

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABI

**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INVESTIGACIÓN, RELACION Y COOPERACION
INTERNACIONAL
CEPIRCI**

**TESIS DE GRADO
PREVIO AL TITULO DE MAGISTER EN SALUD
PUBLICA**

**TEMA: SISTEMA ORGANIZACIONAL DE LOS SERVICIOS DE
SALUD: DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA
Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE
MANTA, DEL AREA DE SALUD Nº 2 PERIODO 2003- 2004.
PROPUESTA ALTERNATIVA.**

**AUTORAS:
DRA. MARIA DE LOURDES CHAVEZ MOLINA
DRA. ESTRELLA AURORA MACIAS ORTEGA**

**DIRECTORA DE TESIS
LCDA. GLADYS GARCIA SALTOS. MG. SC.**

MANTA-MANABI-ECUADOR

2004

CERTIFICACION

Certifico haber tutorado el trabajo de investigación sobre “Sistema Organizacional de los Servicios de Salud: Daniel Acosta, 15 de Abril, María Auxiliadora y Santa Clara de la Parroquia Eloy Alfaro de Manta, del Área de Salud N° 2. Desde el 5 de Enero a 31 de Marzo del 2004. Propuesta Alternativa”, cuyas autoras son Dras. María de Lourdes Chávez Molina y Estrella Aurora Macías Ortega, que durante su desarrollo y conforme a los lineamientos de la metodología de la investigación científica, se cumplieron las normas establecidas por el CEPIRCI.

La investigación realizada, conceptos, resultados, conclusiones, recomendaciones y propuestas son de responsabilidad de los autores y del suscrito como corresponde de acuerdo al reglamento de la Maestría en Salud Pública - Mención Gerencia de Servicios de Salud.

LO CERTIFICO

Lcda. Gladys García Saltos. Mg. Sc.

**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE
MANABI”**

**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO,
INVESTIGACIÓN, RELACION Y COOPERACION
INTERNACIONAL
CEPIRCI**

**TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA MENCION GERENCIA DE
SERVICIOS DE SALUD**

LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Aprueban con mención honorífica y/o recomendación para su aplicación, el Informe de Investigación sobre el tema: **“SISTEMA ORGANIZACIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE MANTA, DEL AREA DE SALUD Nº 2. PERIODO 2003-2004.PROPUESTA ALTERNATIVA”**, de las estudiantes Dras. María de Lourdes Chávez Molina y Estrella Aurora Macías Ortega, alumnas del Programa de Maestría en Salud Pública, Mención Gerencia en Servicios de Salud.

Para constancia firman;

El Tribunal

Presidente

Primer Vocal

Segundo Vocal

**Secretario General
ULEAM**

DEDICATORIA

A las comunidades que reciben los beneficios de los Servicios del Ministerio de Salud Pública; por su paciencia, comprensión y apoyo para la realización de esta investigación-

Dra. Estrella Macías Ortega.

A la memoria de mi padre José Guillermo Chávez, pues fue y es mi ejemplo de superación y perseverancia para obtener las metas propuestas.

Dra. Lourdes Chávez Molina.

AGRADECIMIENTO

A quien sino a DIOS por habernos dado la oportunidad de culminar con éxito esta Maestría y encontrar en él, el valor suficiente para seguir adelante cuando nuestro ánimo decaía.

Un agradecimiento eterno a nuestros padres, esposo e hijos, por ese apoyo silencioso que nos brindaron a lo largo de estos años de estudio. A nuestros pacientes que fueron el estímulo para llevar a cabo esta investigación nuestra sincera gratitud.

A todos aquellos que de una u otra manera nos dieron su voz de aliento: profesores, compañeros, amigos. Y un agradecimiento muy especial a la Lcda. Gladis García por su dedicación en la tutoría, pues con su valiosa orientación hizo que la investigación culminara en buena forma.

RESUMEN

A todo nivel es sabido que en el Ecuador toda persona tiene derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr. Pero desafortunadamente la realidad es otra, los dobles discursos y criterios, la pobreza, la discriminación social y la desigualdad, entre otros factores se confabulan para impedir que esto se cumpla.

Protagonistas importantes en esta realidad son los Servicios de Salud del Área de Salud # 2, de la Parroquia Eloy Alfaro de Manta; Daniel Acosta, 15 de Abril, Maria Auxiliadora y Santa Clara que dependen del Ministerio de Salud Pública, que tienen muchas falencias en la prestación del servicio. El presupuesto insuficiente, la ausencia de políticas de salud sostenidas, injerencia de la política en los puestos gerenciales, son causales para esta problemática.

A todo esto se suma que su potencial humano está en una etapa de desmotivación preocupante. Los bajos salarios y el manejo de las Unidades de Salud sin enfoque gerencial, contribuyen a ello.

La casi nula participación comunitaria se refleja en que apenas un 20% de líderes encuestados en esta investigación se ha visto involucrado en la realización de talleres con temas relacionados a prevención en salud, Ley de Maternidad Gratuita, Programas del MSP, Organización de los Servicios de Salud, etc.

A todo esto, que el 60% de los usuarios enuncien que existe maltrato en la atención y que no existe continuidad en los Programas del MSP que se lanzan con tanta publicidad, hace que la imagen de la

salud pública esté desmejorada, frente a una demanda que reclama servicios ágiles y puntuales, eficientes y con calidad.

Los sistemas organizacionales de las Unidades Operativas tienen muchas falencias que se traducen en los prolongados tiempos de espera que es el mayor malestar que refieren los usuarios. El 45% de los usuarios espera más de dos horas por una atención, y un 32% de 1 a 2 horas, muchas veces por una atención que dura unos pocos minutos, sumado a esto el entorno de incomodidad por la infraestructura de las Unidades Operativas, el recurso humano insuficiente, hace que la magnitud del problema se agrave.

El 56% de los usuarios encuestados demuestran su descontento al responder que no les parece conveniente la espera de más de dos horas por un servicio.

Pero en cambio vemos que el 71% de los encuestados son usuarios subsecuentes, es decir regresan al servicio; la comunidad necesita de él porque obtiene beneficios como medicinas, vacunas sin costo, etc. Los Equipos de Salud estamos ignorando esa oportunidad con el usuario.

¿Será que la mística del profesional no es la misma?

¿Las crisis de valores han tocado también los servicios de salud?

¿Ya no se trabaja por amor a la camiseta?

Al parecer las respuestas a estas interrogantes son todas afirmativas, en el desarrollo de la investigación en su mayoría el recurso humano refleja una rutina preocupante, todos esperan que otro lo haga y si este no lo hace, no pasa nada.

No existen iniciativas significativas, hay ausencia total de trabajo en equipo, los canales de comunicación son muy deficientes y la ausencia de programas de educación permanente dirigidos al personal, que el Área de Salud no ha implementado, son debilidades identificadas por los propios profesionales; lo que quiere decir que existe conciencia del problema pero nadie hace propuestas de mejora.

El profesional no se siente capacitado para el manejo adecuado de la Unidad Operativa como lo refleja el 67% de los encuestados, en un 78% no tiene formación en administración y gerencia de los servicios de salud.

Pero pese a todo esto los profesionales en un 78% están interesados en manejar la Unidad Operativa.

La hipótesis planteada se acepta estadísticamente, ya que se comprueba a través del método Ji² que los factores que inciden en la capacidad técnico administrativa son determinantes en la calidad de atención de las Unidades Operativas investigadas.

Por todo lo expuesto anteriormente de los hallazgos encontrados en la investigación proponemos adiestrar al recurso humano valioso que existe en las Unidades Operativas en Gerencia de Servicios de Salud, considerando fundamental para un buen funcionamiento. La salud es derecho fundamental del ser humano debiendo el estado

disponer las condiciones indispensables para su pleno ejercicio y por que no invertir en el recurso humano.

Se lograría el desenvolvimiento de acciones integradas entre los servicios de salud públicos y otros prestadores de salud, con la finalidad de articular políticas y programas, y potenciar recursos financieros, tecnológicos y humanos evitando la duplicidad de medios para fines idénticos y así mejorar la calidad de vida de las personas y de las comunidades.. Ya que la democratización del conocimiento del proceso salud/enfermedad, del funcionamiento y la organización del servicio, estimulan a las organizaciones de las comunidades, el mismo que se traduce en efectivo ejercicio del desarrollo social.

SUMMARY

At all level it is known that in the Ecuador all people is entitled to the maximum degree of health that you can achieve. But unfortunately the reality is other, the double speeches and approaches, the poverty, the social discrimination and the inequality, among other factors plot to prevent that this is completed.

Important main characters in this reality are the Services of Health of the Area of Health #2, of the parish Eloy Alfaro of Blanket; Daniel Acosta, April 15, María Auxiliadora and Santa Clara that depend on the Ministry of Public Health, that they have many falencias in the managerial positions, are causal for this problem.

To all this it sinks that their human potential is in a stage of desmotivación preocupant. The low wages and the handling of the Units of Health without managerial focus, they contribute it.

The almost null community participation is reflected in that grieve 20% of leaders interviewed in this investigation it has been involved in the realization of shops with topics related to prevention in health, Law of Gratuitous Maternity, you Program of the MSP, Organization of the Services and Health, etc.

To all this that 60% of the users enunciates that abuse exists in the attention and that continuity doesn't exist in the Programs of the MSP

that rush with so much publicity, he/she makes that the image of the public health is deteriorated, in front of a demand that claims agile and punctual, efficient services and with quality.

The organizational systems of the Operative Units have many falencias that are translated in the lingering times of wait that it is the biggest uneasiness that the users refer. 45% of the users wait more than two hours for an attention, and 32% of 1 at 2 hours, many times for an attention that lasts some few minutes, added the environment of annoyance for the infrastructure of the Operative Units, the insufficient human resource, makes that the magnitude of the problem is increased.

56% of the interviewed users demonstrate its dissatisfaction when responding that they don't find convenient the wait of more than two hours for a service.

But on the other hand we see that 71% of those interviewed is subsequent users, that is to say they return to the service; the community needs of him because he/she obtains benefits like medicines, bovine without cost, etc. The Teams of Health are ignoring that opportunity with the user.

Will it be that the professional's mystic is not the same one?

Have the crises of values also played the services of health?

Does one no longer work for love to the T-shirt?

To the view the answers to these queries are all affirmative ones, in the development of the investigation in their majority the human resource reflects a routine preoccupant, all wait that other he/she makes it and if this he/she doesn't make it, it doesn't pass anything.

Insignificant initiatives don't exist, there is total absence of work in team, the communication channels are very faulty and the absence of programs of permanent education directed to the personnel that the Area of Health has not implemented, they are weaknesses identified by the own professionals; what means that conscience of the problem exists but nobody makes proposals of improvement.

In professional it is not qualified for the appropriate handling of the Operative Unit as the reflective thing 67% of those interviewed, in 78% he/she doesn't have formation in administration and management of the services of health.

But in spite of all this the professionals in 78% are interested in managing the Operative Unit.

The outlined hypothesis is accepted statistically, since he/she is proven through the method JI2 that the factors that impact its capacity technician office worker are decisive in quality and attention in the Operative, investigated Units.

For all that exposed previously of the discoveries found in the investigation we intend to train to the valuable human resource that exists in the Operative Units in Management of Services of Health, considering fundamental for a good operation. The health is right fundamental of the human being owing the state to prepare the indispensable conditions for its full exercise and because not to invest in the human resource.

The development of actions would be achieved integrated between the public services of health and other lenders of health, with the purpose of articulating political and programs, and potential financial, technological resources and humans avoiding the duplicity and means for identical ends and this way to improve the quality of people's life and of the communities.... Since the democratization of the knowledge of the process health / illness, of the operation and the organization of the service, they stimulate to the organizations of the communities, the same one that translates you cash exercise of the social development.

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

SUMMARY

CAPITULO I

INTRODUCCION

1

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

2

1.1.1 Antecedentes.

2

1.1.2 Situación actual.

4

1.2 DELIMITACION DEL OBJETO DE ESTUDIO.

8

1.3 JUSTIFICACION.

8

1.4 OBJETIVOS.

11

1.4.1 Objetivo General.

11

1.4.2 Objetivos Específicos.

11

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL.

LA ADMINISTRACION Y SISTEMAS DE CALIDAD

EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

12

2.1 SISTEMA ORGANIZACIONAL DE LOS SERVICIOS
DE SALUD DEL MSP. Análisis Situacional.

12

2.2 ANALISIS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD
EFECTOS E IMPACTOS.

17

2.2.1 Educación Sanitaria y Promoción de la Salud.

17

2.2.2 Salud Materno infantil y Planificación Familiar.

18

2.2.3 Inmunización.

19

2.2.4 Suministro de Alimentos y Estado Nutricional.

19

2.2.5	Prevención y control de las Enfermedades y Endemias Locales.	20
2.3	TENDENCIAS DE LA SITUACIÓN DE SALUD.	23
2.3.1	Esperanza de vida.	23
2.3.2	Mortalidad.	24
2.3.3	Morbilidad.	24
2.3.4	Discapacidad.	25
2.4	SITUACION ACTUAL DEL AREA DE SALUD N° 2.	26
2.4.1	Aspectos Demográficos.	26
2.4.2	Prestación de Servicios de Salud.	26
2.5	TEORIAS DE LAS ORGANIZACIONES APLICADAS EN SALUD. Comportamiento Organizacional.	28
2.5.1	Máquinas, Pensamiento Mecanicista y Organización Burocrática.	28
2.5.2	Teoría de la Dirección.	31
2.5.3	Teoría de la Dependencia.	32
2.5.4	Salud, Organización y Desarrollo.	34
2.5.5	Intereses, Conflictos y Poder.	36
2.6	TENDENCIAS Y REFORMAS ESTATALES. Objetivos.	38
2.6.1	Tendencias en el Desarrollo Socioeconómico.	39
2.7	GERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD. Desarrollo Gerencial.	41
2.7.1	Estilos Gerenciales.	41
2.7.2	Gerencia y los Sistemas Locales de Salud.	43
2.7.3	Desarrollo Gerencial en el Servicio de Salud.	45
2.8	CALIDAD EN SALUD. Conceptos y Dimensiones.	46
2.8.1	El proceso de Garantía de Calidad.	48
2.9	ANALISIS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	50
2.9.1	Recursos para la Salud.	50
2.10	SALUD Y MEDIO AMBIENTE.	51
2.11	DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE SALUD.	52
2.12	TIEMPOS DE ESPERA Y BUEN TRATO AL USUARIO.	57

CAPITULO III

METODOLOGIA.

3.1	HIPOTESIS.	62
3.2	VARIABLES.	62
3.2.1	Variable Dependiente.	62
3.2.2	Variables Independientes.	62
3.2.3	Matriz de Operacionalización de las Variables.	63
3.3	TIPO DE ESTUDIO.	65
3.4	METODOS.	65
3.5	UNIVERSO.	65
3.6	MUESTRA.	66
3.7	TECNICAS.	67
3.8	INSTRUMENTOS.	67
3.9	PROCEDIMIENTO ESTADISTICO.	68
3.10	PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.	68

CAPITULO IV

RESULTADOS.

4.1	CUADROS ESTADISTICOS.	69
4.2	COMPROBACION DE HIPOTESIS.	90
4.3	CALCULO.	95

CAPITULO V

ANALISIS DE RESULTADOS.

		99
5.1	CONCLUSIONES.	109
5.2	RECOMENDACIONES.	111

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO VI

PROPUESTA ALTERNATIVA.

116

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En nuestro país las coberturas de los servicios de salud no han sido respaldadas y desarrolladas por muchos años, dándole mayor importancia a las obras de infraestructura, equipamiento, dotación de medicina y otros.

En su mayoría los esfuerzos de evaluación de estas actividades se han concentrado en la medición de los cambios en tasas de morbi-mortalidad, poco se ha enfatizado en la calidad de los servicios o en el proceso de prestación de los mismos, se han ignorado por completo las necesidades sentidas de los usuarios.

El problema se ahonda cuando se tiene un producto deficiente con un servicio ineficiente y esta es la situación en muchos de los servicios del Ministerio de Salud Pública; no escapan de esta realidad las Unidades Operativas del Área de Salud # 2, porque hablar de garantía de calidad aplicada a los servicios de salud se basa, por un lado en la perspectiva brindada por la aplicación de normas o estándares, es decir la denominada calidad técnica; y por otro, en la percepción de los usuarios de los servicios.¹

sistémica están las defectuosas políticas de salud, cuyas mayores fallas son la ausencia de objetivos estratégicos para el desarrollo y la competitividad.

Es contradictorio que el gobierno central y algunos seccionales enuncien dentro de sus metas estratégicas la competitividad, sin

¹ BASES Metodológicas de la Garantía de Calidad, Dr. Franklin Hidrovo, PNMC/MSP.
fuentes: Folleto Diplomado en Gerencia Servicios de Salud, 1999

tomar en cuenta la salud como clave para el desarrollo sistémico, humano y económico.

Los esfuerzos de garantía de calidad también ofrecen a los trabajadores de salud una oportunidad de sobresalir, con lo cual aumenta la satisfacción laboral y el respeto de la comunidad. La garantía de calidad es un enfoque sistemático para que las personas y equipos de trabajo se den cuenta de la importancia de la excelencia.²

Con el interés y la participación activa de los líderes de las organizaciones, los trabajadores de salud pueden satisfacer mejor y superar las normas de desempeño, resolver problemas y atender mejor las necesidades de sus usuarios.

La finalidad de esta investigación fue evaluar el Sistema Organizacional de los Servicios de Salud de cuatro unidades operativas de la Parroquia Eloy Alfaro, del área de Salud N°2, para determinar los factores que inciden en la calidad de atención, cuyos resultados fundamentan la propuesta alternativa para el mejoramiento de los Servicios de Salud.

El presente documento contiene información que inicia con el análisis de la problemática percibida, la justificación, marco teórico, e hipótesis que pudo ser confirmada con los datos estadísticos.

² DIPRETE, Miller, Hatzell, Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1.1 Antecedentes.

En el año 1.963, se organizó un Sistema de Atención en Salud, al que se denominó Plan Integral de Salud de Manabí (PISMA), el mismo que se constituyó como plan piloto, gracias al apoyo tripartita OMS, OPS y Gobierno Nacional, tanto en el aspecto técnico como económico siendo el Dr. Alejandro Paz, su primer director.

En 1.964, comenzó a brindar atención el P.I.S.M.A. con unidades operativas en Portoviejo, Manta, Chone y Bahía, y en el año 1.968, con iniciativa y gestión del Dr. Alejandro Paz, se consiguió que Manabí se constituya en Región de Salud.

Posteriormente en 1.969, Manabí se convierte en Área de Salud, conformada por las sub.-áreas de: Portoviejo, Manta, Chone y Bahía; Santa Ana y Paján en Unidades Operativas. Todo este proceso tuvo buenos resultados en bien de la comunidad manabita, pues disminuyó la incidencia de morbi-mortalidad en enfermedades por causas prevenibles.

Con el inicio de las reformas que experimentaba el Ministerio de Salud Pública, en 1.980 se crean las Jefaturas de Áreas, siendo en Manta el Centro de Salud Manta la sede, por ser la unidad de mayor complejidad según lo establece el Manual de Organización de las Áreas.

En 1.985, comienza a funcionar la Dirección Provincial de Salud de Manabí, siendo el Dr. Julio Villacreses su director. En 1.992, se inicia la descentralización de las Áreas de Salud, pero no se ejecuta en forma inmediata. Recién en 1.995 se inicia la aplicación y ejecución de ese decreto, tanto desde el punto de vista técnico, financiero y administrativo, desde entonces se dio mayor

independencia en la toma de decisiones, y la organización a pesar de mantenerse en un sistema jerárquico, participó más en la elaboración de planes presupuestarios.

Sin embargo la imagen de la Salud Pública no ha mejorado en nada, debido a la crisis gubernamental, política y económica. Por el contrario se evidencia un franco deterioro, no tiene credibilidad en un alto porcentaje en la ciudadanía. Se han realizado esfuerzos por modernizar el marco legal de salud y está en proceso la actualización del código de la salud, que no ha sido actualizado desde su promulgación en 1.971. En las reformas constitucionales incorporadas en 1.996 se hace constar a la salud como un derecho de los ciudadanos, cuya responsabilidad es del estado y de la sociedad civil y la necesidad de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, con participación del Sector Público y Privado en base a los principios de equidad, universalidad, integralidad, eficiencia y solidaridad.

En relación a la distribución de los recursos para la Atención Primaria de Salud, y atención a los sectores subatendidos, ha sido importante el impulso desarrollado en el país para priorizar la atención a la población más pobre y que habita en sectores marginales, expuestos a mayores riesgos para su salud, en este sentido se puede señalar el impulso político dado entre 1.988 y 1.992 a la atención de Salud Familiar y Comunitaria, que se derivó en la aplicación de un nuevo modelo de atención que impulsa el Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador desde 1.993 previsto hasta el año 2.000.

Las Acciones de Promoción de la Salud, han sido enunciadas como elementos importantes, para ser desarrollados en coordinación intersectorial, con el objeto de promover el logro de espacios

saludables, con la participación de otros actores sociales, como ONG's y los municipios.

1.1.2 Situación Actual.

Actualmente el Ministerio de Salud Pública se encuentra impulsando un profundo proceso de reforma y modernización sectorial de la salud del Ecuador. Reiteradamente identificados los problemas de cobertura y calidad en la atención de salud, los esfuerzos institucionales están encaminados a implementar en forma progresiva un Sistema Nacional de Salud , según lo dispone la Constitución de nuestro país.

Nuestra impresión es que ni el sistema que ha imperado en los últimos 40 años ni las operativizaciones ya iniciadas de la reforma del sector salud junto a la mayoría de propuestas actuales, han conseguido un modelo sistémico de salud que sirva de manera universal, integral, equitativa y con alta calidad.

En el caso que se llegaran a operativizar las recientes propuestas que el CONASA (Consejo Nacional de Salud) ha liderado dentro de la discusión para el Sistema Nacional de Salud, se conseguiría una verdadera sistematización de los servicios de salud porque se busca integrar actores, pero el gran obstáculo es que tienen puntos de aplicabilidad contradictorios, además se carece de una visión sistémica de la salud que rebase lo sectorial y lo curativo, con lo cual no ha logrado congregarse las fuerzas sociales para asegurar la aplicabilidad de las mismas.

Contribuyen a un ineficiente Sistema de Salud integrado los conceptos y propuestas poco útiles sobre sistemas de información, ausencia de acreditación de servicios y de proveedores, débil política de recursos humanos en salud, virtual ausencia de planes

frente a desastres masivos y otros. Así por ejemplo entre 19 países de la región latinoamericana el Ecuador está entre la minoría que carece de normas, estándares sobre hospitales, ni a comenzado aún la acreditación de manera seria.³

Es deseable que el país entero se encamine por paradigmas adecuados, con el necesario apego a las realidades jurídico-políticas y que las autoridades sanitarias logren revalorizar y prestigiar su función dentro del estado.

Cómo lograr el tan ansiado cambio en el campo de la Salud Pública desde nuestro lugar de trabajo?, si se manejan conceptos errados en cuanto a lo que es Salud y Salud Pública?, es prioritario que se difunda el concepto así como los objetivos de la misma. ¿Cómo hacerlo?, sino, educando e informando a la población con un enfoque participativo, para que asuman con toda responsabilidad el rol que les corresponde.

Pero no todo es responsabilidad de los usuarios, los programas de atención primaria de salud se mejoran por medio de la garantía de calidad sin necesidad de otros suministros, respaldo logístico, recursos financieros ni recursos humanos. Por consiguiente permite a los proveedores de la atención y a la comunidad lograr más beneficios de las inversiones existentes en atención de salud.

El aumento de la satisfacción y la motivación por parte de los trabajadores de salud inicia un ciclo continuo de mejor atención de salud y mayor eficacia.

El MSP, ha realizado capacitaciones en algunas provincias a determinados grupos de profesionales en lo que es Gerencia en Servicios de Salud, apoyado en convenios con Universidades como

³ BOLETÍN APS, N°7, Mayo del 2.002, pág. 68

la ESPO, para ir de una u otra manera ampliando el horizonte de los profesionales en cuanto a la administración de los servicios. Pero, y los resultados?. Que ha pasado con esa inversión que se ha realizado?. Hay muchas respuestas, entre ellas los bajos salarios que han ocasionado que profesionales con postgrados y diplomados en gerencia hayan emigrado a otros países con mejores beneficios salariales; otra causal es la politización de los cargos directrices, que no toman en cuenta para su designación el perfil requerido para gerenciar servicios de salud. La perspectiva actual es la misma, se mantienen administraciones sin liderazgo, con una acentuada desmotivación del equipo de salud y bajos presupuestos.

El nivel de atención de los servicios de Salud Pública en el país presentan un sinnúmero de problemas del orden técnico administrativo que están obstaculizando el desenvolvimiento del personal, el acceso a los servicios, la continuidad de los mismos, seguridad tanto para el cliente como para el usuario interno, consecuentemente provocan insatisfacción de los mismos; esta situación incide directamente en la productividad y en la calidad de atención.

Sumado a todo esto la casi nula participación comunitaria, hacen que el MSP no tenga un sitio con el protagonismo que le corresponde como ente rector de la salud.

La finalidad de la presente investigación fué identificar los segmentos de la población a la que se sirven las Unidades Operativas, los servicios que compiten o complementan en el área de influencia, la satisfacción del usuario; para que el Equipo de Salud busque soluciones a la problemática, pudiendo encontrar respuesta a las siguientes interrogantes como son:

¿Cuál es el modelo organizacional predominante en estas Unidades? ¿Qué factores influyeron?

- ¿El porque de las largas colas en las Unidades Operativas?
- ¿Es la prestación del servicio, la falla?
- ¿Cuáles son las causas de la desmotivación del personal de salud?
- ¿Está el recurso humano capacitado para asumir el reto de la administración de los servicios de salud?
- ¿Se cumple en los servicios de salud los principios de calidad de atención?
- ¿Se cubren las expectativas de los usuarios externos en los servicios de salud?
- ¿Se promueve la participación comunitaria en los servicios de salud?

1.2 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO.

- **Contenido:** Sistema Organizacional de los Servicios de Salud: Daniel Acosta, 15 de Abril, María Auxiliadora y Santa Clara de la Parroquia Eloy Alfaro del Área de Salud N°2.
- **Clasificación:** Aspectos: institucional, técnicos, relacionados con procesos y resultados.
- **Espacio:** Unidades Operativas de la Parroquia Eloy Alfaro.
- **Tiempo:** Enero a Julio del 2.004.

1.3 JUSTIFICACIÓN.

Las razones que nos motivaron a realizar este estudio investigativo fueron los constantes reclamos del personal de las diferentes Unidades de Salud, frente a los problemas encontrados a través de las pocas supervisiones que se realizan directamente en su lugar de trabajo, las explicaciones que se piden por la mala calidad de atención, la baja utilización de los servicios, la insatisfacción de los

usuarios, que se reflejan en las evaluaciones de cobertura periódicas, generan argumentos que no satisfacen las expectativas del Servicio, que se reflejan a nivel de la Jefatura de Área, con bajas coberturas en los diversos Programas del MSP.

Escogimos justamente estos servicios, porque este personal ha recibido capacitación a través de los Proyectos SAFIC y FASBASE, deduciendo que están en pleno conocimiento de lo que deben hacer para garantizar la Calidad de Atención.

La Garantía de Calidad es un enfoque integrado de gestión que provee un marco metodológico y herramientas técnicas para diseñar, monitorear y mejorar la calidad de los servicios que se producen. Tenemos consultas externas de las Unidades abarrotadas de usuarios que se quejan de maltrato por los prolongados tiempos de espera, que desconocen la organización de los servicios, hay atrasos y abandonos del personal sobre todo médico, y por otro lado tenemos a un usuario interno desmotivado que maneja mucha papelería y con una tecnología atrasada.

La Salud es también un deber y responsabilidad de toda la sociedad nacional, individuos, familias, grupos sociales, comunidades y por supuesto el Estado. El cuidado integral de la Salud para todos y por todos requiere de la presencia real y efectiva de los procesos políticos que significa que los países dependientes puedan tener destino en un mundo globalizado.

Un modelo de Salud que represente una genuina reforma tiene que corresponder, ser coherente con el modelo de sociedad nacional.

Por todo lo expuesto puede decirse que los servicios de salud tendrán alta calidad cuando el sector haga una buena gestión de los determinantes de la salud , y cogestione aquellos que primariamente pertenecen a otros sectores, de tal suerte que contribuya a

materializar el derecho a la salud en forma universal y equitativa a través de logros de corto, mediano y largo plazo. Es indispensable juntar esfuerzos y comenzar procesos que preparen el terreno para intervenciones de mayor fondo.

La presente investigación y los hallazgos nos permiten corroborar los supuestos del constante maltrato que se da a los usuarios externos de las unidades operativas, los prolongados tiempos de espera para obtener un turno para la consulta, además la entrega de estos tiene horarios inadecuados y constantemente hay una escasez de los mismos. También de parte del usuario interno existe desmotivación y ausencia de liderazgo, lo que deteriora la imagen de este servicio.

A nivel Institucional es válido porque está enfocado en una realidad que no ha sido evaluada hasta el momento y mediante este trabajo se pudo llegar a la raíz del problema y sugerir estrategias para originar una reacción en cadena, que reduce costos, lo cual mejora la productividad, reduciendo los precios, incentivando la participación del usuario, lo que conlleva a la superación de la institución porque se podría mejorar la capacidad gerencial del personal por lo que técnicamente mejora el servicio y así se pueden satisfacer las necesidades sentidas de los usuarios.

Los recursos materiales y financieros fueron autofinanciados por las ejecutoras de la tesis, quienes ajustaron sus labores para tener la disponibilidad del tiempo necesario para la ejecución de la misma. Como no existen referencias bibliográficas en las Unidades sujetas a estudio respecto a esta problemática fue un compromiso el sentar un precedente para la construcción de la respectiva información para obtener mejores resultados.

Creemos que este trabajo se constituye en un buen referente teórico que será de mucha utilidad para los estudiantes del segundo y tercer

año de Medicina, internos de enfermería, que realizan sus labores en estas Unidades Operativas lo que permitirá capacitarles y hacerles partícipes de una realidad que afecta a la demanda diaria de la consulta externa, para poder emitir criterios y enunciados relativos a esta problemática, además es útil para que las autoridades de los Servicios de Salud y de Formación Universitaria, tomen en cuenta los resultados en los planes de estudio para sensibilizar a los alumnos en un trabajo social, humano, solidario y de calidad.

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1 Objetivo General.

Determinar las características específicas del Sistema Organizacional de Salud de las Unidades Operativas Daniel Acosta, Santa Clara, 15 de Abril y María Auxiliadora de la Parroquia Eloy Alfaro de Manta y cómo influye en la prestación del servicio.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- Identificar las fortalezas y debilidades del Sistema Orgánico Funcional en la Prestación del Servicio de Consulta Externa de las unidades operativas: Daniel Acosta, Santa Clara, 15 de Abril y María Auxiliadora de la Parroquia Eloy Alfaro del Área de Salud N°2 de Manta.
- Establecer las relaciones causales de los problemas identificados en el servicio de consulta externa de estas unidades, y abordar la importancia de la inversión en las personas como línea básica para afrontar acciones necesarias en el sector salud.
- Plantear una alternativa de soluciones de problemas encontrados.

