		1		1	10	
MESA DE EXAMEN PEDIATRICO CON PAIDOMETRO		1		1	10	
MOBILIARIO DE ATENCION MEDICA	E-44	1		1	10	
NEGATOSCOPIO 1 CUERPO		1		1	10	
STOCK DE INSUMOS DE ENFERMERIA	E-19	1		1	10	
COMPONENTE 3 - RECURSOS HUMANOS						
DATOS DE LOS RECURSOS:		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILO		
1. NUMERO DE LOS RECURSOS HUMANOS		NUMERO DE RRHH	VALOR	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
2. CALIFICACION DE LOS R. HUMANOS (2 DÍGITOS C/U)						
3. AÑOS DE VINCULACIÓN DE LOS R. HUMANOS (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)						
GRUPO PROFESIONALES ASISTENCIALES 1530						
PROFESIONAL MEDICO MEDICINA GENERAL		1		1	10	
COMPONENTE 4 - NORMAS						
DATOS DE LOS RECURSOS:		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILO		
1. NÚMERO DE NORMAS EXISTENTES		NUMERO DE NORMAS	IMPORTANCIA 1 - 3	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
2. CALIFICACIÓN DE LAS NORMAS EXISTENTES (2 DÍGITOS C/U)						
3. ANTIGÜEDAD DE LAS NORMAS EXISTENTES (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)						
GRUPO MANUALES TECNICOS E INFORMACION 2560						
MANUAL DE PROTOCOLOS DE ATENCION MEDICA		1		1	10	
SERVICIO DE ODONTOLOGIA - C.E.						
COMPONENTE 1 - INFRAESTRUCTURA						
DATOS:		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILO		
1. NÚMERO DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES		NUMERO DE AMBIENTES O INSTALACIONES	VALOR UNITARIO	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
2. CALIFICACIÓN DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES (2 DÍGITOS C/U)						
3. ANTIGÜEDAD DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)						
GRUPO AMBIENTES 0505						
AMBIENTE DE CONSULTORIO DE ODONTOLOGIA	I-13	1		1	10	
GRUPO INSTALACIONES 0510						
INSTALACIONES DE ILUMINACION		1		1	10	

COMPONENTE 2 - EQUIPAMIENTO		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILOADO		
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NÚMERO DE EQUIPOS 2. CALIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (2 DÍGITOS C/U) 3. ANTIGÜEDAD DE LOS EQUIPOS (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		NUMERO DE EQUIPOS	VALOR UNITARIO	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
GRUPO EQUIPO ESPECIFICO 1520						
AMALGAMADOR		1		0		
BANDEJAS PARA INSTRUMENTAL		1		1	10	
ESTERILIZADOR EN SECO ODONTOLOGICO		1		1	10	
INSTRUMENTAL BASICO PARA OPERATORIA DENTAL		1		1	10	
INSTRUMENTAL BÁSICO PARA PERIODONCIA	E-27	1		1	10	
INSTRUMENTAL DE CIRUGIA MENOR DENTAL	E-26	1		1	10	
INSTRUMENTAL DE DIAGNOSTICO DENTAL	E-24	1		1	10	
INSTRUMENTAL DE PROFILAXIS DENTAL	E-23	1		1	10	
SET PARA MANEJO DE DESECHOS	E-16	1		1	10	
TAMBOR PARA GASA		1		1	10	
UNIDAD FIJA DE TRATAMIENTO DENTAL INTEGRAL	E-28	1		1	10	
GRUPO MOBILIARIO GENERAL 1530						
MOBILIARIO DE OFICINA	E-01	1		1	05	
VITRINA		1		1	10	
GRUPO MOBILIARIO ESPECIFICO MEDICAMENTOS E INSUMOS 1530						
INSUMOS ODONTOLOGICOS GENERALES	E-32	1		1	10	
NEGATOSCOPIO 1 CUERPO		1		1	10	
STOCK DE INSUMOS ODONTOLOGICOS ESPECIFICOS	E-50	1		1	10	
COMPONENTE 3 - RECURSOS HUMANOS		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILOADO		
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NUMERO DE LOS RECURSOS HUMANOS 2. CALIFICACION DE LOS R. HUMANOS (2 DÍGITOS C/U) 3. AÑOS DE VINCULACIÓN DE LOS R. HUMANOS (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		NUMERO DE RRHH	VALOR	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
GRUPO PROFESIONALES ASISTENCIALES 1530						
PROFESIONAL ODONTOLOGO GENERAL		1		1	10	
COMPONENTE 4 - NORMAS		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILOADO		
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NÚMERO DE NORMAS EXISTENTES 2. CALIFICACIÓN DE LAS NORMAS EXISTENTES (2 DÍGITOS C/U) 3. ANTIGÜEDAD DE LAS NORMAS EXISTENTES (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		NUMERO DE NORMAS	IMPOR TANCIA 1 - 3	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
GRUPO MANUALES TECNICOS E INFORMACION 2560						
MANUAL DE NORMAS DE ODONTOLOGIA	N-03	1		1	10	
ESTABLECIMIENTO		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILOADO		
COMPONENTE 1 - INFRAESTRUCTURA		NUMERO DE AMBIENTES O INSTALACIONES	VALOR UNITARIO	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
DATOS: 1. NÚMERO DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES 2. CALIFICACIÓN DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES (2 DÍGITOS C/U) 3. ANTIGÜEDAD DE AMBIENTES O REDES DE INSTALACIONES (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)						
GRUPO AMBIENTES						
AMBIENTE DE ADMISION Y ESTADISTICA	I-02	1		1	10	
AMBIENTE DE ATENCION DE PARTOS		1		1	10	
AMBIENTE DE GUARDIANA	I-17	1		0		
AMBIENTE DE PRECONSULTA Y ENFERMERIA	I-09	1		1	10	
AMBIENTE DE SALA DE ESPERA	I-19	1		1	10	
AREA DE BATERIA SANITARIA	I-20	1		1	10	
AREA DE BODEGA	I-21	1		1	05	

ESTRUCTURA Y SEGURIDAD	I-16	1		1	10	
GRUPO INSTALACIONES						
INSTALACIONES DE ALCANTARILLADO / POZO SEPTICO		1		1	10	
INSTALACIONES DE COMUNICACIÓN		1		1	10	
INSTALACIONES DE RED DE AGUA		1		1	10	
INSTALACIONES DE RED ELECTRICA		1		1	10	
INSTALACIONES SANITARIAS		1		1	10	
COMPONENTE 2 - EQUIPAMIENTO						
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NÚMERO DE EQUIPOS 2. CALIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS (2 DÍGITOS C/U) 3. ANTIGÜEDAD DE LOS EQUIPOS (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILOADO		
		NUMERO DE EQUIPOS	VALOR UNITARIO	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
GRUPO EQUIPO GENERAL						
EQUIPO DE COMPUTACION	E-20	1		1	10	
EQUIPO DE PERIFONEO	E-22	1		1	10	
EXTINTOR DE INCENDIOS PORTATIL		1		1	10	
GRUPO EQUIPO ESPECIFICO						
STOCK DE INSUMOS DE ASEO	E-47	1		1	10	
GRUPO MOBILIARIO GENERAL						
ESTANTERIA DE 6 PANELES		2		2	1010	
MOBILIARIO DE SALA DE ESPERA	E-45	1		1	10	
GRUPO MOBILIARIO ESPECIFICO MEDICAMENTOS E INSUMOS						
TARJETERO INDICE		1		1	10	
COMPONENTE 3 - RECURSOS HUMANOS						
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NUMERO DE LOS RECURSOS HUMANOS 2. CALIFICACION DE LOS R. HUMANOS (2 DÍGITOS C/U) 3. AÑOS DE VINCULACIÓN DE LOS R. HUMANOS (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILOADO		
		NUMERO DE RRHH	VALOR	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
GRUPO PROFESIONALES ASISTENCIALES						
PROFESIONAL ENFERMERA		1		1	10	
GRUPO AUXILIARES ASISTENCIALES						
AUXILIAR DE ENFERMERIA		1		1	10	
COMPONENTE 4 - NORMAS						
DATOS DE LOS RECURSOS: 1. NÚMERO DE NORMAS EXISTENTES 2. CALIFICACIÓN DE LAS NORMAS EXISTENTES (2 DÍGITOS C/U) 3. ANTIGÜEDAD DE LAS NORMAS EXISTENTES (2 DÍGITOS C/U) (CANTIDAD REGISTRADA: IGUAL O MENOR AL ESTANDAR)		ESTANDAR MINIMO		DATO RECOPILOADO		
		NUMERO DE NORMAS	IMPORTANCIA 1-3	1. NUMERO	2. CALIFICACION	3. ANTIGÜEDAD
GRUPO MANUALES TECNICOS E INFORMACION						
MANUAL DE NORMAS TECNICAS AMBULATORIAS	N-15	1		1	10	
PLAN DE EMERGENCIA Y DESASTRES		1		1	10	
PLAN OPERATIVO ANUAL		1		1	10	

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque” Machala

Análisis: La infraestructura y equipamiento están en buen estado de acuerdo a los estándares del Ministerio de Salud Pública establecidos para el licenciamiento de las unidades de primer nivel. El Subcentro de Salud “El Bosque” cumple con los estándares para su funcionamiento por lo que recibió el licenciamiento por parte del MSP en el 2010.

4.3. CARACTERIZAR EL CRITERIO DE LOS USUARIOS SOBRE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, CALIDAD TÉCNICA Y CALIDEZ DE ATENCIÓN.

4.3.1. CRITERIOS SOBRE INFRAESTRUCTURA

CUADRO No 4.3

La presentación del subcentro

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	87	22,00
Muy bueno	156	40,00
Bueno	127	32,00
Regular	23	6,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

Análisis: Un 40% de los encuestados considera como muy buena la presentación de este subcentro, un 32% indica que es bueno, con criterio de excelente un 22% y con regular un 6%.

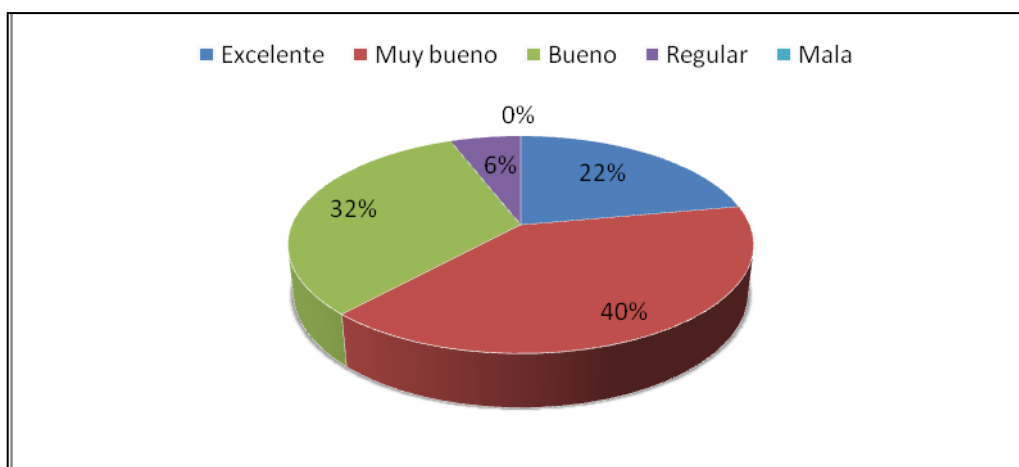


GRÁFICO No 12 La presentación del subcentro

CUADRO No 4.3.1

La organización en este subcentro

ALTERNATIVAS	ENCUESTADO	%
Excelente	104	26,00
Muy bueno	137	35,00
Bueno	133	34,00
Regular	19	5,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

Análisis: En relación a la organización un 35% de los usuarios indican como muy buena, un 34% como bueno, un 26% de excelente y un 5% como regular

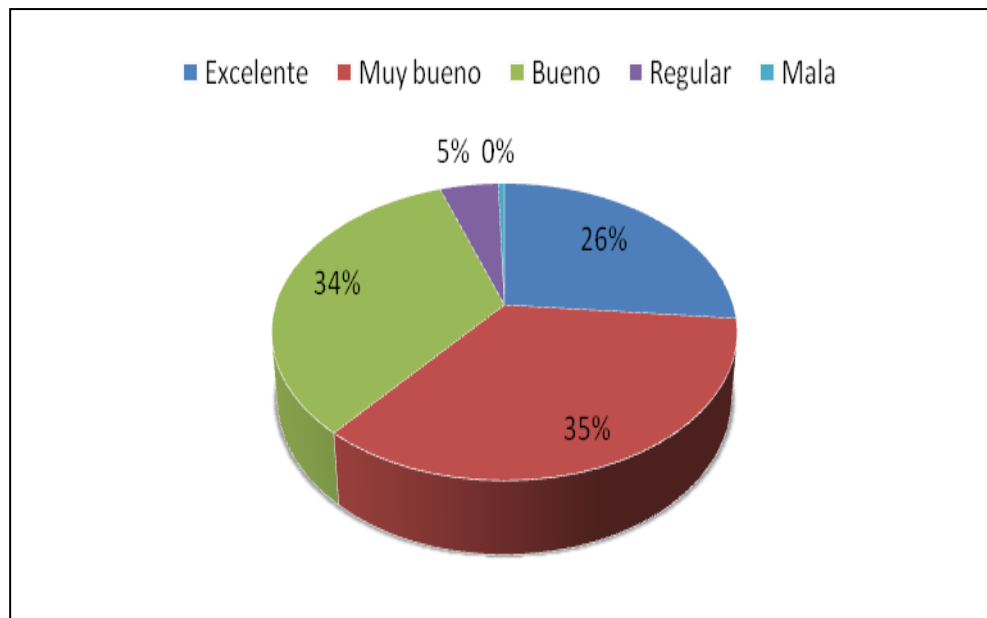


GRÁFICO No 13 La organización en este subcentro

CUADRO No 4.3.2

Acudieron a este servicio en ocasiones anteriores

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Si	379	96,00
No	14	4,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

Análisis: El 96% de los encuestados indican que ha recibido atenciones en esta unidad con anterioridad, y solo un 4% señalan que acuden por primera vez.

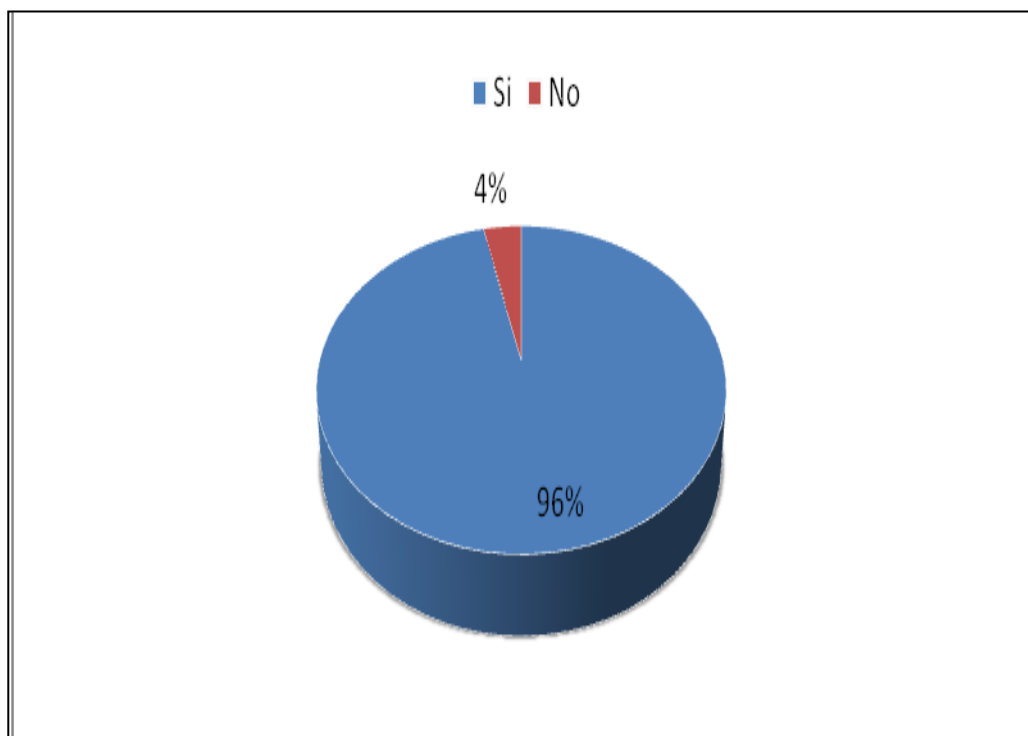


GRÁFICO No 14 Acudieron a este servicio en ocasiones anteriores

CUADRO No 4.3.3

La señalización que tiene esta unidad

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	78	20,00
Muy bueno	162	41,00
Bueno	137	35,00
Regular	14	4,00
Mala		0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: La señalización en el Subcentro un 41% comentó como muy buena, un 35% como buena, con calificación de excelente un 20% mientras que un 4% indica una calificación de mala.

