



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**La Universidad Católica de Loja**

## **ESCUELA DE MEDICINA**

**DIPLOMADO EN GERENCIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD**

**MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA**

**Análisis de la satisfacción del usuario de consulta externa del servicio de medicina familiar y alternativas de intervención en la Unidad Municipal de Salud Centro del Distrito Metropolitano de Quito.**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Diploma Superior en Gerencia y Calidad en Servicios de Salud.**

**Autora: Dra. Mary Elizabeth Cantos Aguirre.**

**Directora: Dra. Nilda Esthela Villacrés Avilés.**

**Centro universitario: Universidad Técnica Particular de Loja**

**Quito - Ecuador**

**2011**



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

*La Universidad Católica de Loja*

**Dirección de postgrados**

**Portada proyecto de tesis**

**Dra. NILDA ESTHELA VILLACRÉS AVILÉS**  
**DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**CERTIFICA:**

**Que el presente trabajo de investigación realizado por la estudiante:**

**MARY ELIZABETH CANTOS AGUIRRE, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja; por lo que autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.**

Quito, 20 de septiembre del 2011

.....  
**DIRECTORA**  
**Dra. Nilda Villacrés Avilés**



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

*La Universidad Católica de Loja*

**Dirección de postgrados  
Portada proyecto de tesis**

## **AUTORÍA**

Yo, **Mary Elizabeth Cantos Aguirre**, como autora del presente trabajo de investigación, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el mismo.

.....

**AUTORA DE LA TESIS**

**C.I.: 170514918- 3**



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

*La Universidad Católica de Loja*

**Dirección de postgrados**

**Portada proyecto de tesis**

## **CESIÓN DE DERECHOS**

Yo, **Mary Elizabeth Cantos Aguirre**, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art.67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

Quito, Agosto, , 2011

-----  
**AUTORA DE LA TESIS**

**C.I.: 170514918-3**



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

*La Universidad Católica de Loja*

**Dirección de postgrados**

**Portada proyecto de tesis**

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento a Dios, porque él es quien guía mis pasos, y está permanentemente en mi vida.

A María Auxiliadora mi madre celestial.

A mis padres que son mis ángeles guardianes, quienes siempre me dieron el amor, los valores y los principios que son la base de mi accionar diario.

A mis hijos, mi esposo, por su amor, apoyo y comprensión.

A Valentina, "***mi niña bonita***".

A mi Institución, MDMQ –SS, a los Docentes de la Universidad de Loja, y a los de la ciudad Quito, que constantemente me apoyaron y estuvieron prestos a darme una respuesta oportuna y efectiva a mis inquietudes y requerimientos.

A mi directora de Tesis de Investigación Dra. Nilda Villacrés, quien, con su guía y conocimientos ha contribuido a mi crecimiento personal y profesional como docente y tutora.

-----  
**AUTORA DE LA TESIS**



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

*La Universidad Católica de Loja*

**Dirección de postgrados  
Portada proyecto de tesis**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación lo dedico a los usuarios y usuarias de los servicios de salud de nuestro país, pensando en que este estudio pueda ser un aporte para los profesionales de la salud que día a día brindan sus servicios con calidad, calidez, eficiencia, eficacia, equidad, universalidad y solidaridad, con el fin de lograr la satisfacción de las y los usuarios/as.

-----  
**AUTORA DE LA TESIS**

**VI**

## INDICE DE GRÁFICOS

Nº DE GRÁFICO	NOMBRE DEL GRÁFICO	Nº DE PÁGINA
Gráfico 1	Pirámide Poblacional año 1950	25
Gráfico 2	Pirámide Poblacional año 2050	26
Gráfico 3	Distribución de Recursos Humanos UMSC	40
Gráfico 4	Seguridad Estructural de la UMSC	41
Gráfico 5	Seguridad no Estructural UMSC	42
Gráfico 6	Seguridad Funcional de la UMSC	43
Gráfico7	Índice de Seguridad Hospitalaria	45
Gráfico 8	Edad de los encuestados	51
Gráfico 9	Sexo de los encuestados	51
Gráfico10	Domicilio de los encuestados	52
Gráfico 11	Procedencia	52
Gráfico 12	Instrucción	53
Gráfico 13	Razón por la cual acude a la Unidad	54
Gráfico 14	Sistema de entrega de turnos	56
Gráfico 15	Amabilidad en Estadística	56
Gráfico 16	Amabilidad en Enfermería	57
Gráfico 17	Rapidez de atención en Enfermería	57
Gráfico 18	Amabilidad del Médico	58
Gráfico 19	Confianza en el Médico	59
Gráfico 20	Explicación del Médico	59
Gráfico 21	Satisfacción del Paciente al salir de la consulta	60
Gráfico 22	Luz	62