CAPITULO II

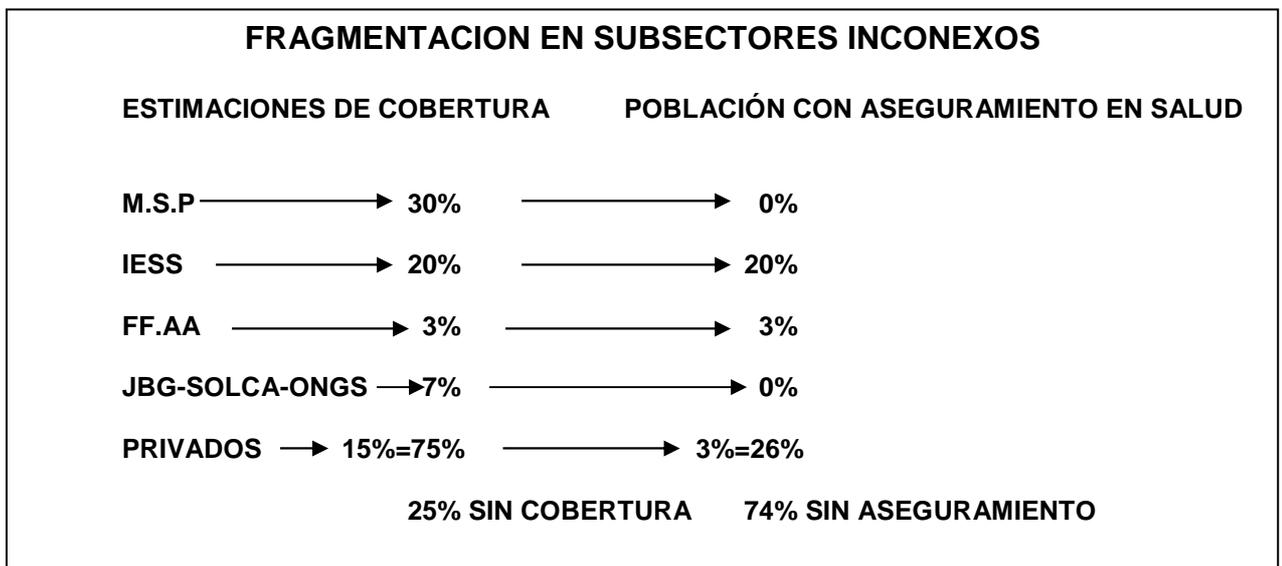
MARCO TEÓRICO

.1 SISTEMA ORGANIZACIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MSP. Análisis Situacional.

En los actuales momentos nuestro país se encuentra atravesando una de las peores crisis sociales, debido a los cambios radicales no solo en su economía, sino también enfrentando un crecimiento poblacional acelerado; que tropieza con infraestructuras obsoletas para atender los requerimientos de la misma.

El Sector Salud, es uno de los menos atendidos por nuestros gobernantes, la descentralización es un componente de los grandes cambios que se quieren lograr, pues con esto se va a alcanzar una organización más dinámica, sumado al recurso humano capacitado y motivado se pueden emprender acciones, interpretar resultados y evaluar las actividades. Nuestros usuarios necesitan una atención de calidad y calidez, esperan una buena orientación, con lo que se lograría un mejor estilo de vida, lo que constituye una de las principales garantías de salud del individuo y de la comunidad.

EL SECTOR SALUD EN EL ECUADOREl nacimiento del MSP no



continúo siendo el Estado responsable de la atención médica y de la salud pública.

A fines del siglo XIX, la noción caritativa de los hospitales estatales fue reemplazándose poco a poco por la de beneficencia y luego al comenzar el siglo XX de la Dirección General de Sanidad.⁴

Se produce en Junio 16 de 1.967 la creación del MSP que es quien por el año de 1.970 el que toma bajo su responsabilidad la Asistencia Pública así como la Sanidad.

Como todos los países de Latinoamérica, Ecuador no estuvo al margen de los cambios que se han ido suscitando en el desarrollo de la Salud Pública, pues se logró un gran desarrollo tanto técnico como administrativo por el impulso que tuvo de la OMS; OPS; UNICEF, etc.

Han pasado 40 años y lo que se logró en 20 se echó al traste en los dos últimos decenios, deteriorándose el Sistema de Prestación de Servicios, reapareciendo los problemas de salud que ya no debían existir y han aparecido otras propias de la evolución y del desarrollo industrial del país.

Las realizaciones y logros alcanzados a favor de la Salud Pública bajo la rectoría estatal en estos últimos 35 años son indiscutibles, sin embargo habrá que enmarcarlos dentro de procesos históricos de la realidad nacional, latinoamericana y mundial; procesos modelados por ideologías, intereses políticos, sociales, económicos y culturales. Nuestra sociedad está estructurada bajo un modelo productivo capitalista agro exportador, dependiente de un sistema hegemónico global, que presiona enormemente sobre el diseño y ejecución de políticas; sistema que actualmente se encuentra en crisis y lleno de contradicciones.

⁴ INFOSALUD, 35 Años del MSP, Agosto 2002, Quito

En 1.967, las tasas nacionales de mortalidad infantil y general eran de 93 y 13 por mil, respectivamente, que reflejaban la difícil situación de salud, cuyas causas principales eran varios trastornos prevenibles con mejoramiento del medio, inmunizaciones y una alimentación adecuada y sana.⁵ Para 1.998 pese a los esfuerzos institucionales, los indicadores de salud aún reflejan una situación y calidad de vida deficientes; así la tasa de mortalidad infantil se ubica en 44 por mil nacidos vivos, con una distribución del riesgo para enfermar y morir, mas alto en zonas urbano marginales y rurales.

Desde la década de los 80, el perfil epidemiológico experimenta un notable incremento de patologías de la modernización, como las crónico degenerativas, cardiocerebrovasculares, violencia, accidentes, cáncer, etc., asociado a un limitado acceso al saneamiento básico, así como a una severa crisis en la cobertura y calidad de los servicios de salud.

Se crítica mucho la falta de previsión del MSP, el cual juega mucho con la improvisación de acuerdo a la epidemia o problemática que se le presente y cuyas estrategias están encaminadas a la enfermedad y rehabilitación mas no al fomento y protección. Pero esta inestabilidad en los programas y acciones de salud que se implementan es ocasionada porque no existen políticas de estado definidas, sino que están sujetas a las políticas de los gobiernos de turno.

Toda decisión ha estado sujeta a responsabilidad exclusiva del Estado dejando a un lado la Participación Social, lo que ha creado barreras y resistencia en la población y el personal de salud, que toma como imposiciones las nuevas estrategias, pues cuya planificación que se realiza en las altas esferas poco caso hacen de la problemática que enfrentan los equipos de salud a nivel de

⁵ PACHECO V. Et al. "Orígenes del MSP" En: El cóndor, la serpiente y el colibrí. Quito, 20002

Atención Primaria por citar un ejemplo. Si bien es cierto las labores no se cumplen en un 100% en lo que a este tipo de atención se refiere, también es cierto que los programas implementados focalizan su atención a determinados grupos de población. A todo esto se suma la corrupción imperante en todos los niveles de atención y una ausencia de liderazgo que hace que la salud pública en el Ecuador tenga sus bases seriamente socavadas.

Se atribuyen las fallas del MSP al bajo presupuesto, pero no será mas bien que éste no es manejado en forma adecuada, debido en parte a una Planificación con fallas y orientada a la práctica hegemónica, dada por la estructura inadecuada del Sistema de Salud, la misma que se encuentra centralizada, que impone programas que no son sostenibles, que manejan un sistema de información inadecuado, que no cuenta con mediciones epidemiológicas. Existe una insatisfacción del usuario interno que se traduce como desmotivación, sobrecarga de trabajo. Por otro lado el usuario externo, que se lamenta de la atención deficiente y el maltrato al que es sometido por las largas horas de espera en locales incómodos e inadecuados para una atención de su salud. Para cerrar esta cadena de desaciertos se suma la descoordinación interinstitucional y una comunicación pésima, que limita el accionar del MSP impidiendo alianzas que le resultarían de gran beneficio.

Sin embargo cabe destacar algunos logros alcanzados por el MSP desde su creación, como la expedición del Código de Salud, la implementación del Plan Nacional de Salud Rural, se promueve la capacitación de Colaboradoras Voluntarias Rurales (CVR), todos estos logros fueron en el período de 1.968 a 1.979.

En la etapa de retorno a la democracia se establece la gratuidad de los servicios, se crea la Subsecretaría de Salud de la región II en

Guayaquil, así como el CONASA (Consejo Nacional de Salud) y se desencadena un incremento incontrolado de la burocracia (79-84).

Durante el Neoliberalismo de Febres Cordero se reorganiza la administración del MSP, se fortalece el IEOS y la infraestructura hospitalaria, se optimizan los Programas de Inmunización, de Control de Enfermedades Diarreicas y Respiratorias, nace el CEMEIN (Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos) y MEGRAME (Medicina Gratuita).

En el periodo 1.988-1.992 se reestructura el Plan Nacional de Salud orientado al fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), los SILOS (Sistemas Locales de Salud), se logra la intervención del Proyecto FASBASE (Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador), con participación familiar y comunitaria.

A partir de 1.997 la Cartera de salud enfrenta y resuelve serios conflictos laborales y fortalece su rectoría apoyando la Reforma del Sector Salud proponiendo un Sistema Nacional de Salud.⁶

Al parecer el Estado en la actualidad está tomando conciencia de la problemática que enfrenta este sector, y se ha estado dando impulso al Sistema Único de Salud, que impulsa la Autogestión, la Capacitación Administrativa, promueve la Educación Continua y la Participación Comunitaria.

Es notoria la intención de mejorar la atención en salud, manejando principios de equidad, calidad y eficiencia, lo que permitirá una mejor cobertura de atención, mejorará la capacidad de gestión de los profesionales que lideran los servicios, lo que motivará al personal, mejorarán sus condiciones de trabajo y por lo tanto la atención al usuario.

⁶ OPS/OMS, Salud Pública en el Ecuador del siglo XX, Quito, 2002.

Pero también afrontan tropiezos estos cambios; como una reglamentación que es confusa, que dejaría entrever que existen intereses creados para beneficios de unos cuantos como ha sucedido siempre, ya que en esta sociedad, solo un pequeño grupo ha estado tradicionalmente incorporado al sistema, en cambio las mayorías producto de su atraso y marginación permanecen fuera, y por lo tanto sus condiciones de salud y calidad de vida han sido y son muy vulnerables, padeciendo los más severos sufrimientos por enfermedad y muerte.

2.2 ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD, EFECTOS E IMPACTOS.

2.2.1 Educación Sanitaria y Promoción de la Salud.

El nivel central no ha asignado recursos económicos para la ejecución de los programas específicos de educación sanitaria, pero se ha tenido el apoyo de UNICEF, UNFA, OPS, OMS y otros ONGs Internacionales con los cuales se capacitó al personal de los Servicios.

El Ministerio de Salud Pública ha formado Educadores para la Salud, Licenciados en Ciencias de la Educación con 5 o 6 años de estudio universitario, quienes han recibido un curso de adiestramiento en servicio en materias de Salud Pública y metodologías de enseñanza-aprendizaje en educación para la salud. Hasta septiembre de 1.993 eran 85, que se encuentran distribuidos alrededor del país, un 80% de éstos se retiraron de la institución voluntariamente a través de la Ley de Supresión de Partidas.

Se han utilizado los medios de comunicación social como la prensa, radio y canales de TV, en las grandes campañas masivas, con muy buenos resultados como en Inmunizaciones, uso de sales para rehidratación oral. En otros programas como control de Cólera, pero

los resultados son temporales, momentáneos ya que la gente, luego de pasado el riesgo vuelve sus costumbres y hábitos anteriores.

2.2.2 Salud Materno Infantil y Planificación Familiar.

En total en 1.995 se registraron 170 defunciones debidas a complicaciones del embarazo, parto y del puerperio. De éstas, la Hipertensión tuvo una tasa de 19,8 por cien mil habitantes, seguida por las Hemorragias pos-parto con un 11,6 por cien mil habitantes.

El porcentaje de mujeres embarazadas atendidas por personal capacitado durante el embarazo es de 74.7%. El porcentaje de partos asistidos por personal capacitado a nivel urbano es de 81.6% y a nivel rural de 32%.

El 82,4% de los lactantes asisten a control de niño sano.

El porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan la planificación familiar es de 56.8%.

2.2.3 Inmunización.

En los últimos años se ha observado un incremento progresivo en los niveles de protección a la población infantil contra las enfermedades inmunoprevenibles, aunque sin lograr cifras epidemiológicamente útiles, como para interrumpir el proceso de transmisión. En 1.994 el Ministerio de Salud ejecutó una vacunación masiva a menores de 15 años con vacuna Antisarampionosa, alcanzando una cobertura del 100%. Posteriormente se implantó el sistema de vigilancia de las enfermedades febriles eruptivas de la infancia (EFE), estableciéndose claramente la definición de un caso confirmado de Sarampión, con lo que se purificó el criterio diagnóstico.

En 1.996 según datos de la División Nacional de Estadística las coberturas de vacunación en el grupo de menores de un año fueron:

para BCG: 100%, para DPT: 88%, para OPV: 89%, para la Antisarampionosa: 79%.

En la última Campaña de Vacunación con SR en el año 2001 se alcanzó una muy buena cobertura que llegó al 97% a nivel nacional.

El principal escollo para lograr mejores niveles de cobertura es el de no poder contar con un abastecimiento suficiente y oportuno de vacunas por problemas de presupuesto y demoras en los trámites administrativos para obtener permiso de importación.

2.2.4 Suministro de Alimentos y Estado Nutricional.

En 1.995 el porcentaje de niños menores de 5 años que tenían peso aceptable para la edad correspondía al 60% y talla para la edad al 50%. El porcentaje de recién nacidos con un peso al nacer de menos de 2.500 gr., era de 17% en 1.995.

La presencia de anemia en mujeres embarazadas es de 59% y en los menores de 5 años de 40%, para 1.996. En relación a carencia de Vitamina A, en población escolar se ha observado en el 16%.

El consumo de Sal Yodada por la población es superior al 97%.

Para mejorar la situación nutricional de la población se ha implementado el Programa de Complementación Alimentaria, dedicado a las embarazadas y niños menores de 5 años, de las áreas de pobreza crítica del país, un Programa Integrado de Micro nutrientes y fortificación de harina de trigo con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B.

2.2.5 Prevención y Control de las Enfermedades y Endemias Locales.

De 1.992 a 1.996 las enfermedades de mayor impacto transmitidas por vectores fueron Malaria, Dengue, Leishmaniasis, Enfermedad de

Chagas y la Oncocercosis. Aunque se observan fluctuaciones en las tasas de incidencia reportadas, se aprecia que la Malaria mantuvo una tendencia decreciente.

Las provincias de la Costa también son las más afectadas por el Dengue; entre 1.993 y 1.996, las tasas de incidencia superaron a 10 x 100.000 habitantes. Durante 1.995 y 1.996 no se reportaron casos de Dengue en la Amazonía, que habían registrado pocos casos en 1.992 y 1.994.

Durante 1.992-1.996 la Enfermedad de Chagas se diagnosticó en 12 provincias de la Sierra, Costa y Amazonía. Esta región es la más afectada y su tasa de incidencia aumentó de 0,2 a 3,6 x 100.000 habitantes entre 1.992 y 1.995. Se realiza tamizaje para detectar la enfermedad en un 95% de las donaciones en los bancos de sangre.

Sobre Oncocercosis, 14 provincias reportaron casos entre 1.992 y 1.995, pero sólo 4 lo hicieron ese último año.

Durante 1.990 hubo casos de Fiebre Amarilla Selvática. En 1.994 y 1.995 no se reportó ningún caso en todo el país, pero en 1.996 se dieron 8. En 1.994 se realizaron 200.000 vacunaciones en las áreas endémicas y en 1.996, 300.000 contra la Fiebre Amarilla.

La Leishmaniasis cutánea es la forma clínica más prevalente y su tasa de incidencia no ha experimentado cambios significativos durante 1.992-1.996, con reporte de casos en 18 de las 21 provincias del país.

La primera información disponible sobre incidencia de Hepatitis B data de 1.994, cuando se reportaron 443 casos, con una tasa de 3,95 x 100.000 habitantes, incrementándose a 4,92 en 1.995 y 4,95 en 1.996.

En relación al Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales, desde que en 1.991 se detectó el primer caso de Cólera, la

enfermedad se diseminó rápidamente en todas las provincias y afectó principalmente las zonas urbano-marginales de la Región de la Costa y la población rural dispersa de la Sierra, sobre todo la indígena. En ese año se notificaron 46.320 casos (441,07 x 100.000 habitantes); y en 1.996, 12 provincias reportaron un total de 1.059 casos, con una tasa nacional de 9,05 x 100.000 habitantes. La tasa de letalidad del Cólera estuvo debajo del 1% durante 1.992-1.996.

La Salmonelosis presenta una tasa 93,8 x 100.000 en 1.992 y de 127,7 en 1.996. Las Enfermedades Diarreicas son una de las causas de mayor morbilidad, con tasas que fluctuaron en el quinquenio 92-96 entre 1.407 y 1.733 casos por 100.000 habitantes.

La incidencia de la Tuberculosis Pulmonar tuvo una tendencia general creciente, aumentó de 46,05 x 100.000 habitantes en 1.992 a 81,69 en 1994, y aunque disminuyó para 1996 a 67,85 este valor es mayor que el inicial.

La incidencia de Lepra se mantuvo relativamente estable en 1.992-1.996, con un promedio quinquenal de 1,16 x 100.000 habitantes.

Durante el período 1.992-1.996, la Rabia causó persistentemente casos humanos, con situaciones de mayor agravamiento durante los bienios 92-93 y 95-96. La menor tasa de incidencia estimada en 0,1 x 100.000 habitantes, corresponde a 1.994, mientras que en 1.992 y 1.996 se presentaron las más altas 0,34 y 0,56 respectivamente. El perro es la principal fuente de infección de la Rabia en humanos y la presentación endémica se relaciona con las altas tasas de incidencia, que de 3,78 x 100.000 canes registrada en 1.992, se incrementó a 10 en 1.996; esta tendencia comenzó a declinar rápidamente en este año, por el impacto de la estrategia de control emprendida por el Ministerio de Salud, en coordinación intersectorial e interinstitucional.

La Cisticercosis Humana, que registró una incidencia de 1,03 casos x 100.000 habitantes en 1.992, se incrementó a 2,69 en 1.995; en similar forma, la incidencia de Brucelosis pasó de 0,05 en 1.992 a 0,13 casos por 100.000 habitantes en 1.995.

De 1.992 a 1.996 se registró un promedio de 100 efectivos bovinos afectados de enfermedades vesiculares, clínicamente compatibles con Fiebre Aftosa. Para 1996 la tasa de rebaños afectados fue de 0,39 x 1.000, la de morbilidad 2,95 por 10.000, la de morbilidad interna 21,8 % y la de letalidad 5,3%.

Respecto al SIDA, entre 1.984, cuando se registró el primer caso del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y Diciembre de 1.996 se notificaron 1.279 personas como infectadas por VIH en el país; 608 fueron clasificados como casos de SIDA, de los cuales 432 fallecieron. Durante 1.992-1.996, la tasa de incidencia anual de casos de SIDA por millón de habitantes se ha mantenido relativamente estable con aumentos en los años 1.993 y 1.994. Durante 1.996 se reportaron 21 personas infectadas accidentalmente por el VIH en una Unidad de Diálisis de la ciudad de Guayaquil, en la región Costa del país. Actualmente esta enfermedad es considerada una epidemia nacional que hasta Junio del presente año registró 5.628 contagiados⁷. Siendo la provincia del Guayas la que reporta el mayor número de casos (3.807), le sigue la provincia de Pichincha (730), El Oro (315) y Manabí (291).

Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), durante el período 1.990 a 1.996, la tasa de incidencia anual de Gonorrea tuvo una tendencia ascendente, pasando de 0,59 a 5,6 por 100.000 habitantes. La tasa anual de sífilis congénita fue de 0,89 por 100.000 habitantes en 1.995.

⁷ PROGRAMA NACIONAL DEL SIDA, MSP, Agosto 2.004.

En ese mismo año se reportó una tasa de incidencia de 45,65 por 100.000 para la Hepatitis Vírica y una tasa anual de 0,49 por 100.000 habitantes para la Hepatitis B.

2.3 TENDENCIAS DE LA SITUACION DE SALUD.

2.3.1 Esperanza de vida.

La Esperanza de vida al nacer en el período 1.995-2.005 se estima en 69,9 años total, en hombres de 67,3 años y de 72,5 años en mujeres.

2.3.2 Mortalidad.

Durante los últimos años la mortalidad ha tenido un descenso significativo especialmente en aquellas causas prevenibles. Las principales medidas que se han tomado para prevenir las enfermedades de prioridad en el país son las campañas de vacunación, la atención domiciliaria, la promoción y educación para la salud.

La tasa de mortalidad infantil es de 44 por 1.000 n.v.; la tasa de mortalidad en menores de 5 años es de 6,8 por 10.000 niños menores de 5 años. Las tasas de mortalidad de menores de 5 años por IRA y EDA, son de 17,1 y 6,3 por 10.000 niños menores de 5 años respectivamente. En 1.994 y 1.995 las IRA constituyeron el 37% de las causas de muerte en los niños de 1 semana a 11 meses de edad y el 32% entre los de 1 a 4 años.

La mortalidad por Enfermedades Vasculares es de 80,8 por 100.000 habitantes y la mortalidad por accidentes de tránsito de 15,8 por 100.000 habitantes.

Entre las principales causas de mortalidad general, para el año de 1.995 se encuentran: la Neumonía 27,2 por 100 mil habitantes; la Enfermedad Cerebro Vascular 23,1; los Accidentes de tráfico de vehículos a motor 19,4; Diabetes Mellitus 15,4.

2.3.3 Morbilidad.

En relación a las enfermedades inmunoprevenibles, desde 1.990 no se reportaron casos de Poliomielitis, se redujo el número de casos confirmados de Sarampión de 4.356 en 1.992 a 33 en 1.996 y el de Tétanos Neonatal 71 en 1.992 a 35 en 1.996. Los logros se enmarcaron en los Programas de Erradicación / Eliminación de estas enfermedades y se atribuye al incremento progresivo, aunque lento, de las coberturas de vacunación en el grupo prioritario de menores de un año.

En 1.996 fueron notificados y confirmados 32 casos de Sarampión y 34 casos de Tétanos Neonatal. Para otras patologías objeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) susceptibles de ser controladas, como la Difteria y la Tos Ferina, el país no cuenta con estrategias adecuadas de control, lo que ha ocasionado la aparición periódica de brotes epidémicos.

El reporte de casos de Rubéola se incrementó considerablemente a partir del año 1.994, cuando se implementó a nivel nacional el Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Febriles Eruptivas de la Infancia.

En relación a la morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en 1.994 se encontró una prevaencia de 59,4%. El número de consultas de IRA por tipo conjuntamente con las Enfermedades

Diarreicas Agudas (EDA), alcanza del 60 al 70% de todos los motivos de consulta en menores de 5 años y a más del 80% como motivo de consulta de morbilidad.

2.3.4 Discapacidad.

En el año de 1.993 se creó el Consejo Nacional de Discapacidades, una secretaría técnica dependiente de la Presidencia de la República que regula y coordina integralmente las actividades relacionadas con las discapacidades.

En el MSP, se han emprendido acciones relacionadas con estos aspectos, donde las principales medidas tomadas para ayudar a reducir las causas y los efectos de la discapacidad se sitúan en tres líneas programáticas: Programa de Deficiencias Sensoriales, Programa de Salud Mental y Programa de Discapacidades Locomotoras.⁸

2.4 SITUACIÓN ACTUAL DEL AREA DE SALUD Nº 2.

Está Conformada por los cantones Manta, Montecristi y Jaramijó, tiene una superficie de 1.137 km², localizada en la región costa al sur de la Provincia de Manabí.

Siendo Manta y Jaramijó los cantones que tienen mayor ingreso en la provincia en lo que a pesca artesanal se refiere, siguiendo el comercio, la actividad industrial y el turismo, generan importantes rubros para la provincia y el país.

2.4.1 Aspectos Demográficos.

El crecimiento poblacional es alto en la provincia (1,5% anual), índice de masculinidad es de 104 hombres por cada 100 mujeres.

⁸ IBIDEM

La densidad poblacional en Manta equivale a 514.5 habitantes por km².

2.4.2 Prestación de Servicios de Salud.

Manta y Montecristi cuentan con una buena infraestructura de salud para atender la demanda de la población. El sector Salud está conformado por: el MSP que dispone de un hospital cantonal de 200 camas, implementado para dar atención en los servicios básicos de hospitalización y subespecialidades de Oftalmología y Otorrinolaringología, 2 Centros de Salud, 26 Unidades Operativas, 6 rurales, 20 urbano marginales; el Hospital del IESS que cuenta con 25 camas y 4 dispensarios médicos; las Fuerzas Armadas un policlínico con capacidad de 15 camas.

En base a las últimas Reformas Constitucionales y Ley de Modernización se han dado cambios en la política estatal en la que está inmersa la Salud Pública, así como en la estructura organizacional. Se han logrado desconcentrar los poderes al Área, transformándola en Unidad Ejecutora, en los últimos 20 años se ha tenido importantes intervenciones como el proyecto FASBASE (1.998), mediante el cual se logró un trabajo planificado desde el nivel mínimo, producto del consenso, del trabajo en equipo, aunque la comunidad y los actores sociales han tenido muy poca participación⁹.

En la actualidad tenemos la intervención de MODERSA, que está empeñado en fortalecer la gestión del Área y mejorar la calidad de los servicios a través de la capacitación continua y evaluación periódica, ya que a través de la creación del Consejo Cantonal de Salud, se quiere llegar a desarrollar y garantizar el funcionamiento de una red plural de servicios de salud, con enfoque gerencial y

⁹ GARCIA Gladis, Situación del Área de Salud # 2, Manta Febrero 2004.

planificación estratégica, promoviendo la calidad, excelencia y satisfacción de usuarios internos y externos.

El Área de Salud N°2 tiene identificada su problemática, que en la mayoría de los casos se vuelve muy compleja porque los procesos se desarrollan en forma muy lenta; sumado a esto la rutina que agobia al profesional, los enfrenta a un usuario que reclama por un mejor servicio.

Las coberturas que se manejan son desalentadoras, tomando como referencia el Programa de Inmunización en el año 2.003 se observó una tasa de abandono con la DPT del 9% y en la vacuna Antipoliomielítica la tasa fue de 27.9%.

En el caso de las Unidades Operativas sometidas a este estudio, vemos que el Subcentro de Salud Daniel Acosta en cuanto a BCG tiene una cobertura del 94.9%, 33.9% en el caso de la vacuna Pentavalente; El Subcentro María Auxiliadora tiene una cobertura del 33.9% en la vacuna Pentavalente; el Subcentro 15 de Abril 48.3% y el Subcentro Santa Clara el 87.9%¹⁰.

Lo alcanzado el año anterior en cuanto a Atención Prenatal fue del 77.2%, en el Control del Niño Sano en el menor de 1 año 127%, en el presente año durante el primer semestre tenemos una cobertura del 31.1% en cuanto a Control Prenatal.

En cuanto a los logros durante la Campaña SR del presente año se alcanzó el 104% de cobertura.

¹⁰ DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA, Area de Salud N°2, Septiembre del 2.004

2.5 TEORIAS DE LA ORGANIZACIÓN APLICADAS EN SALUD. Comportamiento Organizacional.

Las organizaciones raramente se establecen como un fin en sí mismas, son instrumentos creados para conseguir unos fines. Esto se refleja en los orígenes de la palabra organización que se deriva del griego “organon”, es decir instrumento. No asombra desde luego que ideas como “objetivos”, “tareas”, “fines” son conceptos fundamentales de la organización.

2.5.1 Máquinas, Pensamiento Mecanicista y el surgir de la Organización Burocrática.

Normalmente a las organizaciones que han sido diseñadas y operan como máquinas se las denomina actualmente burocracias. Pero muchas organizaciones se burocratizan en algún grado por el modo mecanicista del pensamiento que conforma nuestro concepto básico de lo relativo a una organización. Por ejemplo cuando hablamos de una organización tenemos generalmente en el pensamiento un conjunto de relaciones ordenadas entre las partes diferentes. Aunque la imagen no es muy explícita, estamos hablando sobre un conjunto de relaciones mecanicistas. Hablamos de las organizaciones como si fueran máquinas y por tanto tendemos a esperar que trabajen como máquinas de una forma rutinaria, eficiente, exacta y predecible.

Los instrumentos son dispositivos mecánicos desarrollados para ayudarnos en la realización de determinadas actividades encaminadas a obtener un fin. Esta instrumentalización es evidente en las prácticas de las primitivas organizaciones formales, tales como las que construyeron las pirámides, imperios, catedrales y ejércitos. Al examinar los cambios en la organización que se

acompañan con la revolución industrial se encuentra un incremento en la burocracia y la rutinización de la vida en general.

Al mismo tiempo los propietarios de las fábricas y los ingenieros se dieron cuenta de que el rendimiento eficiente de las máquinas nuevas requerían una mejor distribución del trabajo.¹¹ La división de las tareas en el trabajo, preconizada por el economista escocés Adam Smith en su libro “The Wealth of Nations” (1.776), intensificó e incrementó la especialización en la fabricación, buscando la eficiencia mediante la reducción de la propia discreción de los trabajadores a favor del control de las máquinas y de ellos por sus supervisores. También se incluyeron nuevos procedimientos y técnicas para introducir la disciplina entre los trabajadores, para aceptar la nueva y rigurosa rutina de la producción en factorías.

Entre las ventajas de la metáfora de la máquina están:

“Establecer unos objetivos e ir por ellos”.

“Organizar racionalmente, eficientemente, claramente”.

“Especificar cada detalle para que cada uno esté seguro de la tarea que debe realizar”.

“Planear, organizar y controlar”.

Estas y otras ideas similares se engranan normalmente en nuestra forma de pensar sobre una organización o del modo que valoramos y comprendemos la práctica organizacional. Para mucha gente es casi una segunda naturaleza el organizar, estableciendo una estructura de actividades claramente definidas enlazadas por líneas de ordenes, comunicaciones, coordinación y control.

Para la formulación Mecanicista de una organización trabajarán bien, solamente en las condiciones en las cuales las máquinas trabajen bien:

¹¹ GARETH Morgan, Imágenes de la organización, Ceposcad, 2001, pag.18.

- a) Cuando hay una tarea lineal para realizar.
- b) Cuando hay un entorno que asegure que el producto realizado sea el esperado.
- c) Cuando se desee producir exactamente el mismo producto una y otra vez.
- d) Cuando la precisión es una premisa.
- e) Cuando la parte humana de la “máquina sea obediente y se comporte como se le ha sido asignado”.