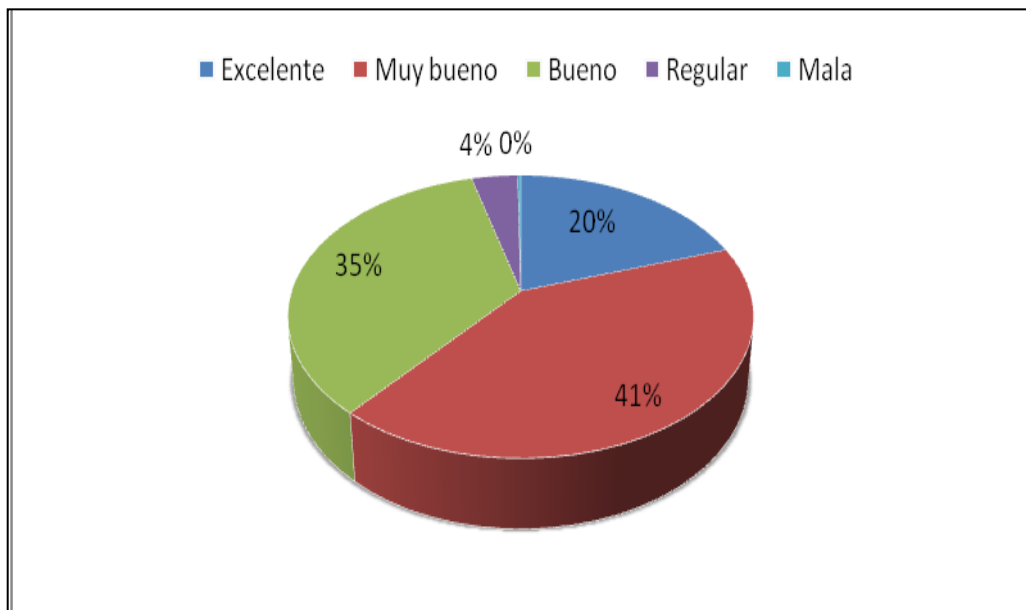


GRÁFICO No 15 La señalización que tiene esta unidad

CUADRO No 4.3.4

Los asientos en la sala de espera

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	51	13,00
Muy bueno	72	18,00
Bueno	186	48,00
Regular	79	20,00
Mala	5	1,00
	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: con respecto a la comodidad de los asientos en la sala de espera una mayoría del 48% califica como buena y un 20% como regular. Con calificación de muy buena un 18%, con excelente 13% y finalmente como mala 1%.

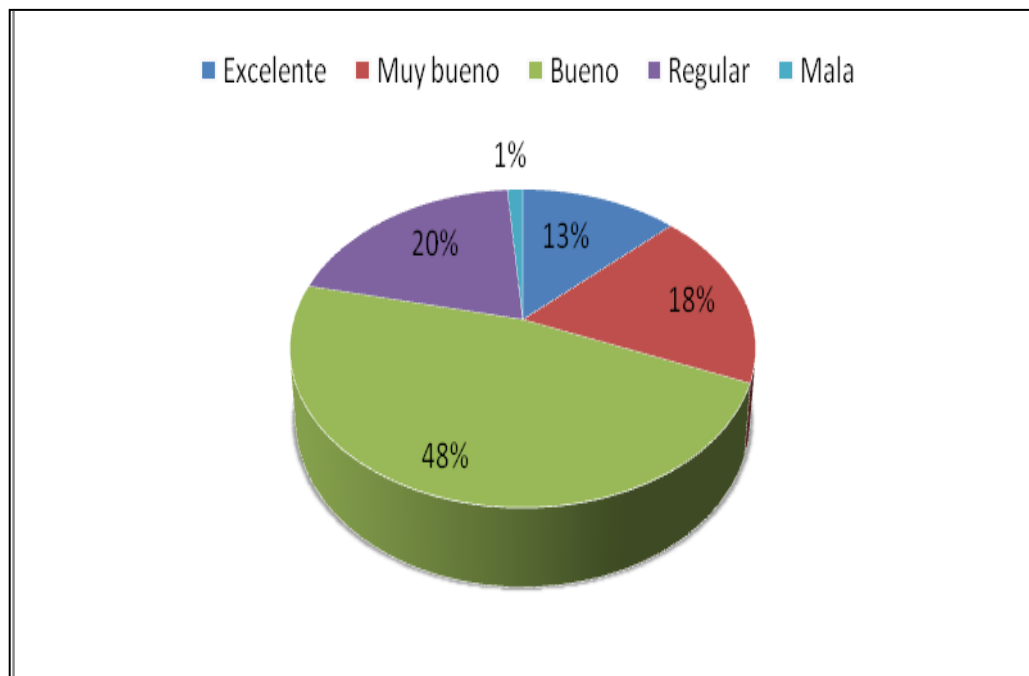


GRÁFICO No 16 Los asientos en la sala de espera

CUADRO No 4.3.5

El espacio en la sala de espera

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	27	7,00
Muy bueno	74	19,00
Bueno	187	48,00
Regular	96	24,00
Mala	9	2,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: El criterio de los encuestados en relación al espacio de la sala de espera menciona en un 48% como buena y en un 24% como regular. Y en menor proporción con un 19% como muy buena, en un 7% como excelente y como mala 2%

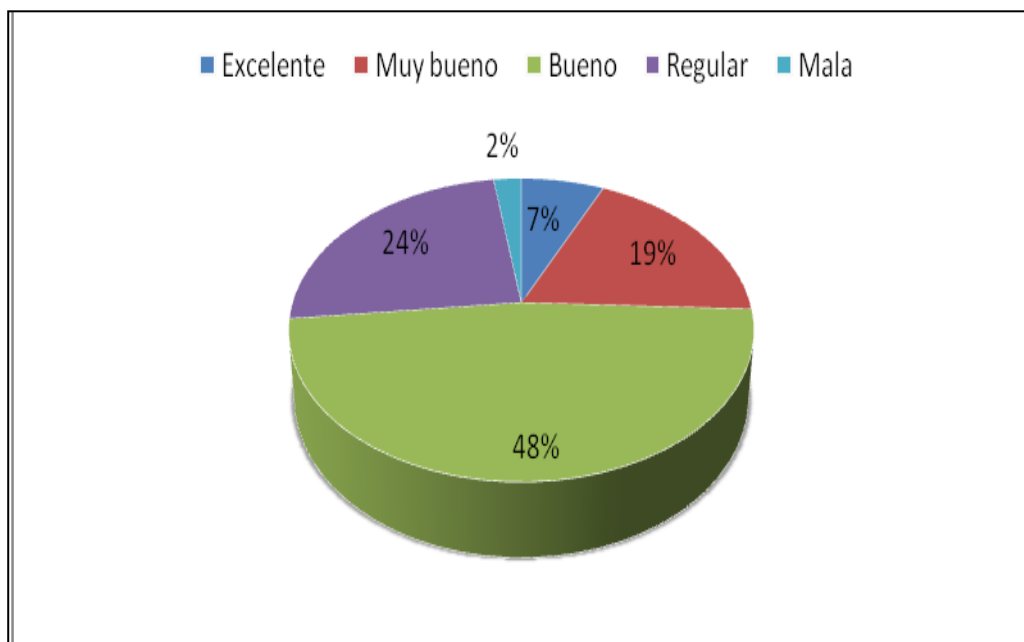


GRÁFICO No 17 El espacio en la sala de espera

CUADRO No 4.3.6

La limpieza en los diferentes ambientes de este subcentro

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	32	8,00
Muy bueno	115	29,00
Bueno	175	45,00
Regular	66	17,00
Mala	5	1,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: Señala que la limpieza en los ambientes de esta unidad mayoritariamente expresan un 45% como buena y un 17% como regular. Y en menor proporción un 29% como muy bueno, con criterio de excelente el 8% y como mala 1%

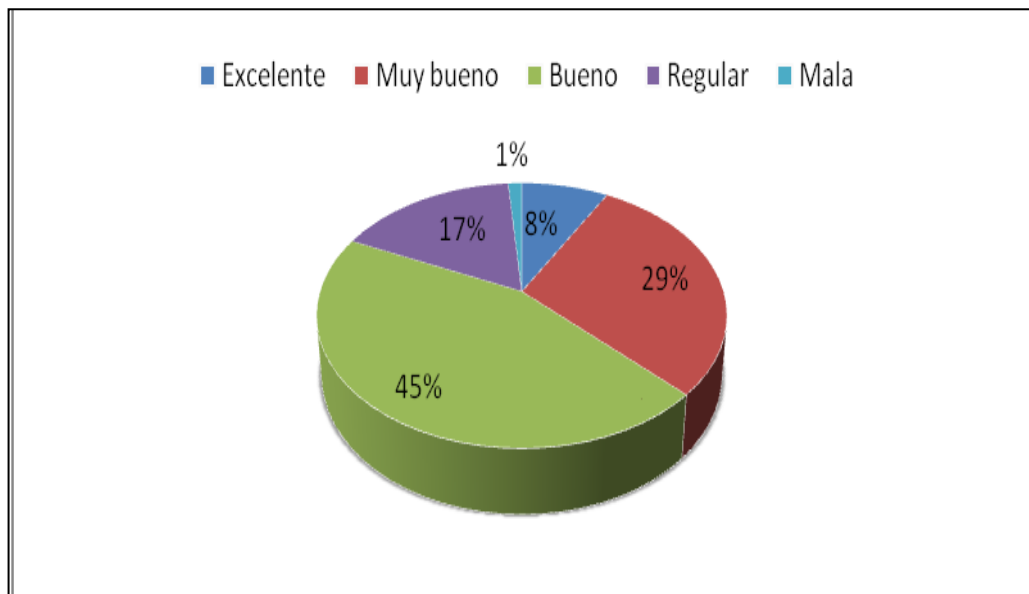


GRÁFICO No 18 La limpieza en los diferentes ambientes de este subcentro

CUADRO No 4.3.7

La ventilación en los diferentes ambientes

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	33	8,00
Muy bueno	109	28,00
Bueno	177	45,00
Regular	70	18,00
Mala	4	1,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: Con respecto a la ventilación en los ambientes el criterio de satisfacción mayoritariamente señala un 45% como bueno y 18% con regular, mientras el 28% señala muy bueno, el 8% de excelente y con 15% como mala.

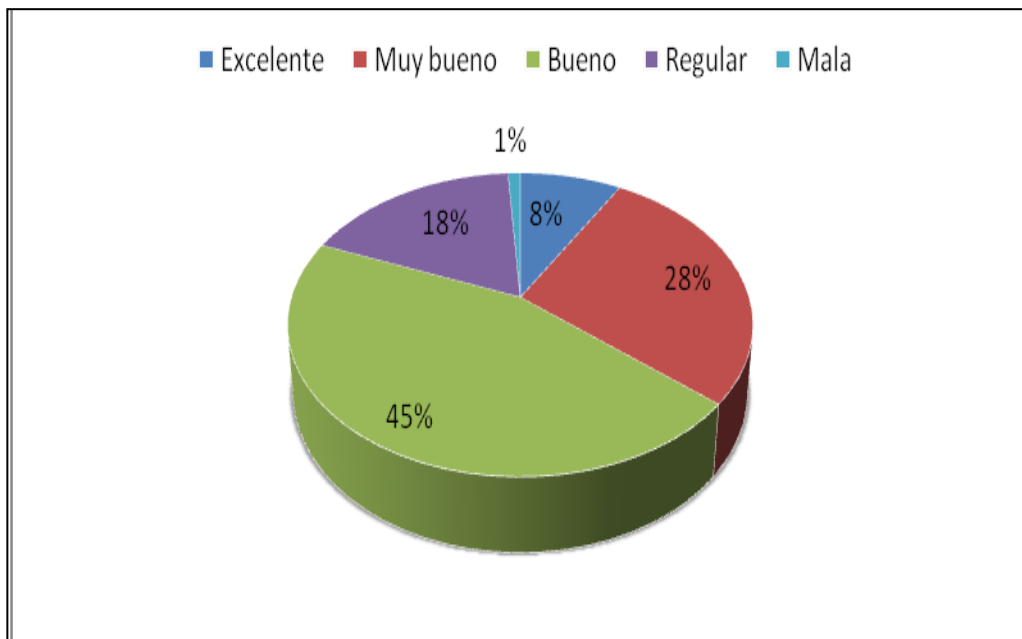


GRÁFICO No 19 La ventilación en los diferentes ambientes

4.3.2. CRITERIOS SOBRE EQUIPAMIENTO

CUADRO No 4.3.2

El equipamiento en los servicios de subcentro es:

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	39	10,00
Muy bueno	127	32,00
Bueno	170	43,00
Regular	53	14,00
Mala	4	1,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: los encuestados consideran que el equipamiento de servicios del Subcentro, con una calificación de bueno un 43% y muy bueno un 32%, mientras que un 14% lo califican como regular, en un 10% como excelente y en 1% como mala

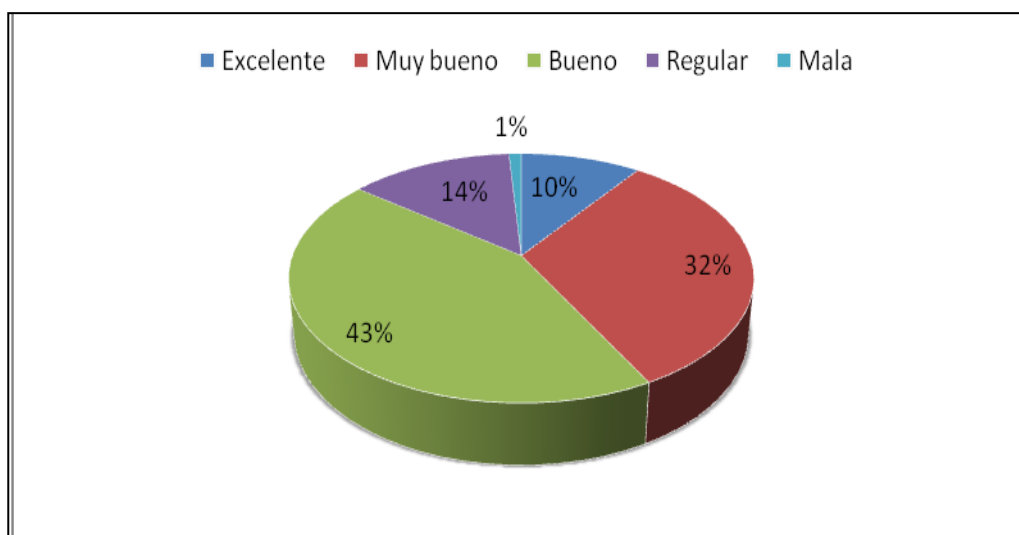


GRÁFICO No 20 El equipamiento en los servicios de subcentro es:

4.3.3. CALIDAD TÉCNICA

CUADRO No 4.3.3.1

La atención que recibe en este subcentro

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	81	21,00
Muy bueno	170	43,00
Bueno	122	31,00
Regular	20	5,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

Análisis: El 43% considero muy buena la atención, un 31% la calificó como buena, cabe destacar que un 21% lo menciona como excelente y un 5% calificó a ésta como regular.