## INDICE DE GRÁFICOS

Nº DE GRÁFICO	NOMBRE DEL GRÁFICO	Nº DE PÁGINA
Gráfico 23	Limpieza	62
Gráfico 24	Estado de los muebles	63
Gráfico 25	Anuncios y Señalización	63
Gráfico 26	Lugar donde reciben la consulta	64
Gráfico 27	Condiciones de la sala de Espera	64
Gráfico 28	Servicios Sanitarios	65
Gráfico 29	Interés que demuestra el personal Adm.	65.
Gráfico 30	Tiempo para ingresar a la Consulta	66
Gráfico 31	Tiempo que el Médico le dedica al paciente	66

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Certificación del director	II
Autoría	III
Cesión de los derechos	IV
Agradecimiento	V
Dedicatoria	VI
Índice de gráficos	VII – VIII
Índice de Contenidos	IX - X
Resumen	
Introducción	1
<b>CAPÍTULO I</b>	6
Marco Teórico Conceptual	6
<b>CAPÍTULO II</b>	24
<b>ANÁLISIS SITUACIONAL</b>	24
Contexto Nacional	24
Proyecciones Poblacionales	25
Análisis Epidemiológico	27
Sistema de Salud	28
Marco Legal	31
Contexto del DMQ	34
Contexto Institucional	35
Análisis de la calidad desde la perspectiva del usuario	47
Metodología	47
Resultados y análisis de la encuesta de satisfacción del usuario/a	50
<b>CAPÍTULO III</b>	72
<b>PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS</b>	72
Problemas a los que se debería dar solución con prioridad	72
Matriz combinada para la priorización de problemas	74
Razones para mejorar	75

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

ALTERNATIVAS DE CAMBIO	76
Diseño de Alternativas de solución	76
Criterios de éxito	79
Estrategias para implementar la Intervención y cronograma	80
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>83</b>
Conclusiones y Recomendaciones	
Conclusiones	83
Recomendaciones	85
Bibliografía	87.

## RESUMEN

Análisis de satisfacción del usuario, ante la atención recibida en el servicio de Medicina Familiar de la UMSC. El estudio se realiza aplicando una encuesta a 99 pacientes que recibieron atención en este servicio, y a los Médicos familiares que brindaron la atención. El 79 % de pacientes califico a la infraestructura existente como muy buena, 83% se sienten satisfechos de la atención recibida, 84% la califica como muy buena, 8% como excelente y 8% como buena; 88% pacientes identifican que las Historias Clínicas demoran en pasar de estadística a enfermería y consulta médica.

Los médicos familiares identifican claramente que debe mejorarse el tiempo de espera del paciente para ser atendido en la consulta médica, que existe insuficientes equipos y dotación de insumos y materiales.

Resultados del estudio se socializarán al personal de la Unidad de salud y consensuadamente se presentarán alternativas de solución para implementar los cambios que se consideren factibles y viables, para un mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud que brinda esta Unidad de Salud, para satisfacción del usuario externo e interno.

## INTRODUCCIÓN

La satisfacción de los pacientes ante la recepción de un servicio de salud tiene que ver con la calidad de la atención prestada por ese servicio, calidad que se refiere a las características del producto que satisface las necesidades del consumidor, además implica disminuir las deficiencias y mejorar la respuesta efectiva a las necesidades del usuario interno y externo.