Muchas organizaciones han tenido un éxito espectacular empleando el modelo mecanicista porque las condiciones eran óptimas. El empleo de métodos científicos para determinar el trabajo a realizar, los manuales que normalizan y codifican la tarea en un minucioso detalle, la selección del personal y los planes de instrucción, y los sistemas de evaluación de trabajos normalmente componen la recta del éxito. Sin embargo a pesar de estos éxitos, la fórmula mecanicista tiene severas limitaciones, entre otras:

- a) Pueden crear formas organizacionales que tengan dificultades para adaptarse al cambio de circunstancias.
- b) Pueden dar lugar a una burocracia sin límites.
- c) Pueden tener consecuencias no previstas y no deseables; por ejemplo los intereses de aquellos trabajadores en la organización pueden tomar preferencia sobre los objetivos de la organización.
- d) Pueden traer efectos deshumanizadores sobre los empleados, especialmente en aquellos de los niveles más bajos de la escala jerárquica.

2.5.2 Teoría de la Dirección.

Taylor fue un ingeniero americano y extravagante en todo lo relacionado con su personalidad. A su muerte, en 1.915, había ganado la reputación de “El mayor enemigo del trabajador”, sus

principios de la dirección científica han sido las piedra angular del estudio del trabajo durante la primera mitad de este siglo y muchos prevalecen actualmente. Taylor abogaba por cinco principios muy simples que pueden resumirse como siguen:

1. Delegar toda la responsabilidad del trabajo que ha de hacer el trabajador al directivo. El directivo deberá pensar en todo lo relativo a la planificación y análisis del trabajo, dejando las tareas de la realización al trabajador.
2. Utilizar métodos científicos para determinar el modo más eficiente de realizar el trabajo, analizando las tareas del trabajador y en consecuencia especificando el modo preciso como debe realizarse el trabajo.
3. Seleccionar la mejor persona para realizar el trabajo analizado.
4. Instruir al trabajador para hacer el trabajo eficientemente.
5. Controlar el rendimiento del trabajador para asegurar que se han seguido los procedimientos adecuados del trabajo y se han conseguido los resultados apetecidos.

Las formas del Taylorismo están impuestas en nosotros mismos al aprender y desarrollar tipos especiales de pensamiento y acción y de formación de nuestros cuerpos conforme a un ideal preconcebido. La historia juzga bien a Taylor al decir que vivió antes de su tiempo. Sus principios de la dirección científica llegarán a su máximo sentido de la organización cuando los robots sean la principal fuerza productiva (en lugar de los hombres), y cuando las organizaciones puedan, verdaderamente ser máquinas.¹²

¹² IBIDEM

2.5.3 Teoría de la Dependencia: Adaptación de la Organización al entorno.

Las organizaciones son sistemas abiertos, que necesitan gestionar cuidadosamente, satisfacer y equilibrar sus necesidades internas y adaptarse a las circunstancias ambientales o del entorno.

Las organizaciones como organismos pueden concebirse como conjuntos de conjuntos interactivos. Estos conjuntos pueden definirse de muchas maneras siendo esto un ejemplo donde se pone de manifiesto las relaciones entre las diferentes variables que influyen en el funcionamiento de una organización, proporcionando un instrumento de control muy útil.

La gestión debe preocuparse sobre todo lo demás, en conseguir unas buenas adaptaciones. Diferentes sistemas de gestión pueden ser necesarios para realizar diferentes tareas dentro de la misma organización y tipos o especies diferentes por completo de organizaciones necesitan en los diferentes entornos. En pocas palabras, estas son las ideas principales que sostienen las fórmulas de construcción de las organizaciones, que tienen establecidas por sí mismas una perspectiva dominante en el análisis moderno de la organización.

Uno de los estudios más influyentes estableciendo las credenciales de estas fórmulas fue dirigida en los años 1.950 por los ingleses Tom Burns y G. M. Stalker, estudio famoso por establecer la distinción entre las formulaciones mecanicistas y orgánica de la organización y de la dirección. La idea de Burns y Stalker, de que es posible identificar una cantidad de formas organizacionales que van desde la mecanicista a la orgánica y que se requieren formas más flexibles para tratar con entornos cambiantes, recibieron el soporte de otros estudios realizados a finales de los años 50 y a principios de los 60. Por ejemplo, Joan Woodward, en un estudio de

algunas firmas inglesas, distinguió una relación entre la tecnología y las estructuras de las organizaciones que tenían éxito. Ella demostró que los principios de la teoría clásica de dirección no eran siempre correctos de seguir, ya que diferentes tecnologías oponían diferentes necesidades en los individuos y organización que han de ser satisfechos a través de estructuras apropiadas.

Ella sugirió la evidencia de que la organización burocrática-mecanicista podría ser apropiada para firmas que emplearán tecnologías de producción en serie, pero que firmas unitarias de pequeña envergadura o con sistemas de producción necesitan una formulación diferente.¹³ Aunque sugería que las organizaciones con éxito coincidían la estructura y la tecnología, ella demostró que esta relación era finalmente una opción estratégica. Burns y Stalker también pusieron de manifiesto algo similar que no había una absoluta garantía de que las formas encontrasen un modo de organización apropiada y adoptar cursos de acción relevantes. Ambos estudios demostraron que los procesos de organización pueden tomarse numerosas opciones y sugirieron que la organización efectiva dependía de conseguir un equilibrio o compatibilidad entre, estrategia, tecnología, compromisos, necesidades del personal y del entorno externo. Encontramos aquí la esencia de la moderna teoría de la dependencia.

2.5.4 Salud Organizacional y Desarrollo.

¿Cómo hacer para estar en forma?. Se ha hablado mucho sobre la necesidad de adaptar la organización a las características del entorno y sobre la necesidad de asegurar que las relaciones internas sean apropiadas y estén equilibradas, pero ¿que significa esto en términos prácticos?. Estas y otras cuestiones parecidas formaron el foco de atención de numerosos consultores e investigadores que

¹³ MORGAN, Gareth, Imágenes de la Organización, Alfaomega, cap. 3

trabajaban en el campo del desarrollo organizacional que han actualizado el pensamiento de los teóricos de la dependencia y las fórmulas de aproximación general directas al corazón de los modelos de diagnóstico y prescripción de la indisposición organizacional y recetar algún tipo de cura adoptando el papel de “doctores” de las organizaciones.

En una comprensión dada de las ideas expuestas en las secciones previas, es fácil ver como tal diagnóstico y prescripción puede darse, necesitando para ello hacer un repaso de algunas cuestiones acerca de las relaciones existentes entre la organización y el entorno. ¿Como es la naturaleza del entorno de la organización?. Bien valdría preguntarse, y esto trae a colación muchas interrogantes como:

¿Es simple o estable o por el contrario compleja y turbulenta?,
¿Son fáciles de ver las conexiones entre los diversos elementos del entorno?, ¿Qué tipos de cambios económicos, tecnológicos, de mercado, de relaciones laborales y socio políticos han incurrido?,
¿Cuál es la posibilidad de que el entorno se transforme o de algún cambio que creara nuevas oportunidades o desafiase la viabilidad de las operaciones actuales?

Este esquema de cuestionario puede servirnos para clasificar las características organizacionales y determinar el grado de compatibilidad entre los diferentes elementos

Preguntando las cuestiones estamos construyendo sobre la base de que la organización está construida de subsistemas interrelacionados de naturaleza estratégica, humana, tecnológica, estructural y de dirección que necesita ser consistente internamente y adaptada a las condiciones del entorno.

En su estudio sobre las “compañías excelentes” en EE.UU. Peters y Waterman clasificaron las 8 prácticas fundamentales como

características de las compañías gestionadas con éxito, las mismas que son:

1. **Una tendencia al éxito:** Equipos de proyectos que tienden a ser reducidos, fluidos, ad hoc y de acción enfocada hacia el problema, en donde la comunicación es esencial y hay un gran compromiso de aprendizaje y experimentación.
2. **Proximidad al cliente:** El compromiso de servicio, fiabilidad y calidad basado en la cualidad de ofrecer un producto adecuado a las necesidades del cliente.
3. **Autonomía y promoción:** Un principio en el que campea la innovación, la descentralización, la delegación del poder y de la acción al nivel que sea necesario y por último una gran tolerancia de fallos.
4. **Productividad personal:** El principio de que los empleados son un gran recurso y además personas a las que debe respetarse, darles confianza y hacerles “vencedores”.
5. **Valores colectivos:** La organización se guía por un claro sentido de los valores colectivos o compartidos de misión y de identidad, descansando en un liderazgo natural más que un control burocrático.
6. **Golpe a golpe:** El principio de construir con esfuerzo y conocimiento el lugar que se ocupa.
7. **Formas simples:** Evitar la burocracia, construir divisiones comprometidas en proyectos o productos en lugar de líneas duales de responsabilidad como en la organización de matriz; emplear unidades organizacionales reducidas.
8. **La propiedad de soltar-ceñir simultáneamente:** El principio que reconcilia la necesidad de un control general con un compromiso de autonomía y promoción.

2.5.5 Las Organizaciones como Sistemas Políticos: Intereses, Conflictos y Poder.

Vivo en una sociedad democrática, ¿porque tendría que obedecer las órdenes de mi jefe ocho horas al día?, el actúa como dictador, ¿que derecho tiene de actuar de esa manera?, son comentarios airados de trabajadores exasperados por la rutinaria y opresiva experiencia de la vida del trabajo diario, recoge un aspecto de la organización. Ya que el empleado reconoce que sus derechos como asalariado y ciudadano están en conflicto mutuo.

Como ciudadano en una sociedad democrática es teóricamente libre de mantener sus propias opiniones, tomar sus propias decisiones y ser tratado como un igual. Como empleado le son negados esos derechos. Se pretende que cierre la boca, que haga lo que se le dice, y que se someta absolutamente a las ordenes de su superior, durante ocho horas diarias, cinco días a la semana, se espera que olvide la democracia y continúe con su trabajo.

La situación descrita es un caso extremo. No todas las organizaciones se caracterizan por tan atrincheradas relaciones entre empresarios y trabajadores, o por normas tan dictatoriales. Pero la situación es más común de lo que normalmente se piensa, especialmente en organizaciones industriales donde las líneas de batalla han progresado entre trabajo y dirección. Típico o no, el objeto del ejemplo es ayudar a entender la organización como Sistema Político. Los empresarios frecuentemente hablan de autoridad, poder y relaciones entre superiores y subordinados. Cuesta poco reconocer estas como organizaciones políticas implicando actividades de dominadores y dominados, y si se desarrolla esta idea, está claro que podremos entender las organizaciones como sistemas de gobierno que varían de acuerdo con los principios políticos empleados.

Algo como lo antes considerado, puede ser altamente autoritario mientras otras pueden ser modelo de democracia. Reconociendo que esta organización es intrínsecamente política, en el sentido de que debe encontrar la manera de encontrar orden y dirección entre gente con diversidad de potenciales y conflictos de intereses, se puede aprender mucho acerca de estos problemas y la legitimidad de la gestión empresarial como proceso de gobierno, y de la relación entre organización y sociedad.

La metáfora política también puede usarse para desentramar la política cotidiana de la vida organizativa. La mayoría de la gente que trabaja en una organización fácilmente admite en privado que están rodeados de formas de “regateo”, a través de las cuales, personas distintas intentan conseguir intereses específicos. Sin embargo este tipo de actividad es raramente tratada en público. La idea de que las organizaciones se supone que son empresas racionales en la cuales sus miembros tienen objetivos comunes, tiende a desalentar las disputas o atribuciones de motivos políticos. Esto es desafortunado en la medida en que nos suele condicionar negativamente a la hora de reconocer que la política y su modo de actuar puede ser un aspecto esencial de la vida de la organización y no necesariamente un complemento opcional y disfuncional.

En estudios de la cultura de la organización, la representación se ve normalmente como un proceso voluntario bajo la directa influencia de los actores involucrados. Esta visión puede ser importante para facultar a la gente que tome gran responsabilidad de su mundo por reconocer que juegan una parte importante en la estructuración de la realidad. Pero será equivocada la aplicación que ignore el plano en que la norma ocurre. Todos estructuramos o establecemos nuestra realidad, pero no necesariamente bajo circunstancias de nuestra elección. Hay una importante fuerza que fundamenta el proceso de establecer que la metáfora de la cultura no siempre esta en tan alto

grado como es posible. Cuando esto se toma en cuenta, la metáfora de la cultura llega a destilar un cierto sabor político.¹⁴

2.6 TENDENCIAS Y REFORMAS ESTATALES. Objetivos.

Aunque aún no existe una Política Nacional de Salud de aplicación sectorial, formalmente han habido "políticas" y planes emanados del MSP, como lineamientos que orientan la acción.

Durante el período 92-96, el énfasis del gobierno se centró en la Atención Primaria de Salud (APS), mediante el modelo de atención familiar integral. Para enfrentar la crisis de los servicios públicos de salud, el gobierno planteó medidas de modernización y financiamiento, abriéndose a la participación del sector privado en la gestión de los mismos, así como incentivando mecanismos de recuperación de costos por parte de los usuarios a través de Fundaciones ad-hoc en los hospitales y, en los servicios primarios.

Este modelo fue rechazado por algunos sectores de usuarios y por los trabajadores y profesionales de salud, quedando insubsistente y sin fuerza política. También se impulsó la descentralización de servicios a través de la organización de "áreas de salud" donde se desarrollan los SILOS.

Entre 1.992 y 1.996, desde el Consejo Nacional de Modernización (CONAM) se formuló una propuesta de reforma a la seguridad social, incluyendo la de los servicios médicos. Las líneas fundamentales apuntaban a la organización de un Sistema Nacional de Salud basado en la división de funciones, donde el MSP tuviera el rol de conductor y regulador, así como al fortalecimiento de las acciones de salud pública y la atención médica a las personas, mediante un esquema de seguro nacional de salud descentralizado

¹⁴ALFAOMEGA, Hacia la autoorganización, cap. 4, año 1999.

y solidario. Con el inicio del gobierno en agosto de 1996, el proceso de reforma estructural del sector salud se suspende y se da lugar a propuestas coyunturales.¹⁵

2.6.1 Tendencias en el Desarrollo Socioeconómico.

- **TENDENCIAS ECONOMICAS.**

Entre 1.990 y 1.994, el PIB en millones de dólares aumentó de 10.522 a 16.551. La evolución de los diferentes sectores de la producción siguió en líneas generales la tendencia general de la economía. El sector manufacturero fue uno de los más afectados por los recurrentes procesos de ajuste. El sector que agrupa a la agricultura, selvicultura, caza y pesca sufrió un deterioro considerable, sin embargo registró una importante recuperación posterior, lo que le permitió alcanzar una tasa de crecimiento del 3.4% entre 1.980 y 1.994. Es importante destacar la expansión de la producción camaronera y de otros productos agrícolas no tradicionales como floricultura, espárragos y frutas.

La tasa de empleo que en el año 1.990 se encontraba en 96,4%, disminuyó a 92,9% en 1.995. El subempleo que en 1.990 era de 8,7% pasó a 48,1% en 1.993.

Para 1.994, el porcentaje nacional de pobreza fue de 35% (25% urbano y 47% rural), y el porcentaje de extrema pobreza correspondió al 15% (10% urbano y 22% rural).

- **TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS.**

El Ecuador tiene una población estimada para 1.995 de 11´460.000 habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 2,1%, durante el último período intercensal (1.982-1.990). Para el período 1.995 a 2.000 se estima en 1,97% anual.

¹⁵ www.msp.ec.com

Para 1.996, el porcentaje de población menor de 15 años es del 35.9% y de 6,6% para mayores de 60 años.

Para el período 1.989-1.994 la tasa global de fecundidad de mujeres del área rural fue de 4,6 hijos y en áreas urbanas de 2,9 hijos. El número promedio de hijos por mujer es de 3,6.

La tasa bruta de mortalidad para el país en el período 1.995-2.000 es de 5,96 muertes por cada mil personas.

Las migraciones internas se han reducido, pero hay una intensificación de las migraciones temporales, con graves consecuencias sobre la estructura de las familias y la incorporación más temprana de mujeres y niños a las actividades productivas. En cuanto a las migraciones internacionales éstas mantienen un equilibrio.

- **TENDENCIAS SOCIALES.**

La tasa de alfabetización en hombres adultos en 1.990 era de 91,6% y la de mujeres fue de 87,96%.

Los cambios políticos y sociales acontecidos en los últimos años en el país, han influenciado negativamente la situación de salud de la población. Estos cambios han estado relacionados fundamentalmente con la inestabilidad de las estructuras gubernamentales. Otro de los fenómenos ocurridos últimamente ha sido el proceso de incremento de resquebrajamiento y desconfianza en las estructuras de organización social, tales como uniones laborales, confederaciones indígenas, asociaciones de mujeres, etc.

2.7 GERENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD. Desarrollo Gerencial.

2.7.1 Estilos Gerenciales.

La Gerencia es la organización de los recursos de una organización (humanos, materiales, financieros, información y tiempo), para producir bienes o servicios. La Gerencia puede definirse también como la formulación, ejecución y evaluación de acciones que permitan que una organización logre sus objetivos.

Entonces el gerente puede definirse como la persona que desempeña el papel de autor, compositor y director de orquesta de la acción empresarial. Como autor el gerente es responsable de la definición de los ejes estratégicos de la empresa, es decir, de la determinación de sus objetivos y los medios necesarios para lograrlos. Como compositor el gerente marca las pautas para la obtención y el uso de los recursos de la empresa conforme a un plan y organiza las tareas de los otros actores dentro de una estructura.¹⁶ Como director de orquesta, el gerente coordina y controla el desarrollo de las operaciones según el plan y revisa la estrategia y las estructuras de la empresa, en respuesta a imprevistos que pueden ser externos a la empresa (ejemplo: crisis energética) o internos (huelgas).

El trabajo de los actores de la empresa es organizado, codificado y jerarquizado según una estructura que dicta las reglas del juego, es decir los límites de responsabilidad y de autoridad de cada uno. Sin embargo el gerente puede ser llevado a modificar las reglas del juego, si la estrategia de la empresa lo requiere. El dirige no solamente las personas, sino la organización de las personas, o sea, la estructura de la empresa.

¹⁶ DAVID, Fred. "La gerencia estratégica". Fondo editorial LEGIS, Serie empresarial, Bogota, Colombia, 1990

Existen varios tipos de gerencia, entre los cuales podemos destacar: ¹⁷

- **Gerencia estratégica:** Es la administración del tiempo y de las personas para lograr a largo plazo los objetivos de la institución. Para la formulación de las estrategias institucionales debe considerarse el conjunto de relaciones entre el medio ambiente interno y el medio externo a la institución que facilita o impide la consecución de los objetivos.
- **Gerencia por resultados:** Se preocupa esencialmente de la cantidad del producto que se quiere producir, medida por la cobertura y las metas numéricas. Permite fijar claramente los objetivos y los recursos necesarios. Sin embargo implica un proceso de administración piramidal, normativo de productos y servicios pero centralizado. Tiene problemas inherentes al método como enfoque a corto plazo, sin dirección que origina conflictos internos.
- **Gerencia por resolución de problemas:** Mejora el servicio resolviendo los problemas a medida que aparecen o en función de su importancia y su vulnerabilidad. Parte de los problemas de la institución. Selecciona problemas y se los va resolviendo poco a poco mediante un método. Luego de solucionar problemas pequeños y viables, ataca a problemas cada vez más grandes y difíciles.
- **Gerencia de calidad total:** Tiene por objeto aumentar la demanda de los servicios de salud a través del mejoramiento del proceso y del servicio al usuario. Solo se puede vender un producto o servicio si existe una necesidad sentida del usuario. Aumenta el consumo cuando mejora la calidad percibida por el usuario. Si no existe la necesidad sentida, pero técnicamente se ha determinado que es necesario el producto para mejorar la calidad de vida del

¹⁷ SALLENAVE, Jean Paul. "Gerencia y Planificación Estratégica", Ediciones Norma, Colombia, 1991.

usuario, es posible usar el mercadeo para vender la idea y la calidad del servicio para estimular la demanda.

Cada uno de estos estilos gerenciales tiene sus ventajas. Depende de la situación en la cual se encuentra la institución, el momento que está atravesando, los problemas que enfrenta, el decidir que tipo de gerencia resulta mas exitoso para la institución es uno de los primeros retos a sortear.

2.7.2 La Gerencia y los Sistemas Locales de Salud.

En los últimos años, en diferentes países en desarrollo se ha venido implantando el enfoque de la Calidad Total en los servicios de salud, como una alternativa que reoriente las estrategias de atención de salud, considerando no solamente las necesidades de ampliar la cobertura, sino implantar mecanismos que aseguren una prestación de servicios del más óptimo nivel.

En el caso ecuatoriano el Sistema de Salud está constituido por Servicios de Salud Públicos, de la Seguridad Social, Organizaciones Privadas con y sin fines de lucro y de Proveedores Privados¹⁸. En el marco de este sistema, las unidades del MSP, se organizan como una red de diferentes niveles de complejidad.

Se hace necesario aplicar un enfoque gerencial común a nivel de las áreas de salud y de los hospitales. En la medida en que se va implantando la regionalización funcional y la descentralización técnico administrativa en el MSP, los servicios de salud atienden a una población específica (usuario), deben administrar sus propios recursos (autogestión) y “competir en el mercado” con otras instituciones que cobran por sus servicios.

¹⁸ VANORMELINGEN, La gerencia de Calidad en Salud, OPS, MSP, Quito, 1994.

Por lo tanto la áreas de salud y los hospitales de segundo y tercer nivel deben funcionar como una pequeña empresa, que necesita herramientas gerenciales sencillas pero eficaces, que permita mejorar la calidad de los servicios. El proceso de desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) considera la organización descentralizada de la red de servicios, tanto públicos como privados, para atender los principales problemas de una población geográficamente definida con la Participación Social por medio de la conformación de Comités Interinstitucionales en las áreas. De ahí surge la necesidad de combinar la gerencia diaria de los servicios con el enfoque estratégico, para ubicar el mejoramiento de los servicios en un proceso de más largo plazo.

Por la especificidad social del usuario preferido de los servicios de salud, tanto del MSP, del IESS o de las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, se ha considerado también necesario integrar herramientas de gerencia para resolución de problemas, epidemiología aplicada y programación por objetivos junto a instrumentos de administración de servicios de salud.

2.7.3 El Desarrollo Gerencial en el Servicio de Salud.

Para implantar el proceso de calidad total y de mejoramiento del servicio es necesario que el gerente tenga claro a donde quiere llevar a la institución y sobre el papel de ésta en el “mercado”. Además tiene que desarrollar sus habilidades de conducción, de comunicación y de análisis.

El mejoramiento continuo de la calidad de los servicios está basado en la renovación o cambio de los procesos. Consiste en seleccionar aquellos procesos relacionados directamente con la entrega de los servicios al usuario, y resolver los problemas por orden de importancia. Se trata de mejorar los servicios, dando prioridad a

aquellos aspectos más importantes (impacto sobre la salud) o más valorados por el usuario, de manera progresiva, ya que no se puede mejorar todos los procesos al mismo tiempo.

El personal en contacto directo con el usuario, actuando como equipo, está liderando el proceso de mejoramiento, ya que en muchos casos él conoce mejor las preocupaciones de usuario y es él quien entregará el servicio mejorado. El trabajo se realiza en equipos multifuncionales y multidisciplinarios, constantemente capacitados, asesorados y supervisados. Esta estrategia de cambio implica que exista un deseo de invertir la pirámide organizacional por parte de las autoridades. En efecto, los cambios propuestos por los equipos de calidad o de proyecto tienen que tener acogida en las esferas gerenciales para que se pueda pasar a la implantación del mejoramiento.¹⁹

Estos Cambios: el trabajo en equipo y el empoderamiento del personal en contacto directo con el usuario, no son fáciles de conseguir, ya que van en contra de las corrientes centralizadoras tradicionales, pero se inscriben en el proceso de descentralización y desconcentración de los servicios de salud. Están a la base de la filosofía de los Sistemas Locales de Salud como ente funcional del sistema nacional de salud.

El proceso de mejoramiento continuo, se basa en la resolución de problemas, con enfoque de prioridad según el punto de vista de los usuarios, liderado por las bases, pero con una visión clara del sistema de salud en el cual se enmarca.

¹⁹ IBIDEM

2.8 CALIDAD EN SALUD. Conceptos y Dimensiones.

La calidad de la atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente, tomando en consideración el contexto local. Si bien ninguna de las definiciones de calidad se aplica a todas las situaciones, las siguientes definiciones son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud:

“La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios” .- Dr. Avedis Donabedian, 1.980.

“.....el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición” .- M.I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS, 1.988.

La definición más integral de calidad y quizás la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. El resumía la calidad de la siguiente manera: “Hacer lo correcto en forma correcta, de inmediato”.

¿Cuáles son las dimensiones de la calidad?

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma.

Las actividades pertinentes pueden encarar una o mas variedades de dimensiones tales como: **competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades.**

Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y éstas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en que se cumplen con sus propias normas de programa.

Las ocho dimensiones de la calidad que consideramos constituyen una síntesis de ideas de varios peritos en materia de garantía de calidad. Consideramos que se trata de dimensiones que son particularmente importantes en el medio de los países en desarrollo. Sin embargo cabe anotar que no todas merecen la misma importancia en cada programa sino que tienen que considerarse a la luz de programas específicos y definirse dentro del contexto de las realidades locales.

Estas dimensiones de calidad sirven para utilizarse en los servicios de salud que se prestan a los pacientes, así como en los servicios prestados al personal auxiliar de salud.

2.8.1 El Proceso de Garantía de Calidad y Atributos de la Calidad.

Se basa en la experiencia de colaborar con servicios de salud en los países en desarrollo, sin embargo también integra experiencias de metodologías adquiridas anteriormente.

La OMS ha promovido un modelo de GC (Garantía de Calidad) elaborado por Hanna Vuori que se ha aplicado en ámbitos internacionales escogidos. El proyecto de GC define normas, realiza

una evaluación, colabora con los proveedores de atención de salud en forma cooperativa, adopta medidas con base en la evaluación y vigila los resultados. Quizá lo mas importante es que presenta un proceso reproducible para mejorar la calidad de la prestación de servicios de atención de salud.

Este proceso puede con el transcurso del tiempo, integrarse a la gestión del programa en curso, bajo los siguientes lineamientos:

1. Planificación de la garantía de calidad.
2. Fijación de normas y especificaciones.
3. Comunicación de normas y especificaciones.
4. Vigilancia de la calidad.
5. Identificación de problemas y oportunidades de mejora.
6. Definición del problema operacional.
7. Selección del equipo.
8. Análisis y estudio del problema para identificar las causas de fondo.
9. Elaboración de soluciones y medidas de mejora de calidad.
10. Ejecución y evaluación de actividades de mejora de calidad.

Muchos equipos de salud notarán que ya se están adoptando medidas para mejorar la calidad aunque es probable que no utilicen el término “garantía de calidad” para describirlas. La cantidad de tiempo y esfuerzo que se requiere para cada paso dependerá de las actividades de garantía de calidad ya establecidas.

En la práctica la Garantía de Calidad es un proceso cíclico y repetitivo que debe aplicarse en forma flexible para satisfacer las necesidades de un programa específico. El proceso puede comenzar con un proceso integral de organizar un programa de garantía de calidad o puede comenzar con actividades de mejora de

calidad en pequeña escala. De otro modo, el proceso puede comenzar con la vigilancia.

En fin un Programa de Garantía de Calidad es una serie integral de actividades de mejora y evaluación de calidad que se incorporan a las funciones clínicas y administrativas de rutina de las organizaciones y resultan en una mejora continua del desempeño de estas últimas. A medida que las organizaciones de atención de salud aprenden más del proceso de GC, es probable que descubran que algunas de las actividades que ya están realizando se relacionan con la mejora de la calidad.²⁰

De hecho, la mayoría de las organizaciones suministran una base sobre la cual se erige todo el programa de GC. No hay una receta para elaborar un programa de GC, es un proceso creativo que requiere flexibilidad para que se adapte a las características singulares de cada programa de salud, puede elaborarse gradualmente por medio de un proceso en fases, planeado cuidadosamente, o puede ser instrumentado de una sola vez.

2.9 ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

2.9.1 Recursos para la Salud.

- **RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD.**

Se observa una tendencia reciente hacia la formación de profesionales con orientación a la Atención Primaria y la Medicina Familiar.

Por otra parte, se ha incrementado la formación de profesionales a nivel de postgrado en las áreas de Salud Pública, Epidemiología y Gerencia en Salud.

²⁰ RAFETH, Nadwa, El proyecto de Garantía de Calidad, Wisconsin, USA, 1998.

- **RECURSOS FINANCIEROS PARA LA SALUD**

De la Proforma Presupuestaria de 1.995, Salud obtiene el 5,5%. Para el año 1.996 el Sector Salud recibe el 2,8% por ciento del Presupuesto General del Estado de los cuales el 85% se ocupa en salarios.

Para 1.996, se destinó el 0,8% del PNB a Salud, el porcentaje del Gasto Sanitario Público como porcentaje del PNB fue de 25%, el Gasto Sanitario Público como porcentaje del Gasto Público total fue de 0,9%, el Gasto Sanitario Público per cápita de 3,6%. ²¹

- **INFRAESTRUCTURA FISICA.**

No ha existido un desarrollo armónico entre la infraestructura hospitalaria y la de atención ambulatoria. En la década de los 70, luego de la integración de las ex Juntas Nacional y Provinciales de Asistencia Social, se dio un énfasis a la construcción de nuevas unidades hospitalarias y a la remodelación y ampliación de las existentes, pero que lamentablemente por restricciones en el presupuesto no han podido ser atendidas debidamente, causando una prolongación en el tiempo de ejecución, y ocasionando por la demora, el incremento de sus costos.

2.10 SALUD Y MEDIO AMBIENTE.

- **PROTECCION GENERAL DEL MEDIO AMBIENTE.**

El Ecuador ha acogido todos los mandatos y acciones que establece la Agenda 21 y se han realizado todos los esfuerzos desde el Estado, Gobiernos Locales (Municipios), Comisión Asesora Ambiental (actualmente Ministerio de Gobierno), en la expedición y promoción de la Política Ambiental, el Plan Ambiental Ecuatoriano,

²¹ IBIDEM

sus estrategias y programas globales y específicos que ya se están desarrollando.

Bajo la convocatoria de la Comisión Ambiental de la Presidencia de la República, se llevaron a cabo entre 1.994 y 1.995, talleres interinstitucionales sobre el tema. Esta Comisión, en 1.993 había aprobado los Principios Básicos de la Gestión Ambiental y las Políticas Ambientales Básicas y el Plan Ambiental Ecuatoriano, que fueron promulgados en 1.994.

Como parte de la Gestión Ambiental en el país, se crearon unidades ambientales en varios ministerios y de entidades encargadas de la gestión ambiental.

En relación a vivienda se está desarrollando una propuesta de vivienda saludable que deberá aplicarse a nivel nacional e incorporarse al Programa Nacional de Vivienda, a través de reuniones del Ministerio Urbano y Vivienda con otros organismos que desarrollan proyectos en el tema.

En relación a lugares de trabajo en el Ecuador se viene aplicando la flexibilización de la mano de obra, que implica: libre contratación, reducción de las utilidades, eliminación de la contratación colectiva, rotación de los trabajadores, opción de trabajo complementario por horas, con el consiguiente impacto a la salud.

Solamente el 30% de la PEA, se encuentra protegida por el Seguro de Riesgos del Trabajo. No se conoce la magnitud de los problemas de morbilidad y mortalidad de este sector, debido al deficiente sistema de registro. La accidentabilidad en el trabajo es mayor en la población que no está afiliada.