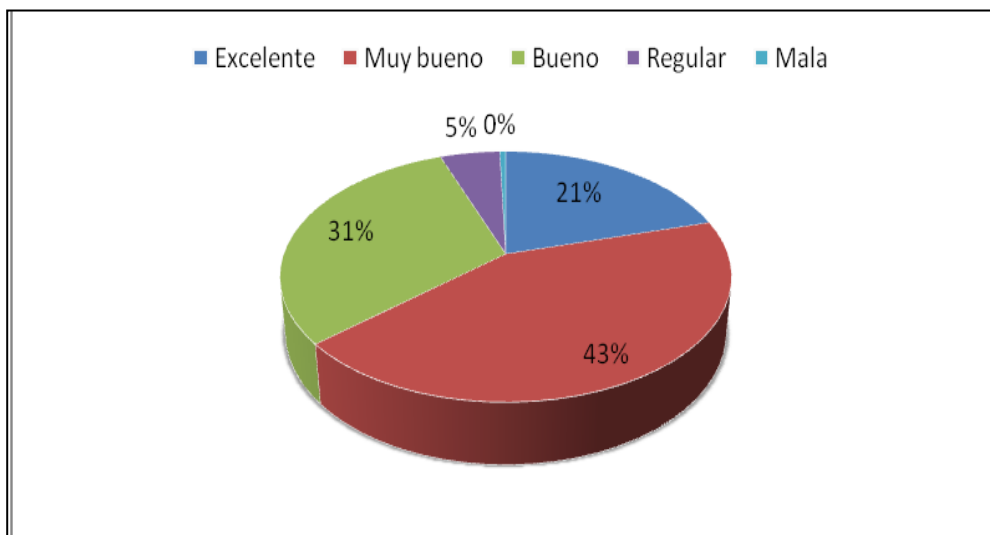


GRÁFICO No 21 La atención que recibe en este subcentro

CUADRO No 4.3.3.2

Recomiendan a otras personas para que acudan por atención al subcentro

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Si	381	97,00
No	12	3,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

Análisis: El 97 % de encuestados aprueban el recomendar para que otros usuarios acudan al subcentro y un 3% muestran insatisfacción.

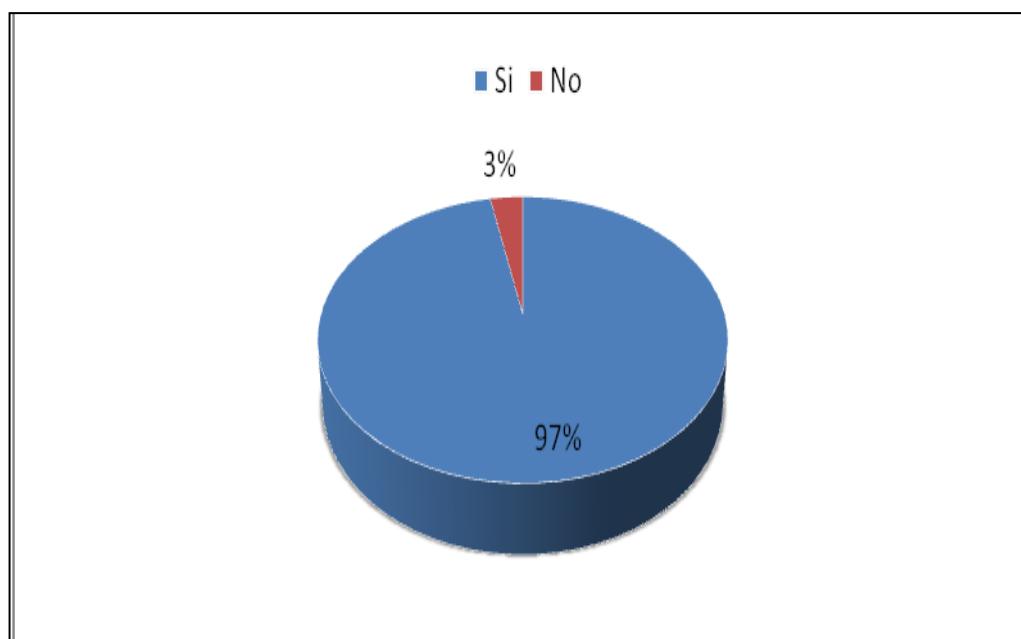


GRÁFICO No 22 Recomiendan a otras personas para que acudan por atención al subcentro

CUADRO No 4.3.3.3

Seguirán acudiendo por atención a esta unidad

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Si	388	99,00
No	5	1,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

Análisis: Un 99% de los encuestados consideran que seguirán acudiendo a esta unidad para recibir atención profesional y solo un 1% no lo aprueba.

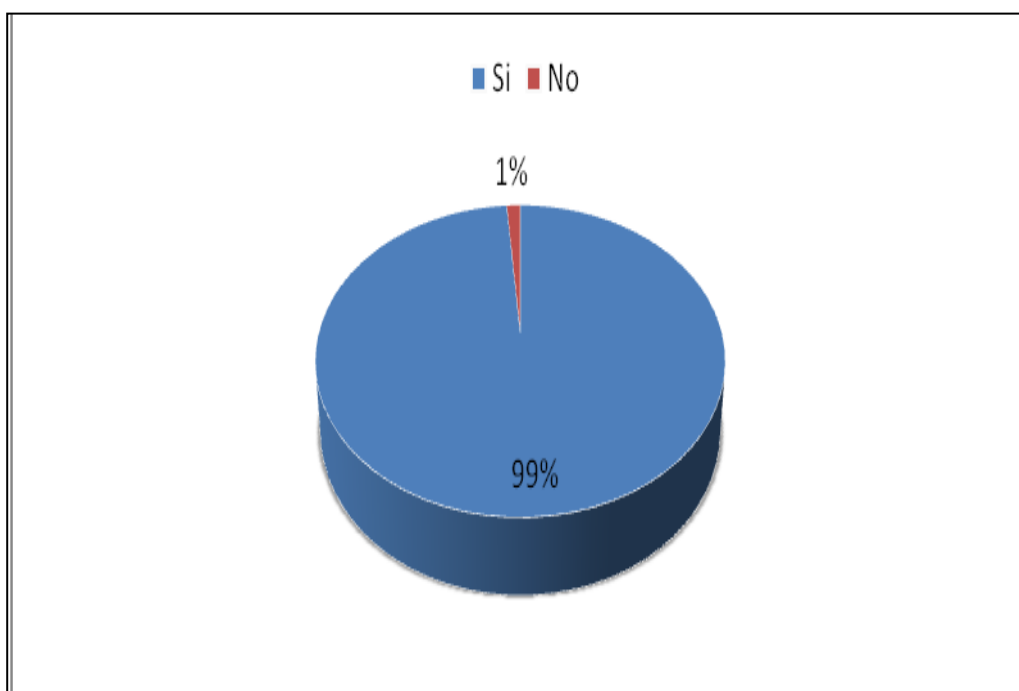


GRÁFICO No 23 Seguirán acudiendo por atención a esta unidad

CUADRO No 4.3.3.4

Encontraron solución a su problema de salud

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Si	371	94.00
No	22	6.00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

Análisis: El 94% menciona que sí se solucionó los problemas de salud que presentaban, y en un 6% refieren que no tuvieron solución sus problemas de salud

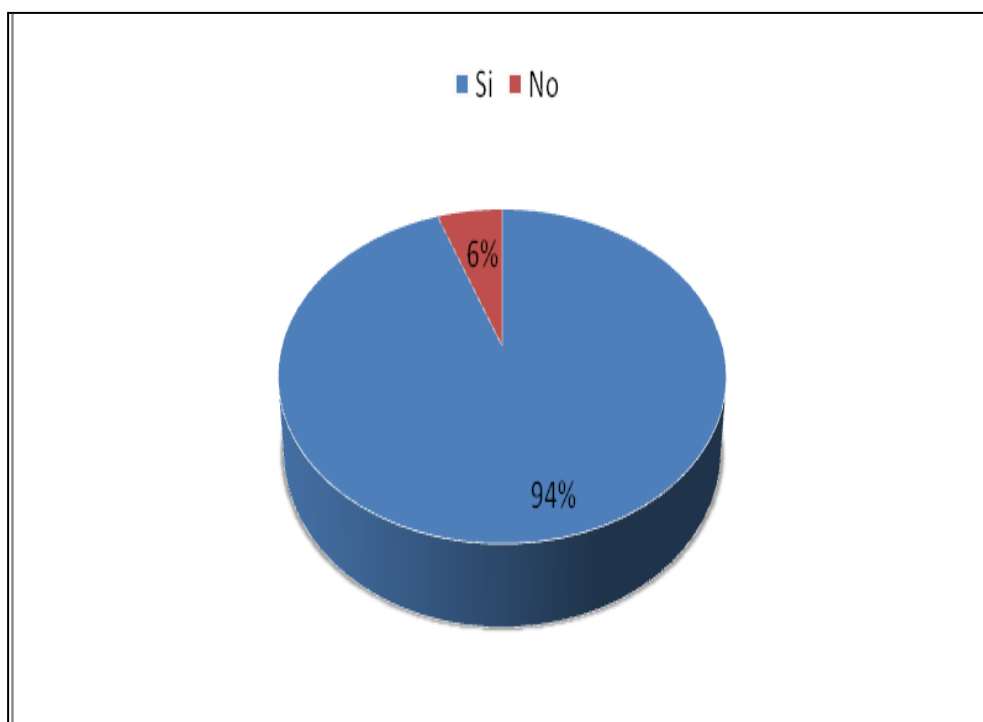


GRÁFICO No 24 Encontraron solución a su problema de salud

CUADRO No 4.3.3.5

Conocen el horario de atención en el subcentro

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Si	337	86,00
No	56	14,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

Análisis: con relación al horario de atención el 86% mencionan que si conocen el horario de atención en el subcentro, mientras que un 14% indica no conocer el horario.

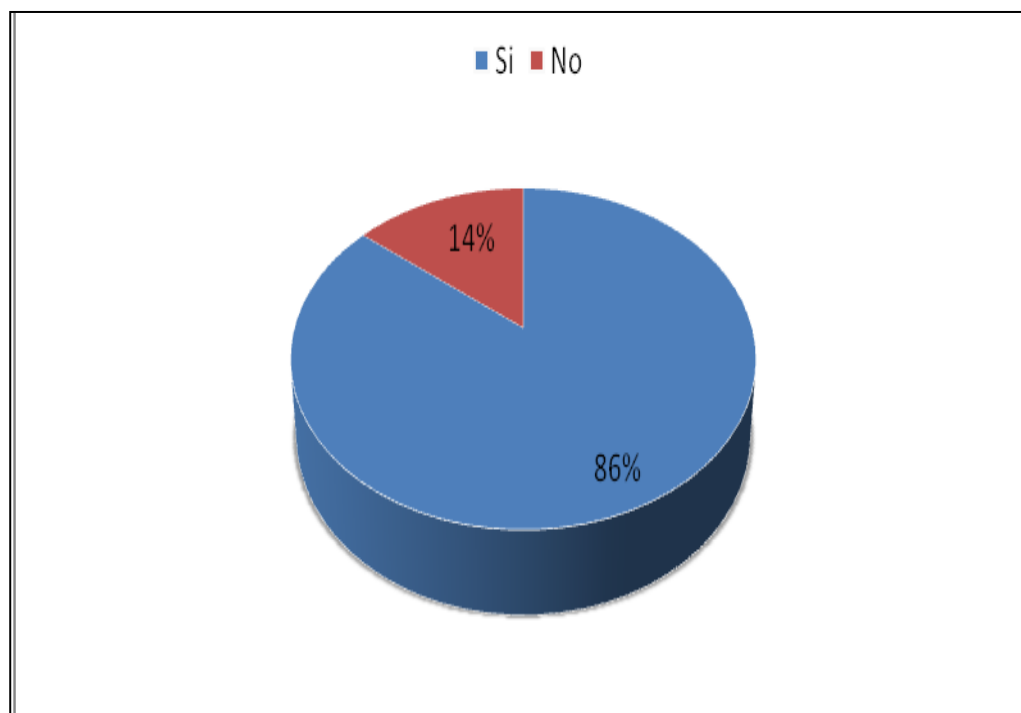


GRÁFICO No 25 Conocen el horario de atención en el subcentro

CUADRO No 4.3.3.7

Recibieron material educativo

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Sí	317	81,00
No	76	19,00
TOTAL	393	100.00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

Análisis: en relación al material educativo un 81% indica que sí lo recibieron y un 19% menciona que no lo recibieron.

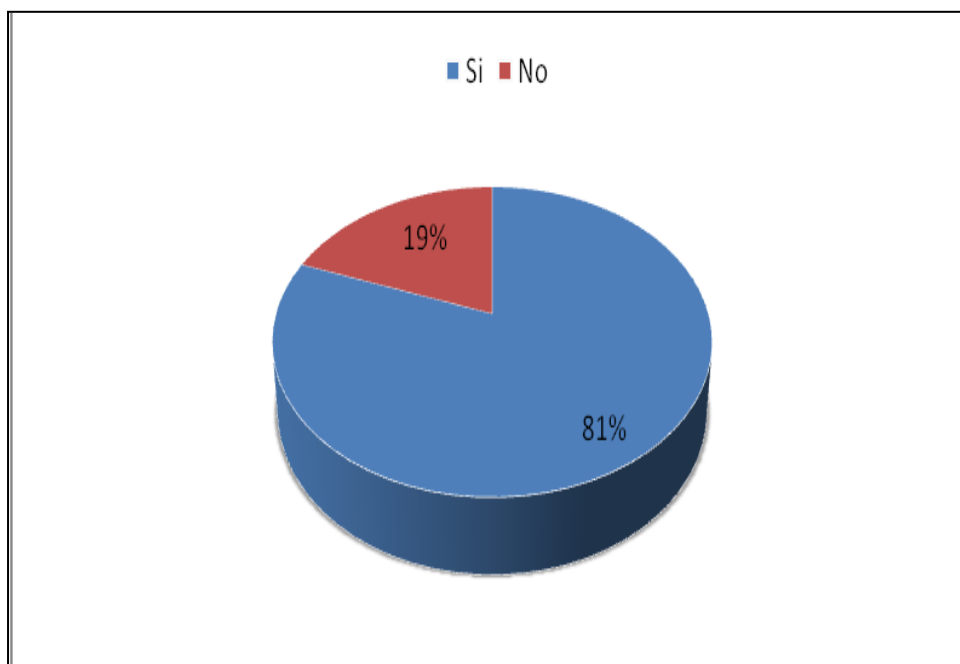


GRÁFICO No 26 Recibieron material educativo

CUADRO No 4.3.3.8

Obtuvieron todas las medicinas recetadas

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Sí	282	72,00
No	111	28,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

Análisis: en un alto porcentaje del 72% dicen sí haber recibido las medicinas prescritas en las recetas, mientras que un 28% señalan que no las obtuvieron todas.

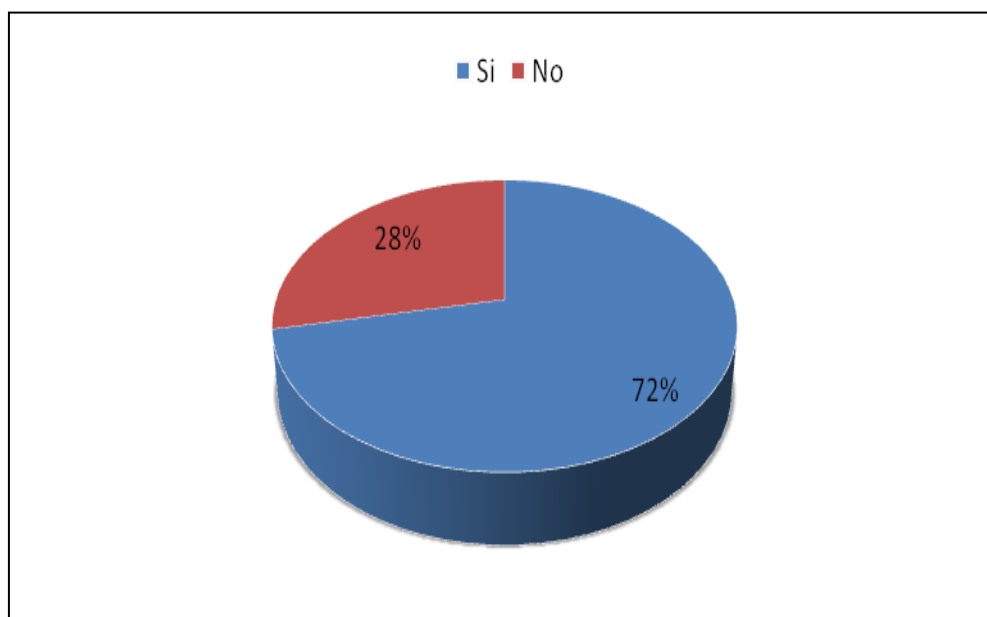


GRÁFICO No 27 Obtuvieron todas las medicinas recetadas

CUADRO No 4.3.3.9

La entrega de turnos para la atención

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	33	9,00
Muy bueno	194	49,00
Bueno	122	31,00
Regular	29	7,00
Mala	15	4,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: En relación a la entrega de turno el 49% de los encuestados señalaron como muy bueno, un 31% indicaron como bueno, con un 9% como excelente, mientras que con calificación de regular un 7% y de mala un 4%.