En diferentes países tanto Europeos como Latinoamericanos, se realiza constantemente estas investigaciones, ejemplos de esto existen muchos, podemos citar el estudio realizado en 15 hospitales de Hidalgo México, estudios realizados en el Hospital "J.M de los Ríos" de Venezuela, en la Universidad San Antonio de Abad del Cuzco y en muchos otros hospitales a nivel mundial, como parte de un proceso de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que se brindan a los pacientes en búsqueda de su satisfacción ante la oferta brindada.

En nuestro País también se realiza estos procesos, y en las Unidades de Salud Municipal se llevan a efecto algunas investigaciones para mejorar los servicios y la atención a los pacientes. Se hace imprescindible hacerlo en los diferentes servicios de las Unidades que tiene a cargo la Secretaría de Salud, por lo cual, el presente estudio será efectuado en el servicio de medicina familiar de la Unidad Municipal de Salud Centro, en donde, desde hace más de un año se implementó este servicio, con la finalidad de mejorar la calidad de atención al paciente.

Esta investigación, es importante e imprescindible para un mejoramiento continuo de todo lo que implica la calidad de la prestación de servicios. La satisfacción del usuario, está íntimamente relacionada con la recepción y percepción de la calidad de atención.

La calidad está implícita en el nuevo modelo de atención, en el cual la Atención Primaria de Salud es la puerta de entrada para una atención familiar integrada e integral, con calidad y calidez, solidaria y equitativa.

La atención primaria constituye la función central y el núcleo principal del desarrollo social y económico global de la comunidad. Para la implementación de este nuevo modelo de atención es imprescindible contar con talento humano debidamente capacitado, por lo cual, en varias Unidades de Salud del País y del Distrito Metropolitano de Quito se está insertando profesionales preparados en Medicina Familiar, a fin de mejorar la calidad de atención al paciente, con servicios continuos e integrales, al individuo, su familia y su comunidad.

## **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La excesiva demanda de atención en salud, que se manifiesta en servicios de salud pública, incluidos los del Municipio de Quito, genera diferentes problemas que disminuye la satisfacción percibida y recibida por los usuarios internos y externos, generados por una respuesta no acorde a las demandas y necesidades de los usuarios.

Se hace evidente la falta de recursos, tecnológicos, humanos, financieros, logísticos, etc. lo cual afecta la satisfacción del usuario y por ende la calidad de atención que se oferta a los pacientes.

Una de las causas para esta insatisfacción, es provocada, porque los pacientes no reciben una atención integrada, integral y continúa que pueda brindar una solución efectiva y de manera oportuna a sus requerimientos. Esta insatisfacción va unida a la de los profesionales, por no contar con todos los recursos a su alcance para dar una atención eficiente y eficaz, sea esta de orden estructural, tecnológico, científico, económico, etc.

Entre las preocupaciones más frecuentes de los actores de salud, Instituciones públicas, privadas, está, buscar la satisfacción del usuario, ante la atención recibida en los servicios de salud.

En un estudio de calidad de los servicios que brindaba la Unidad de Salud Centro se diagnosticó la necesidad de implementar el servicio de salud de Medicina Familiar, pero hasta el momento, no se ha realizado un análisis de la satisfacción del usuario, del mencionado servicio.

En el Consejo Zonal de Salud de la Zona Centro se han presentado algunas quejas de insatisfacción de ciertos usuarios de la UMSC, en referencia a la atención recibida en la misma. Ante esta problemática, se plantea realizar una investigación sobre la satisfacción de los usuario/as y alternativas integrales de solución.

## **JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La Constitución de Nuestro País señala que en todos los servicios de Salud se implementará el nuevo modelo de atención bajo los principios de universalidad, integralidad con eficiencia, eficacia, solidaridad, etc. Modelo con métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (Constituyente, 2008).

De lo anterior se desprende nuevas políticas de Salud que se están implementando en todo el país para el cambio del modelo de atención en salud.

Entre las diferentes estrategias aplicadas, la atención a los pacientes con profesionales de Medicina Familiar es prioritaria para lograr una atención integral e integrada al usuario.

La Unidad Municipal de Salud Centro, desde hace aproximadamente 2 años ante la necesidad de iniciar la implementación del nuevo modelo de atención, establece un convenio con la Universidad Católica, con la finalidad de que los Médicos Postgradistas de Medicina Familiar, realicen la atención médica a pacientes que acuden a consulta externa de esta Unidad de Salud.