Las principales enfermedades relacionadas con el trabajo son: sordera profesional, intoxicaciones por plaguicidas y otras sustancias químicas, bronconeumopatías, dermatosis profesionales, cáncer,

afecciones del sistema locomotor, enfermedades infectocontagiosas y afecciones visuales.

En 1.994 con la aprobación del Plan Nacional de Salud de los Trabajadores (PLANSAT), se ha venido trabajando en forma sostenida en este campo, a través de Atención Primaria en Salud de los Trabajadores, el Programa de Atención al Sector de Trabajadores no cubiertos por la Seguridad Social, el Programa de Atención a Trabajadores de la Salud del MSP y Bioseguridad, el Programa de Salud Ocupacional del sector minero y la conformación de Comités de Higiene y Seguridad en los centros laborales.

2.11 DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD. Políticas y Estrategias de Salud.

Las acciones desarrolladas para garantizar el acceso de la población a los servicios, se han visto obstaculizadas por múltiples factores, estructurales, sociales y económicos. Se han desarrollado esfuerzos por mejorar las condiciones de organización y gestión a nivel de los servicios, como la descentralización funcional, organización y desarrollo de las áreas de salud, en el MSP, así como la distribución de regiones administrativas en el IESS. El Consejo Nacional de Salud, ha convocado a todas las instituciones del sector para desarrollar una propuesta de reforma sectorial, basada en los principios de la equidad, solidaridad y excelencia.

Se han realizado esfuerzos por modernizar el marco legal de salud y está en proceso la actualización del código de la salud, que no ha sido actualizado desde su promulgación en 1.971. En las reformas constitucionales incorporadas en 1.996 se hace constar a la salud como un derecho de los ciudadanos, cuya responsabilidad es del estado y de la sociedad civil y la necesidad de la organización y funcionamiento del sistema Nacional de Salud, con participación del Sector Público y Privado en base a los principios de equidad, universalidad, integralidad, eficiencia y solidaridad.

En relación a la distribución de los recursos para la Atención Primaria de Salud, y atención a los sectores subatendidos, ha sido importante el impulso desarrollado en el país para priorizar la atención a la población más pobre y que habita en sectores marginales, expuestos a mayores riesgos para su salud; en este sentido se puede señalar el impulso político dado entre 1.988 y 1.992 a la Atención de Salud Familiar y Comunitaria, que se derivó en la aplicación de un nuevo modelo de atención que impulsa el Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador desde 1.993 previsto hasta el año 2.000.

La Acciones de Promoción de la Salud, han sido enunciadas como elementos importantes, para ser desarrollados en coordinación intersectorial, con el objeto de promover el logro de espacios saludables, con la participación de otros actores, sociales, como ONG's y los municipios.

- **COOPERACION INTERSECTORIAL.**

En el ámbito de la cooperación internacional, ha venido funcionando la Comisión Interagencial de Apoyo a la Reforma (CIAR), constituida por las agencias de cooperación en salud, otras agencias internacionales y algunas representaciones diplomáticas o de asistencia de los gobiernos.

Igualmente para el desarrollo de las propuesta de promoción de fronteras saludables se han adelantado las acciones, hasta lograr la consolidación de convenios bilaterales con los países fronterizos (Colombia, Perú), en los que han participado, los Ministerios de Salud y las Cancillerías de los países involucrados, además de otros actores como ONG's, que han aportado proyectos de ejecución en el ámbito de las regiones fronterizas.

- **ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD.**

El Sector Salud Ecuatoriano se caracteriza por su estructura atomizada e incoordinada, con una multiplicidad de instituciones que comprenden diferentes tipos: las públicas cuya finalidad específica es la atención de salud; las que tienen un componente relacionado con la salud; las que apoyan las funciones de salud y las instituciones privadas con y sin finalidad lucrativa.

Al primer tipo corresponde el Ministerio de Salud Pública, organismo rector de las políticas de salud que ejecuta prestaciones integrales de salud; al segundo pertenecen el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que en el área médica atiende la recuperación de salud de la población afiliada (trabajadores); el Seguro Social Campesino, con un espectro de atención algo más amplio que el del área médica del IESS, subsidiado en parte por ésta y por una asignación del estado, cubriendo a la población campesina que cotiza una fracción del salario mínimo vital para obtener cobertura familiar; las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía con servicios ambulatorios y de hospitalización para atender a sus miembros y familiares, y la Cruz Roja que regula y atiende lo relacionado con los bancos de sangre; en el tercer grupo están la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, y los Municipios, que regulan y ejecutan acciones sanitarias ambientales. Entre las organizaciones privadas hay unas con finalidad eminentemente lucrativa y un sin número de establecimientos hospitalarios de diferente complejidad, así como consultorios de atención clínica y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; y otras sin fines de lucro. Además, un amplio sector de población, en particular rural, busca atención en la medicina tradicional.

Las instituciones del sector, por su atomización, denotan una persistente incoordinación, y en ellas se observa una tendencia

centralizadora en sus funciones. Por otra parte, la atención a la población está marcada por profundas inequidades: sólo un 20% está cubierta por algún tipo de aseguramiento (público, por parte del IESS, o la población que puede pagar por los servicios, acude al sector privado).

El MSP atiende la demanda de las personas de escasos recursos; dado que un 60% de la población vive en condiciones de pobreza y que persisten las dificultades en el acceso a los servicios. Casi un 30% de la población no recibe ningún tipo de atención.

Las principales instituciones del sector, el MSP y el IESS, tienen diferentes modelos que apuntan a la descentralización. El del MSP se basa en la organización y desarrollo de áreas de salud, que ejecutan sus planes de intervención según su propia capacidad resolutive, fundamentada en la atención primaria de salud, con un fuerte componente de participación comunitaria.

El IESS, por su parte, tiene un esquema de descentralización que corresponde principalmente a los aspectos administrativos.

El subsector privado mantiene una casi nula coordinación con el sector oficial, y se rige por regulaciones propias para cada institución, de acuerdo a fines y objetivos particulares.

Es importante la participación gremial, de profesionales y otros trabajadores de la salud en el seno del Consejo Nacional de Salud.

- **SISTEMA DE INFORMACION DE SALUD.**

La información que se produce en los servicios de salud es parcial y no homogénea, se procesa solamente la información del componente hospitalario de la atención; están en revisión las normas de archivo clínico y estadística, así como el sistema de información de recursos y servicios del Ministerio. Se espera que esto, aunado a la capacitación de personal de las unidades de salud en estas áreas

y en la CIE-10, permitirá mejorar el conocimiento de la situación general de salud.

En los últimos años se han realizado avances en el Sistema de Vigilancia y Control Epidemiológico, el mismo que ha propuesto integrar la red de información a nivel nacional mediante sistema computarizado. Se maneja en la actualidad el sistema del SIVE-Alerta. Se ha desarrollado un proyecto de evaluación del subsistema de vigilancia epidemiológica con participación de la Comunidad Europea (PROCED) y la OPS / OMS.

- **ACCION COMUNITARIA.**

Desde el año de 1.992, el Ministerio de Salud Pública inició un proceso por el cual se establece la comunicación en ambas direcciones entre los diferentes niveles de atención, entre las instituciones que brindan servicios en la región y la comunidad organizada.

La Participación Comunitaria se concreta en los Comités Locales de Salud, constituidos en una organización social, cuyo objetivo principal es lograr la participación comunitaria en la gestión conjunta de la unidad operativa y en la implementación de las unidades de salud.

2.12 TIEMPOS DE ESPERA Y BUEN TRATO AL USUARIO.

El tiempo de espera en los servicios ambulatorios de salud, es un buen indicador de calidad relacionado con el nivel de satisfacción de los usuarios.

- **Tiempo de espera:** Es el tiempo durante el cual el usuario permanece en la unidad de salud sin recibir atención.
- **Tiempos parciales de espera:** Períodos de espera entre dos acciones de salud.

- **Tiempo total de espera:** Es la suma de todos los tiempos parciales, desde la entrada hasta la salida de la unidad. Es útil diferenciar los tiempos de espera, para comprender en que paso o pasos espera más el usuario.
- **Acción (intervención) del personal de salud:** Todas las acciones que realiza el personal de salud con el usuario; por ejemplo, abrir una historia clínica, tomar signos vitales, valorar al paciente, etc.
- **Tiempo útil de contacto:** Lapso durante el cual el usuario recibe algún tipo de atención por parte de cualquier miembro del equipo de salud. La suma de los tiempos parciales determinará el tiempo de contacto total.

No siempre los contactos entre el personal de salud y los usuarios son productivos: se puede tener un contacto muy largo pero ello puede deberse a una atención ineficiente. Por ejemplo, el usuario puede permanecer 10 minutos en la ventanilla de estadística porque está esperando que encuentren su historia clínica; o podrá aguardar en el consultorio durante 20 minutos porque el profesional entra y sale durante la atención.²²

Desde 1.995 se han realizado 15 microproyectos relacionados con tiempos de espera prolongados. El problema afecta principalmente a los hospitales, pero también se presenta en algunos centros de salud. A partir de esta experiencia se pueden hacer algunas conclusiones generales que bien podrían ser aplicadas sin necesidad de hacer nuevos microproyectos relacionados con tiempos de espera.

²² FALCONI, Cecilia. Votruba Pablo, Tiempos de espera, documento de trabajo, PNMC-MSP, Agosto 1997.

Los equipos gerenciales podrían establecer líneas de base, implementar los correctivos sugeridos (evidentemente, enriquecidos con sus propias experiencias) y monitorear los tiempos periódicamente.

El trabajo de medición de tiempos de espera deberá culminar con el establecimiento de estándares. Cada unidad basándose, en el estudio de tiempos de espera antes y después de las intervenciones, está en capacidad de definir sus estándares máximo y mínimo, tanto para la espera como para el tiempo de contacto de los usuarios con el personal de salud.

- **INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN.**

Tanto para medir tiempos de espera o satisfacción del usuario, los instrumentos se basan en el flujograma de la atención en el servicio, el mismo que debe ser fiel a la realidad del servicio, e identificar todos los pasos que se considerarán, según el nivel del detalle al que se quiere llegar.

Una vez diseñado el instrumento puede validarse probándolo unas pocas veces, y corrigiéndolo si es necesario. El equipo decidirá si el instrumento final deberá ser aplicado todos los días de la semana; preferentemente en horarios que cubran la jornada de atención.

El instrumento se puede entregar al usuario cuando este llega a la fila o entrada del servicio, y ser instruido sobre su llenado, y en algunos casos un miembro del equipo encuestador verificar el correcto llenado de los datos.

Durante la medición de los tiempos de espera se pueden producir sesgos: el personal es más puntual y trabaja más eficientemente porque sabe que está siendo observado. Pero a pesar de esto, el

instrumento si entrega información válida y localiza los cuellos de botella, causados sobre todo por la deficiente organización del trabajo. Por otro lado, este fenómeno prueba su potencialidad para mejorar el trabajo de los funcionarios.

Existen también técnicas de evaluación que pueden ser de tres tipos, según la fuente de la información:

- Las **fuentes indirectas** de información o técnicas documentales permiten aproximar las necesidades diagnosticables o problemas de salud.
- Las **técnicas de observación directa**, permiten observar los problemas de salud o de utilización de los servicios, como lo viven los usuarios.
- Las **técnicas de búsqueda de consenso**, permiten seleccionar aquellos problemas importantes para los usuarios, así como para los servicios de salud.

Uno de los instrumentos más utilizados, es la encuesta esta es una técnica cuantitativa de recolección de información, trata de medir la magnitud de un problema. Previa a la elaboración de una encuesta es necesario tomar las siguientes recomendaciones:

- Definir el problema a investigarse.
- Deben tener una secuencia lógica.
- Definir la muestra de usuarios a quienes se aplicará la encuesta.
- Elaborar preguntas sin utilizar términos técnicos.
- Cuando se usan preguntas cerradas las opciones deben ser excluyentes y deben constar todas las opciones posibles.

Las respuestas planificadas para el cuestionario pueden tener un formato abierto o cerrado. Las preguntas abiertas permiten al encuestado responder con sus propias palabras. Sirven para encuestas exploratorias sobre cierta problemática,. En las preguntas cerradas el encuestado debe escoger entre varias opiniones. Permite obtener mayor información en menos tiempo que con el formato abierto. Es preferible evitar el formato de respuestas cerradas en una investigación de tipo exploratorio, ya que se pierde sensibilidad e información y la interpretación de los datos obtenidos puede producir un sesgo.

- **LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL MODELO DE CALIDAD TOTAL.**

La gerencia, el equipo de trabajo y la tecnología de la calidad total están dirigidas a satisfacer las necesidades del usuario. Si este no existiera, no se justificaría la existencia de los otros 3 componentes. El usuario es la razón de ser del servicio de salud y todo su contingente debe estar orientado a satisfacer sus necesidades.

Los tres componentes, el compromiso gerencial, el equipo y la tecnología de calidad deben concentrarse en el usuario:

- La gerencia tiene que cumplir con el compromiso de orientar a toda la institución hacia la resolución de los problemas y la satisfacción de las necesidades del usuario.
- El equipo, en contacto directo con el usuario, entrega el servicio, es quien lo conoce mejor, pero también es la cara, imagen y se convierte en la ventana de la institución.
- Ambos el gerente y el equipo, utilizan las herramientas de la calidad total para mejorar el servicio.

La demanda no satisfecha por el sistema formal, está cubierta por el sistema informal a nivel comunitario (curanderos, parteras, etc.)

Se pretende superar la tendencia gerencial de la relación empresa-cliente, ya que en el sector salud la misión es eminentemente social y no lucrativa.

Debe identificar los segmentos de la población a los cuales sirve, la existencia de otros servicios que complementan o compiten con su función. Debe además investigarse las necesidades y percepciones del servicio actual, para que este no caiga en un continuo maltrato al usuario.²³

²³ VANOMERLINGEN, H. Pineda, F. Salazar, La gerencia de calidad en salud, cap. 2 pag. 35.1994

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 HIPÓTESIS.

La capacidad técnico administrativa del personal de los Servicios de Salud son determinantes para la calidad de atención en las Unidades Operativas: Daniel Acosta, 15 de Abril, María Auxiliadora y Santa Clara de la Parroquia Eloy Alfaro del Área de Salud N° 2.

3.2 VARIABLES.

3.2.1 Variable Dependiente:

- Prestación del servicio.

3.2.2 Variables Independientes:

- Sistema Organizacional.
- Factores socioculturales del usuario externo.

3.2.3 Matriz de Operacionalización de las Variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	INDICADOR	ESCALA	FUENTE	TECNICA
VARIABLE DEPENDIENTE:						
1.-Prestación del Servicio.	Capacidad resolutive del servicio basado en principios de calidad, solidaridad, equidad, accesibilidad, acsequibilidad y otros.	<ul style="list-style-type: none"> Modelo de atención. Calidad de atención 	<ul style="list-style-type: none"> Atención primaria Atención secundaria # de pacientes atendidos al mes, por grupo etáreo. # de actividades de fomento y protección al mes. # de horas trabajadas por profesional contratado. Tiempo entre llegada y salida. Minutos de duración de la atención médica. # de usuarios satisfechos. # de usuarios que conocen el horario de atención 	<p>Actividades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fomento Protección Prevención Recuperación <ul style="list-style-type: none"> X médico X enfermera X obstetiz X odontólogo <ul style="list-style-type: none"> - 1 hora. 1 a 2 horas. + de 2 horas. <ul style="list-style-type: none"> mínimo 10 min. Prom. 15 min máx. 20 min. <ul style="list-style-type: none"> Entre 5 y 15 % Entre 20 y 70% Más del 70% 	<ul style="list-style-type: none"> Partes diarios Historia Clínica Concentrado mensual Observación directa. Parte diario. Concentrado mensual. Observación directa. 	<ul style="list-style-type: none"> Encuesta Entrevista Observ. directa Estadística Estadística Encuestas Entrevistas.

<p>VARIABLES INDEPENDIENTES:</p> <p>1.- Sistema Organizacional de las UO: Daniel Acosta,15 de Abril, María Auxiliadora y Santa Clara de la Parroquia Eloy Alfaro de Manta.</p> <p>2.- Factores Socioculturales del usuario externo.</p>	<p>Procedimientos técnico administrativos que norman al MSP y sus Unidades Operativas.</p> <p>Características sociales, económicas y culturales que identifican a la población y que influyen en la atención de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Modelo organizacional. Sistema de Control y Evaluación. Gestiones técnicas. Gestiones administrativas. Comportamiento de la comunidad frente al servicio. Creencias de la población. Percepción de la calidad del servicio. Credibilidad y Aceptación del Servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> Jerárquico. Participativo. Vertical. <p>Existencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Normas. Reglamentos. Procedimientos. <ul style="list-style-type: none"> Dependiente del área. Independientes del área. <ul style="list-style-type: none"> Participación comunitaria. En relación a la atención de la salud Eficiencia Eficacia Equidad 	<ul style="list-style-type: none"> Si No <p>Grados de cumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> 25% 50% 100% <ul style="list-style-type: none"> SI NO <ul style="list-style-type: none"> Autogestión. Cogestión. Curanderos. Brujos. Comadronas. Profesional. Buena Muy Buena Mala Regular 	<ul style="list-style-type: none"> Fuente primaria Observación directa. Supervisión. Monitoreo. Evaluación. Fuente primaria. Fuente primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevistas Encuestas Observación directa Entrevistas Encuestas
--	---	--	--	--	--	---

3.3 TIPO DE ESTUDIO.

El tipo de estudio que se llevó a cabo en esta investigación fué: descriptivo – exploratorio.

Descriptivo porque implicó la recopilación de información básica y presentación sistemática de datos que proporcionó una idea clara de la situación.

Fué estudio **exploratorio** porque explicó las relaciones causales y los efectos y porque se lo emprendió sabiendo muy poco a cerca de la problemática.

3.4 MÉTODO.

El método que se empleó en la investigación fué **deductivo-inductivo-analítico**, porque se procedió lógicamente de lo universal a lo particular.

Esto se hizo comparando cuatro unidades operativas, que experimentan problemáticas comunes y otras a las que no les afecta.

3.5 UNIVERSO.

Fueron las Unidades Operativas del Área de Salud N°2: Daniel Acosta, 15 de abril, María Auxiliadora y Santa Clara de la Parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta con todo su personal técnico-administrativo. Y por otro lado la comunidad representada por los usuarios de la demanda espontánea tomados por encuesta al azar en el lapso de tres meses.

3.6 MUESTRA.

Por parte del servicio de salud, todo el personal; para obtener información del usuario externo se tomó una muestra probabilística aleatoria simple con un universo finito de 39.349 habitantes que corresponde a la población de la Parroquia. Para seleccionar esta muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = ?$$

$$e = 5\%$$

$$Z = 1.96 \text{ (tabla de distribución normal para el 95\% de confiabilidad)}$$

$$N = 39.349$$

$$p = 0.50$$

$$q = 0.50 = q = 1-p$$

N = Universo

e = Error de estimación.

p = Probabilidad a favor.

q = Probabilidad en contra.

Z = Nivel de confianza.

n = Tamaño de la muestra.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{N \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50) (1 - 0.50) (39.349)}{(39.349) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.50) (1 - 0.50)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.50) (0.5) (39.349)}{}$$

$$(39.349) (0.0025) + (3.8416) (0.50) (0.5)$$

$$n = \frac{(0.9604) (39.349)}{98.3725 + 0.9604}$$

$$n = \frac{37790.78}{99.3329}$$

$$n = \mathbf{380}.$$

380 personas encuestadas con una población de 39.349 habitantes.

3.7 TÉCNICAS.

Tanto las **técnicas documentales** como las **técnicas de campo** que se utilizaron, sirvieron para sustentar y validar la finalidad de la presente investigación, las mismas que fueron aplicadas al equipo de salud y usuarios de las unidades operativas.

3.8 INSTRUMENTOS.

Encuesta.- Fue aplicada al usuario interno y externo. Se constituyó en un instrumento de recopilación de datos con preguntas flexibles y taxativas.

Entrevista.- Fué un procedimiento de recopilación de datos que implicó dirigir preguntas a los interpelados ya sea individualmente o por grupos. Las respuestas se registraron por escrito.

Observación directa.- Este procedimiento implicó la selección, vigilancia y registros sistemáticos de la conducta y características de los usuarios internos y externos.

3.9 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO.

Una vez aplicadas las encuestas se utilizó la técnica de los palotes y para los porcentajes la estadística descriptiva.

Los procedimientos estadísticos están aplicados a la construcción de las tablas, gráficos, descripción y análisis de datos empleando el Programa Excell 2.000 y para la prueba de la Hipótesis la Técnica Inferencial X^2 .

3.10 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Para el procesamiento de la información, se la realizó en forma manual utilizando hojas de recopilación de los cuestionarios, y la computadora a través del Programa Excell para el análisis de los datos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 CUADROS ESTADISTICOS.

TABLA # 1

USUARIOS ATENDIDOS PRIMERA CONSULTA Y SUBSECUENTE EN LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DEL AREA DE SALUD Nº2 - MANTA.

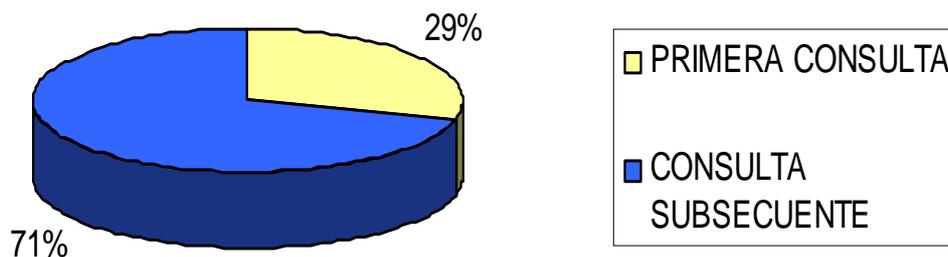
5 de Enero a 31 de Marzo 2004

TIPO DE USUARIO	F	%
PRIMERA CONSULTA	110	29
CONSULTA SUBSECUENTE	270	71
TOTAL	380	100

Fuente: Encuestas al usuario externo.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO Nº. 1



Interpretación: El 29% de los usuarios encuestados acuden por primera vez a las Unidades Operativas en estudio, mientras que el 71% son usuarios subsecuentes.

TABLA # 2

TRATO QUE RECIBEN LOS USUARIOS DE PARTE DEL PERSONAL QUE LABORA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DEL AREA DE SALUD N°2 - MANTA.

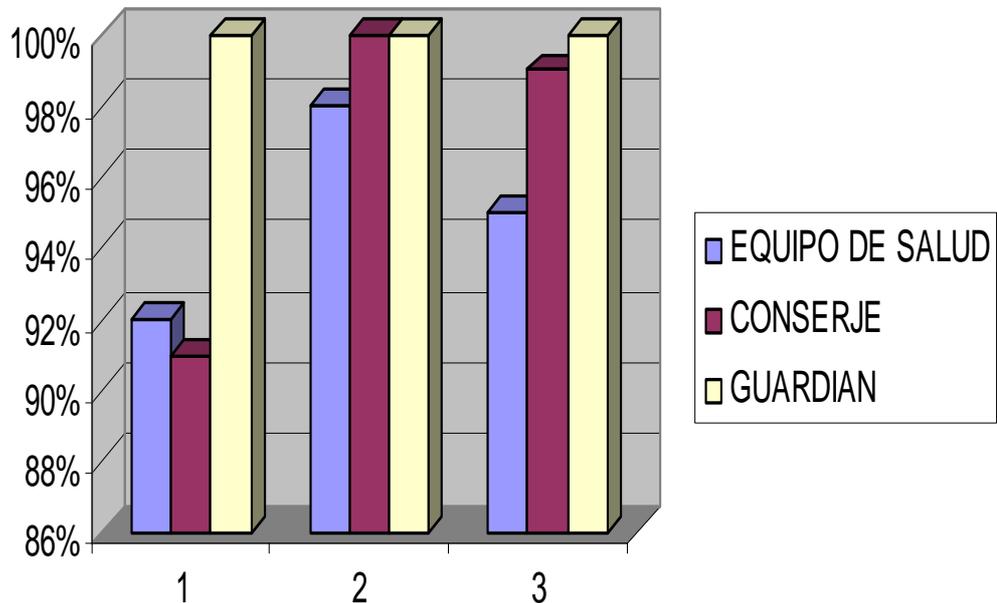
5 de Enero a 31 de Marzo 2004

TIPO	AMABLE	RESPETUOSO	ATENDIO SUS NECESIDADES
EQUIPO DE SALUD	92%	98%	95%
CONSERJE	91%	100%	99%
GUARDIAN	100%	100%	100%

Fuente: Encuestas al usuario externo.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO N°.2



Interpretación: La percepción de los usuarios respecto del trato que reciben por parte del Equipo de Salud fue en un 92% Amable, 98% Respetuoso y un 95% que Atendió sus Necesidades; en cuanto a el Conserje el 91% respondió que era Amable, un 100% Respetuoso y el 99% respondió que Atendió sus Necesidades; y el Guardián en las tres alternativas alcanzó un 100%.

TABLA # 3

TIPO DE ACTIVIDAD QUE REALIZAN LOS EQUIPOS DE SALUD PARA LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DEL AREA DE SALUD N°2 - MANTA.

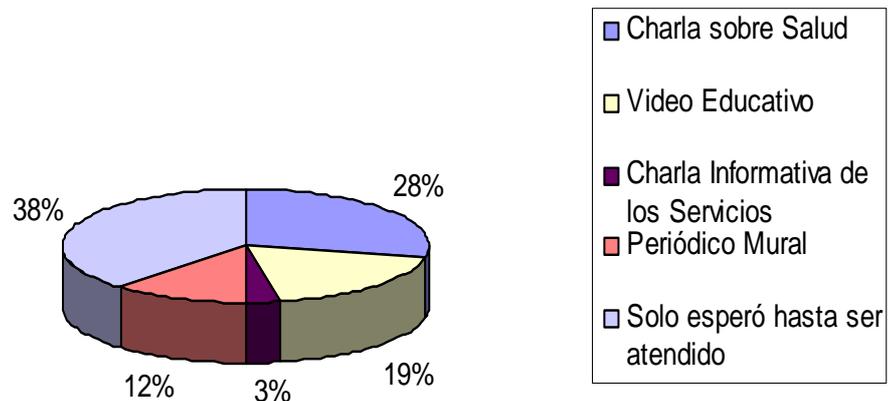
5 de Enero a 31 de Marzo 2004

TIPO DE ACTIVIDAD	F	%
Charla sobre Salud	106	28
Video Educativo	72	19
Charla Informativa de los Servicios	12	3
Periódico Mural	46	12
Solo esperó hasta ser atendido	144	38
TOTAL	380	100

Fuente: Encuestas al usuario externo.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO N° 3



Interpretación: El 38% de los usuarios solo esperan hasta ser atendidos, el 28% recibe una charla sobre Salud, el 19% observó un video educativo, el 12% leyó un periódico mural y sólo un 3% recibe una charla informativa de los servicios que prestan las Unidades Operativas.

TABLA # 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS QUE TIENEN LOS USUARIOS FRENTE A LA ATENCION QUE BRINDAN LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DEL AREA DE SALUD Nº 2 - MANTA.

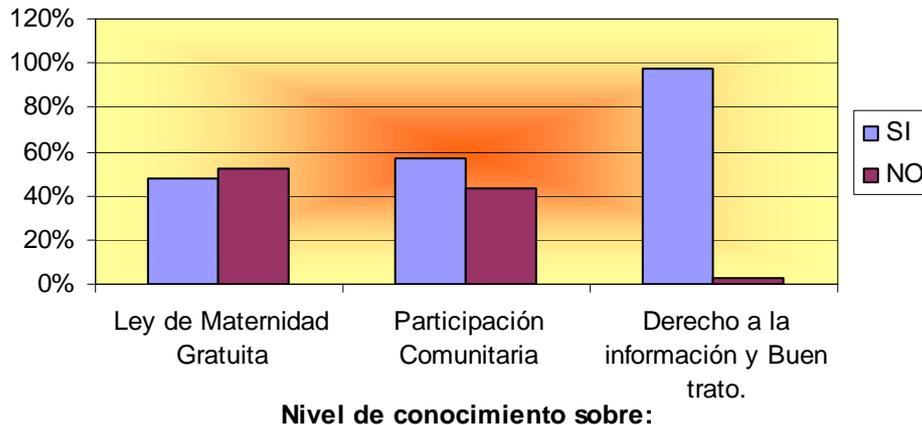
5 de Enero a 31 de Marzo 2004

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE:	SI		NO	
	F	%	f	%
Ley de Maternidad Gratuita	182	48	198	52
Participación Comunitaria	217	57	163	43
Derecho a la información y Buen trato.	369	97	11	3

Fuente: Encuestas al usuario externo.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO Nº 4



Interpretación: El 97% de los usuarios conocen que tienen derecho a la información y al buen trato, el 52% desconocen sobre la Ley de Maternidad Gratuita y el 57% de los usuarios saben que deben ser partícipes de la solución de sus necesidades.

TABLA # 5

PERCEPCION DE LOS USUARIOS RESPECTO AL SERVICIO QUE SE BRINDA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DEL AREA DE SALUD N°2 - MANTA.

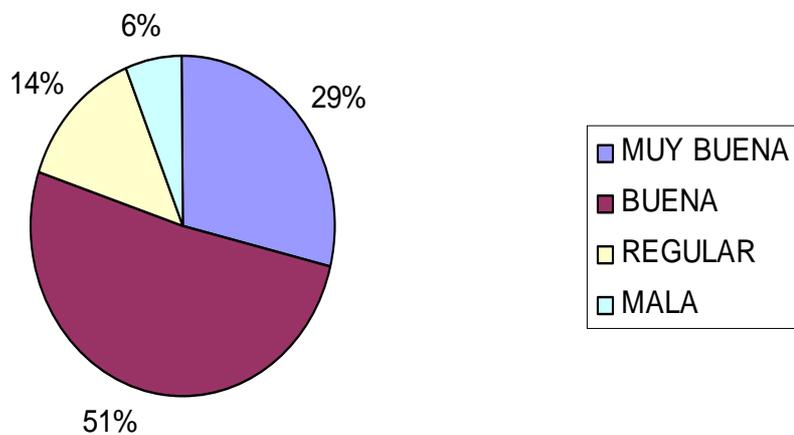
5 de Enero a 31 de Marzo 2004

SATISFACCION DEL USUARIO	F	%
MUY BUENA	110	29
BUENA	194	51
REGULAR	53	14
MALA	23	6
TOTAL	380	100

Fuente: Encuestas al usuario externo.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO N° 5



Interpretación: El 29% de los usuarios manifiesta que el servicio es Muy Bueno, el 51% que el servicio es Bueno, el 14% afirma que el servicio es Regular y el 6% dice que el servicio es Malo.

TABLA # 6

SATISFACCION DE LOS USUARIOS EN RELACION A LA SOLUCION DE SUS PROBLEMAS EN LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DEL AREA DE SALUD N° 2 - MANTA.