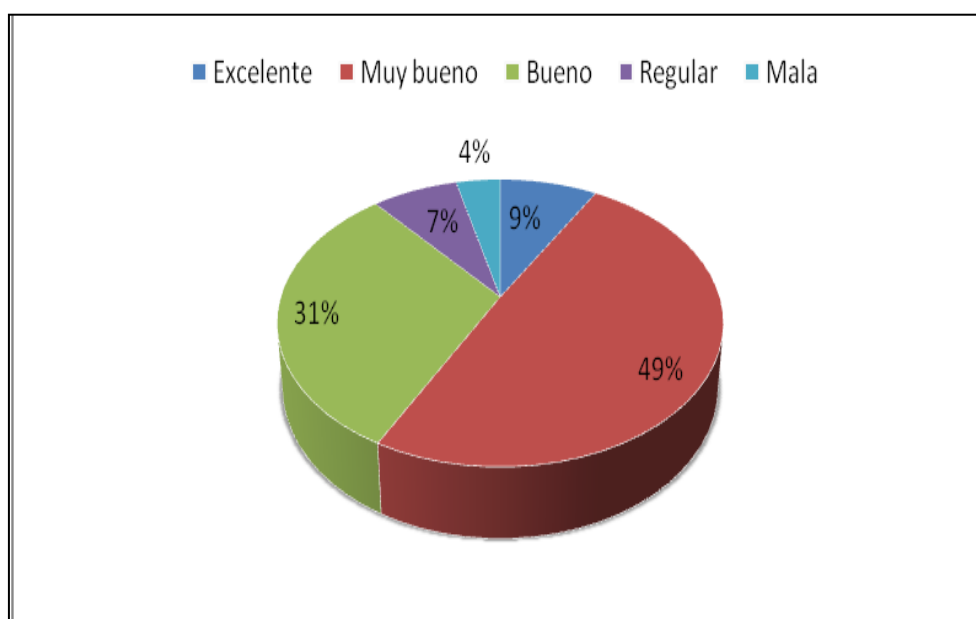


GRÁFICO No 28 La entrega de turnos para la atención

CUADRO No 4.3.3.10

Identificación del personal en su mandil

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	130	33,00
Muy bueno	103	26,00
Bueno	149	38,00
Regular	11	3,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: En cuanto a la identificación que los miembros del equipo de salud tienen en su mandil un 38% indica como bueno, de excelente se pronunció 33%, con calificación de muy buena un 26% mientras un 3% menciona como mala.

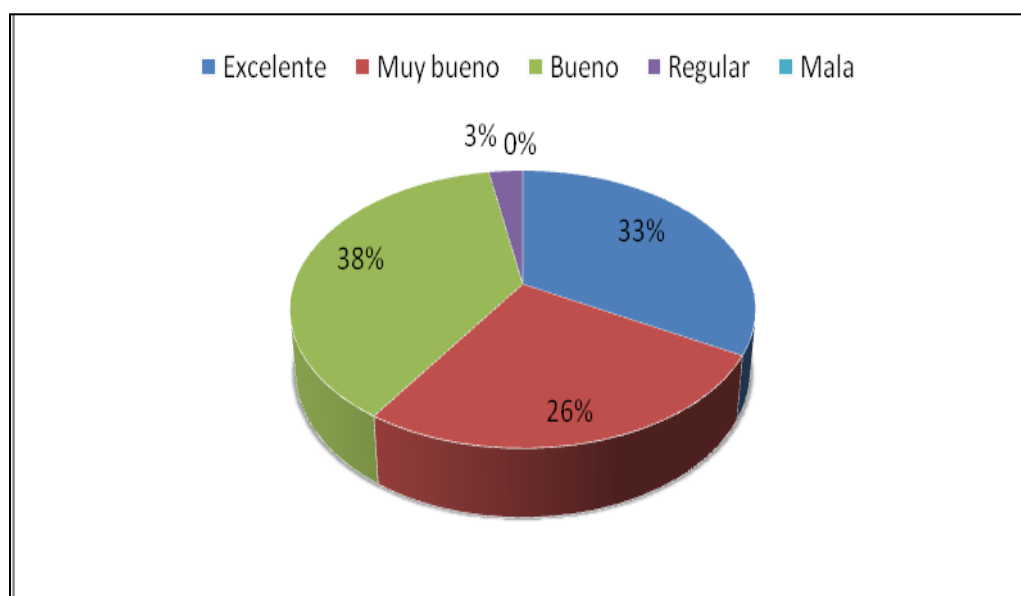


GRÁFICO No 29 Identificación del personal en su mandil

CUADRO No 4.3.3.11

La atención que recibió

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	121	31,00
Muy bueno	128	32,00
Bueno	129	33,00
Regular	15	4,00
Mala	0	0,00
	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: El criterio de los usuarios con el tipo de atención que recibió indica mayoritariamente a un 33% como bueno, con un 32% con un muy bueno, en un 31% con excelente mientras que el 4% lo menciona como regular.

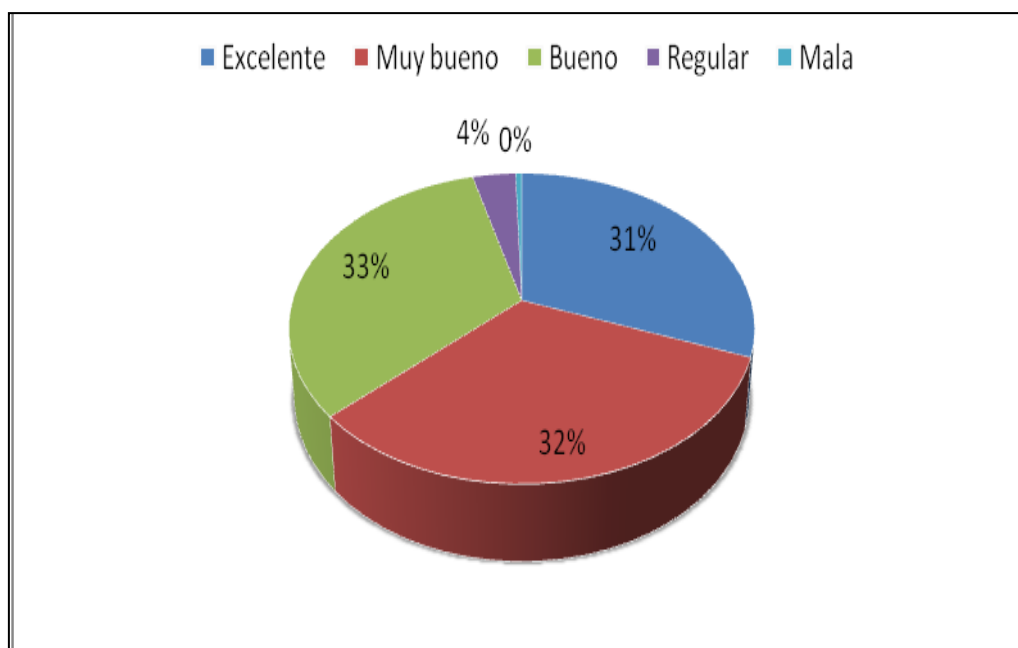


GRÁFICO No 30 La atención que recibió

CUADRO No 4.3.3.12

La charla educativa que recibió

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	73	19,00
Muy bueno	157	40,00
Bueno	155	39,00
Regular	8	2,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: En la charla educativa que recibieron en el día de la encuesta califican con un alto porcentaje de un 40% como muy buena y en 39% como buena, mientras que solamente como excelente un 19% y de regular un 2%.

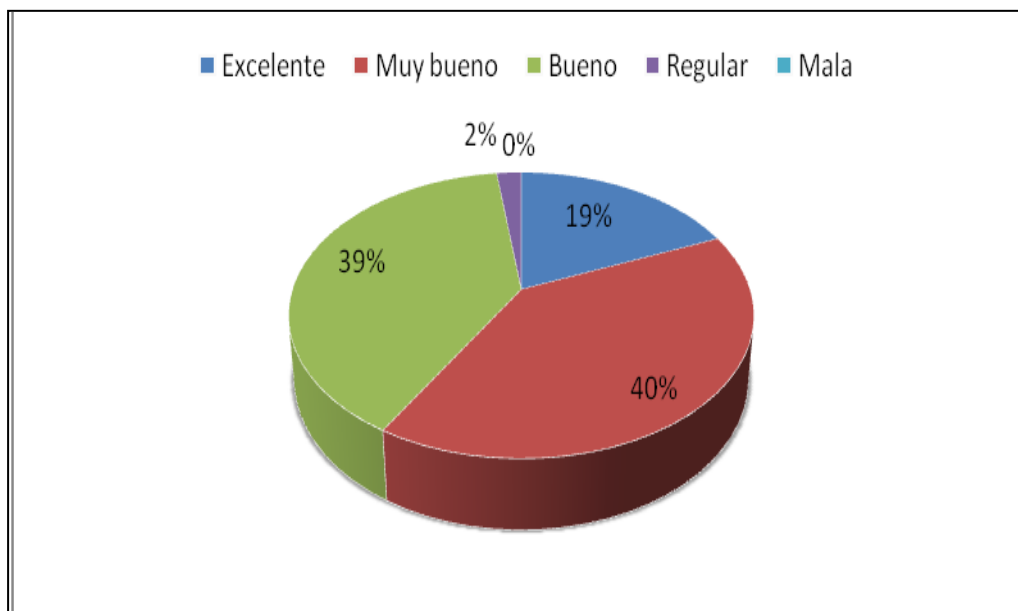


GRÁFICO No 31 La charla educativa que recibió

CUADRO No 4.3.3.13

La satisfacción por la atención recibida

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	75	19,00
Muy bueno	171	44,00
Bueno	139	35,00
Regular	8	2,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: La satisfacción encontrada es de un 44% como muy bueno y en un 19% como excelente, de manera intermedia un 35% con calificación de bueno y de insatisfacción como mala un 2%

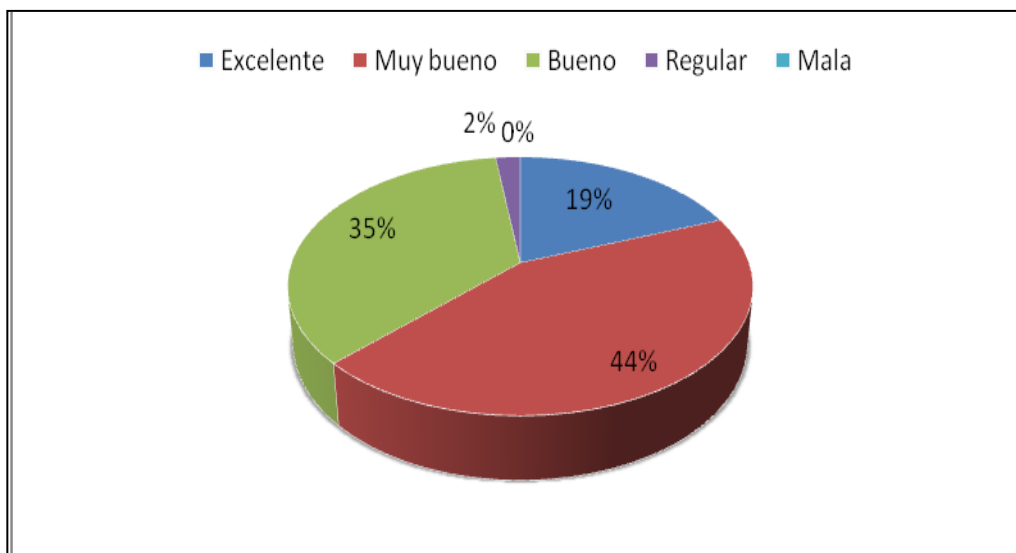


GRÁFICO No 32 La satisfacción por la atención recibida

CUADRO No 4.3.3.14

Tiempo de espera para ser atendido

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Menos de 30 min.	52	13,00
de 30 Min a 1Hora	215	55,00
de 1 Hora a 2 Hora	103	26,00
3Hora	12	3,00
Más de 3Hora	11	3,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: Con relación del tiempo de espera para ser atendido mayoritariamente el 55% manifiesta que fue de 30m a 1 hora, en un 26% señala que esperó de 1 hora a 2 horas, mientras que el 13% indica que esperó menos de 30m. Otros en un 3% manifiestan que esperaron 3 horas, y en otro 3% el tiempo de espera fue más de 3 horas.

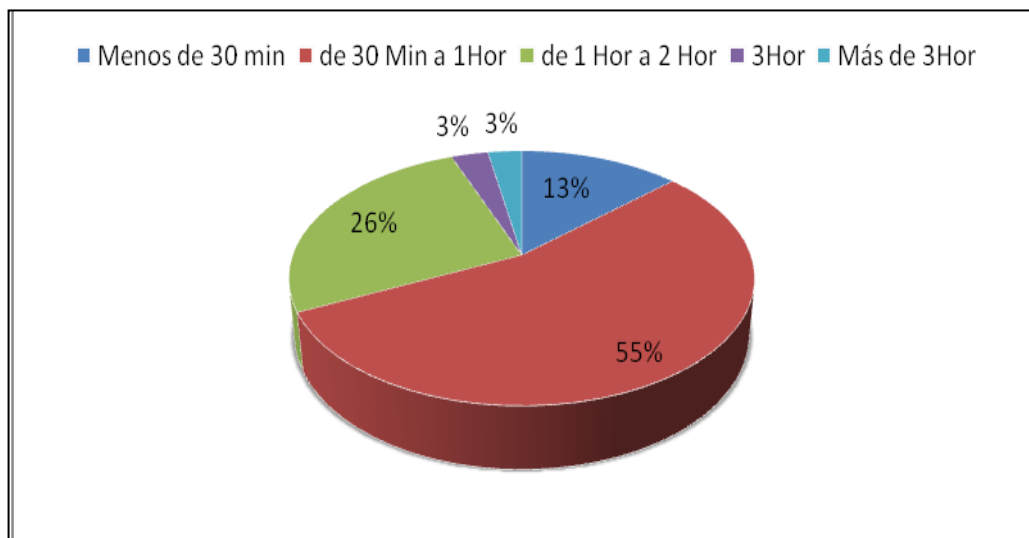


GRÁFICO No 33 Tiempo de espera para ser atendido

CUADRO No 4.3.3.15

Tiempo de la consulta

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
más de 30 minutos	30	8,00
30 – 20 min	211	54,00
20 – 10 min	111	28,00
10-15 min	32	8,00
menos de 5 min	9	2,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: en el tiempo que demora la consulta el criterio de los encuestados en un alto porcentaje de 54% menciona que fue de 30-20 min y en un 28% de 20-10 min, mientras que en un menor porcentaje del 8% señala que demora más de 30 min , otros en un 8% de 10-15min y menos de 5 min un 2%.

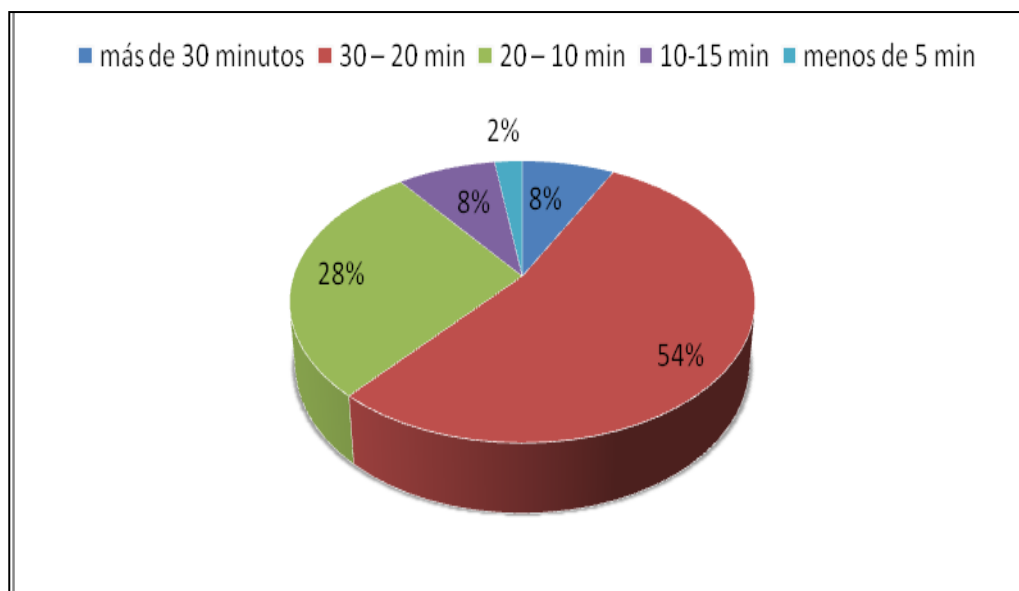


GRÁFICO No 34 Tiempo de la consulta

CUADRO No 4.3.3.16

Le preguntaron si está tomando alguna otra medicación, y si esta era de tipo natural

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Sí	363	92,00
No	30	8,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: El criterio de los encuestados en un alto porcentaje del 92% mencionan que si fue preguntado por el profesional que le dio atención en relación a la ingesta de otra medicación y si esta era de tipo natural, mientras que en un menor porcentaje del 8% indican que no fueron preguntados.

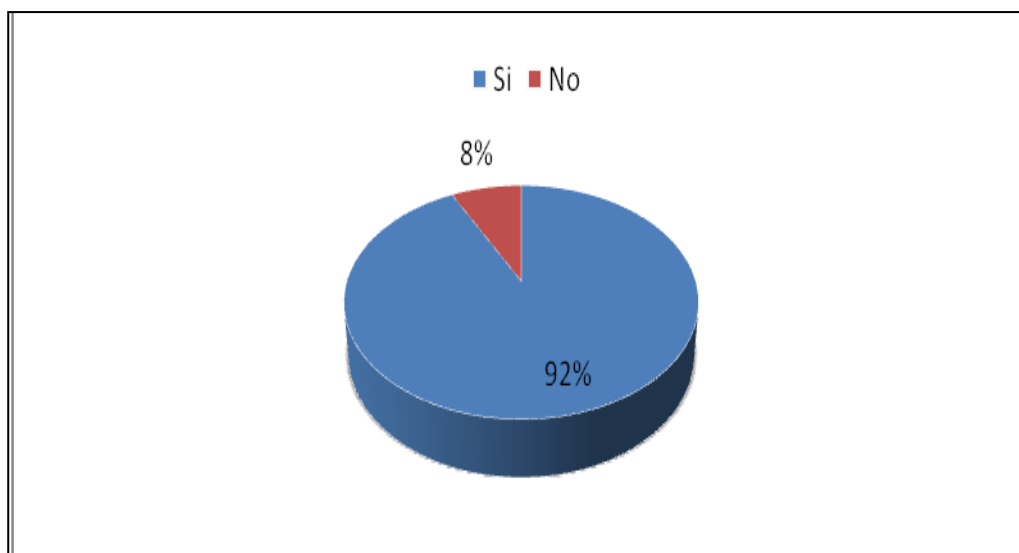


GRÁFICO No 35 Le preguntaron si está tomando alguna otra medicación, y si esta era de tipo natural

4.3.4. CALIDEZ DE ATENCIÓN

CUADRO No 4.3.4

El trato en estadística

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	53	14,00
Muy bueno	173	44,00
Bueno	130	33,00
Regular	25	6,00
Mala	12	3,00
	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: con respecto a la calidez en el servicio de estadística el criterio de los encuestados señala en un 44% como muy bueno, en un 33% como bueno y en un menor porcentaje del 14% excelente, como regular un 6% y en un 3% como mala

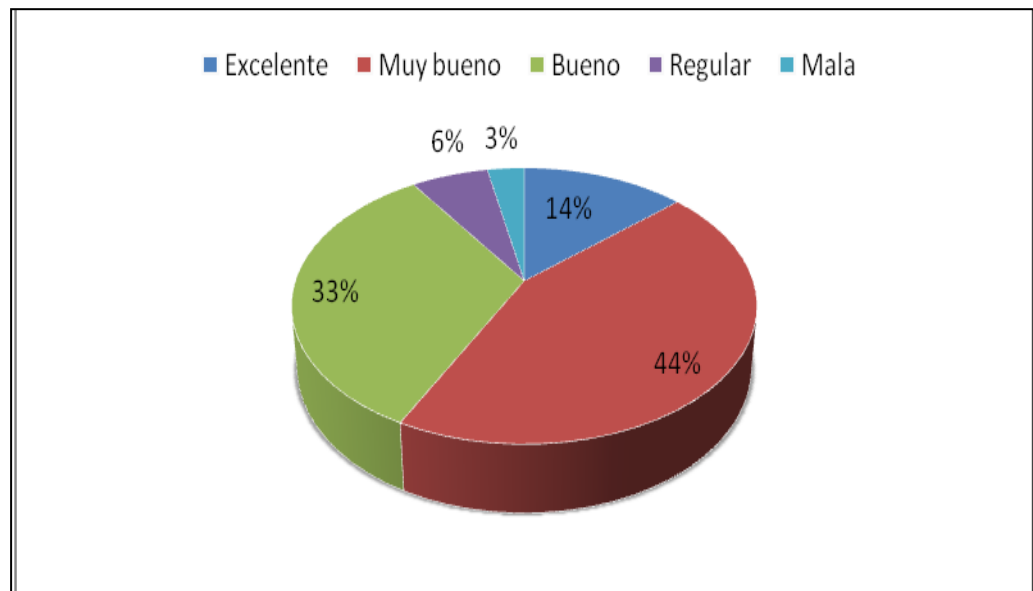


GRÁFICO No 36 El trato en estadística

CUADRO No 4.3.4.1

El trato de las enfermeras

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	101	26,00
Muy bueno	150	38,00
Bueno	126	32,00
Regular	12	3,00
Mala	4	1,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: La calidez de las enfermeras recibió mayoritariamente el criterio de muy bueno un 38%, bueno un 32%, como excelente en un 26% y en menor porcentaje de regular un 3% y como mala 1%.

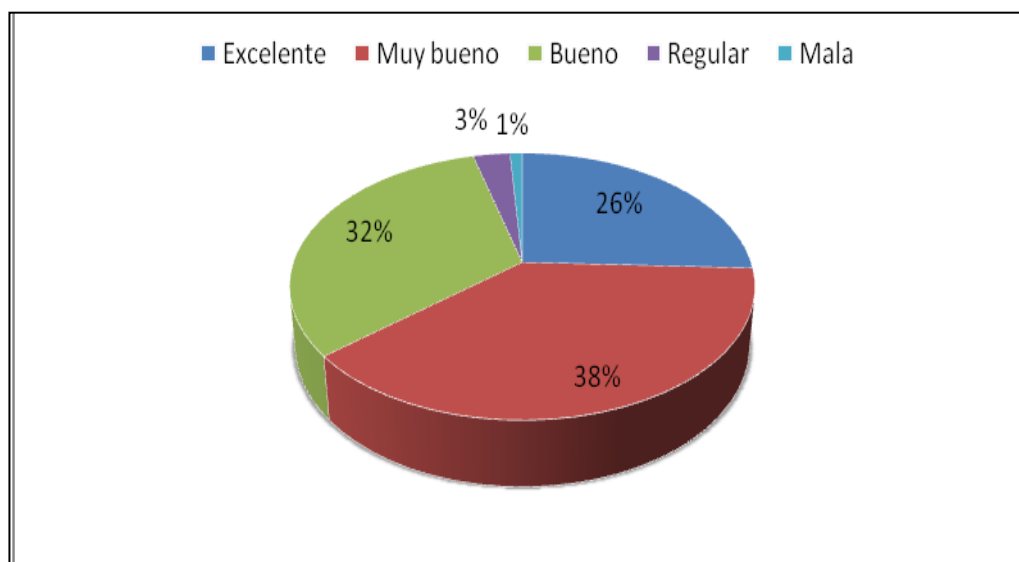


GRÁFICO No 37 El trato de las enfermeras

CUADRO No 4.3.4.3

El trato del personal de limpieza

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	78	20,00
Muy bueno	134	37,00
Bueno	165	42,00
Regular	16	4,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: La calidez en el personal de limpieza en mayor porcentaje fue evaluada como muy buena en un 37% y como buena con 42%. En menor porcentaje como excelente un 20% y regular un 4%.

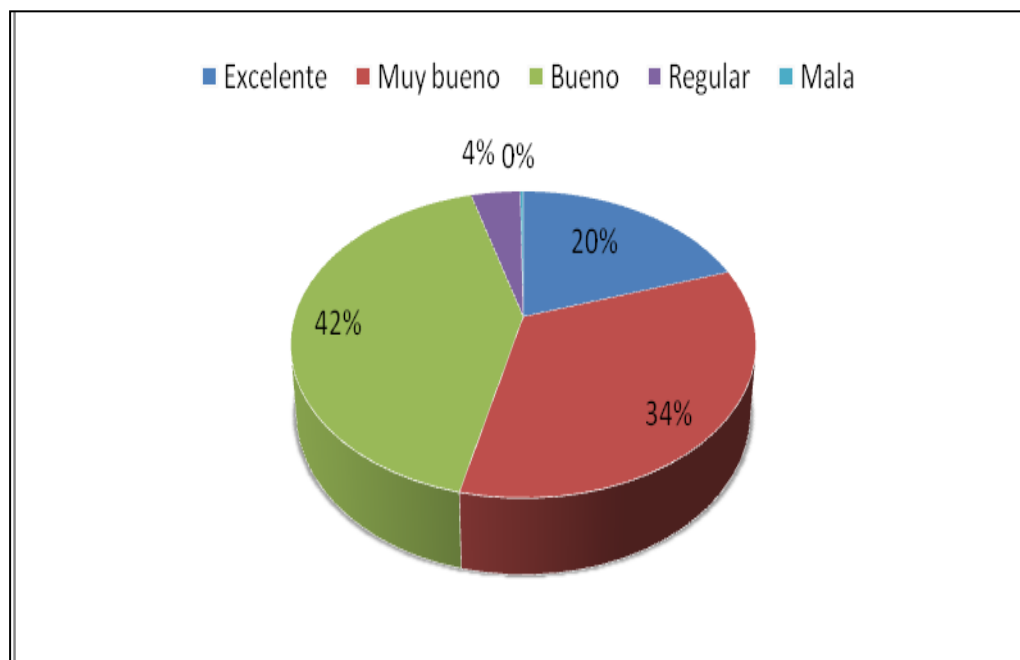


GRÁFICO No 38 El trato del personal de limpieza

CUADRO No 4.3.4.4

El trato de los médicos

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	169	43,00
Muy bueno	121	31,00
Bueno	97	25,00
Regular	6	1,00
Mala	0	0,00
	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: La calidez en la atención que recibieron de parte de los médicos tratantes en un alto porcentaje mencionaron con un 43% como excelente, en un 31% como muy buena y en un 25% como buena mientras que con regular el 1%.

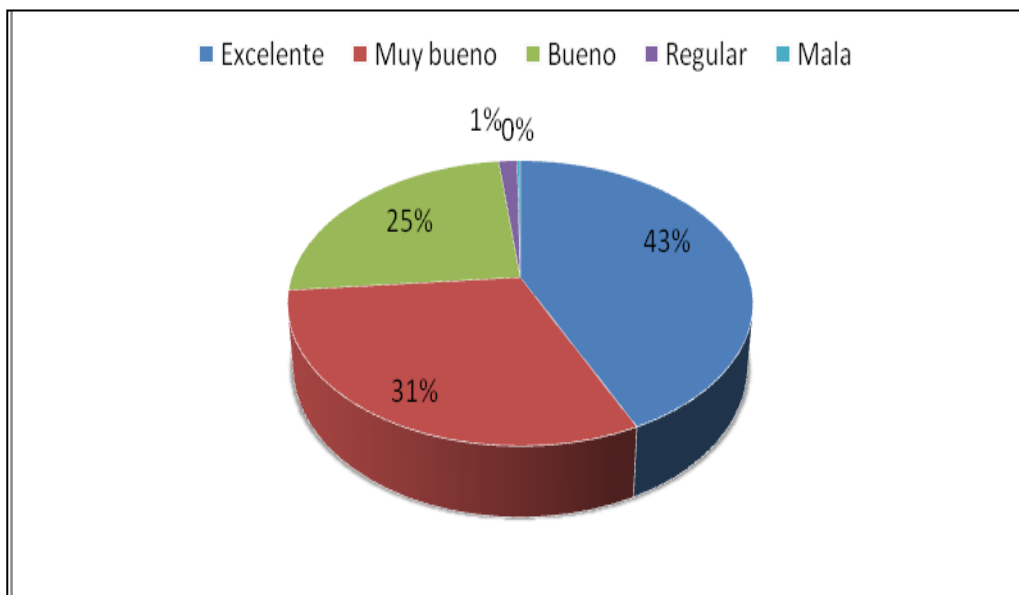


GRÁFICO No 39 El trato de los médicos

CUADRO No 4.3.4.5

El trato de los odontólogos

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	158	40,00
Muy bueno	137	35,00
Bueno	94	24,00
Regular	4	1,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: El trato de los odontólogos fue evaluado en un alto porcentaje del 40% como excelente y 35% como muy bueno, con la calificación de buena un 24% y de regular el 1%

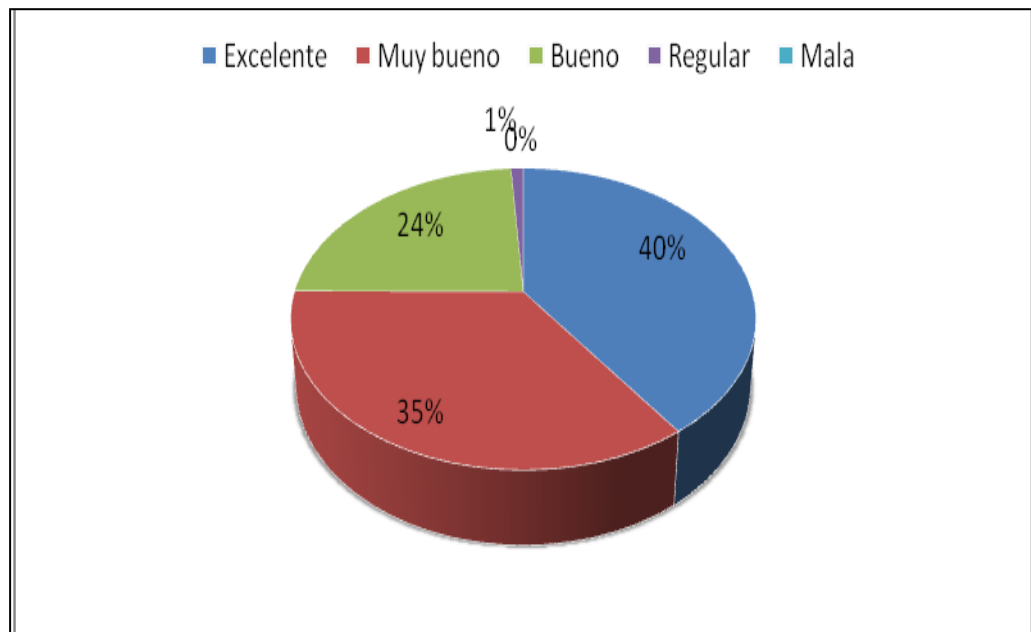


GRÁFICO No 40 El trato de los odontólogos

CUADRO No 4.3.4.6

El trato de la obstretriz

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	135	38,00
Muy bueno	116	32,00
Bueno	94	26,00
Regular	10	3,00
Mala	2	1,00
TOTAL	357	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: Fueron encuestadas 357 mujeres mayores de 17 años que opinaron en un alto porcentaje de excelente un 38%, muy bueno 32%, bueno 26% mientras que usuarias insatisfechas de la atención recibida se manifestaron en un 3% como regular y en 1% como mala.