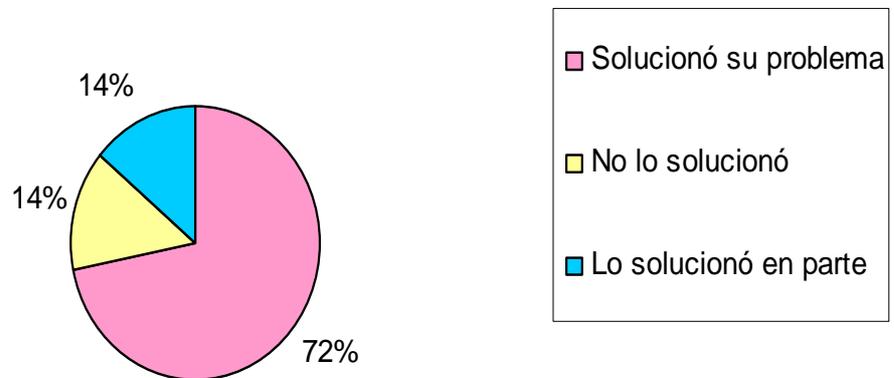
5 de Enero a 31 de Marzo 2004

CATEGORÍA	F	%
Solucionó su problema	274	72
No lo solucionó	53	14
Lo solucionó en parte	53	14
TOTAL	380	100

Fuente: Encuestas al usuario externo.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO 6



Interpretación: El 72% de los usuarios encuestados obtuvo solución a su problema, el 14% de ellos lo solucionó en parte y así mismo el 14% restante no lo solucionó.

TABLA # 7

TIEMPOS DE ESPERA EN LA ATENCION A USUARIOS DE LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DEL AREA DE SALUD N°2 - MANTA.

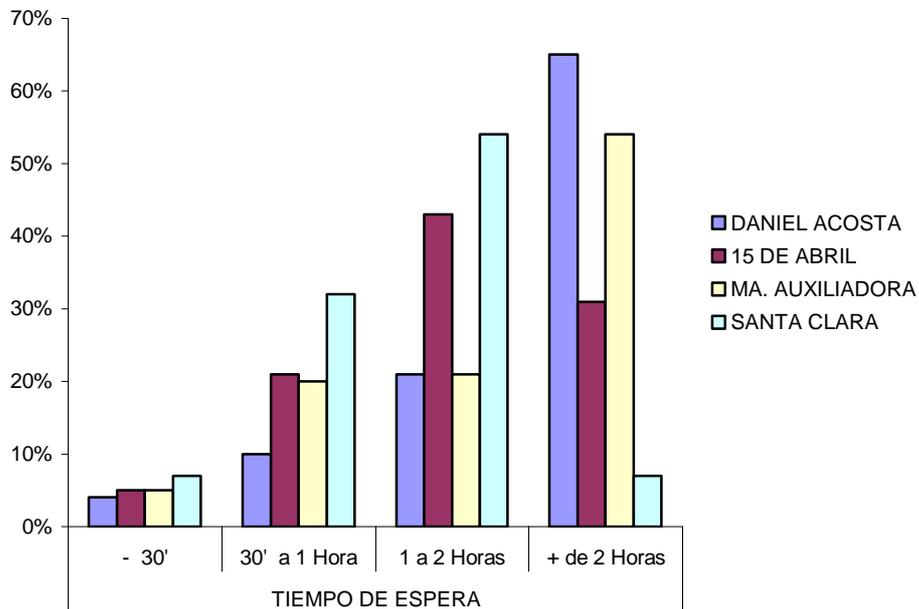
5 de Enero a 31 de Marzo 2004

UNIDAD OPERATIVA	TIEMPO DE ESPERA			
	- 30'	30' a 1 Hora	1 a 2 Horas	+ de 2 Horas
DANIEL ACOSTA	4%	10%	21%	65%
15 DE ABRIL	5%	21%	43%	31%
MA. AUXILIADORA	5%	20%	21%	54%
SANTA CLARA	7%	32%	54%	7%

Fuente: Encuestas al usuario externo.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO No. 7



Interpretación: El 65% de los usuarios de la Unidad Operativa Daniel Acosta Rosales esperan más de 2 horas por la atención médica, en el SCS. María Auxiliadora lo hacen el 54%, en el SCS. 15 de Abril el 31% y sólo el 7% en SCS. Santa Clara espera por más de 2 horas.

TABLA # 8

SATISFACCION POR EL TIEMPO DE ESPERA DE LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DEL AREA DE SALUD N°2 - MANTA.

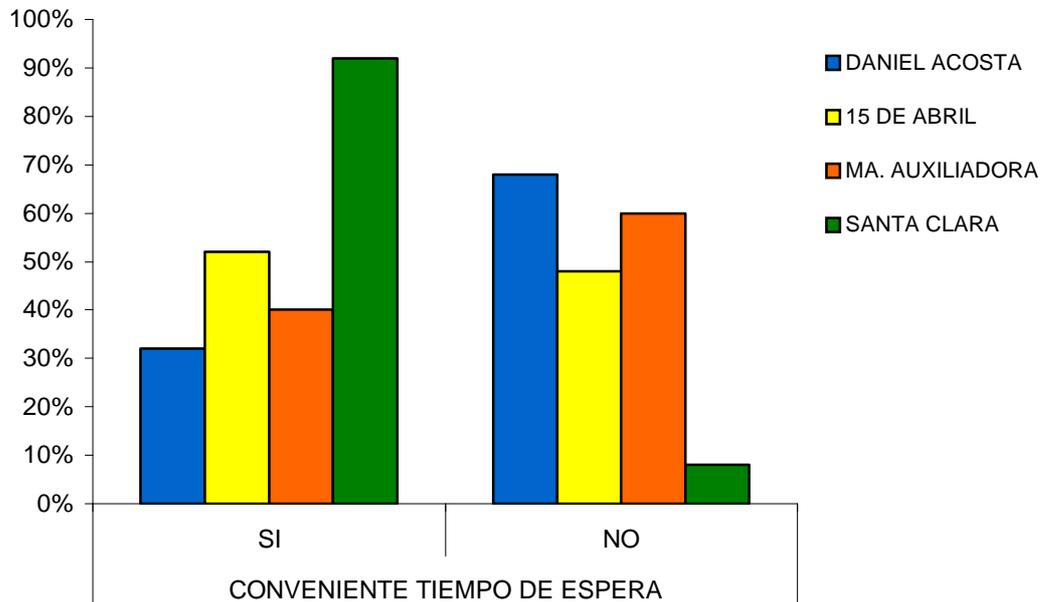
5 de Enero a 31 de Marzo 2004

UNIDAD OPERATIVA	CONVENIENTE TIEMPO DE ESPERA	
	SI	NO
DANIEL ACOSTA	32%	68%
15 DE ABRIL	52%	48%
MA. AUXILIADORA	40%	60%
SANTA CLARA	92%	8%

Fuente: Encuestas al usuario externo.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO No. 8



Interpretación: En la Unidad Operativa Daniel Acosta Rosales el 68% de los usuarios opina que no le parece conveniente el tiempo de espera, en el SCS. 15 de Abril al 48%, en el SCS. María Auxiliadora al 60% y en el SCS. Santa Clara solo el 8% de usuarios no le parece conveniente el tiempo de espera.

TABLA # 9

TIPO DE ACTIVIDAD QUE REALIZAN LOS EQUIPOS DE SALUD PARA LOS USUARIOS DE LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DEL AREA DE SALUD N°2 - MANTA.

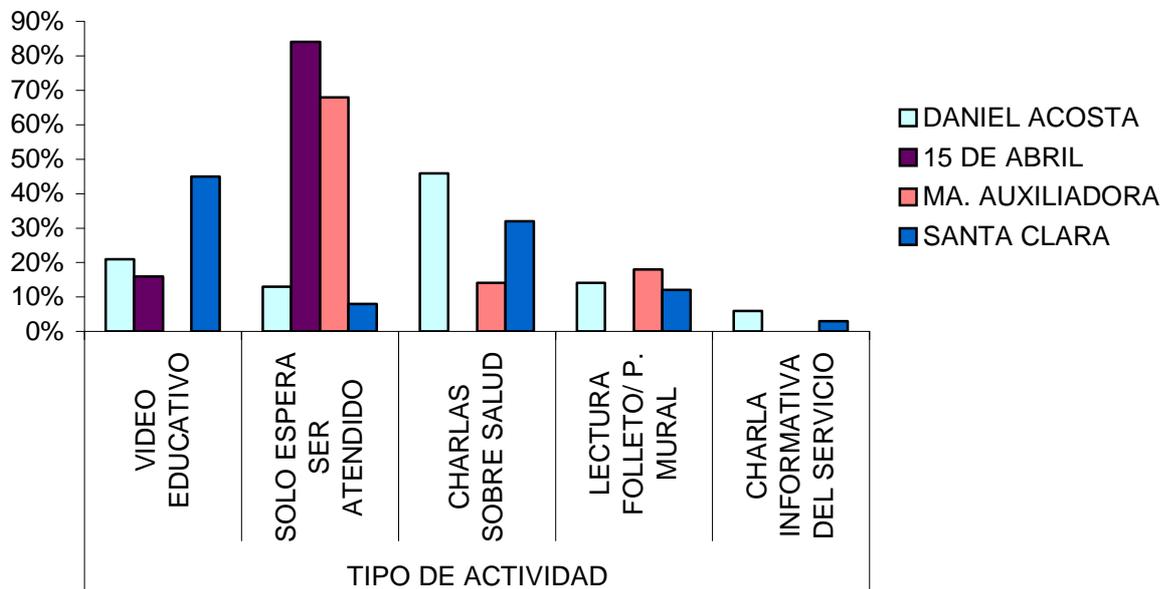
5 de Enero a 31 de Marzo 2004

UNIDAD OPERATIVA	TIPO DE ACTIVIDAD				
	VIDEO EDUCATIVO	SOLO ESPERA SER ATENDIDO	CHARLAS SOBRE SALUD	LECTURA FOLLETO/ P. MURAL	CHARLA INFORMATIVA DEL SERVICIO
DANIEL ACOSTA	21%	13%	46%	14%	6%
15 DE ABRIL	16%	84%	0%	0%	0%
MA. AUXILIADORA	0%	68%	14%	18%	0%
SANTA CLARA	45%	8%	32%	12%	3%

Fuente: Encuestas al usuario externo.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO No. 9



Interpretación: Mientras espera por la atención en las Unidades Operativas, el usuario recibió por parte del equipo de salud en un 65% la proyección de un video educativo, un 78% escuchó charlas sobre salud, un 9% recibió información acerca del Servicio de Salud, y un promedio del 43% solo esperó hasta ser atendido

TABLA # 10

CONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS EN RELACION AL SERVICIO QUE PRESTAN LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DEL AREA DE SALUD Nº2 - MANTA.

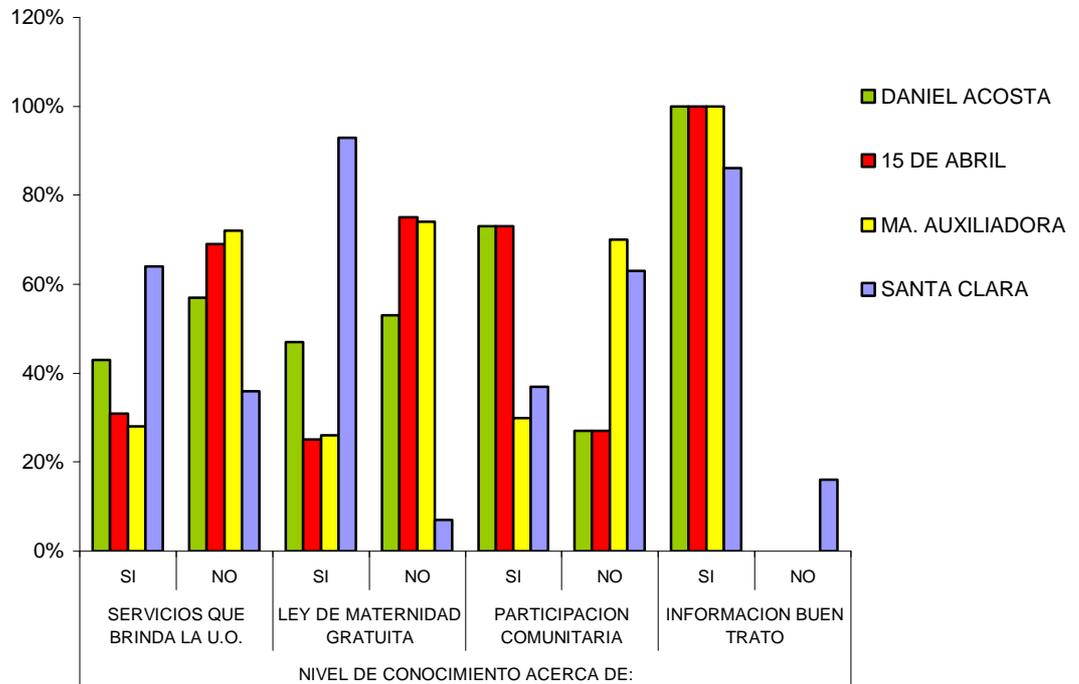
5 de Enero a 31 de Marzo 2004

UNIDAD OPERATIVA	NIVEL DE CONOCIMIENTO ACERCA DE:							
	SERVICIOS QUE BRINDA LA U.O.		LEY DE MATERNIDAD GRATUITA		PARTICIPACION COMUNITARIA		DERECHO A LA INFORMACION Y BUEN TRATO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
DANIEL ACOSTA	43%	57%	47%	53%	73%	27%	100%	0%
15 DE ABRIL	31%	69%	25%	75%	73%	27%	100%	0%
MA. AUXILIADORA	28%	72%	26%	74%	30%	70%	100%	0%
SANTA CLARA	64%	36%	93%	7%	37%	63%	86%	14%

Fuente: Encuestas al usuario externo.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO No. 10



Interpretación: El 59% de los usuarios que asisten a las Unidades Operativas desconoce de los servicios que se brindan; un 52% no conoce la Ley de Maternidad Gratuita; el 53% conoce sobre la Participación Comunitaria y el 97% de los usuarios sabe que tiene derecho a la Información y Buen Trato.

TABLA # 11

PERCEPCION DE LOS USUARIOS RESPECTO AL SERVICIO QUE SE BRINDA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DEL AREA DE SALUD N°2 – MANTA.

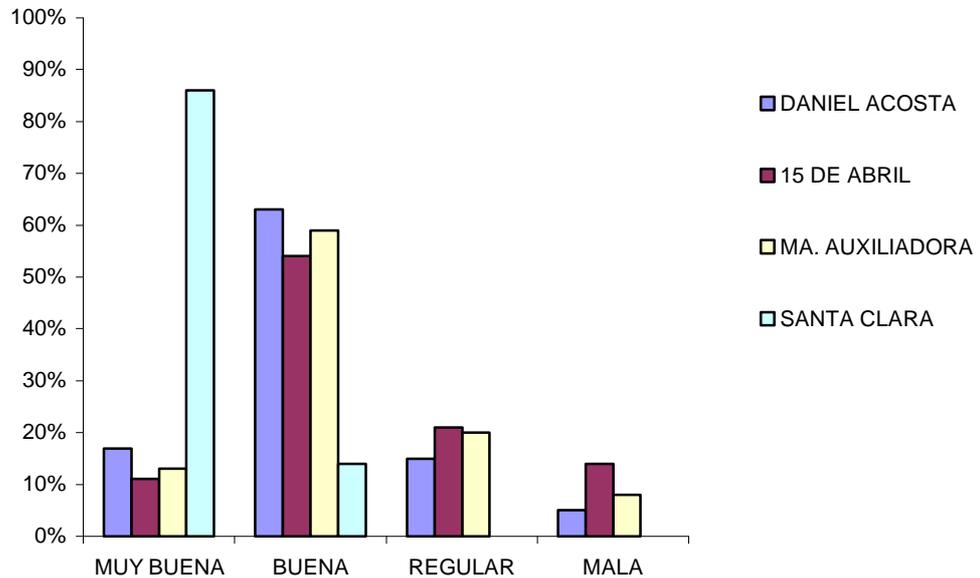
5 de Enero a 31 de Marzo 2004

UNIDAD OPERATIVA	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA
DANIEL ACOSTA	17%	63%	15%	5%
15 DE ABRIL	11%	54%	21%	14%
MA. AUXILIADORA	13%	59%	20%	8%
SANTA CLARA	86%	14%	0%	0%

Fuente: Encuestas al usuario externo.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO No. 11



Interpretación: Los usuarios de Daniel Acosta Rosales opinan que la atención es Muy Buena en un 17% y el 63% opina que es Buena; en el SCS. 15 de Abril el 11% opina que es Muy Buena y el 54% que es Buena; en el SCS. María Auxiliadora el 13% opina que es Muy Buena y el 59% que es Buena, en el SCS. Santa Clara el 86% opina que la atención es Muy Buena y el 14% que es Buena.

TABLA # 12

SATISFACCION DE LOS USUARIOS RESPECTO A LA ATENCION EN LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DEL AREA DE SALUD N°2 - MANTA

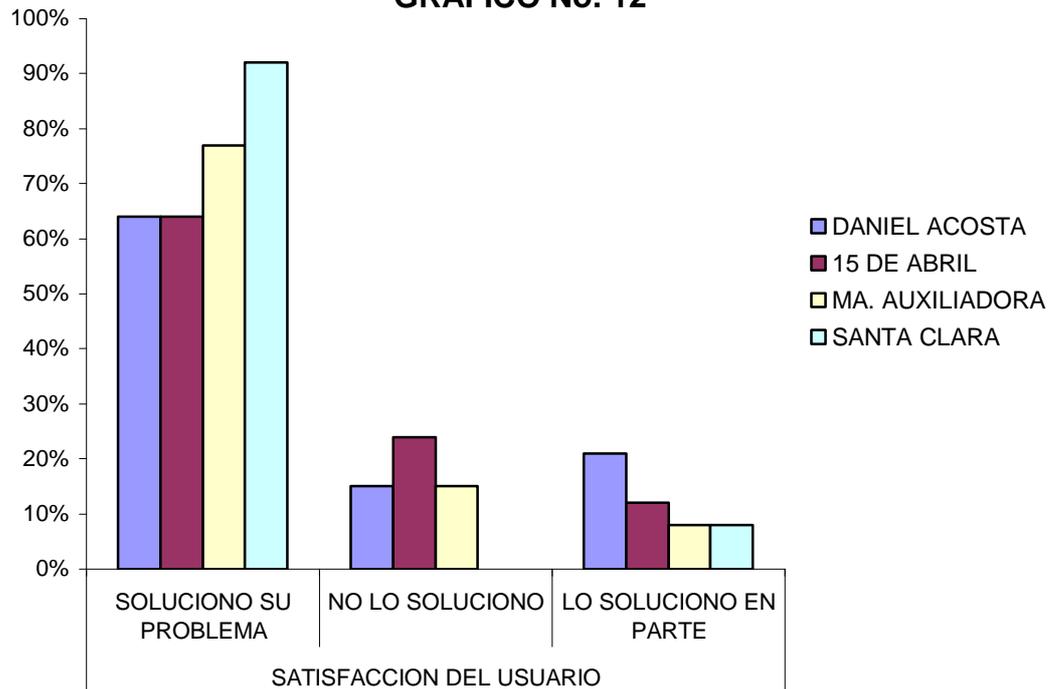
5 de Enero a 31 de Marzo 2004

UNIDAD OPERATIVA	NIVEL DE SATISFACCION		
	SOLUCIONO SU PROBLEMA	NO LO SOLUCIONO	LO SOLUCIONO EN PARTE
DANIEL ACOSTA	64%	15%	21%
15 DE ABRIL	64%	24%	12%
MA. AUXILIADORA	77%	15%	8%
SANTA CLARA	92%	0%	8%

Fuente: Encuestas al usuario externo.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO No. 12



Interpretación: En la Unidad Operativa Daniel Acosta Rosales el 64% de los usuarios solucionó su problema, al igual que en el S.C.S. 15 de Abril, en el S.C.S. María Auxiliadora el 77% lo solucionó y en Santa Clara el 92%.

TABLA # 13

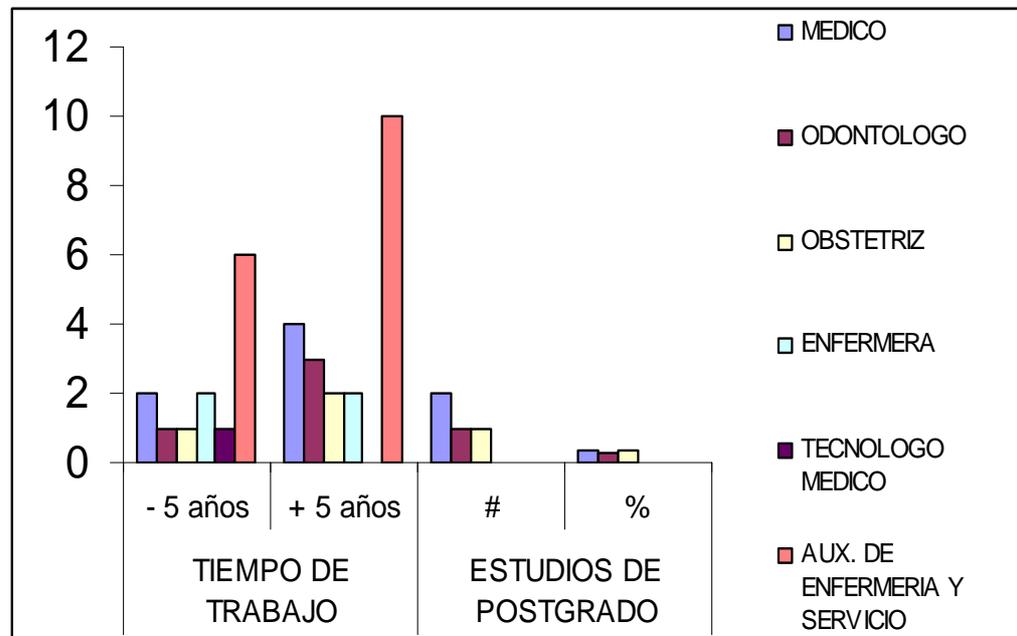
NUMERO DE PERSONAL PROFESIONAL/NO PROFESIONAL QUE LABORA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA , 15 DE ABRIL, SANTA CLARA Y MARIA AUXILIADORA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE MANTA Y SU NIVEL DE FORMACION

5 de Enero a Marzo 2004

TIPO	Nº	TIEMPO DE TRABAJO		ESTUDIOS DE POSTGRADO	
		- 5 años	+ 5 años	#	%
MEDICO	6	2	4	2	33%
ODONTOLOGO	4	1	3	1	25%
OBSTETRIZ	3	1	2	1	33%
ENFERMERA	4	2	2	0	0%
TECNOLOGO MEDICO	1	1	0	0	0%
AUX. DE ENFERMERIA Y SERVICIO	16	6	10	0	0%
TOTAL	34	13	21	4	12%

Fuente: Encuestas al usuario interno.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.



Interpretación: En las Unidades Operativas solo el 33% de los médicos (2) posee estudios de Postgrado en Gerencia de Servicios de Salud, al igual que las obstetrices el 25% (1) de los Odontólogos posee esta formación y el resto de profesionales no la posee.

TABLA # 14

IMPRESIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD RESPECTO A SU CAPACIDAD DEL MANEJO TÉCNICO/ADMINISTRATIVO DE SU UNIDAD OPERATIVA

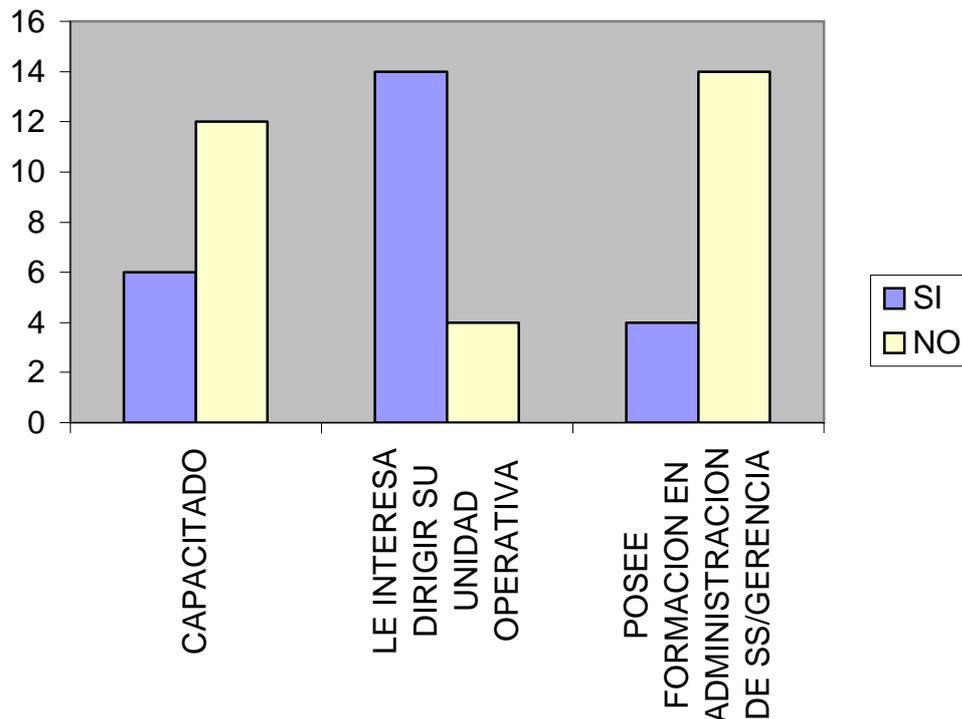
5 de Enero a 31 de Marzo 2004

CARACTERIZACION	SI		NO	
	#	%	#	%
CAPACITADO	6	33%	12	67%
LE INTERESA DIRIGIR SU UNIDAD OPERATIVA	14	78%	4	22%
POSEE FORMACION EN ADMINISTRACION DE SS/GERENCIA	4	22%	14	78%

Fuente: Encuestas al usuario externo.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO No. 14



Interpretación: El 67% de los profesionales no se siente capacitado para el manejo técnico/administrativo de su Unidad Operativa, y solo un 33% asume que si; un 78% de los profesionales no posee formación en administración de Servicios de Salud y solo un 22% la posee; al 22% de los profesionales no les interesa dirigir su unidad operativa, mientras que el 78% si les interesa.

TABLA # 15

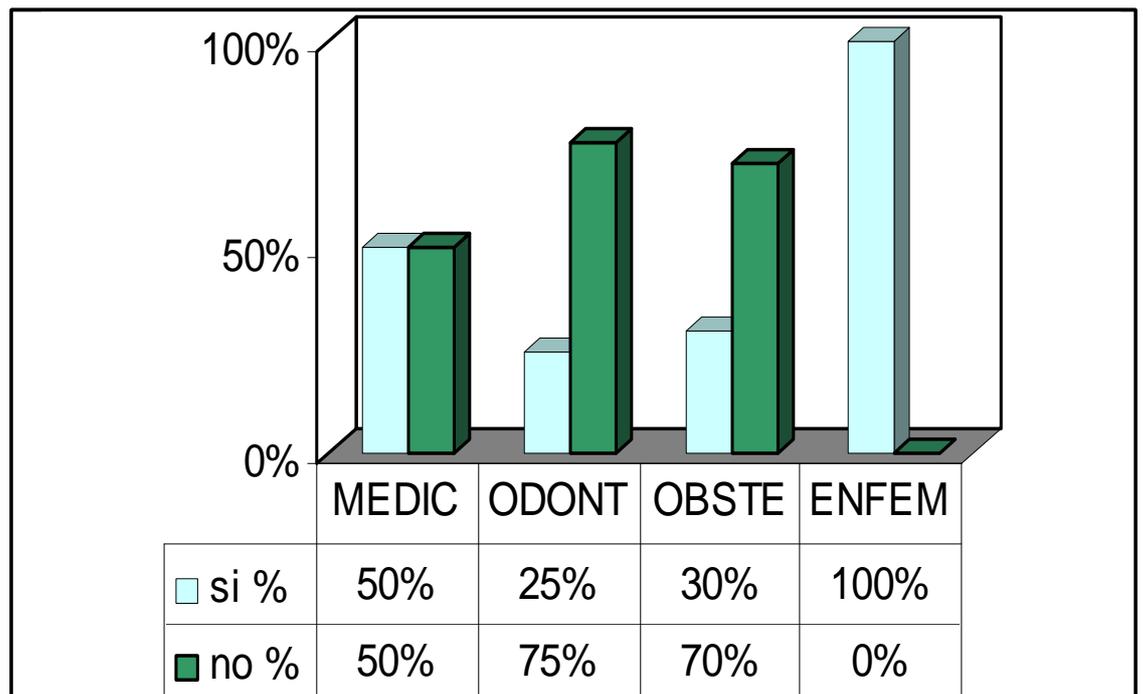
**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SOBRE
LOS PROGRAMAS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y
SU MANEJO**

5 de Enero a 31 de Marzo 2004

TIPO	SI		NO	
	# PROFESIONALES	DE %	# PROFESIONALES	DE %
MEDICO	3	50%	3	50%
ODONTOLOGOS	1	25%	3	75%
OBSTETRICES	1	30%	2	70%
ENFEMERAS	4	100%	0	0%

Fuente: Encuestas al usuario interno.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.



Interpretación: El 50% de los médicos encuestados no conocen en su totalidad los programas del MSP y su manejo; los odontólogos no lo conocen en un 75%; las obstetrices en un 70% y solo las enfermeras conocen los programas en un 100%.

TABLA # 16

AMENAZAS PERCIBIDAS POR LOS PROFESIONALES Y QUE INCIDEN SOBRE EL SERVICIO DE SALUD DE LAS UNIDADES OPERATIVAS DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE MANTA

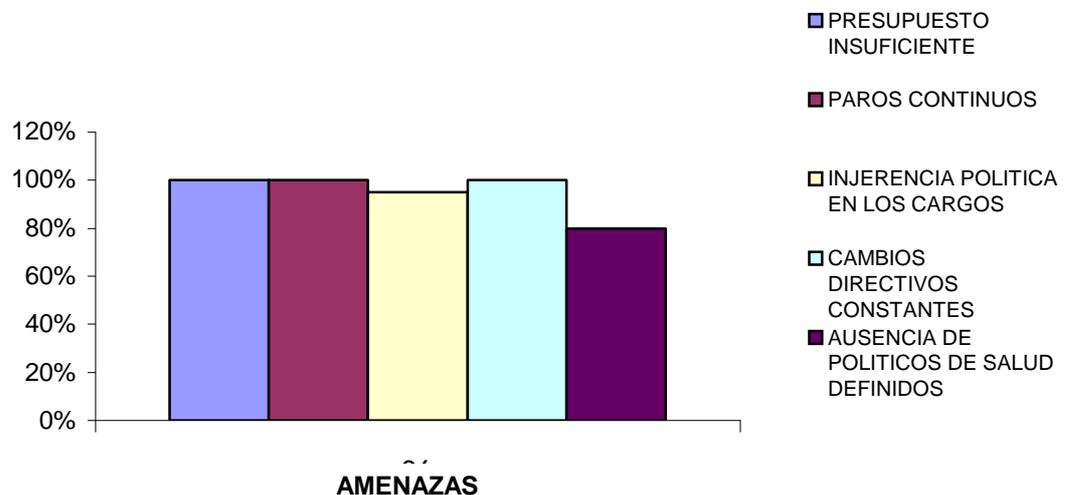
5 de Enero a Marzo 2004

AMENAZAS	F	%
PRESUPUESTO INSUFICIENTE	34	100%
PAROS CONTINUOS	34	100%
INJERENCIA POLITICA EN LOS CARGOS	32	95%
CAMBIOS DIRECTIVOS CONSTANTES	34	100%
AUSENCIA DE POLITICOS DE SALUD DEFINIDOS	27	80%

Fuente: Encuestas al usuario interno

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO No. 16



Interpretación: El 100% de los profesionales coinciden en que es una amenaza para el Servicio de Salud el presupuesto insuficiente, los cambios directivos constantes y las medidas de hecho continuas. El 95% considera que la injerencia política en los cargos es ansiosa, y el 80% opina que la ausencia de políticas de salud también lo es.