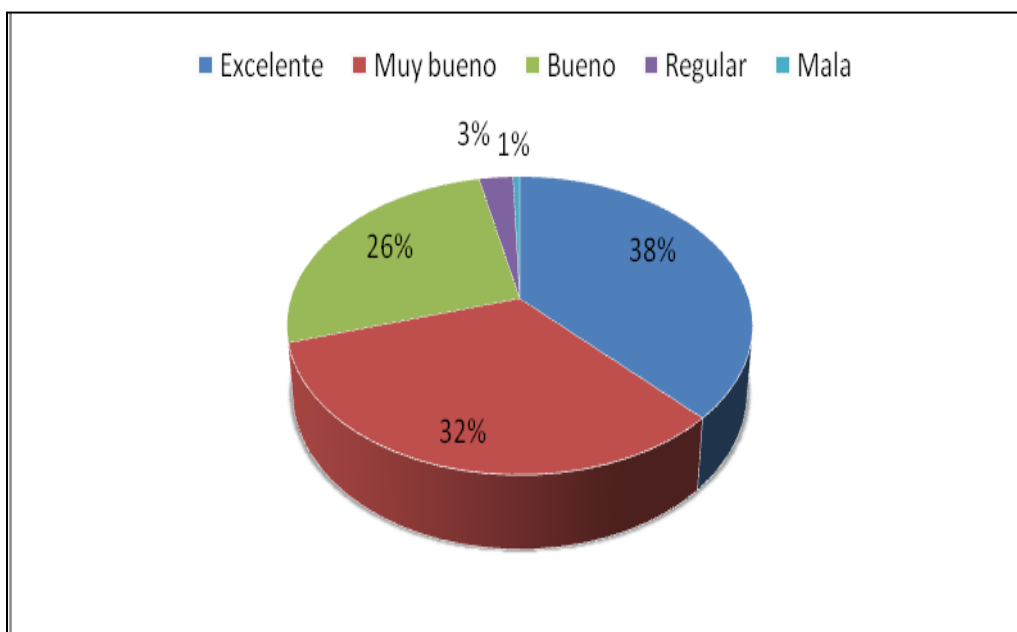


GRÁFICO No 41 El trato de la obstretriz

CUADRO No 4.3.4.7

El trato de la laboratorista

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	131	33,00
Muy bueno	136	35,00
Bueno	126	32,00
Regular	0	0,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: El trato de acuerdo al criterio de los usuarios encuestados señalan en un alto porcentaje de excelente un 33%, como muy bueno un 35% , en un 32% como bueno.

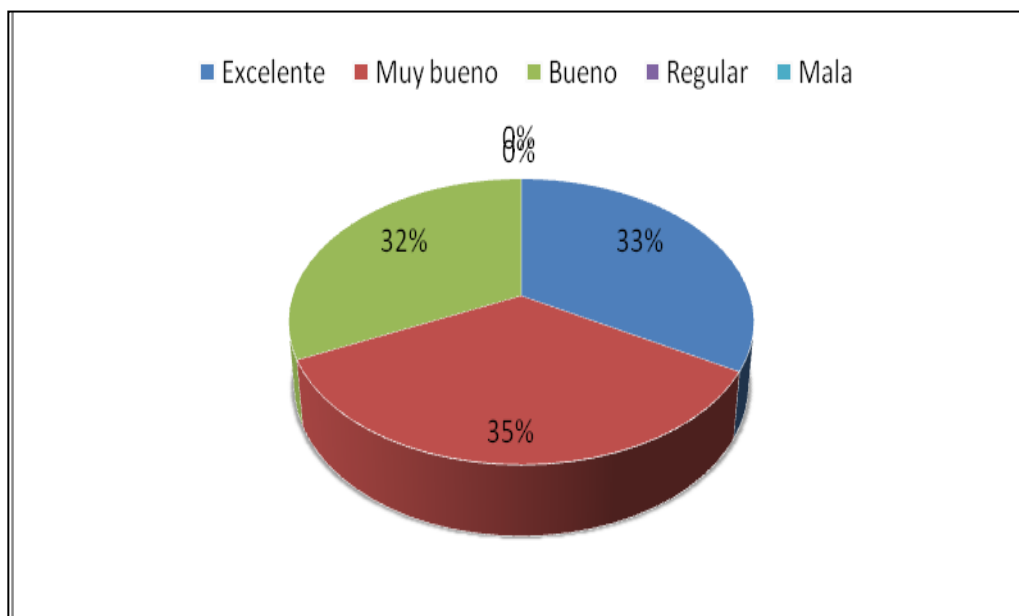


GRÁFICO No 42 El trato de la laboratorista

CUADRO No 4.3.4.8

Criterio de la explicación del profesional que la atendió

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	100	25,00
Muy bueno	168	43,00
Bueno	122	31,00
Regular	3	1,00
Mala	0	0,00
	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: Sobre la explicación que recibieron de parte del profesional que le atendió menciona en un alto porcentaje como muy buena en un 43% y como buena un 31%, mientras que el menor porcentaje como excelente en un 25% y regular en un 1%

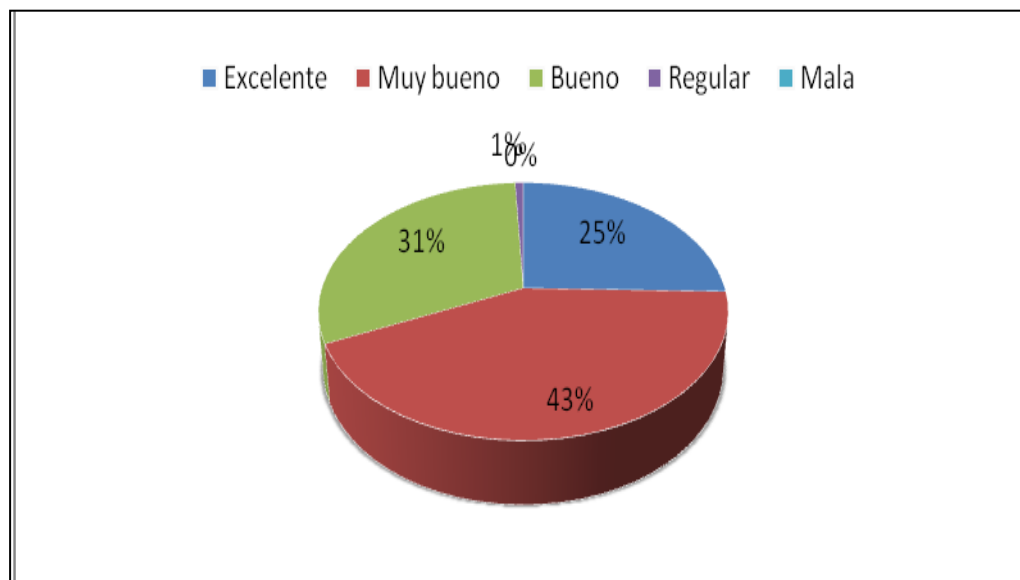


GRÁFICO No 43 Criterio de la explicación del profesional que la atendió

CUADRO No 4.3.4.9

Criterio al ser examinada

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	88	22,00
Muy bueno	161	41,00
Bueno	136	35,00
Regular	8	2,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: El criterio de los encuestados con respecto a esta pregunta señalan en un alto porcentaje de muy buena un 41% y bueno en un 35%; mientras que el menor porcentaje en un 22% como excelente y en un 2% regular.

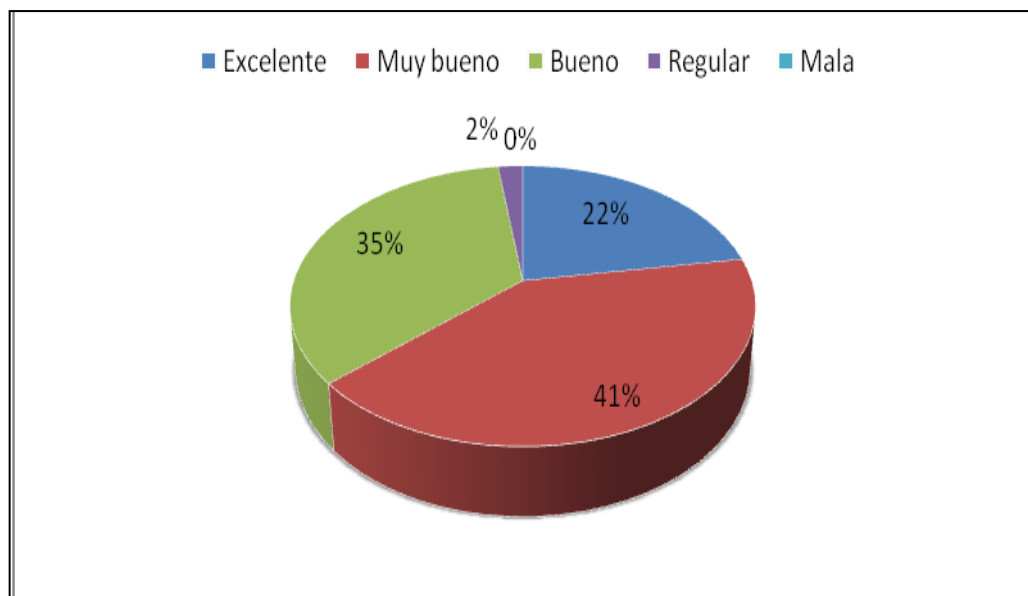


GRÁFICO No 44 Criterio al ser examinada

CUADRO No 4.3.4.10

Criterio de respeto a su intimidad en la consulta

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	112	28,00
Muy bueno	146	37,00
Bueno	128	33,00
Regular	7	2,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: En relación del respeto a la intimidad durante la consulta indican con un 37% como muy bueno, en un 33% como bueno, de excelente un 28% y con calificación de regular del 2%

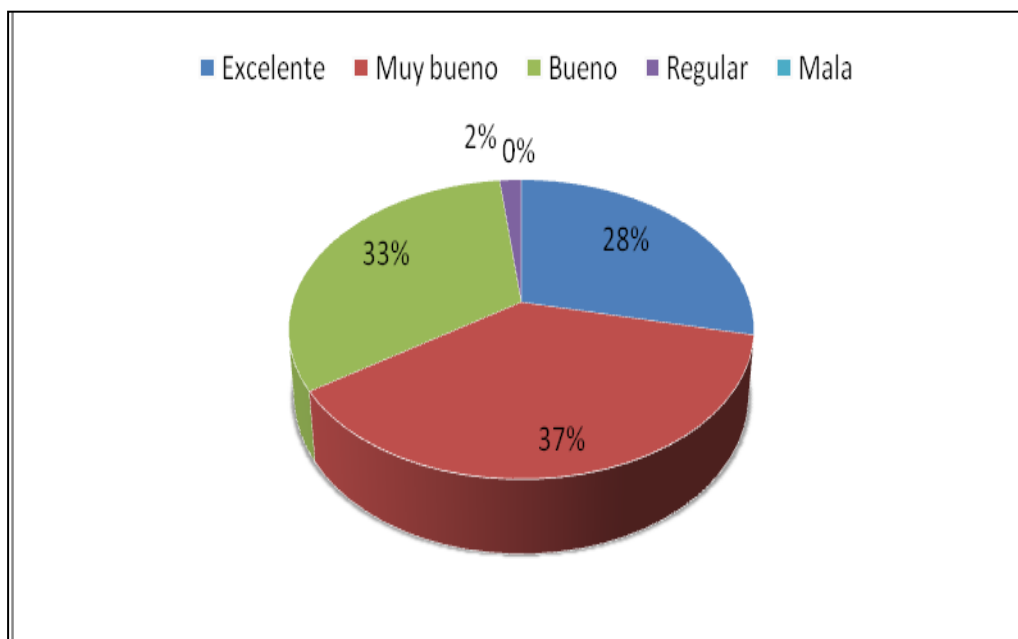


GRÁFICO No 45 Criterio de respeto a su intimidad en la consulta

CUADRO No 4.3.4.11

Criterio en relación de ser consultada sobre su estado emocional por el profesional que le atendió

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Sí	357	91,00
No	36	9,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: Los encuestados en un alto porcentaje del 91% indican que sí fue consultado su estado emocional por el profesional que le dio la atención, mientras que en un 9% lo menciona de manera de manera negativa

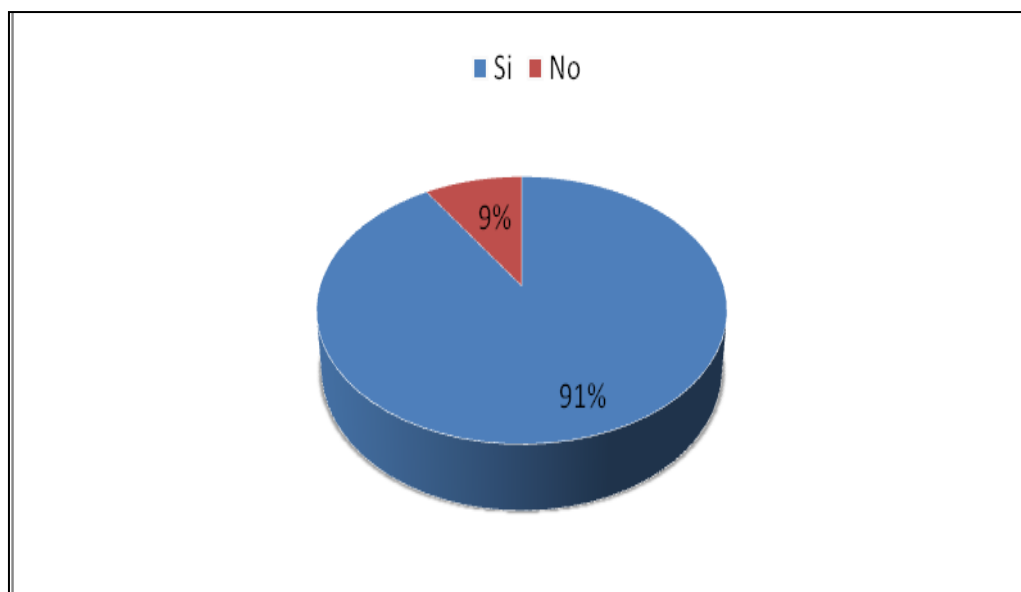


GRÁFICO No 46 Criterio en relación de ser consultada sobre su estado emocional por el profesional que le atendió

CUADRO No 4.3.5

Resultado total de las 35 preguntas realizadas a los 393 usuarios encuestados

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	2182	21,00
Muy bueno	3754	37,00
Bueno	3550	35,00
Regular	650	6,00
Mala	71	1,00
TOTAL	10207	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2011

ANÁLISIS: Como resultado de la encuesta realizada a los 393 encuestados con 10207 preguntas señalan que la satisfacción encontrada en la atención que recibieron en el Subcentro de Salud “El Bosque”, con una calificación casi similar, muy buena en un 37% y buena en un 35%. Mientras que en menor porcentaje con evaluación de excelente califican un 21%, un 6% como regular y en 1% como mala estas dos últimas indican el grado de insatisfacción encontrada.