TABLA # 17

DEBILIDADES PERCIBIDAS POR LOS PROFESIONALES Y QUE INCIDEN SOBRE EL SERVICIO DE SALUD DE LAS UNIDADES OPERATIVAS DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE MANTA

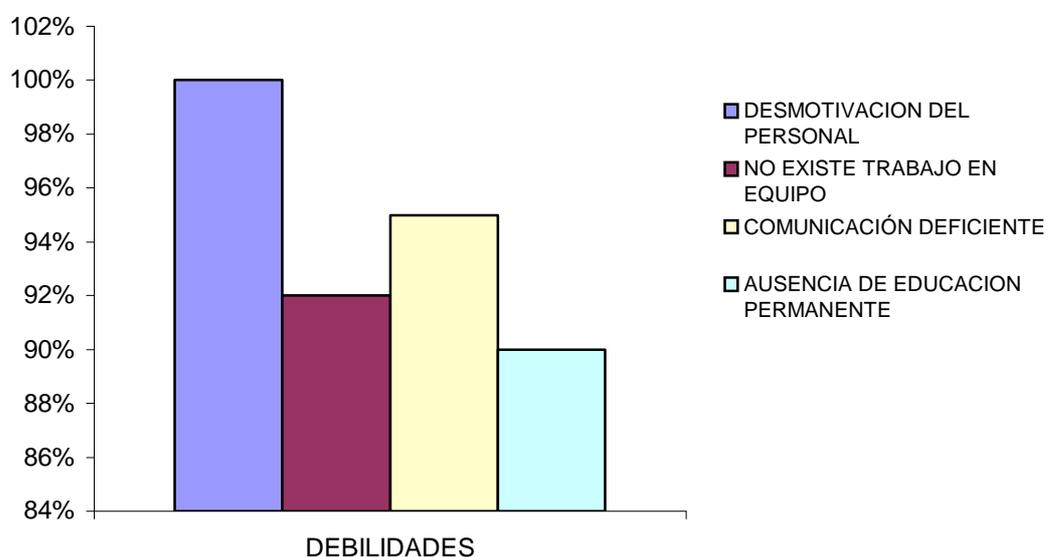
5 de Enero a Marzo 2004

DEBILIDADES	F	%
DESMOTIVACION DEL PERSONAL	34	100%
NO EXISTE TRABAJO EN EQUIPO	31	92%
COMUNICACIÓN DEFICIENTE	32	95%
AUSENCIA DE EDUCACION PERMANENTE	30	90%

Fuente: Encuestas al usuario interno.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO No.17



Interpretación: La desmotivación del personal es una debilidad según el 100% de los encuestados, así como el 95% responde que la comunicación es deficiente no existe trabajo en equipo el 92% y ausencia de educación permanente es una debilidad para el 92% de los encuestados.

TABLA # 18

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS LIDERES COMUNITARIOS EN CUANTO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS UNIDADES OPERATIVAS DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE MANTA, QUE VELAN POR LA SALUD DE LA POBLACION

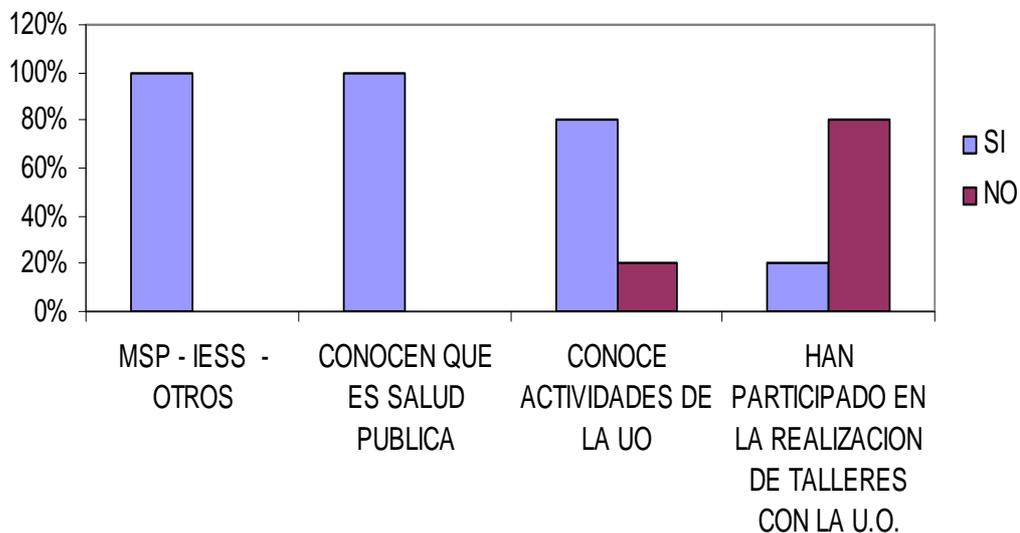
5 de Enero a Marzo 2004

CRITERIOS SOBRE SALUD	f	SI	f	NO
ORGANISMO RECTOR EN SALUD MSP	20	100%	0	0%
CONOCEN QUE ES SALUD PUBLICA	20	100%	0	0%
CONOCE ACTIVIDADES DE LA UO	16	80%	4	20%
HAN PARTICIPADO EN LA REALIZACION DE TALLERES CON LA U.O.	4	20%	16	80%

Fuente: Encuestas a los líderes comunitarios.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO No. 18



ORGANISMO RECTOR DE LA SALUD

Interpretación: El 100% de los líderes comunitarios conocen la rectoría del MSP en salud y manejan el concepto de Salud Pública, el 80% conoce actividades de las unidades operativas, un 20% no las conoce, un 20% ha participado en la realización de talleres en la unidad operativa y un 80% desconoce esta actividad.

TABLA # 19

PARTICIPACION DE LIDERES COMUNITARIOS EN TALLERES O REUNIONES ORGANIZADAS POR EL EQUIPO DE SALUD DE LAS UNIDADES OPERATIVAS DANIEL ACOSTA , 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE MANTA, QUE VELAN POR LA SALUD DE LA POBLACION

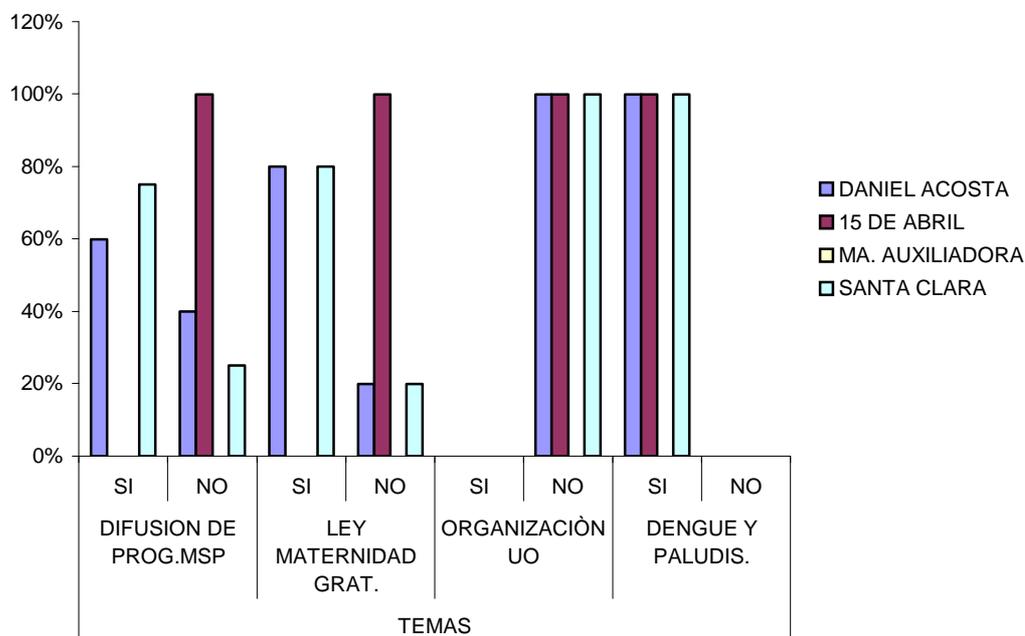
5 de Enero a Marzo 2004

UNIDADES	TEMAS							
	DIFUSION DE PROG.MSP		LEY DE MATERNIDAD GRAT.		ORGANIZACION UO		DENGUE Y PALUDIS.	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
DANIEL ACOSTA	60%	40%	80%	20%	0%	100%	100%	0%
15 DE ABRIL	0%	100%	0%	100%	0%	100%	100%	0%
MA. AUXILIADORA	0%	100%	0%	100%	0%	100%	100%	0%
SANTA CLARA	75%	25%	80%	20%	0%	100%	100%	0%

Fuente: Encuestas al usuario interno.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO No. 19



Interpretación: El 100% de los líderes comunitarios han participado en talleres de difusión de los programas del MSP, Ley Maternidad Gratuita, Organización de Unidades Operativas y Dengue y Paludismo en las unidades operativas Daniel Acosta y Santa Clara, las Unidades Operativas María Auxiliadora y 15 de Abril no los realizan.

TABLA # 20

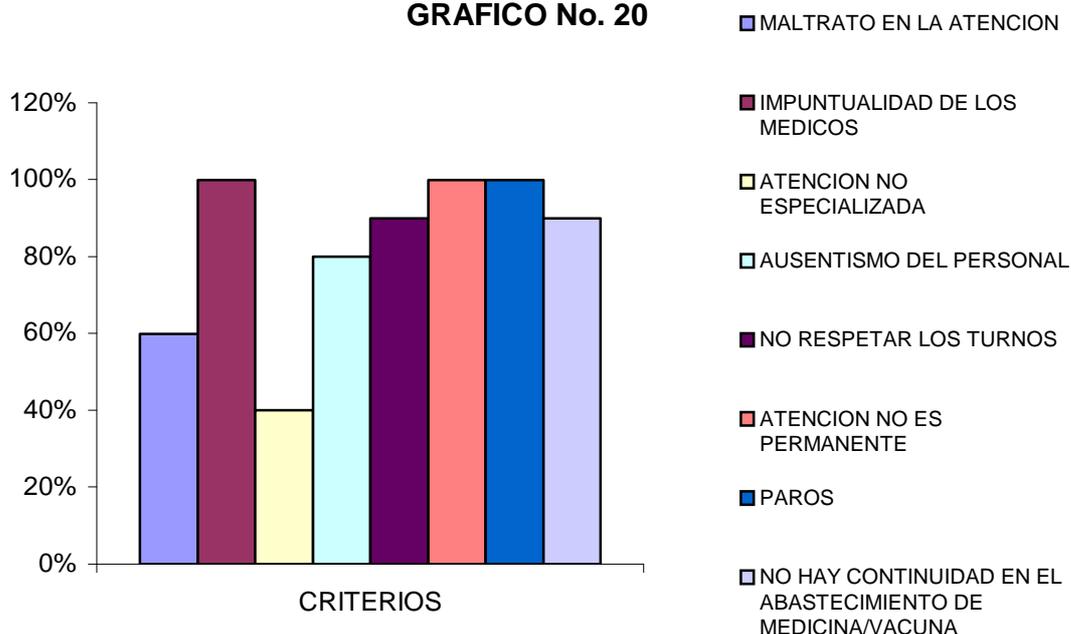
**IMPRESIÓN DE LOS USUARIOS EN RELACION A LA ATENCION
EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS UNIDADES
OPERATIVAS DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA
AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY
ALFARO DE MANTA .
5 de Enero a Marzo 2004**

CRITERIOS	f	%
MALTRATO EN LA ATENCIÓN	228	60%
IMPUNTUALIDAD DE LOS MEDICOS	380	100%
ATENCION NO ESPECIALIZADA	152	40%
AUSENTISMO DEL PERSONAL	304	80%
NO RESPETAR LOS TURNOS	342	90%
ATENCION NO ES PERMANENTE	380	100%
PAROS	380	100%
NO HAY CONTINUIDAD EN EL ABASTECIMIENTO DE MEDICINA/VACUNA	342	90%

Fuente: Encuestas al usuario interno.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO No. 20



Interpretación: El 60% opina que hay maltratos en la atención, un 80% critica el ausentismo del personal; al 90% le molesta el no existir respeto en el orden de turnos y el desabastecimiento de medicina y al 100% les molesta la impuntualidad de los médicos, atención no permanente y los continuos paros.

TABLA # 21

SUGERENCIAS DE LIDERES Y USUARIOS RESPECTO A COMO MEJORAR LOS SERVICIOS DE LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA , 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE MANTA QUE VELAN POR LA SALUD DE LA POBLACION.

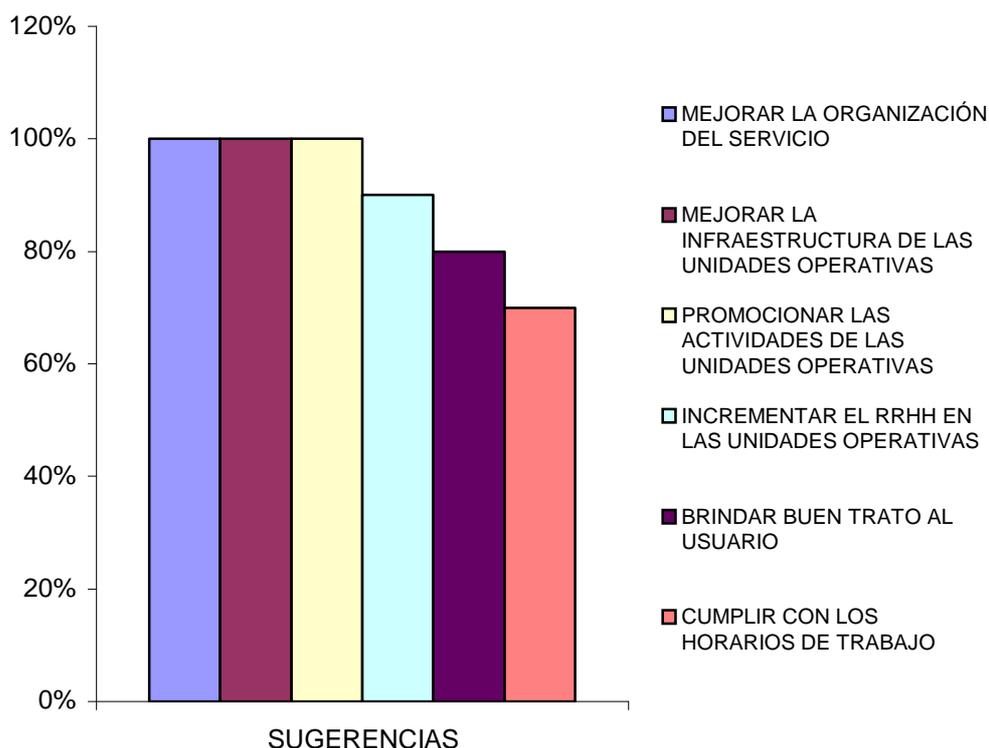
5 de Enero a 31 de Marzo 2004

SUGERENCIAS	f	%
MEJORAR LA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO	380	100%
MEJORAR LA INFRAESTRUCTURA DE LAS UNIDADES OPERATIVAS	380	100%
PROMOCIONAR LAS ACTIVIDADES DE LAS UNIDADES OPERATIVAS	380	100%
INCREMENTAR EL RRHH EN LAS UNIDADES OPERATIVAS	342	90%
BRINDAR BUEN TRATO AL USUARIO	304	80%
CUMPLIR CON LOS HORARIOS DE TRABAJO	266	70%

Fuente: Encuestas al usuario externo y líderes comunitarios.

Elaborado por: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías.

GRAFICO No. 21



Interpretación: Un 70% de los usuarios y líderes sugiere que el equipo de salud cumpla con su horario de trabajo; un 80% que se brinde buen trato al usuario; un 90% que se incremente el recurso humano en las Unidades Operativas; y un 100% cree que se debe mejorar la organización, la infraestructura y promocionar las actividades de los Subcentros de Salud

4.2 COMPROBACION DE HIPOTESIS.

Factores que inciden en la capacidad técnico-administrativo del personal de los servicios de salud como determinantes en la calidad de atención en las Unidades Operativas: Daniel Acosta, 15 de Abril, María Auxiliadora y Santa Clara de la Parroquia Eloy Alfaro del Área de Salud N°2

FACTORES	MUY BUENA (mb)	BUENA (b)	REGULAR (r)	MALA (m)	TOTAL
Tiempo de espera en la atención del usuario.	18	68	122	171	380 (i)
Percepción de los usuarios respecto al servicio que se brinda	110	194	53	23	380 (i)
Satisfacción del usuario respecto a la atención.	124	120	73	63	380 (i)
Manejo de la capacidad técnico-administrativa del personal de salud.	2	5	8	3	18 (i)
Nivel de conocimiento de los profesionales sobre los programas del MSP.	3	5	4	6	18 (i)
TOTAL	258 (j)	392 (j)	260 (j)	266 (j)	1176

FUENTE: Encuestas

ELABORADO POR: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Muy Buena (mb) 2. Buena (b) 3. Regular (r) 4. Mala (m) |
|--|

Para este análisis se aplicará estadística inferencial, usando pruebas estadísticas paramétricas que es aquella cuyo modelo especifica ciertas condiciones acerca de los parámetros de la población de la que se obtuvo la muestra investigada, que no se prueban ordinariamente si no se supone que se mantienen. La significación de los resultados de una prueba paramétrica depende de la validez de estas suposiciones.

$$H_0: P_j = P_i P_j$$

$$i = 1, 2, 3, 4, 5$$

$$H1: P_{ij} = P_i P_j \quad j = 1, 2, 3, 4$$

Nivel de significancia = 0.05

Filas (F)

$$F = 5$$

$$F - 1 = 5 - 1$$

$$F = 4$$

Columnas (C)

$$C = 4$$

$$C - 1 = 4 - 1$$

$$C = 3$$

$$4 \times 3 = 12$$

12 grados de libertad X^2 con $\alpha = 0.05$ obtenemos

$$X^2_{0.05} = 21026$$

Se rechaza la hipótesis nula si $X > 21026$

La aplicación se la realiza aplicando el método del Ji Cuadrado, en donde existe un cruce de variables entre filas y columnas.

$$E1.1 = \frac{n1 * n1}{n} = \frac{(380)(258)}{1176} = 83.37$$

$$E1.2 = \frac{n1 * n2}{n} = \frac{(380)(392)}{1176} = 126.67$$

$$E1.3 = \frac{n1 * n3}{n} = \frac{(380)(260)}{1176} = 84.01$$

$$E1.4 = \frac{n1 * n4}{n} = \frac{(380)(266)}{1176} = 85.95$$

$$E2.1 = \frac{n2 * n1}{n} = \frac{(380)(258)}{1176} = 83.37$$

$$E2.2 = \frac{n2 * n2}{n} = \frac{(380)(392)}{1176} = 126.67$$

$$E2.3 = \frac{n2 * n3}{n} = \frac{(380)(260)}{1176} = 84.01$$

$$E2.4 = \frac{n2 * n4}{n} = \frac{(380)(266)}{1176} = 85.95$$

$$E3.1 = \frac{n3 * n1}{n} = \frac{(380)(258)}{1176} = 83.37$$

$$E3.2 = \frac{n3 * n2}{n} = \frac{(380)(392)}{1176} = 126.67$$

$$E3.3 = \frac{n3 * n3}{n} = \frac{(380)(260)}{1176} = 84.01$$

$$E3.4 = \frac{n3 * n4}{n} = \frac{(380)(266)}{1176} = 85.95$$

$$E4.1 = \frac{n4 * n1}{n} = \frac{(380)(258)}{1176} = 83.37$$

$$E4.2 = \frac{n4 * n2}{n} = \frac{(380)(392)}{1176} = 126.67$$

$$E4.3 = \frac{n4 * n3}{n} = \frac{(380)(260)}{1176} = 84.01$$

$$E4.4 = \frac{n4 * n4}{n} = \frac{(380)(266)}{1176} = 85.95$$

$$E5.1 = \frac{n5 * n1}{n} = \frac{(380)(258)}{1176} = 83.37$$

$$E5.2 = \frac{n5 * n2}{n} = \frac{(380)(392)}{1176} = 126.67$$

$$E5.3 = \frac{n5 * n3}{n} = \frac{(380)(260)}{1176} = 84.01$$

$$E5.4 = \frac{n5 * n4}{n} = \frac{(380)(266)}{1176} = 85.95$$

$$X^2 = \frac{(mb1 - E1.1)^2}{E1.1} + \frac{(b1 - E1.2)^2}{E1.2} + \frac{(r1 - E1.3)^2}{E1.3} + \frac{(m1 - E1.4)^2}{E1.4} + \frac{(mb2 - E2.1)^2}{E2.1} + \frac{(b2 - E2.2)^2}{E2.2} +$$

$$X^2 = \frac{(r2 - E2.3)^2}{E2.3} + \frac{(m2 - E2.4)^2}{E2.4} + \frac{(mb3 - E3.1)^2}{E3.1} + \frac{(b3 - E3.2)^2}{E3.2} + \frac{(r3 - E3.3)^2}{E3.3} + \frac{(m3 - E3.4)^2}{E3.4} +$$

$$X^2 = \frac{(mb4 - E4.1)^2}{E4.1} + \frac{(b4 - E4.2)^2}{E4.2} + \frac{(r4 - E4.3)^2}{E4.3} + \frac{(m4 - E4.4)^2}{E4.4} + \frac{(mb5 - E5.1)^2}{E5.1} + \frac{(b5 - E5.2)^2}{E5.2} +$$

$$X^2 = \frac{(r5 - E5.3)^2}{E5.3} + \frac{(m5 - E5.4)^2}{E5.4} =$$

$$X^2 = \frac{(19 - 83.37)^2}{83.37} + \frac{(68 - 126.67)^2}{126.67} + \frac{(122 - 84.01)^2}{84.01} + \frac{(171 - 85.85)^2}{85.85} + \frac{(110 - 83.37)^2}{83.37} +$$

$$X^2 = \frac{(194 - 126.67)^2}{126.67} + \frac{(53 - 84.01)^2}{84.01} + \frac{(23 - 85.95)^2}{85.95} + \frac{(124 - 83.37)^2}{83.37} + \frac{(120 - 126.67)^2}{126.67} +$$

$$X^2 = \frac{(73 - 84.01)^2}{84.01} + \frac{(63 - 85.95)^2}{85.95} + \frac{(2 - 83.37)^2}{83.37} + \frac{(5 - 126.67)^2}{126.67} + \frac{(8 - 84.01)^2}{84.01} +$$

$$X^2 = \frac{(3 - 85.95)^2}{85.95} + \frac{(3 - 83.37)^2}{83.37} + \frac{(5 - 126.67)^2}{126.67} + \frac{(4 - 84.01)^2}{84.01} + \frac{(6 - 83.37)^2}{83.37} +$$

$$X^2 = 49.70 + 27.17 + 17.18 + 84.16 + 8.51 + 35.79 + 11.45 + 46.10 + 19.80 + 0.35 + 1.44 +$$

$$X^2 = 6.13 + 79.42 + 116.87 + 68 + 77 + 80.05 + 77.48 + 116.87 + 76.20 + 74.37 =$$

$$X^2 = 997.81$$

RESULTADO

Dado que $X^2 = 997.81$ es menor que $X_{0.005} = 21026$, la hipótesis por lo tanto se acepta.

4.3 CALCULO

Ho: Pm = Pe = Pn

H1: Son diferentes

$$GLt = 20 - 1 = 19$$

$$GLE = 4 - 1 = 3$$

$$GLmen = (5-1) + (5-1) + (5-1) + (5-1) = 16$$

Se rechaza la hipótesis nula si $F > 3.24$

	FUNCIONES	1 (mb)	2 (b)	3 (r)	4(m)	MB²	B²	R²	M²
1	Tiempo espera	19	68	122	171	361	4624	1488 4	29249
2	Percepción us.	110	194	53	23	12100	3763 6	2809	529
3	Satisf.usuario	124	120	73	63	15376	1440 0	5329	3969
4	Cap. Manejo	2	5	8	3	4	25	64	6
5	Nivel conocimi.	3	5	4	6	9	25	16	36
	TOTAL	258	392	260	266	27850	5671 0	2310 2	33784

FUENTE: Encuesta

ELABORADO POR: Dra. Lourdes Chávez / Dra. Estrella Macías

SUMA TOTAL DE CUADRADOS

$$\sum X^2 = (MB^2 + B^2 + R^2 + M^2) - \frac{(mb + b + r + m)^2}{GLt} =$$

$$\sum X^2 = (27850 + 56710 + 23102 + 33784) - \frac{(258 + 392 + 260 + 266)^2}{20} =$$

$$\sum X^2 = (141466) - \frac{(1176)^2}{20} =$$

$$\sum X^2 = 141466 - 69148.80 =$$

$$\sum X^2 = 72297.20$$

SUMA DE CUADRADOS ENTRE GRUPOS

$$\sum X^2e = \left[\frac{(mb)^2}{5} + \frac{(b)^2}{5} + \frac{(r)^2}{5} + \frac{(m)^2}{5} \right] - \frac{(mb + b + r + m)^2}{GLt}$$

$$\sum X^2e = \left[\frac{(258)^2}{5} + \frac{(392)^2}{5} + \frac{(260)^2}{5} + \frac{(266)^2}{5} \right] - 69148.80$$

$$\sum X^2e = (13312.80 + 30732.80 + 13520 + 14151.20) - 69148.80$$

$$\sum X^2 = (71716.80) - 69148.80 =$$

$$\sum X^2 = 2568$$

SUMA DE CUADRADOS DENTRO DE LOS GRUPOS

1(mb)

$$\sum X^2d = (MB^2) - \frac{(b)^2}{5}$$

$$\sum X^2d = 27850 - 13312.80 = 14537.20$$

2 (b)

$$\sum X^2d = (B^2) - \frac{(b)^2}{5}$$

$$\sum X^2d = 56710 - 30732.80 = 25977.20$$

3 (r)

$$\sum X^2d = (R^2) - \frac{(r)^2}{5}$$

$$\sum X^2d = 23102 - 13520 = 9582$$

4 (n)

$$\sum X^2d = (M^2) - \frac{(m)^2}{5}$$

$$\sum X^2d = 33784 - 14151.20 = 19632.80$$

SUMA TOTAL DE mb + b + r + m

$$14537.20 + 25977.20 + 9582 + 19632.80 = 69729.20$$

COMPROBANDO

Suma De Cuadrados entre grupos + Suma total de mb+b+r+m

$$2568 + 69729.20 = 72297.20$$

CUADRADOS MEDIOS

$$\text{Entre grupos} = \frac{2568}{3} = 856$$

$$\text{Dentro de los grupos} = \frac{69729.20}{16} = 4358.08$$

Contraste F de Snedecor

$$F = \frac{856}{4358.08} = 0.20$$

CONCLUSION

Como $F = 0.20$ que es menor que 3.24 se acepta la hipótesis, en donde se comprueba positivamente, que la capacidad técnico administrativa del personal de los servicios de salud si son determinantes para la calidad de atención en las Unidades Operativas: Daniel Acosta, Santa Clara, 15 de Abril, María Auxiliadora de la Parroquia Eloy Alfaro.

CAPITULO V

ANALISIS DE RESULTADOS.

En la Parroquia Eloy Alfaro de Manta se encuentran ubicadas 6 Unidades Operativas del Ministerio de Salud Pública pertenecientes a el Área de Salud N° 2, brindan Atención Integral de Promoción, Prevención y Curación de la salud a la población de esta zona y de sitios aledaños. Cada Unidad Operativa tiene asignada su área de influencia y la población a atender que es asignada por el Área de Salud a través de las proyecciones del INEC.

Cubren una población de 39.349 habitantes.²⁴ La creación de estas Unidades Operativas se dió más o menos entre 25 y 15 años atrás.

Las Unidades Operativas sometidas a este estudio fueron: Daniel Acosta, 15 de Abril, María Auxiliadora y Santa Clara, en las que se aplicaron un total de 380 encuestas a los usuarios de la demanda espontánea (**ver Anexo N° 1**); en el período comprendido de Enero a Marzo del 2.004, durante los horarios de atención de los servicios, por parte de las encuestadoras, las mismas que fueron adiestradas en la aplicación de las encuestas según agenda elaborada previamente (**ver Anexo N° 2**), de la misma manera se encuestó a los equipos de salud de las unidades en estudio (**ver Anexo N° 3**) y a los líderes comunitarios de la zona (**ver Anexo N° 4**), así como también se realizó Observación Directa en los Servicios involucrados.

La Atención Primaria de Salud (APS) está definida en el país como las acciones que buscan la satisfacción integral de las necesidades de salud más frecuentes y prioritarias de la población y promueven su desarrollo integral mediante la participación conjunta y coordinada

²⁴ ESTADISTICAS DE LA JUNTA PARROQUIAL, Abg. Angel Zambrano Moreira, Censo Enero 2004 – Manta – Ecuador.

del equipo de salud institucional, del de otras instituciones de desarrollo y de la comunidad organizada y capacitada, según el Acuerdo Ministerial N° 10230, 01-09-84.

La OPS / OMS considera a los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como la estructura básica, político – administrativa – sanitaria de un país, define un espacio geográfico poblacional determinado que toma en cuenta todos los recursos para la salud y desarrollo existentes en el mismo, responde a los procesos de modernización y descentralización del estado y del sector salud, es capaz de dar respuesta a las necesidades y demandas de salud de la población asignada.²⁵

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.

La calidad de la atención es algo muy subjetivo, pero solamente si se logra cuantificar la opinión de los pacientes, ella se podrá mejorar.

El carácter tangible de la calidad es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación. (cómo se lo atiende por teléfono, las condiciones de confort y limpieza de la unidad, como lo recibe la recepcionista, conserje, guardián, etc)

Así en el estudio realizado el 95% de los usuarios perciben un trato amable y respetuoso por parte del equipo de salud y del personal de apoyo, que contribuye en parte a fortalecer las relaciones

²⁵ MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LAS AREAS DE SALUD, MSP, Quito, 2.000.

interpersonales, y un 98% de los usuarios indica que sus necesidades fueron atendidas.

La Fiabilidad de la calidad 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 atiende un paciente mal o no le presta la debida atención en la primera consulta, esa es la impresión que el va a tener y luego es muy difícil de modificarla.

El 30% de los usuarios encuestados refieren que acuden a las Unidades por primera vez y el 70% lo hacen de manera subsecuente, lo que refleja en parte que los usuarios necesariamente requieren del servicio ya que tienen beneficios como medicina gratis, inmunizaciones, complemento alimentario, etc.

La 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.

En la Calidad la Seguridad es la ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio. Así como la Accesibilidad que se traduce por la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.

Como resultado de las encuestas y de la observación directa los usuarios en su diario transitar se encuentran con múltiples problemas de los cuales solamente una parte son visibles, así por ejemplo los prolongados tiempos de espera en la atención se constituyen en un parámetro importante para medir la organización del servicio. Por la demanda del servicio y por el déficit del recurso

humano es cotidiano observar desde horas de la madrugada a los usuarios en estas unidades operativas en largas colas en espera de un turno.

Al procesar la información nos damos cuenta que el 45% de los usuarios esperan más de 2 horas por una atención, un 32% de 1 a 2 horas, el porcentaje restante esperan entre 30 minutos y 1 hora. El tiempo promedio en consulta fue de 10 minutos y la mayor demora se producía en el proceso previo a la consulta (entrega de turnos, preparación). Todo esto refleja la insatisfacción del usuario respecto al servicio.

Si bien es cierto las Unidades Operativas en mención reflejaron en la observación directa una gran demanda de sus servicios, existen inequidades tanto en recursos humanos como en infraestructura, y es así que mientras más grande es la unidad operativa es más complejo su manejo.

Al realizar el análisis del reporte de atenciones que realizan los profesionales, específicamente los médicos tienen un promedio de 450 atenciones por mes, 25 pacientes por día, con un promedio de 18 días laborados y un tiempo promedio de permanencia en consulta de 4 horas.²⁶

En la observación directa el tiempo en consulta variaba entre 10 a 15 minutos tanto en la primera consulta como en la consulta subsecuente. En un 80% las atenciones de estos profesionales son de morbilidad, y dirigidas al grupo de niños menores de 5 años y embarazadas, predominando el sexo femenino.

Las inequidades traen descontento, y repercute en la imagen de la institución ya lo decía J. Horovitz: “cada usuario descontento le contará a 11 personas, cada usuario satisfecho le contará sólo a 3”

²⁶ CONSOLIDADO MENSUAL DE ATENC. Y CONSULTAS DE MEDICOS, Area de Salud 2, 05/04

De las Unidades en estudio la que mayor porcentaje de tiempo de espera reveló fue el Centro Materno Infantil “Daniel Acosta Rosales” con un 65%, lo que fue corroborado a la observación directa al existir duplicación de esfuerzos, porque el personal de estadística y auxiliar de enfermería tienen horarios diferentes de llegada a la Unidad, lo que retarda el proceso de preparación del usuario.

Todos los estudios recientes muestran que, el paciente es cada vez más exigente, sin embargo, la percepción de la calidad varía de uno a otro paciente y no es la misma para el usuario que para el proveedor del servicio. Por otra parte, la calidad de un servicio se percibirá de forma diferente según sea nuevo o muy difundido. La experiencia demuestra que de cada cien pacientes insatisfechos sólo cuatro expresarían su insatisfacción de forma espontánea y además en caso de insatisfacción el paciente se lo contará a once personas, mientras que si está satisfecho, sólo se lo dirá a tres.

Resulta, pues, indispensable que cada profesional investigue de forma voluntaria el grado de satisfacción de sus pacientes.

En cuanto a la percepción de los usuarios respecto al servicio de estas Unidades Operativas, el 51% responde que es Buena, el 29% opina que es Muy Buena, el 14% que es regular y un 6% opina que la atención es Mala. Un 72% de los encuestados obtuvo solución a su problema, un 14% lo solucionó en parte y el 14% restante no lo solucionó.

Otro componente de la calidad es la Competencia del Personal; que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio. El personal que acompaña al profesional debe conocer todas las indicaciones del servicio de manera de poder transmitir las claramente al paciente y evitarle molestias y trámites innecesarios.

Como resultado de la encuesta a los profesionales de estas Unidades Operativas, la impresión de estos respecto a su Capacidad de Manejo Técnico-administrativo es que un 33% se encuentra capacitado y el 67% no lo está. Al 78% de estos profesionales le interesa dirigir su unidad operativa, pero solo un 22% posee formación en Administración de Servicios de Salud y Gerencia.

En cuanto al nivel de conocimiento de los profesionales respecto de los Programas del MSP y su manejo se encontró que los médicos los conocen en un 50%, los odontólogos un 25%, las obstetrices en un 30%, al contrario de las enfermeras que conocen los programas en un 100%.

En la Observación Directa se pudo constatar que no se cumplen con las Normas y Protocolos de cada Programa del MSP en un 100%, aduciendo los profesionales que la sobrecarga de trabajo y el manejo de papelería se constituyen en una barrera para la ejecución de los mismos.

Toda Institución debe identificar los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad y su Planificación a través de la organización; así como determinar la secuencia e interacción de estos procesos. Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces; asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos. Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos; e implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de éstos.

El Modelo Organizacional del MSP se maneja en base a jerarquías,

que se encuentran claramente delimitadas, los procedimientos técnico administrativos que lo norman al igual que a las Unidades Operativas vienen definidos desde el nivel central y son comunicados a las respectivas áreas, las mismas que deben implementarlas, ejecutarlas y evaluarlas.

Los niveles jerárquicos superiores deben estar totalmente comprometidos con el Servicio, garantizando recursos y continuidad de acciones. En su inicio la mayoría de los programas del MSP tienen mucha difusión y seguimiento, pero con el devenir del tiempo este apoyo decae.

Asuntos como: Liderazgo, Trabajo en equipo, Comunicación Institucional, Beneficios y Salarios, Reacciones al Cambio y Transición, Seguridad y Ambiente de Trabajo, Desarrollo profesional, Imagen de la Organización, Relaciones con los clientes, entre otros, deben ser constantemente indagados.

Entre las amenazas percibidas en el Equipo de Salud y que inciden en el Servicio de las Unidades investigadas se encuentran el presupuesto insuficiente, paros continuos y los cambios constantes de directivos en un 100% de los encuestados.

Las debilidades enunciadas por los profesionales del MSP en un 100% son: desmotivación, y ausencia de educación permanente. La comunicación deficiente alcanzó el 95% y la ausencia de trabajo en equipo un 91%.

Al sentir que sus opiniones y sugerencias son tenidas en cuenta, comienzan a creer que pueden hacer una diferencia con sus actitudes y contribuciones. Además, también es importante atender las relaciones del individuo con su trabajo, ya que cuando sentimos que desarrollamos algo valioso, que nuestro trabajo tiene un

significado especial para la empresa, sentimos orgullo por el mismo. Esto sucede a todos, en todos los niveles.

La participación activa del usuario es una estrategia que plantea que se sobrepase el concepto de “usuario-objeto” y llegue a la concepción de “usuario-sujeto”.

Se reconoce el punto de vista de los usuarios como clientes a los cuales entregamos un producto diseñado y elaborado según sus deseos y necesidades. Se quiere integrar también a los usuarios como sujetos pensantes, con iniciativas propias y con potencialidades de compromiso para la resolución de problemas.

Esto permitirá integrar el concepto de participación activa en la Gerencia de Calidad Total. Si se reconoce lo expuesto, se verá que el servicio de salud tiene posibilidades de crecer en calidad y prestigio, tomando en cuenta esa potencialidad social, lo cual puede resultar beneficiosa para la comunidad y la institución.

En los resultados de la investigación el 38,2% de los usuarios mientras esperan por una atención en la Unidad, no participan de ninguna actividad con el equipo de salud; un 28% recibe una charla educativa en salud; el 19% observa un video educativo y apenas a un 3% se les informó de los servicios de la Unidad Operativa.

La misión del servicio no termina en el diagnóstico, recuperación y rehabilitación de pacientes, sino que está integrada en la red de servicios de salud y pertenece a un área de salud. Entonces se reafirmará la convicción de que la salud resulta de múltiples aspectos; económicos, educacionales, productivos y culturales.

El brindar una atención en salud oportuna es una “tarea y una responsabilidad de todos”. El servicio de salud debe liderar y

dinamizar el proceso, pero todas las organizaciones de la comunidad y las instituciones tanto públicas y privadas deben participar.

Los Servicios de Salud tienen de una u otra manera poder de convocatoria y deben coordinar los esfuerzos que realizan las diversas entidades para vincularlas con la planificación propia, evitar duplicación y malgasto de recursos, orientarlas en su acción, entregarles la información y de esta manera recibir apoyo de ellas.

Los Servicios de Salud deben encontrar mecanismos que impulsen la Participación Comunitaria superando los conflictos y celos institucionales, políticos y hasta personales, para concertar una propuesta común de un futuro mejor para todos, respetando los espacios de cada cual, reconociendo el trabajo que realicen y utilizando el aporte complementario de todos.

La participación de los líderes comunitarios en talleres o reuniones organizadas por el equipo de salud es mínima, según los resultados obtenidos. Los equipos de salud organizan pocas actividades dirigidas a ellos, pero obtienen buena respuesta cuando son convocados para trabajar en casos de epidemias o campañas de vacunación.

De las Unidades en estudio solo dos (Daniel Acosta y Santa Clara) realizan talleres con mayor frecuencia para tratar temas sobre la Ley de Maternidad Gratuita, Programas del MSP, Dengue y Paludismo, Organización de las Unidades Operativas.

La nueva Ley de Descentralización y Participación Comunitaria contempla la obligatoriedad de un nexo entre los servicios públicos y la comunidad. En nuestro país la mayoría de los habitantes no se sienten parte de la sociedad, se ven excluidos y ajenos a la problemática social, no se interesan por la política, no se organizan y no participan. A excepción de procesos mas bien recientes que han

tenido lugar en Quito, Cuenca y las Comunidades Indígenas, no hay una organización o una participación masiva en el país.²⁷

Es difícil que la población se organice y participe de manera permanente. Ha habido muchos esfuerzos sobre todo de las ONGs en este sentido, y se ha conseguido resultados inmediatos que luego se diluyen, después de que se obtiene el propósito principal de la organización (agua potable, vías, etc), cuando surgen conflictos internos o por inanición.

Así también observamos que el 68% de los encuestados no conoce todos los servicios que presta la Unidad, un 52% no tiene conocimientos acerca de la Ley de Maternidad Gratuita, el 43% desconoce que deben ser partícipes de la solución de sus necesidades, al contrario el 97% conoce que tiene derecho a la información y a recibir buen trato y un 32% conoce apenas todos los servicios que brinda la Unidad Operativa.

En cuanto al nivel de conocimiento de los líderes comunitarios respecto a los servicios de salud el 100% de los líderes encuestados conoce que la rectoría en salud la maneja el MSP y tienen clara la definición de salud pública, un 80% de los líderes encuestados conoce las actividades de la Unidad Operativa de su sector y apenas un 20% de ellos han participado en la realización de talleres con la Unidad Operativa.

Tanto los usuarios como los líderes comunitarios enunciaron sus sugerencias para mejorar los servicios de salud y estas fueron; mejorar la infraestructura de los subcentros y su organización, difundir sus actividades oportunamente en el 100% de los encuestados, el 90% sugiere que se incremente el número de RR.HH, el 80% que se de buen trato al usuario y el 70% sugiere que se cumpla con los horarios de trabajo en buena manera.

²⁷ DESCENTRALIZACION Y DESARROLLLO LOCAL, Donoso – Granja, Quito – 1.999.

La impresión de líderes y usuarios en relación a la atención en los servicios de salud, y la parte negativa del servicio, es la impuntualidad de los médicos para la atención en un 100% de los encuestados, así como los continuos paros y la ausencia de una atención médica permanente y oportuna. Al 90% de los encuestados les molesta que no exista continuidad en el abastecimiento de la medicina, papilla, etc. en los servicios de salud. Al 80% les molesta el ausentismo del personal al lugar de trabajo y al 60% que exista maltrato en la atención.

Se debe dejar de ver a los usuarios y a los líderes como simples individuos ya que ellos pertenecen a una comunidad en la que está inserto el servicio de salud, ésta comunidad existía antes de la institución y tiene su historia, su dinámica, sus agrupaciones sociales (deportivas, culturales, etc), con sus intereses, problemas, cultura, necesidades y su particular imagen del servicio de salud.

5.1 CONCLUSIONES.

La búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud, para este milenio.

La calidad de la atención es algo muy subjetivo, pero solamente si se logra cuantificar la opinión de los pacientes, ella se podrá mejorar.

En esta investigación sobre Sistema Organizacional, se concluye que en general los usuarios están globalmente satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas más concretos como desempeño de los servicios, participación comunitaria, buen trato, esta satisfacción disminuye.

Además los pacientes tienden a callarse su insatisfacción en materia de servicios, porque la mayor parte de los servicios requiere la intervención de una persona. Entonces, expresar su descontento

equivale, a ojos del paciente, a incriminar a alguien, a colocarlo en una situación difícil. La experiencia demuestra que de cada cien pacientes insatisfechos sólo cuatro expresarían su insatisfacción de forma espontánea y además en caso de insatisfacción el paciente se lo contará a once personas, mientras que si está satisfecho, sólo se lo dirá a tres.

La propuesta del servicio debe orientarse a resolver los problemas del paciente y a agregarle valor al mismo como individuo. El verdadero desafío en esta etapa es comprender que cada paciente está ubicado mental y conceptualmente en planos diferentes.

Esta comprensión de la realidad del mercado, permitirá la elaboración de una propuesta de servicio profesional única y excluyente para cada paciente, que contemple su punto de vista particular y agregarle los beneficios adicionales que excedan el marco de su expectativa.

El mercado potencial al que apuntamos con nuestra estrategia, aprecia nuestro servicio profesional como algo intangible, desconocido y por ende difícil de comprender. En cambio, nosotros lo conocemos perfectamente, crecimos con él, le dimos detención y forma; aunque a veces lo sobre valoramos o lo desvalorizamos por no poder ser objetivos en su apreciación.

Ofrecer un servicio profesional es, ni más ni menos, que la elaboración progresiva de un conjunto de acuerdos imprescindibles para que la intervención profesional pueda llevarse a cabo.

Representa una instancia realmente creativa, ya que integra aspectos técnicos – conceptuales y de comportamiento.

No es otra cosa que lograr en la realidad que el paciente tome la decisión de elegir el servicio y la ejecute en consecuencia.

En conclusión el Sistema Organizacional de las Unidades Operativas en estudio debe tener cambios estructurales que deben ser liderados por un recurso técnico, capacitado y motivado, que promueva la participación comunitaria de manera sostenida.

Como autoras de este trabajo investigativo nos sentimos satisfechas ya que las incógnitas planteadas en nuestro argumento fueron despejadas en forma secuencial lo que contribuyó al éxito del mismo.

5.2 RECOMENDACIONES.

El punto de partida de toda gestión de calidad, consiste en captar las exigencias de los pacientes y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades.

Así, si admitimos que ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas de los pacientes e incluso sobrepasarlas, esto implica conocer las virtudes y defectos del mismo para poder exponerlos o mejorarlos según sea el caso, para ello se debe establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio.

La actitud del paciente con respecto a la calidad del servicio cambia a medida que va conociendo mejor al profesional y mejora su nivel de vida. Poco a poco, sus exigencias en cuanto a calidad aumentan para terminar deseando lo mejor. No haber comprendido este hecho ha llevado al fracaso a muchos profesionales.

Otro problema adicional es que la calidad concebida y la calidad percibida rara vez marchan a la par. La superioridad de un nuevo servicio sólo en contadas ocasiones resulta tan evidente para un paciente potencial como para su creador.

Además, cuando un paciente valora la calidad de un servicio, no disocia sus componentes. Lo juzga como un todo, lo que prevalece es la impresión del conjunto, y por ello cuando existe algún defecto en un elemento de un servicio, el paciente tiende a generalizar los defectos a todo el servicio. Es, pues, esencial en toda política de calidad de servicio, alcanzar la mayor homogeneidad entre sus elementos. Por lo tanto se dice: en materia de servicios “ la calidad, o es total o no existe ” y dado que no puede haber control de calidad a posteriori comparable al que existe para los productos, el error, una vez cometido, no puede subsanarse, sólo puede preverse.

Con todo lo expuesto el profesional deberá reflexionar sobre como diseñar una mejor oferta de sus servicios en donde comunique de la manera más precisa posible los elementos que constituyen sus fortalezas y que valor aportan para el paciente. Habría aquí que diferenciar "el valor aportado", es decir, el valor añadido, creado por la empresa y "el valor reconocido", es decir, el que percibe el paciente y por el que se sienta una falta o un riesgo si tuviera que renunciar a él.

Como oferente de un servicio, el profesional posee una amplia gama de herramientas específicas a utilizar para detectar oportunidades y aumentar la cantidad de pacientes satisfechos.

La pérdida de foco de la dirección en muchas organizaciones que están preocupadas demasiado en "satisfacer" a sus clientes, se olvidan de alimentar justamente lo que mejor puede contribuir a ese logro “los clientes internos”.

¿De qué manera el ambiente interno de una organización promueve la productividad, los resultados más alineados, la comunicación efectiva con el cliente, la atención rápida, gentil y amistosa?

Cada Organización, al igual que un organismo vivo, tiene sus propias huellas digitales, su propia cultura. Cada Organización es única, mucho más que las estructuras formales y jerárquicas comunes a muchas empresas, las personas desarrollan características peculiares y especiales que forman la cultura de una organización, totalmente influenciada por sus fundadores, sus productos, su forma de comercialización, sus clientes, en fin, cada empresa tiene una personalidad propia.

Establecer una comunicación constante, franca y transparente, es la mejor manera para que una Organización viva un clima interno de calidad, produzca resultados para los negocios y para las personas.

Crear un ambiente en donde los participantes se sientan de verdad copropietarios y corresponsales por los resultados obtenidos, por los problemas y soluciones, por la calidad de las relaciones, liderazgo, comunicación, etc., es el mayor desafío que los dirigentes deben enfrentar.

Monitorear el clima interno de una organización es, pues, esencial para el mantenimiento de buenas relaciones de trabajo. Si pensamos que nuestro tiempo de vida útil está dedicado un 60% al trabajo, ya sea como carga horaria diaria de trabajo o de nuestra vida como un todo, es natural que pensemos que la mejor parte de nuestra vida, nuestro talento, nuestros esfuerzos, nuestra competencia, también estén dedicados a ese papel. Parte del desafío de todo ser humano, es hacerlo de forma equilibrada con el ejercicio de los demás papeles.

Cuando hablamos de tener un buen ambiente de trabajo, precisamos definir qué es un "buen ambiente" y, muchas veces, necesitamos partir de lo que "no es un buen", mediante entender e investigar "cómo estamos".

Hablamos del diagnóstico, que es la primera etapa para entender el clima organizacional. Necesitamos "fotografiar" lo que tenemos y luego analizar si la "foto" que sacamos es la que nos gustaría tener.

Es necesario que este análisis sea hecho por los propios protagonistas de la "foto", o sea, antes que nada, una investigación sobre el Clima Organizacional, precisa estar inscripta en un genuino deseo de la Organización en establecer una comunicación franca y transparente con sus empleados, colaboradores y asociados. Esto muchas veces extrapola los límites internos de la Organización, alcanzando proveedores, socios, familiares , comunidad, etc...

De igual manera, cuanto mayor sean las relaciones internas que una organización tenga con sus colaboradores, tratando de entender sus problemas y buscando en conjunto las soluciones viables, tanto mayor será el nivel de interés y compromiso que se obtendrá.

De la misma manera, es mucho mejor oír los problemas y trabajar juntos en la solución, que dejar de contar con los talentos y habilidades de aquellos que, muchas veces ayudamos a formar.

La gran cantidad de normas y leyes para el sector salud y los cambios que se avecinan en la economía mundial y nacional, obligan necesariamente a que los profesionales que dirigen las instituciones de salud, tengan una preparación pertinente al trato que deben recibir como EMPRESAS. Es más, ya para el año 95 se tendrá que comenzar a utilizar la terminología de instituciones prestadoras de servicios y encajar además dentro de la denominación de Empresa Social del Estado.

Por esto un profesional de Salud ha reconocido la importancia que de que los directores o gerentes de instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud privadas o públicas deben tener la capacitación requerida.

En resumen, en la construcción de relaciones duraderas es tan importante evaluar el nivel interno de satisfacción de los empleados y escuchar sus sugerencias, como preocuparse por el Cliente o por el mercado.

La Jefatura de Área debe: asegurarse que las necesidades y expectativas del cliente sean determinadas.

Definir la política de calidad y objetivos medibles y por último comunicar la importancia de satisfacer los requisitos.

BIBLIOGRAFÍA

ACHIG, Lucas: Investigación social: Teoría, Metodología, Técnicas y Evaluación. Facultas de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad de Cuenca, 2.000.

ARCHIVOS DEL DIPLOMADO EN GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, Proyecto IADAS, MSP, ESPOL, FASBASE, 1.999.

BOLETÍN APS, N° 7, Mayo del 2.002, pág. 68.

BOLETÍN ECUATORIANO DE SALUD PÚBLICA, MSP, OPS, N° 3, Junio 1.999, N° 4, Diciembre 1.999 y N°7 Mayo 2.002, Quito.

CORREO POBLACIONAL, Volumen 11 N°4, Diciembre 2.003.

DAVID, Fred, "La Gerencia Estratégica". Fondo editorial, Legis, Serie empresarial, Bogotá, 1990.

DIPRETE, Lori: Garantía de Calidad de la Atención de Salud de los países en Desarrollo, Wisconsin, USA, 1.999.

DONOSO, Patricio, Descentralización y Desarrollo local, Quito, Agosto 1.999.

ENDEMAIN III, Informe de la Provincia de Manabí, CEPAR 2.000, Quito.

HARRIMAN, M. C.: Conceptos Básicos de la Motivación, Bethesda, USA, 1.999.

HIDROVO, Franklin: Bases Metodológicas de la Garantía de Calidad, Quito MSP, 1.997.

http: // www. Gerenciasalud. com.

http: // www.ops.org.

http: // www.soc.patriot.com / doc.salud.

FALCONÍ, Cecilia, Votruba Pablo, Tiempos de espera, documento de trabajo, MSP, Quito, Ecuador, Agosto 1.999.

GARCÍA, Gladis, Situación del Área de Salud N°2, Manta, Febrero 2.004.

GARETH, Morgan, Imágenes de la Organización, CEPOSCAD, 2.001.

INFOSALUD, 35 años del MSP, Quito, Agosto 2.002.

MSP, Rol del Estado, Políticas Nacionales de Salud y Reforma Constitucional, Quito, Julio 1.998.

MSP, Dirección Nacional de las Áreas de Salud, Quito, Febrero 2.002.

NADWA, Rafael, Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de la Garantía de la Calidad”, Wisconsin, USA, 1.998.

OPS/OMS, Salud Pública en el Ecuador del Siglo XX, Quito, 2.002.

PACHECO, Víctor, “Orígenes del MSP”, Documento de trabajo, Quito, 2.002.

RAFETH, Nadwa, “El Proyecto de Garantía de Calidad”, Wisconsin, USA, 1998.

SALLENAVE, Jean Paul, “Gerencia y Planificación Estratégica”, Ediciones Norma, Colombia 1.991.

VANOMERLINGEN, K, et., al.: La Gerencia de Calidad Total en Salud, Quito OPS, 1.994.

ANEXOS

Anexo N° 1

CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO, INVESTIGACION, RELACION Y COOPERACION INTERNACIONAL ULEAM

POR FAVOR, LLENE ESTE CUESTIONARIO Y AYÚDENOS A MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN ESTA UNIDAD OPERATIVA

.....
(La información que nos proporcione es privada y confidencial)

1. TIPO DE USUARIO: Marque con una cruz (X) en el casillero que corresponda:

- Es la primera vez que se atiende en esta Unidad de Salud.
- Ya se ha atendido otras veces en esta Unidad de Salud.

2. TRATO DEL PERSONAL: Marque con una cruz (X) en el casillero que corresponda, según el trato que recibió de parte del personal que labora en la Unidad Operativa.

FUE:	Amable		Respetuoso		Atendió sus necesidades	
El Guardia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
El Conserje	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
La Aux. de Enf.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
La Enfermera	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
El médico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
La Obstetriz	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
El Odontólogo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Si tiene algún comentario o sugerencia para el personal, por favor comuníquenos

.....
.....

3. TIEMPO DE ESPERA: Marque con una cruz (X) en el casillero que corresponda.

- ¿Aproximadamente cuánto tiempo esperó para ser atendido/a en consulta?
Menos de 30 minutos. Entre 1 a 2 horas.
- Entre 30 minutos a 1 hora. Más de 2 horas.

- ¿Le pareció conveniente el tiempo que esperó para ser atendido/a?

SI NO

- **Mientras usted esperaba ser atendido/a:**
(Puede marcar en uno o en varios casilleros)

Hubo una charla sobre salud. Miró un programa de televisión.

Se presentó un video educativo Leyó algún folleto o periódico mural.

Hubo una charla informativa de los servicios de la Unidad Op

Sólo esperó hasta ser atendido/a

- **Mientras esperaba ser atendido/a, recibió alguna atención especial hacia usted, como:**

Se preocuparon por su comodidad y/o satisfacción con el servicio.

Le dieron explicaciones por el tiempo de espera.

No recibió ninguna atención especial.

4. **CONOCIMIENTO DE LOS DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS:** Marque con una cruz (X) según la información que tiene sobre este tema:

- ¿Conoce usted todos los servicios y los Programas que le brindan en esta Unidad Operativa?

SI NO

- ¿Conoce usted sobre la Maternidad Gratuita?

SI NO

- ¿Conoce usted que la Comunidad debe ser participe a la solución de las necesidades de su sector?

SI NO

- ¿Conoce usted que tiene derecho a la información y a ser tratado con respeto? y de igual manera usted hacia el personal e salud?

SI NO

5. ¿Tiene algún comentario adicional o sugerencia sobre la calidad de atención o como mejorar los servicios? Por favor, escríbalo, ya que su opinión para nosotros es muy importante.

.....

.....

.....

.....

.....

6. La infraestructura(construcción, espacio físico) del Subcentro de Salud, le parece que reúne las condiciones para funcionar adecuadamente

Si

No

Por que

7.- Al asistir al Subcentro de Salud;

Obtuvo solución a su problema .

No lo solucionó

Lo solucionó en parte

Porque

8.- La atención que se brinda en los servicios (Consulta externa, odontología, laboratorio, etc)de este Subcentro de Salud le parece a Ud.

Muy Buena

Buena

Regular

Mala

Muchas gracias.

ANEXO Nº 2

AGENDA DE REUNION DE ADISTRAMIENTO A ENCUESTADORES

1. Bienvenida
Responsable: Dra. Chávez 5´

2. Introducción acerca de la finalidad
y utilidad de la investigación
Responsable: Dra. Macías 20´

3. Socialización de la problemática de
los Servicios de Salud en estudio
Responsable: Dra. Chávez 20"

4. Adiestramiento en el manejo de
la encuesta.
Responsables: Dras. Chávez/Macias 30´

5. Aplicación de la encuesta/Práctica
Responsables: Dras. Chávez/Macias 30´

Realizado el 15 de Diciembre 2003

ANEXO N°3

CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO, INVESTIGACIÓN Y
TECNOLOGÍA

ULEAM ENCUESTA AL EQUIPO DE SALUD

Profesión.....
Cargo que desempeña.....
Años de servicio.....
Función que cumple.....
Horario de trabajo.....
Horas reales de trabajo.....

1.- La Unidad en que Ud. se desempeña le parece dinámica e innovadora?

Si..... No.....

Porque.....

2.- Cuando en su UO han sido necesarios los cambios ha existido resistencia a los mismos?

Si..... No.....

Porque.....

3.- En los años de trabajo en su UO ha logrado influenciar en los cambios con sus compañeros de trabajo?

Si..... No.....

Porque.....

4.- Además de su formación profesional ha realizado estudios de postgrado, marque con una X:

Diplomado en gerencia.....
Maestrías en Salud Pública.....
Cursos de Administración de los Servicios de Salud.....
Investigación
Epidemiológica.....
Otros.....(Especifique)

5.- Para la realización del mismo obtuvo algún apoyo de su institución? De que tipo?

Ayuda económica..... Otros.....
Licencia de estudios.....

6.- Ha aplicado en su servicio los conocimientos adquiridos
Si..... No.....

Que tipo de apoyo ha proporcionado:
 Mejoramiento organizacional.....
 Sigue
 Capacitación.....
 Coordinación interinstitucional.....
 Otro..... Explique.....

Que dificultades ha encontrado
 •
 •
 •

7.- Conoce a fondo todos los programas del MSP y su manejo?

Si..... No.....

Identifíquelos

a.....	h.....
b.....	i.....
c.....	j.....
d.....	k.....
e.....	l.....
f.....	M.....
g.....	N.....

8.- Cree Ud. Que el sistema político del país ejerce alguna influencia en nuestro sistema organizacional de salud?

Si..... No.....

Porque.....

9.- Se siente Ud. capacitado para el manejo de la UO tanto en lo técnico administrativo y financiero?

Si..... No.....

Porque.....

10.- Señale las siguientes características de su UO (Señale 2)

Fortalezas:	Debilidades:
.....	-----
.....
Amenazas:	Oportunidades:
.....	-----
.....	-----
.....	-----

GRACIAS.

Anexo 4

**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO,
INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA
ULEAM**

ENCUESTA A LIDERES COMUNITARIOS

Unidad Operativa

1.- Conoce Ud. que Institución del país es la encargada de velar por la salud de los ecuatorianos?

IESS..... MSP.....
Municipio.....
INFA..... Otros.....
Explique.....
.....
.....

2.- Sabe Ud. que es Salud Pública?

Atención que brinda el estado.....
Atención del IESS.....
No sabe.....
Otro.....

3.-¿Conoce las actividades que realiza el Equipo de Salud del Subcentro de su barrio?

Si..... No.....
Enumere.....
.....

4.-¿El personal del SCS coordina actividades con la comunidad a través de su persona?

Si.....
No.....
Cuando.....
Como..... Para
que..... No sabe

5.- Están organizados en Comité?

Si..... No.....
Porque.....

Ha recibido capacitación sobre participación comunitaria:

Si..... No.....

6.-Marque con una X si ha participado en talleres o reuniones organizados por el Equipo de Salud sobre los siguientes temas:

Organización de la UO.....
Conformación del COSA.....
Difusión de los programas del MSP.....
Campañas de Vacunación.....
Talleres de prevención de Dengue.....
Talleres de prevención del Paludismo.....
Mingas.....
Ley de Maternidad Gratuita.....
Otros.....

7.-¿ Cree Ud. que la cultura (hábitos, costumbres, creencias) de la población incide en la aceptación de la Unidad de Salud?

Si..... No.....
Porque.....

8.- Que es lo que mas le gusta del SCS de su Barrio?

9.- Que es lo que más le disgusta del SCS de su Barrio ?

10.- Coopera Ud. con el equipo de salud?

Si..... No.....
Cuando se lo solicitan
De manera permanente

De que manera coopera?

Realiza gestiones con el Equipo de Salud.....
Ayuda en la atención.....
Ayuda en la organización del trabajo.....

11.- Le gustaría tener una participación más activa conjuntamente con el Equipo de Salud, como piensa Ud. que se lograría esto?

.....
.....

GRACIAS

ANEXO Nº 5

Manta, 20 de Diciembre 2004

Sr. Dr.

Jhonny Mendoza M

DIRECTOR DEL SCS “MARIA AUXILIADORA”

De nuestras consideraciones:

Mediante el presente comunicamos a Ud. Que la Unidad Operativa a su cargo ha sido escogida para realizar un trabajo de investigación de Sistemas Organizacionales de Salud, el mismo que es un requisito para obtener la Maestría en Salud Pública con Mención en Gerencia en Servicios de Salud de la ULEAM.