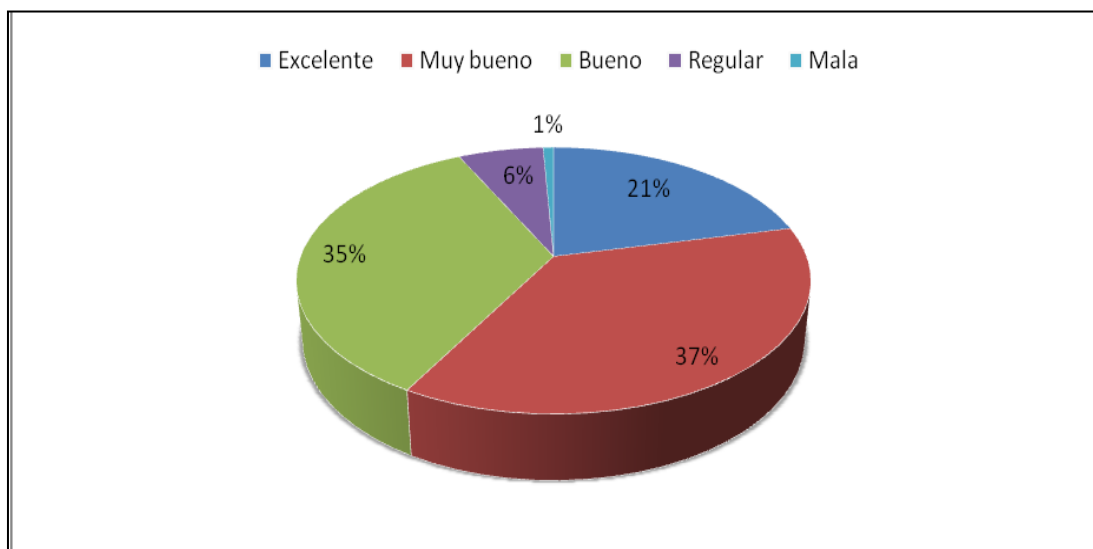


GRÁFICO No 47 Resultado total de las 35 preguntas realizadas a los 393 usuarios encuestados

4.4. PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN CON CALIDAD TÉCNICA Y CALIDEZ A LOS USUARIOS DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”

El mejoramiento de la calidad es una idea revolucionaria en el campo de la salud, a través de ésta elevar el nivel de atención siempre en una búsqueda continua por mejorar.

El gerente de una institución de salud y demás miembros son prestadores de servicios, por lo que la demanda siempre exige un cumplimiento superior a los estándares, es decir la exigencia por parte de los usuarios cada día es mayor y para lograr una satisfacción plena de estos se requiere elevarlo a la excelencia.

Los principios de trabajar en equipo para resolver problemas, actualmente las organizaciones de salud lo están adoptando, utilizando los recursos para lograr mayor eficacia y eficiencia.

Es necesario para realizar un programa de mejoramiento de la calidad en la atención se requiere de un diagnóstico, y este debe ser lo más preciso posible, de lo contrario se correría el grave riesgo de pérdidas de tiempo y recursos.

4.4.1. Introducción

Para la realización de la propuesta tomo como referencia el cuadro para realizar la formulación de un plan de mejoramiento de la calidad en base a un diagnóstico, a través de encuestas realizadas a los usuarios de una unidad de salud y corresponde a una publicación del Ministerio de la protección Social Republica de Colombia cuyo título es Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud.

Auditoría en servicios de salud

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, es uno de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC – es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

Formulación Del Plan De Mejoramiento

Con los insumos generados los responsables de los procesos y los equipos de auditoría, contarán con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan solucionar las fallas de calidad detectadas.

La formulación del plan de mejoramiento deberá responder a la detección de las causas fundamentales que afectan el logro de los resultados esperados para lo cual se deberá aplicar las herramientas que permitan neutralizar y bloquear lo que no permite lograr los resultados deseados. Por lo tanto, se deberá solucionar en forma definitiva mediante métodos como el de análisis y solución de problemas, six sigma o Análisis de la causa Raíz (Análisis de Ruta Causal), entre otros.

Los aspectos a tener en cuenta para la formulación del plan de mejora son:

Identificar el problema y definirlo concretamente, teniendo muy claro el grado de importancia global del mismo. Observar en detalle las características del problema, tomando en cuenta los puntos de vista de diferentes personas involucradas en el proceso.

Analizar el problema para descubrir sus causas fundamentales, en este punto es importante la utilización de herramientas estadísticas básicas y técnicas de análisis causal; no olvidar que el plan de mejora no está completo, si no llega hasta solucionar la causa raíz del problema. Elaborar un plan de acción muy detallado, capaz de bloquear

las causas y solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además unos indicadores para evaluar posteriormente los resultados.

A continuación se presenta un formato que puede ser utilizado por las instituciones para la formulación del plan de mejora.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud

NOMBRE DEL PROCESO					
META A LOGRAR					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO					
QUÉ (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIÉN (Responsable de ejecutarla)	CUÁNDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUÉ (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)

Ejecución Del Plan De Mejoramiento

Una vez elaborado el plan de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en él, es en este punto donde se requiere el apoyo de los niveles directivos de la organización para que en forma explícita y deliberada se generen espacios para hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de acción y de los resultados obtenidos en el mejoramiento a través de los indicadores definidos con este fin.

Evaluación Del Mejoramiento

Como elemento del seguimiento es importante evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo efectivas, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos y utilizados en los pasos cuatro y cinco y que se esperaría fueran los mismos de los planes de mejora.

Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones: La primera, que no se obtenga mejora ó no se disminuya la brecha inicial entre calidad observada y calidad esperada, lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales ó que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema.

La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

4.4.2. PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”

Los criterios de los encuestados en relación a la calidad y calidez de la atención recibida en el Subcentro de Salud “El Bosque” permite ser un medio de verificación y evaluación de los estándares del proceso de atención al usuario que se está realizando en esta unidad de salud. Permite realizar una propuesta de un plan de mejoramiento en la atención, en base a las debilidades presentadas.

4.4.2.1. Objetivos del Plan de Mejoramiento

General: mejorar la satisfacción del usuario.

Específicos:

- Fortalecer un procedimiento para asignar los turnos.
- Disminuir el tiempo de espera en la atención del usuario.
- Reducir significativamente la insatisfacción del usuario relacionado al trato recibido por parte de los profesionales de los diferentes servicios.
- Promover un sistema de información y atención al usuario.
- Motivar al equipo en la gestión a las autoridades de salud la implementación de la planta alta para mejorar los ambientes de la sala de espera, asientos y ventilación.
- Medir los niveles de satisfacción del usuario de manera periódica.

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” DE MACHALA

Cuadro 1. SUBPROCESO: Recepción del usuario

NOMBRE DEL PROCESO: Atención al Usuario					
SUBPROCESO: Recepción del usuario					
META A LOGRAR: Entregar turnos al 100% de los usuarios que lo soliciten					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: Número de usuarios que demandan turnos sobre el total de usuarios que reciben turnos diariamente. Tiempo para la asignación de los turnos durante la demanda.					
QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	POR QUÉ	CÓMO
Revisar el procedimiento de entrega de turnos	Director del Subcentro y Equipo de salud.	En su jornada de trabajo.	En la unidad	Según criterios de los encuestados indican la dificultad para conseguir turnos.	Realizando cambios en el procedimiento de asignación de turnos.
Ejecutar el procedimiento de entrega de turnos.	Personal de estadística.	En un horario comprendido dentro de la jornada laboral.	En la unidad	Usuarios mencionan su inconformidad para conseguir turnos e inclusive algunos tienen que madrugar.	Seguimiento en el cumplimiento del procedimiento ajustado.

Fuente: autor del proyecto Machala 2011

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” DE MACHALA

Cuadro 2. SUBPROCESO: Acceso al usuario

NOMBRE DEL PROCESO: Atención al Usuario					
SUBPROCESO: Acceso al usuario					
META A LOGRAR: Disminuir el tiempo de espera a 1 hora en la atención del usuario.					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: Número de usuarios atendidos en un menor tiempo de espera sobre el total de usuarios insatisfechos en el tiempo de espera de atención durante un periodo por 100					
QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	POR QUÉ	CÓMO
Fortalecer una estructura organizacional que permita disminuir el tiempo de espera.	Director del Subcentro y Equipo de salud.	POA anual del 2012	Unidad de salud	Según criterios de usuarios encuestados señalan prolongados tiempo de espera en la atención	Por resolución administrativa.
Ejecutar las disposiciones administrativas	Equipo de salud	Jornada de trabajo	Unidad de salud	La demora en la atención, tiempo de espera manifiestan usuarios insatisfacción por estas	Seguimiento permanente

Fuente: autor del proyecto Machala 2011

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” DE MACHALA

Cuadro 3. SUBPROCESO: Acceso al usuario

NOMBRE DEL PROCESO: Atención al Usuario					
SUBPROCESO: Acceso al usuario					
META A LOGRAR: Reducir al 100% la insatisfacción del usuario relacionado al trato recibido por parte de los profesionales de los diferentes servicios.					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: Número de usuarios satisfechos de la atención sobre número de usuarios insatisfechos por un periodo por 100					
QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	POR QUÉ	CÓMO
Formular un modelo de atención que permita la mejora de esta.	Director del Subcentro y Equipo de salud.	POA anual del 2012	En la unidad de salud	El resultado final de la encuesta realizada señala un porcentaje significativo de insatisfacción de los usuarios.	Con un acto administrativo.
Ejecutar las disposiciones resueltas de mejoramiento de la atención.	equipo de salud	En horas laborables	En la unidad	Según criterio de los usuarios encuestados indican insatisfacción en la calidad y calidez de la atención	Seguimiento permanente
Sensibilización al equipo de salud	Psicólogos del área	Durante la jornada de trabajo	En la sala de espera de la unidad	Existen criterios por parte de los usuarios en relación al trato que reciben durante la atención	Talleres

Fuente: autor del proyecto Machala 2011

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” DE MACHALA

Cuadro 4. SUBPROCESO: Recepción del usuario (Promover un sistema de información y atención al usuario)

NOMBRE DEL PROCESO: Atención al Usuario					
SUBPROCESO: Recepción del usuario (Promover un sistema de información y atención al usuario)					
META A LOGRAR: Brindar información al 100% de los usuarios que soliciten					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: Número de usuarios informados sobre el total de usuarios que soliciten información diariamente por 100					
QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	POR QUÉ	CÓMO
Sensibilizar al personal de recepción y estadística la unidad de salud.	Psicólogos motivadores y invitados.	En un horario comprendido dentro de la jornada laboral.	En la unidad	Según criterios de los encuestados indican la dificultad que tienen sobre los horarios, tipo de servicios, para conseguir turnos.	Talleres
Capacitar al equipo de salud sobre el trato humanizado al usuario, los deberes y derechos de este.	Psicólogos motivadores y invitados.	En un horario comprendido dentro de la jornada laboral.	En la unidad	Los usuarios requieren de una buena información que contribuya en la calidad de la atención	Talleres

Fuente: autor del proyecto Machala 2011

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” DE MACHALA

Cuadro 5. SUBPROCESO: Usuario Interno

NOMBRE DEL PROCESO: Atención al Usuario					
SUBPROCESO: Usuarios internos					
META A LOGRAR: Motivar al equipo en un 100% en la gestión a las autoridades de salud para la implementación de la planta alta y mejorar los ambientes de la sala de espera, asientos y ventilación, mejorando esta manera la calidad de la atención					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: Número de gestiones realizadas y solucionadas sobre número de gestiones solicitadas por un periodo por 100					
QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	POR QUÉ	CÓMO
Realizar un plan de gestión anual que permita acciones de mejoramiento de los ambientes en la unidad.	Director del Subcentro y Equipo de salud.	Durante el 2012	En la unidad de salud	En un alto porcentaje los usuarios consideran como factores de mala y regular calidad en la atención recibida por la falta de espacio en la sala de espera, falta comodidad en los asientos y mala ventilación	Como un acto administrativo
Tramitar lo resuelto en el plan de gestión.	Director del Subcentro y Equipo de salud, dirigentes comunitarios y actores sociales.	Durante el 2012	En el área de salud, Dirección Provincial de Salud, Alcaldía de Machala	Por la falta de comodidad de los ambientes para los usuarios	Seguimiento permanente.

Fuente: autor del proyecto Machala 2011

PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE” DE MACHALA

Cuadro 6. SUBPROCESO: Evaluación de satisfacción del usuario

NOMBRE DEL PROCESO: Atención al Usuario					
SUBPROCESO: Evaluación de satisfacción del usuario					
META A LOGRAR: Medir anualmente los niveles de satisfacción del usuario					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO: número de mediciones anuales de satisfacción del usuario realizadas sobre número de mediciones programadas anualmente por 100					
QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	POR QUÉ	CÓMO
Programar una evaluación anual para medir el nivel de satisfacción.	Director del Subcentro y Equipo de salud.	Durante jornada de trabajo	En la unidad	Se requiere una evaluación periódica para el mejoramiento continuo en la calidad en la atención	Como un acto administrativo
Medir el nivel de satisfacción anualmente	Dirigentes comunitarios o servidores de la salud del área	Una vez al año	En la unidad	Es un indicador de calidad que garantiza la permanencia y continuidad del servicio	Encuestas

Fuente: autor del proyecto Machala 2011

4.4.2.2. Estrategias para el cumplimiento de la propuesta de mejoramiento de la atención a los usuarios del subcentro de salud “El Bosque” Plan.

Se planteará como política para cumplir como propuesta de mejoramiento los siguientes aspectos:

- Lograr una atención personalizada y con calidez en el otorgamiento de turnos por parte de estadística, sea personalmente previa cita, telefónica, vía internet o personalmente el día de la atención terminando con las colas.
- Establecer estándares para los tiempos de espera en la atención de acuerdo a cada servicio, realizando un seguimiento de su cumplimiento.
- Realizar charlas informativas diariamente de 10 minutos por la mañana y en la tarde con la participación de los miembros del equipo de salud y de los usuarios para que estén informados de los horarios, programas, campañas de vacunación etc.
- Educar a los usuarios con temas de prevención y promoción en salud, que permitan una población más sana con resultados favorables de una menor demanda de los servicios.
- Establecer estrategias de motivación a través de talleres para el equipo de salud, generando programas de educación continuada, lograr mayor empoderamiento de los objetivos institucionales del subcentro y empatía con los usuarios.
- Realizar una evaluación anual tipo encuesta para medir el grado de satisfacción de los usuarios y a su vez medir las mejoras de la atención por cada encuesta realizada.
- Lograr una mayor participación de los usuarios en los planes estratégicos del subcentro.
- Realizar reuniones mensuales por parte del equipo de salud con el director de la unidad para el seguimiento y análisis de las fortalezas y debilidades institucionales y profesionales e ir realizando los correctivos oportunamente.

4.4.2.3. Seguimiento a la propuesta de mejoramiento de la atención en SCS “El Bosque”

Proponer el conformar un comité o comisión de seguimiento de la calidad de la atención que estaría integrado por personas democráticamente designados por el equipo de salud y pudieran ser usuarios internos o representantes de los usuarios externos.

APLICANDO EL PROGRAMA GERENCIAL SE MEJORARÁ LA CALIDAD Y CALIDEZ DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. En el subcentro de salud “El Bosque” del Área 1 de Machala la demanda de servicios es alta en relación a la oferta del talento humano existente. Los porcentajes mayores de atención corresponden a los Médicos, Odontólogos, Obstetriz, Laboratorio e inmunizaciones. El sexo femenino es el género que el mayor número acuden por atención.

Por grupos de edad, en las atenciones preventivas y de morbilidad por parte de los médicos destaca un mayor porcentaje de atenciones a niños menores de 5 años. La atención de adultos mayores tiene un significativo porcentaje. La procedencia de los usuarios que demandan atención en su gran mayoría más del 90% corresponde al área de cobertura y provienen de las aéreas urbanas y rurales.

2. Definitivamente el espacio físico es reducido, funciona en una sola planta con una sala de espera pequeña y poca ventilada para la cantidad de usuarios que diariamente acuden a esta unidad durante las 8 horas de jornada de trabajo. La climatización en razón del clima tropical es insuficiente y causan molestias a los usuarios. El resto de equipamiento es adecuado para una unidad de primer nivel.
3. En cuanto al criterio del usuario obtenido a través de la encuesta realizada sobre infraestructura, equipamiento, calidad técnica y calidez de atención mencionan quejas especialmente en la comodidad de los asientos, de la sala de espera de la ventilación, de la asignación de los turnos, del tiempo de espera para la atención, del trato del personal.

En porcentajes, la evaluación realizada señala la satisfacción del usuario en un 37% como muy buena, con buena en un 35%, de atención excelente en un 25% y de grados de insatisfacción en un 6% como regular y en 1% como mala.

4. El subcentro de salud el bosque requiere de un plan de mejoramiento en la calidad y calidez de la atención estableciendo estrategias que conduzca a fortalecer el proceso de atención al usuario en un mediano y largo plazo, ya que las acciones a desarrollar no son complejas y no requieren incremento de presupuesto y con el mismo personal que labora actualmente se lo puede implementar. Para lograr su puesta en marcha, el seguimiento y verificación se requiere que las autoridades de salud con la participación comunitaria y los miembros del equipo de salud lo acoja y fortalezca con una muy buena disposición.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere incrementar los recursos humanos la demanda supera la oferta de talento humano para lograr la satisfacción del usuario. Se necesita un medico de 8hd, el médico director pase a 8hd, una auxiliar de enfermería, una auxiliar de farmacia, una auxiliar de laboratorio, auxiliar de odontología, un guardián y conserje, una secretaria para información o servicio al cliente. El nuevo modelo de atención de referencias, contrarreferencias, la gratuidad de los servicios, la implementación de nuevos programas como las de atención integral a los discapacitados y adultos mayores entre otros permiten que la demanda aumentó en los últimos años.
2. Se requiere gestiones para la ampliación del primer piso alto y la decisión política administrativa de las autoridades de salud que manejan el presupuesto. Tiene proyección la infraestructura del edificio para este trabajo, de esa manera podría funcionar algunos de los servicios que tienen deficiencias de espacio físico además tendría una amplia sala de espera y auditorio para las charlas educativas.

3. Se requiere mejorar de manera inmediata la infraestructura, los espacios físicos de los ambientes, ventilación incorporación de nuevos recursos humanos, capacitación con temas de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y de motivación a los miembros del equipo de salud, charlas educativas de prevención y promoción con temas relacionados a la morbilidad más frecuentes, charlas informativas de horarios, programas, campañas, reforzamiento y conformación de clubes ya existentes, del adulto mayor, discapacitados, club de jóvenes, etc permitirían una mejor relación y llegar con educación a los usuarios y la comunidad en general.

4. Se requiere que la propuesta de mejoramiento presentado en esta investigación debería ser implementado dadas las necesidades de satisfacción de los usuarios que acuden a esta unidad. Este plan tiene que ser liderando por la dirección del subcentro con la participación y compromiso de todos los miembros del equipo de salud y el apoyo de las autoridades de salud. La calidad de atención deberá ser medido con encuestas y este plan de mejoramiento a implementarse debiera ser anualmente revisado con análisis que permitan comparar los avances del mejoramiento de la calidad de atención en el Subcentro de Salud “El Bosque”.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Álvarez Baza María del Carmen Evaluación de los criterios satisfacción del cliente/paciente y satisfacción del personal/profesional Publicado en Rev Calidad Asistencial. 2007;22:227-33. - vol.22 núm 05
<http://www.elsevier.es/es/revistas/calidad-asistencial-256/evaluacion-los-criterios-satisfaccion-clientepaciente-satisfaccion-personalprofesional-13110901-originales-2007>
- 2 Avedis Donabedian, M.D.M.ph. 1919- 2000, BIOGRAFÍA Walverly Morales Gordillo Calidad de la Atención Clínica ITESM/SSNL Gestión de la Calidad abril 2010 <http://es.scribd.com/doc/51403769/Avedis-Donabedian>
- 3 Caligiore Corrales I. y Díaz Sosa J.A., Satisfacción del usuario del área de hospitalización de un hospital del tercer nivel Mérida. Venezuela ISSN 1695-6141, N°. 2, 2003 <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/659/691>
- 4 Cantú Humberto Cultura de calidad « El Mundo de la Calidad <http://elmundodelacalidad.wordpress.com/cultura-de-calidad/>
- 5 Cruz Martínez Ángeles Hace falta calidez en la atención médica en el país: Julio Frenk jueves 15 de febrero de 2007
<http://www.jornada.unam.mx/2007/02/15/index.php?section=sociedad&article=045n2soc>
- 6 Chang de la Rosa Martha, María del Carmen Alemán Lage, Mayilée Cañizares Pérez y Ana María Ibarra Satisfacción de los pacientes con la atención medica. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999.
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi09599.htm

- 7 Deming E., gestión de la calidad y BPA, Ediciones Díaz de Santos S. A. Madrid, 1989. <http://bpa.peru-v.com/Deming.htm>
- 8 Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social. La Atención Primaria Reducirá la demanda en los servicios de salud. Última actualización 22/07/2011 <http://dida.gob.do/tabid/187/itemid/303/La-Atencion-Primaria-Reducir-la-demanda-en-los-se.aspx>
- 9 Espinosa Pichs Julia MsC., MsC. Lourdes Dueñas Prendes, Téc. Hortensia García Villa de Rey La calidad de las ofertas de información. Propuesta de un modelo de evaluación. Tesis 16 de octubre
<http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/eventos/index/assoc/HASH01a2.dir/doc.pdf>
- 10 Ferrari María Cristina, Eduardo Alberto Díaz CALIDAD + CALIDEZ: FÓRMULA DE ÉXITO DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD. publicado en el tomo III de Auditoria Médica de la Fundación Universitaria Dr. Rene Favalaro 1994
www.facinter.br/revista/numeros/MariaCArgentina.doc
- 11 Flores Zambrana Patricia Ivonne Evaluación de un programa de capacitación para el personal de Salud sobre atención y abordaje de adolescentes en La Paz, Bolivia Educ Med Super v.18 n.4 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2004
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412004000400001&script=sci_arttext
- 12 García, Roberto E. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina Revista médica de Chile Versión impresa ISSN 0034-9887 Rev. Méd. Chile v.129 n.7 Santiago Jul. 2001
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000700020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 13 Gestion de la Calidad y BPA, LOS PRINCIPIOS DE DEMING <http://bpa.peru-v.com/Deming.htm>

- 14 González Díaz Héctor Eduardo calidad de la atención trabajo de investigación iv
[Doc] calidad de la atención
www.aiu.edu/.../HECTOR%20EDUARDO%20GONZALEZ%20DIA...
- 15 González Menéndez Ricardo La relación equipo de salud-paciente-familiar Rev
Cubana Salud Pública 2005;31(4)
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_4_05/spu12405.htm
- 16 Guix Oliver Joan Calidad en salud pública Gac Sanit v.19 n.4 Barcelona jul.-
ago. 2005 http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000400010&script=sci_arttext
- 17 Hospital “Dr. Rubén Miravalle” Lincoln plan estratégico abril 2005
http://www.lincoln.gov.ar/archivos/proyectos/plan_estrategico_hospital.pdf
- 18 Ibáñez Martí Consuelo Participación comunitaria y diagnóstico de necesidades
Publicado el 17 noviembre, 2008
http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2008/11/17/107090
- 19 Manual De Organización Y Procedimientos En Registros Médicos Y Estadísticas De
Salud Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y
Estadísticas de. Salud.
<http://coepo.jalisco.gob.mx/PDF/Grupodesalud/SustentoTecnico/03.pdf>
- 20 March JC, Prieto A. La calidad y la salud pública: un reto hacia una salud pública
basada en la evidencia. Rev Calidad Asistencial.
2001. <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/256/256v16n01a13028271pdf001.pdf>
- 21 McCauley McCauley, Cynthia Salter, M.P.H., con la colaboracion de Karungari
Kiragu, Ph.D., y Judith Senderowitz, M.A, El mejoramientode la calidad Baltimore,

Maryland 21202-4012, USA. Octubre 1995

<http://www.k4health.org/pr/prs/sj47/j47chap7.shtml>

22 Massip Pérez Coralia; Rosa María Ortiz Reyes; María del Carmen Llantá Abreu; Madai Peña Fortes; Idalmis Infante Ochoa La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad abril de 2008

http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm

23 OMS Informe sobre la Salud en el Mundo 2008 la Atención Primaria de Salud Más Necesaria que Nunca pag. 11, 12

http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/documentos_interes/OMS_Salud_en_el_mundo.pdf

24 Organización Panamericana de la Salud (OPS) Federación Panamericana De Profesionales De Enfermería (Feppen) Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería Agosto 2001

<http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf>

25 Otero M Jaime Dr. - Dr. Jaime I. Otero I. (Perú) ¿Qué es calidad en salud? Dirección de los autores: jaimetooth@terra.com.pe PUBLICADO: NOVIEMBRE 2002

www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que_es_calidad_en_salud.doc

26 Zurita Garza Beatriz Dra. Calidad de la Atención de la Salud 18 de Agosto 2011

<http://es.scribd.com/doc/62539957/Calidad-de-la-Atencion-de-la-Salud>

7. ANEXOS



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ENCUESTA DE OPINIÓN DE USUARIOS/AS

Buenos días/tardes, se está realizando esta encuesta a los personas que acuden por atención en este subcentro con el objeto de recibir su opinión sobre la atención que reciben, nos gustaría conocer su nivel de satisfacción, esta información que realice permitirá mejorar la atención. No necesitamos sus datos personales, únicamente su ayuda contestando estas preguntas de la forma más sincera. Sus respuestas serán completamente confidenciales. Gracias por su colaboración.

Fecha: _____

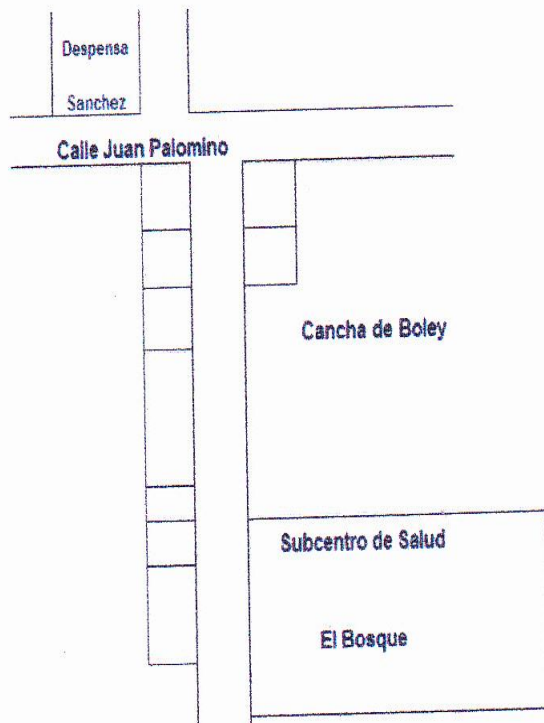
No. de Encuesta: _____

SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”						
Edad del encuestado:			años	Sexo	M	F
Marque con una x sobre el casillero correspondiente. Cada pregunta debe ser contestada con 1 sola respuesta						
ASPECTOS GENERALES DE LA ATENCIÓN						
1	¿Qué opina de la atención que recibe en este subcentro?	excelente	muy buena	buena	regular	mala
2	¿Cómo le parece la presentación del subcentro?	excelente	muy buena	buena	regular	mala
3	¿Cómo considera la organización en este subcentro?	excelente	muy buena	buena	regular	mala
4	¿Recomendaría a otras personas para que acudan por atención a este subcentro?	Si	No			
5	¿Considera usted que seguirá acudiendo por atención en esta unidad?	Si	No			
6	¿Encontró solución a su problema de salud?	Si	No			
7	¿Usted ha acudido a este servicio en ocasiones anteriores?	Si	No			
8	¿Conoce Ud. el horario de atención en este	Si	No			

	subcentro?					
9	¿Recibió material educativo?	Si	No			
10	¿Pudo obtener todas las medicinas recetadas?	Si	No			
AMBIENTES Y ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS						
11	¿La entrega de turnos para la atención como le pareció?	excelente	muy buena	buena	regular	mala
12	La señalización que tiene esta unidad es:	excelente	muy buena	buena	regular	mala
13	La identificación que tiene el personal en su mandil es:	excelente	muy buena	buena	regular	mala
14	Los asientos en la sala de espera es:	excelente	muy buena	buena	regular	mala
15	El espacio en la sala de espera es:	excelente	muy buena	buena	regular	mala
16	La limpieza en los diferentes ambientes de este subcentro es:	excelente	muy buena	buena	regular	mala
17	¿Cómo está la ventilación en los diferentes ambientes?	excelente	muy buena	buena	regular	mala
18	El equipamiento en los servicios de subcentro es:	excelente	muy buena	buena	regular	mala
19	¿Cómo le pareció la atención que recibió hoy?	excelente	muy buena	buena	regular	mala
20	La charla educativa que recibió en la sala de espera fue	excelente	muy buena	buena	regular	mala
21	¿Valore su satisfacción por la atención recibida?	excelente	muy buena	buena	regular	mala
TRATO DEL PERSONAL						
22	¿Qué tiempo esperó para ser atendido?	menos de 30 minutos	30 min. 1 horas	1 -2 horas	3 horas	más de 3 horas
23	¿Cuánto demoró la consulta?	más de 30 minutos	30 – 20 min	20 - 10 min	10-15 min	menos de 5 min
24	El trato en estadística es:	excelente	muy buena	buena	regular	mala
25	El trato de las enfermeras es:	excelente	muy buena	buena	regular	mala
26	El trato del personal de limpieza es:	excelente	muy buena	buena	regular	mala
27	El trato de los médicos es:	excelente	muy buena	buena	regular	mala
28	El trato de los odontólogos es:	excelente	muy buena	buena	regular	mala
29	El trato de la obstretrix es:	excelente	muy buena	buena	regular	mala
30	El trato de la laboratorista es:	excelente	muy buena	buena	regular	mala
31	Que le pareció la explicación del profesional que le atendió:	excelente	muy buena	buena	regular	mala

32	¿Al ser examinada, como le pareció este examen?	excelente	muy buena	buena	regular	mala
33	El respeto a su intimidad en la consulta fue:	excelente	muy buena	buena	regular	mala
34	¿Fue consultada sobre su estado emocional por el profesional que le atendió?	Si	No			
35	¿Le preguntó el profesional que le atendió si está tomando alguna otra medicación, y si esta era de tipo natural?	Si	No			
Nombre del encuestador:		Lugar y Fecha:				

FOTOGRAFÍAS
SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”



PARQUE INFANTIL



**ENCUESTANDO A LOS USUARIOS OCTUBRE – NOVIEMBRE DEL 2011
SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”**



ENCUESTANDO A LOS USUARIOS OCTUBRE – NOVIEMBRE DEL 2011
SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”



EQUIPO DE SALUD DEL SUBCENTRO “EL BOSQUE”



Dr. Jorge García



Dra. María Gabriela Gonzales



Odontóloga. María Velasco



Odontóloga Paulina Vite



Obstetrix Marcia Gaibor



Laboratorista Dr. Guadalupe Poma

EQUIPO DE SALUD DEL SUBCENTRO “EL BOSQUE”



Lic. Marcela Ortiz



Lic. Anita Sotomayor



Estadística Lic. Maritza Barzallo



Inspector Salud Sr. Luis Hurtado



Sra. Rosita Navarrete

VINCULACIÓN CON LA COMUNIDAD



**ÁREA DE COBERTURA SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”
MACHALA- EL ORO**





UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
GRUPO N° 6 – SEDE MACHALA

Machala, 18 de Octubre del 2011

Dr. Juan Carlos Quintero
Director de AREA 1
Ciudad.-

Vto. Bno.
J. Quintero
Dr. Garcia
Ing. Jumbo
Coordinador area

De mis consideraciones:

Señor director soy egresado de la maestría en salud pública y estoy realizando la tesis con el tema: Análisis de Situación de Salud del Área de Cobertura del Subcentro el Bosque. Diagnostico de Salud. 2010.

Como podrá observar el tema está muy relacionado a las actividades que realizo en la unidad como medico tratante desde hace 4 años en la que estoy laborando y lo cual me motivó realizar el mencionado trabajo. También he solicitado el apoyo a mis compañeros de equipo para realizarlo. Requiero los datos estadísticos recopilados de todas las actividades realizadas por la unidad durante el 2010 de la que solicito toda la información necesaria en el área de estadística del Subcentro y del Área 1.

Solicito a usted muy comedidamente su autorización para realizar el mencionado trabajo, para tesis de maestría cuyos resultados serán presentados y socializados en la unidad, al área y a los actores locales para hacer conocer las propuestas que presentare en las mencionadas tesis, las cuales aportaran en favor de una mejor calidad en la atención conociendo a cabalidad el diagnostico de salud de las acciones de la unidad en el 2010, su análisis y propuesta de plan de acción.

Agradezco a Ud. Por la favorable acogida que le permita a esta petición de índole académico.

Atentamente.

Dr. Jorge García Maldonado.
Egresado de la Maestría en Salud Pública

Area de Salud N° 1
"DRAMABEL ESTUPIGAN"
Fecha: 18.10.11
Hora: 12h 44
SECRETARIA