Solicitamos a Ud. Nos brinde el apoyo respectivo ya que durante los meses de Enero a Marzo estaremos visitando su Unidad Operativa, con la finalidad de aplicar unas encuestas a los usuarios y realizar Observación Directa del servicio así como entrevistas a líderes comunitarios.

Esperando contar con el apoyo respectivo quedamos de UD muy Agradecidas

Atentamente,

Dra. Lourdes Chávez M
COORDINADORA AREA 2/MAESTRANTE

Dra. Estrella Macias
MAESTRANTE

CAPITULO VI.

PROPUESTA ALTERNATIVA

PROYECTO DE EDUCACIÓN PERMANENTE PARA LAS UNIDADES OPERATIVAS DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE MANTA.

Septiembre 2.004

1. DATOS BÁSICOS.

- **Fecha de preparación:** 22 de Agosto del 2.004
- **Lugar:** Manta – Manabí
- **País:** Ecuador
- **Título de la propuesta:** PROYECTO DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN LAS UNIDADES DE SALUD DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO: CENTRO MATERNO INFANTIL “DANIEL ACOSTA ROSALES”, S.C.S. “15 DE ABRIL”, S.C.S. “MARIA AUXILIADORA” Y S.C.S “SANTA CLARA”.
- **Duración estimada:** 1 año
- **Posible fecha de inicio:** Enero 2.005
- **Costo Tentativo:** \$ 3.613
- **Contribución estimada del donante externo:** 20%
- **Contribución estimada de la contraparte:** 80%
- **Responsables de la preparación del perfil de la propuesta:**
 - Dra. Lourdes Chávez Molina y Dra. Estrella Macías Ortega.
 - **Oficina:** Cdla. La Aurora Mz Ñ #8

2. ANTECEDENTES.

En los últimos años el deterioro de los servicios de salud ha sido cada vez más creciente, lo que denota la necesidad urgente de brindar una educación continua que nos lleve a un mejoramiento en la calidad de la atención, así pues el informe final de la investigación realizada, destaca los problemas de las perspectivas tanto del usuario interno como de el proveedor de salud, los cuales nos proporcionan el elemento clave para el mejoramiento de los servicios.

En el Ecuador la ampliación de cobertura de los servicios de salud ha sido respaldada u desarrollada por muchos años, asegurándose importantes recursos para la infraestructura, equipamientos, suministros, medicamentos, capacitación. La evolución de estas actividades se han concentrado en la medición de los cambios en las tasa de mortalidad, morbilidad y cobertura.

Poco se ha enfatizado en la calidad de los servicios, en el proceso de prestación de los mismos, no se ha tomado en cuenta las necesidades sentidas del usuario. Es necesario romper el círculo vicioso de baja calidad, indiferencia del usuario interno y maltrato al usuario externo.

Cuando un usuario acude a los servicios de salud trae su necesidad, dolencia o malestar físico y junto con ello lo que siente al respecto, lo que sabe, cree o practica, así como las expectativas, inquietudes,

conocimientos y experiencias de personas e instituciones significativas para el usuario. Generalmente, la tendencia ha sido investigar y atender como motivo de consulta solo la necesidad o malestar físico; apartando los sentimientos, prácticas y creencias del usuario en torno a la problemática que presenta.

La orientación en salud es el proceso técnico operativo bajo el cual se desarrolla de manera ética y profesional este tipo de relación y comunicación usuarios-proveedor de salud, tendiente a atender las necesidades integrales de los usuarios en el marco del respeto a los derechos de estos y de la equidad y la igualdad.

Las Unidades de salud deben imponer un sello de calidad con calidez que demanda hacer orientación en todos los puestos de trabajo relacionados de manera directa con la atención a usuarios, esto en la medida de sus funciones, actividades y tiempo de relación con el público.

3. JUSTIFICACIÓN.

Hay que tener en cuenta que el mejoramiento continuo es todo un proceso, es decir una continuidad de todos los pasos de la prestación de los servicios y no únicamente de los resultados finales medidos a través del aumento cuantitativo de los indicadores de cobertura. La calidad motiva y estimula a los actores de los servicios

frente a los problemas más importantes de los usuarios y haciéndoles dueños y capaces de las soluciones.

Los esfuerzos por el componente de la calidad también ofrece al personal técnico y administrativo de las unidades de salud una oportunidad de educación permanente, con lo que mejora sus satisfacción personal, aspecto que los motiva para ser cada vez más eficientes y eficaces al servicio de la comunidad.

El proyecto Educación Permanente responde a las necesidades captadas a través de las encuestas a los usuarios externos, actores sociales y equipo de salud.

4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- Instaurar un Plan de Educación Permanente al personal técnico-administrativo de las Unidades de Salud de la Parroquia Eloy Alfaro: Centro Materno Infantil “Daniel Acosta Rosales”, S.C.S. “15 de Abril”, S.C.S. “María Auxiliadora” y S.C.S “Santa Clara” de Manta, para mejoramiento del Sistema Organizacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Establecer un Programa de Educación Semipresencial con evaluación continua, negociación y búsqueda de consensos en el Servicio.
- Desarrollar capacidades y competencias para mejorar la calidad en cuanto a prestación de servicios en las Unidades de Salud de la Parroquia Eloy Alfaro de Manta.
- Optimizar los Servicios de Salud para brindar atención integral con calidad, calidez, eficiencia y eficacia de manera sostenida.
- Promover cambios en las actitudes y comportamiento del personal técnico-administrativo de las Unidades de Salud de la Parroquia Eloy Alfaro de Manta.

5. MATRIZ DEL MARCO LOGICO.

Nombre del proyecto: Educación permanente para las Unidades Operativas de la Parroquia Eloy Alfaro.

Responsables del proyecto: Dras. Macías /Chávez, Maestranteros en Salud Pública, Mención Gerencia de Servicios de Salud.

JERARQUIA DE OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>Optimizar los servicios de salud para brindar atención integral con calidad, calidez y eficiencia</p>	<p>* # de pacientes satisfechos por mes.</p> <p>* Servicios de salud brindando atención en forma puntual y oportuna</p>	<p>* Entrevista directa a usuarios.</p> <p>* Registro de asistencia del personal.</p> <p>* Actas de reuniones con actores sociales.</p>	<p>* Recurso humano capacitado y comprometido, cumpliendo los Programas del MSP según normas establecidas.</p>
<p>PROPOSITO</p> <p>Cambio en la actitud y comportamiento del personal técnico administrativo de las UO intervenidas.</p>	<p>* # de Programas y actividades ejecutadas</p>	<p>* Resultado de las encuestas a clientes externos</p>	<p>* Area de salud impulsará lineamientos para el comprometimiento del cliente interno.</p>
<p>COMPONENTES</p> <p>*Profesionales de la salud aplicando conocimientos gerenciales.</p> <p>*Líderes comunitarios apoyando y coordinando actividades con el Equipo de Salud.</p>	<p>* # de profesionales capacitados y motivados.</p> <p>* # de líderes comunitarios participando en reuniones y talleres</p>	<p>* Nómina de asistencia a los talleres.</p> <p>*Listado de asistencia de los lideres</p>	<p>* Municipio y ONGS respaldan la capacitación de los profesionales.</p> <p>*Comunidad participa activamente respaldando a los Equipos de Salud</p>
ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS ECONOMICOS
<p>*Mesas de trabajo.</p> <p>*Talleres participativos.</p> <p>*Charlas magistrales</p> <p>*Convenios interinstitucionales para fortalecer acciones</p>	<p>1 Motivador</p> <p>1 Facilitador en comportamiento Organizacional</p> <p>1 Facilitador en Calidad Total</p> <p>1 Coordinador de Área</p>	<p>Computadora</p> <p>In focus</p> <p>Materiales de oficina</p> <p>Pizarra</p> <p>Refrigerios</p>	<p>Area de Salud</p> <p>Municipio</p> <p>UNICEF</p> <p>COSA</p>

6. ESTRATEGIA.

La Estrategia a utilizar es la Metodología Educativa a través e la Mediación Pedagógica.

La Mediación Pedagógica es un conjunto de proposiciones relacionadas con diversas dimensiones de la realidad social. Sus definiciones no son homogéneas. Algunos la asocian con la solución de conflictos, la negociación y búsqueda de consensos.²⁸ Sin embargo reconocemos que tal búsqueda de consensos no se establece en un espacio social con igual acceso a los recursos de vida para todos los sujetos y sectores sociales y que, al mismo tiempo, las posiciones en este espacio social pueden modificarse. Usualmente la mediación se ha consolidado como práctica y discurso orientado a la conciliación de disputas o resolución de demandas sociales. Se apoya en el verbo “mediar”, en el sentido de “estar en la mitad” o interceder entre las partes en el litigio.

La Mediación articula el sentido de diversas prácticas, produciendo significaciones más allá de la mera circulación de informaciones. Tales significaciones buscan desmontar las condiciones que favorecen la desigualdad de acceso a los recursos. La mediación facilita entonces, el encuentro entre diferentes prácticas y concepciones. Nuestro proceso se denomina de formación porque

²⁸ Prenatal, Formación de Mediadores, Módulo 1, pag. 5, 2002.

no pretendemos que sea una mera transmisión de información sino un proceso compartido de construcción de un nuevo saber. Se parte de los conocimientos previos de quienes aprenden, de la información dada en los materiales y del conocimiento de la realidad.

La Mediación Pedagógica como metodología pretende articular continuamente la teoría con la práctica. En este sentido parte de las experiencias y vivencias personales y profesionales para, luego reflexionar sobre ellas con los aportes de la información dada en los textos, y posteriormente, realizar acciones que permitan transformar la realidad.

Esta metodología se fundamenta en la formación en servicio y en la autoformación. La formación en servicio consiste en que los participantes trabajan dentro de la institución donde se desarrolla este proceso. En la autoformación la educación a distancia exige que quien aprende sea capaz de: organizar su tiempo, pensamiento y expresión personal; y ejercer la autodisciplina de aprender por su cuenta. Este proceso está orientado a quien aprende con el texto, el contexto y la posibilidad de aplicar lo aprendido.

Mediar hacia nuevos comportamientos es un proceso sistemático y continuo, que va desde la exposición de la información hasta la abogacía de la actitud apprehendida. Los resultados dependen de: a) El nivel de conocimientos y experiencias del público meta, b) La

calidad/attractivo/beneficio/interés de la información, c) El nivel de la participación que este proceso provoca.²⁹

7. GRUPO BENEFICIARIO

Las Unidades Operativas de la Parroquia Eloy Alfaro cuentan con personal de planta técnico administrativo, y en la mayoría de ellas Colaboradores Voluntarios.

PLANTILLA DE RECURSOS HUMANOS A CAPACITARSE DE LAS UNIDADES OPERATIVAS: CS MATERNO INFANTIL DANIEL ACOSTA , SCS 15 DE ABRIL, SCS SANTA CLARA Y SCS MARÍA AUXILIADORA DE LA PARROQUIA ELOY ALFARO DE MANTA.

RECURSO HUMANO NÚMERO	
Médicos	6
Odontólogos	3
Obstetrices	3
Enfermeras	4
Auxiliares de Enfermería	2
Conserjes	4
Asistente de Estadística	1
Asistente Contable	1
Guardianes	3
Auxiliares de Servicio	2
Colaboradores Voluntarios	6
Tecnólogo en Laboratorio (COSA)	1
Fisioterapeuta (COSA)	1
Líderes Comunitarios	8
TOTAL	45

Fuente: Directores de las Unidades Operativas.**Elaborado por: Dra. Estrella Macías Ortega y Dra. Lourdes Chávez Molina**

²⁹ IBIDEM

8. FIN DE LA PROPUESTA

Cambios de comportamiento y prácticas laborables para llevar a efecto la propuesta del modelo de atención primaria establecida según las normas del Ministerio de Salud Pública.

9. PROPÓSITO DE LA PROPUESTA.

Mejorar el Sistema Organizacional de los Servicios de Salud de la Parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta, contando con personal técnico administrativo capacitado.

10. RESULTADOS ESPERADOS.

En los últimos años, en diferentes países en desarrollo se ha venido implantando el enfoque de la CALIDAD TOTAL en los Servicios de Salud, como una alternativa que reoriente las estrategias de atención de salud, considerando no solamente las necesidades de ampliar la cobertura, sino implantar mecanismos que aseguren una prestación de servicios del más óptimo nivel.³⁰

Es por este motivo que el Proyecto de Educación Permanente para estas Unidades Operativas espera Unidades de Salud que brinden atención integral con calidad, eficiencia y eficacia en la Prestación de los Servicios; equipos de salud comprometidos, integrados, motivados, altamente calificado y al servicio de la comunidad; y así mismo, una comunidad participativa conocedora de su realidad con

³⁰ K VANOMERLINGEN, H Pineda, F. Salazar, La Gerencia de Calidad Total en Salud, Pág. 15, 1994.

claro protagonismo en la solución a los problemas de salud de la población.

11. ACTIVIDADES.

- Realizar reunión con los directivos de instituciones como: Municipio de Manta, Consejo Cantonal de Salud, UNICEF, Área de Salud N°2, MODERSA, y Comités Locales de Salud, para exponer la problemática encontrada, la propuesta y solicitar apoyo logístico y financiero para ejecutar el proyecto.
- Socialización de los resultados de la investigación con los equipos de salud de las Unidades Operativas involucradas y planteamiento del proyecto a ejecutarse.
- Reunión de trabajo con los líderes comunitarios para dar a conocer la Propuesta del Proyecto Pedagógico Permanente a desarrollarse en los Servicios de Salud y su rol en el mismo.

12. INSUMOS Y RECURSOS.

El Ministerio de Salud Pública a través de la Jefatura de Área N°2 se comprometerá a financiar el 50% del costo de papelería que genere el proyecto y el Municipio de Manta el otro 50%.

El Centro Materno Infantil Daniel Acosta aportaría con sus instalaciones para el desarrollo de los módulos en su parte teórica.

UNICEF contribuiría con el presupuesto para cubrir el gasto que generaría la participación de 3 facilitadores y un coordinador del evento y gastos de movilización del personal de salud.

Los Comités Locales de Salud apoyarían con refrigerios, mientras dure el evento. MODERSA proporcionaría asesoramiento y apoyo en la evaluación del evento.

13. FUENTES DE VERIFICACIÓN.

Los Oficios enviados a las diferentes instituciones, equipo de salud, líderes comunitarios y las actas de compromiso avalizarán las actividades que se realizarán.

Los listados de asistencia de los equipos de salud y líderes comunitarios que asistirían a los Talleres de socialización de la problemática.

14. ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN.

Responsables del proyecto son las autoras del mismo quienes a través de la Unidad de Conducción de el Área coordinarán las actividades planificadas.

15. SUSTENTABILIDAD.

Se contará con el apoyo financiero del Municipio, del Área de Salud N°2 y UNICEF, así como del aporte de MODERSA con el asesoramiento y evaluación del proyecto, quienes darán sustento a este proyecto; así como también los Comités Locales de Salud.

16. DISEÑO DEL PROYECTO PEDAGÓGICO.

MODULO	TEMAS
Módulo N°1	Gerencia de Calidad en Salud
Módulo N°2	Desarrollo Gerencial del Servicio
Módulo N°3	El Usuario
Módulo N°4	Planificación Estratégica
Módulo N°5	Recursos Humanos
Módulo N°6	Monitoreo y Evaluación
Módulo N°7	Participación Comunitaria
Módulo N° 8	Programas del MSP

Duración:	Un año.
Comprende:	8 módulos.
Taller:	3 horas
Autoformación:	8 horas
Acción en el Servicio:	8 horas
Taller de resultados:	3 horas
Número de horas mensuales:	22 horas
Número de participantes:	47
Promedio de edades:	35 años.
Escolaridad:	Secundaria – Superior.
Tiempo:	1 año.
Trabajo Final Proyecto:	16 horas
Gran Total del Curso alcanza:	280 horas

17. CRONOGRAMA DEL CURSO

CURSO DE GERENCIA PARA PERSONAL TÉCNICO ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES DANIEL ACOSTA, 15 DE ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA ENERO 2005- AGOSTO 2005

FECHA	TEMA	OBJETIVOS	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RESPONSABLES	BIBLIOGRAFÍA
Módulo #1 Enero 2005	Gerencia de calidad en salud.	Mejorar la calidad de atención.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qué es la calidad en los servicios de salud. ▪ El costo de la falta de calidad. ▪ La gerencia y los sistemas locales de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mediación. ▪ Participación. ▪ Exponencial. ▪ Taller. 	Dra. Lourdes Chávez Dra. Estrella Macías	La gerencia de calidad en salud: K. Vanormelingen/H
Módulo #2 Febrero/05	El usuario.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacción del usuario. ▪ Detección de necesidades. ▪ Participación activa del usuario. ▪ Derecho de ciudadanía. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mediación ▪ Exponencial. ▪ Taller 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación estratégica Dr. César Hermida.
Módulo #3 Marzo./05	Desarrollo gerencial del servicio.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qué es la gerencia. ▪ Elaboración de la Visión. ▪ Elaboración de la Misión. ▪ Manejo de Recursos Humanos. ▪ Rol de cada servidor. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leyes de descentralización. ▪ Motivación. ▪ Análisis FODA. ▪ Elaboración de escenarios. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Matriz de Planificación Estratégica. ▪ Planificación Operativa. 			Planificación estratégica Arq. Fabián Carrión. PRENATAL: Proceso de formación de mediadores.
Módulo #4 Abril/05	Planificación estratégica.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que el personal técnico administrativo aprenda a planificar con enfoque estratégico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qué es el monitoreo. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qué es la evaluación. ▪ Herramientas ▪ Indicadores. ▪ Valores <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajo en equipo ▪ Técnicas de reflexión para trabajar en equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mediación. ▪ Exponencial. ▪ Taller 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Economía y salud. Economista Ruth Lucio.
Módulo #5 Mayo/05	Monitoreo y evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer las debilidades y fortalezas para ejecutar los ajustes necesarios que permitan ejecutar las acciones de forma eficiente, eficaz y efectiva. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exponencial. ▪ Taller. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación permanente en Salud. Lcda. Margarita Velasco. Dr. Granda.
Módulo #6 Junio/05	RR.HH.	Lograr que el 70% de personal técnico administrativo mantenga buenas relaciones interpersonales.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exponencial ▪ Taller 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proyecto Educativo de Gerencia. Proyecto del Sociólogo Jaime Torres.

Modulo #7	Participación Comunitaria	Establecer espacios en beneficio del conjunto de la sociedad y tener un carácter permanente	Ley de Descentralización y Participación Ciudadana. La humanización de la atención en salud Funcionamiento y Organización de los Servicios de Salud Comités Locales	Exponencial Taller		Descentralización y desarrollo local, CORDES. Participación popular y control social en salud, Correo poblacional.
-----------	---------------------------	---	---	--------------------	--	--

18. EVALUACIÓN

Se incluye la evaluación como un espacio educativo del programa, porque está concebida como un proceso de cuyos resultados se alimentará cada participante y equipo.

La evaluación de cada proceso modular estará relacionada con los objetivos, contenidos y resultados propuestos, y con el tipo de trabajos personales y grupales que se soliciten a los participantes.

Se aplicará pretest, postest, evaluación del proceso por parte de los participantes (Anexos # 3, 4 y 5).

19. MATRIZ PARA EVALUAR RESULTADOS EN EL TRABAJO DE LA EDUCACIÓN PERMANENTE

Necesidad educativa detectada que motivó el taller.	Nombre del Taller que se ejecutó para atacar la necesidad.	Grupo al que fue dirigido	Indicadores de seguimiento por parte de los servidores para detectar logros en el trabajo.	Resultados
Gerencia	Curso de gerencia en Calidad.	Personal Técnico Administrativo de las Unidades Operativas; 15 de Abril, Daniel Acosta, María Auxiliadora y Santa Clara	Servicio Organizado. Demanda satisfecha. Información adecuada en cuanto a servicio que se prestan en la Unidad.	100% servicio organizado. 60% de usuarios satisfechos. 60% de usuarios con acceso a información.

20. PRESUPUESTO

ITEMS PRESUPUESTARIOS	COSTO UNITARIO Y TIEMPO	COSTO TOTAL
1. Recursos humanos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación del curso (1) ▪ Docentes (3) ▪ Motivador (1) 	\$ 60 (x 3 horas) x cada módulo \$ 100 (x 3 horas) x cada módulo \$ 40 (x 2 horas) x cada módulo	\$3200,00
2. Recursos materiales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bibliografía ▪ Material didáctico. ▪ Refrigerio. 	500 copias x 0.03 x 8 módulos 10 pliegos papel x 0.25 x 8 módulos 6 marcadores x 0.50 x 8 módulos 4 marcadores de tiza líquida x 0.75 x 8 módulos 50 lápices x 0.20 Refrigerios (\$ 0.80 x 50 asistentes) X 8 módulos	\$15.00 \$20.00 \$ 24.00 24.00 10.00 320.00
Total		\$ 3613.00

21.- FUENTES DE FINANCIAMIENTO

ORGANISMO	PORCENTAJE	MONTO
Área de salud	50%	1806,50
Autogestión	25%	903,25
O.N.G.s.	25%	903.25
TOTAL	100%	\$ 3613,00

22.- CONCLUSIONES

La importancia del factor humano es vital en la organización porque las actividades de recursos humanos son las acciones que se emprenden para proporcionar y mantener una fuerza laboral adecuada a la organización.

Toda Unidad que brinda atención primaria en salud se caracteriza en su trabajo por su complejidad y fragmentación, es por esto que la educación permanente del personal de salud, se constituye en una herramienta clave para el desarrollo del mismo.

Coincidimos las autoras de ésta investigación, en que la educación es un conjunto de influencias que van formando al individuo y a través de ésta, impulsar acciones y lograr un proceso de transformación, por esto Kant afirmaba, “el hombre tras la educación es el mismo, pero no lo mismo”.

Es así que a través de este proyecto de educación permanente, se pretende desarrollar cambios de comportamiento y habilidades del personal técnico- administrativo logrando con ello un trabajo eficiente para cumplir con las metas propuestas en la visión institucional aportando con soluciones a la problemática gerencial de las Unidades Operativas involucradas.

BIBLIOGRAFÍA

- **GRANDA**, Edmundo Dr. Construcción de la Visión. Organización.
- **HADAD Q**, Jorge, **CLASEN Roschke**, María Alice, **DARWIN**, Ma. Cristina. Educación Permanente de Personal **de Salud**, Serie Desarrollo de Recursos Humanos.
- **HEREDIA**, Jorge Dr. Gerencia y Gerencia Estratégica.
- **HERMIDA**, César Dr. Planificación Estratégica.

- **LUCIO**, Ruth Eco. Administración de Recursos Financieros.
- **OPS-OMS**, la Reforma Sectorial y sus implicaciones para los recursos humanos. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, 1996.

- **PRENATAL.-** Prevención en Discapacidades, Formación de Mediadores.
- **VELASCO**, Margarita Lcda. Administración de Recursos Humanos.

- **WERHER**, William B, **DAVIS**, Jr. Keith. Administración de Personal y Recursos Humanos. Tercera Edición,. Mc. Graw Hill.
- **100 Ejercicios para Dinámicas de grupos.** Una estrategia de Aprendizaje y Enseñanza. Mc. Graw Hill.

ANEXO No. 1

**AGENDA PARA LA REUNIÓN INFORMATIVA CON EL
PERSONAL TECNICO ADMINISTRATIVO, LIDERES, DE
LAS UNIDADES OPERATIVAS: DANIEL ACOSTA, 15 DE
ABRIL, MARIA AUXILIADORA Y SANTA CLARA**

- 1. Saludo y entrega de tarjetas de identificación**
Responsable Dra. Estrella Macías
- 2. Revisión de la visión y Confrontación con la realidad**
Responsable Dra. Lourdes Chávez
- 3. Objetivos de la Reunión**
 - a) Calidad total
 - b) Mejoramiento de la calidadResponsables Dra. Chávez/Macías
- 4. Lluvias de Ideas**
Tema: Servicios de Salud
Responsable: Dra. Estrella Macías.
- 5. Priorización de problemas**
Responsables: **Maestranes**

ANEXO No. 3

EVALUACIÓN DE CADA PARTICIPANTE AL PROCESO

INSTRUCTIVO

ITEM	CONTENIDO	BASE DE DATOS
1. Nombre del o la participante	Apellidos y nombres de cada monitor participante	
2. Observaciones a los contenidos	Se pondrán los aspectos que consideren críticos porque son válidos, porque son irrelevantes o porque no han sido bien comprendidos.	
3.Cuál fue la mayor dificultad en cuanto a contenidos.	Se pondrán aquellos contenidos que fueron más difíciles de captar.	
4. Fortalezas de taller	Lo mejor del taller	
5. Debilidades del taller	Lo peor o mejorable el taller	
6. Clasificación general del taller (1-5)	Se pondrá 5 cuando todos los aspectos han funcionado eficientemente.	
7. Fortalezas de los instructores	Lo mejor de los instructores	
8. Debilidades de los instructores	Lo peor o mejorable de los instructores.	
9. Calificación a los instructores (1-5)	Se pondrá 5 cuando se considere que los instructores tuvieron claridad de contenidos, facilidad de explicación y preocupación por los asistentes. Actitud, voz, didáctica, parte de vivencias para reflexionarlas, propicia la participación, utilización de recursos didácticos.	

ANEXO Nº 4

EVALUACIÓN DE CADA PARTICIPANTE AL PROCESO

ITEM	Respuesta
1. Resultados esperados	
2. Logros alcanzados	
3. Adecuación de logros a los resultados (1-5)	
4. Actividades programadas	
5. Actividades realizadas	
6. Cumplimiento de actividades (1-5)	
7. Aprendizaje de los asistentes (1-5)	
8. Asistentes con mejor aprendizaje y compromiso (%)	
9. Asistente con bajo aprendizaje (%)	
10. Observaciones de los asistentes a las herramientas.	
11. Herramientas aplicables (1-5)	
12. Contenidos comprensibles (1-5)	
13. Percepción del facilitador sobre la mayor dificultad en cuanto a la aplicación de herramientas.	
14. Dificultades relacionadas con el apoyo de prenatal.	

ANEXO No. 5

EVALUACIÓN DE CADA PARTICIPANTE AL INSTRUCTOR
--

INSTRUCTIVO

ITEM	Contenido	Base de datos
1. Nombre del o la participante	Apellidos y nombres de cada instructor	
2. Observaciones a los contenidos	Se pondrán los aspectos que consideren importantes críticos porque son válidos, porque son irrelevantes o porque no han sido bien comprendidos.	
3. Cuál fue la mayor dificultad en cuanto a contenidos	Se pondrán aquellos contenidos que fueron más difíciles de captar.	
4. Fortalezas de taller	Lo mejor del taller: los talleres permiten responder a las dudas, los talleres fomentan el interés aprendizaje, los talleres promueven la apropiación de contenidos de cada módulo, en los talleres se establece el intercambio de conocimientos entre participantes, responde a expectativas.	
5. Debilidades del taller	Lo peor o mejorable del taller	
6. Calificación general del taller (1-5)	Se pondrá 5 cuando todos los aspectos han funcionado eficientemente.	
7. Fortalezas de los instructores	Lo mejor de los instructores	
8. Debilidades de los instructores	Lo peor o mejorable de los instructores	
9. Calificación a los instructores (1-5)	Se pondrá 5 cuando se considere que los instructores tuvieron claridad de contenidos, facilidad de explicación y preocupación por los asistentes.	

EVALUACIÓN DE CADA PARTICIPANTE AL PROCESO

ITEM	CONTENIDO	Base de Datos
1. Resultados esperados	Resultados que se esperaron alcanzar en el evento.	
2. Logros alcanzados	Resultados que se lograron y diferencias respecto a lo esperado.	
3. Adecuación de logros a los resultados (1-5)	Se pondrá 5 cuando los resultados logrados sean igual o mayores a los esperados y se bajará la calificación hasta 1 cuando el avance haya sido mínimo.	
4. Actividades programadas	Principales actividades del evento	
5. Actividades realizadas	Actividades realizadas y cumplimiento de las actividades previstas.	
6. cumplimiento de actividades (1-5)	Se pondrá 5 cuando se cumplieron todas las actividades o se hicieron cambios positivos en exigencia y calidad.	
7. Aprendizaje de los asistentes (1-5)	Se pondrá un promedio de los resultados de comparar entre el pretest y postest.	
8. Asistentes con mejor aprendizaje y compromiso (%)	Porcentaje de asistentes que alcanzaron 4 y 5 en la relación pretest y postest.	
9. Asistentes con bajo aprendizaje (%)	Porcentaje de asistentes que alcanzaron 1 y 2 en la relación pretest y postest.	
10. Observaciones de los asistentes a las herramientas.	Se recogen las observaciones más comunes presentadas por los asistentes en la evaluación individual.	
11. Herramientas aplicables (1-5)	Se calificará de acuerdo a la viabilidad de la aplicación de las herramientas en las instituciones y en la población meta. De A8 ítem 4.	
12. Contenidos comprensibles (1-5)	Se pondrá 5 cuando se considere que se ha logrado una capacitación clara y profunda de contenidos. Se pondrá 1 cuando no se ha captado el contenido o no ha tenido la profundidad necesaria. De A8 ítem 3.	
13. Percepción del facilitador sobre la mayor dificultad en cuanto a la aplicación de herramientas.	Se podrán aquellos contenidos que fueron más difíciles de captar. De A8 ítem 5.	
14. Dificultades relacionadas con el apoyo de prenatal.	Problemas o deficiencias en el apoyo del equipo de Prenatal al desenvolvimiento del taller. De A8 ítem 6.	

ITEM	RESPUESTA	Base de Datos
15. Fortalezas del apoyo prenatal	Aciertos y hallazgos del apoyo del equipo de Prenatal al desenvolvimiento del taller. De A8 ítem 7.	
16. calificación de asistentes al apoyo de prenatal (1-5)	Promedio de la calificación individual. De A8 ítem 8.	
17. Fortalezas del taller según asistentes.	Lo mejor del taller. De A8 ítem 10.	
18. debilidades del taller según asistentes.	Lo peor o mejorable del taller. De A8 ítem 10.	
19. Calificación del taller por parte de asistentes (1-5)	Promedio de la calificación individual. A9 ítem 11.	
20. Fortalezas del instructor	Principales fortalezas. De A8 ítem 12.	
21. Dificultades del instructor.	Principales debilidades de A8 ítem 13.	
22. Calificación de asistentes a los instructores (1-5)	Promedio de calificaciones de mediadores, en A8 ítem 14.	
23. Adquisición de habilidades de análisis de la realidad (1-5)	En qué medida (entre 1 y 5) el grupo ha mejorado su capacidad de analizar la realidad respecto a la prevención prenatal de discapacidades.	
24. Adquisición de habilidades de trabajo en equipo (1-5)	En qué medida (entre 1 y 5) el grupo ha mejorado su capacidad de trabajar en equipo.	
25. Adquisición de habilidades para proponer alternativas (1-5)	En qué medida (entre 1 y 5) el grupo ha mejorado su iniciativa de proponer alternativas de acción para la prevención prenatal de discapacidades.	
26. Observaciones.	Otros comentarios que sean considerados relevantes.	