A través de esta investigación se podrá conocer la satisfacción de los usuarios en la atención recibida, las necesidades, etc. para así poder desarrollar las mejores alternativas de solución.

## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la satisfacción del usuario sobre la atención recibida en consulta externa de Medicina Familiar en la Unidad Municipal de Salud Centro y proponer alternativas de solución.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la percepción de la satisfacción del usuario respecto a la atención recibida en consulta externa de Medicina Familiar en la Unidad de Salud Centro.
- Conocer la satisfacción de los profesionales sobre el servicio brindado.
- Proponer alternativas de satisfacción al usuario en función de los resultados de la investigación realizada.

## **HIPÓTESIS**

***Un servicio de Medicina Familiar en forma permanente contribuye al mejoramiento de la satisfacción del usuario de la Unidad Municipal Centro.***

Esta investigación aplicada, se puede implementar paulatinamente en las otras Unidades Municipales, y servicios de la red municipal de salud, a fin de cambiar a un nuevo modelo de atención en salud.

El presente documento presenta:

## **CAPÍTULO I**

### **Marco Teórico Conceptual**

Los conceptos más importantes del contexto en general referente a Atención Primaria de Salud, Atención Integral de Salud, Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación, Cuidados Paliativos, Niveles de Atención, calidad, Usuario Externo, Usuario Interno, Satisfacción del Usuario, Percepción de calidad del Profesional, Participación Social, MEDICINA Familiar, Médico Familiar. Es decir conceptos fundamentales, esenciales para la base de la investigación.

## **CAPÍTULO II**

Análisis Situacional, en el mismo que se describe el Contexto Nacional, EL marco Legal, el contexto Distrital y el contexto situacional de la Unidad Municipal de Salud Centro. Análisis de la satisfacción del usuario interno y externo, por ende de la calidad del servicio de Medicina Familiar, desde la perspectiva del usuario interno y externo.

## **CAPÍTULO III**

Describe los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a los usuarios internos y externos.

Las alternativas de cambio propuestas.

## **CAPÍTULO IV**

Conclusiones y Recomendaciones, referentes al análisis realizado.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Revisiones Sistemáticas.

Libros.

Artículos.

Revistas y otros documentos que son instrumentos utilizados para poder realizar el presente estudio.

## **CAPITULO I**

### **MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL**

Según la OMS la satisfacción del usuario implica asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Se considera fundamental evaluar la satisfacción de los pacientes, ya que se asocia de manera positiva y significativa con los resultados obtenidos con el servicio proporcionado en salud (Marshall, Hays & Mazel 1996).

En los últimos años, el estudio de satisfacción de los usuarios, con respecto a los servicios sanitarios, se ha convertido en un instrumento de valor creciente. El hecho de que se acepte que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales justifica que ésta se haya incorporado como una medida de calidad

Dentro del nuevo modelo de atención, en América Latina, como en nuestro País se está considerando una permanente evaluación de la satisfacción del usuario, estableciéndose que los servicios de salud deberán brindar atención de calidad, con acciones de Salud Pública de promoción, prevención, curación, rehabilitación, integrales e integradas que deban realizarse a nivel Primario.

Acciones que deben ser llevadas a cabo con recurso Humano capacitado, tecnología adecuada, recursos físicos y logísticos que puedan dar una resolución eficaz y eficiente a las demandas y necesidades de la población.

Implementar en los servicios de salud la atención por parte de profesionales preparados y formados en Medicina Familiar, es una de las decisiones que se están llevando a cabo en los servicios de salud, ya que se considera que de esta manera se podría mejorar la atención integral al usuario y por ende la satisfacción de la atención recibida.

Así, la satisfacción del usuario se consolida como una forma de evaluar la calidad de la atención médica. La definición es muy sencilla, el usuario está satisfecho si sus necesidades reales o percibidas, son cubiertas o excedidas, entonces ¿Cómo puede usted saber lo que el cliente necesita, quiere y espera?

La satisfacción del usuario de los servicios de salud, se encuentra íntimamente relacionada con la calidad del servicio prestado al cliente, calidad que tiene que ver con varios aspectos como son la infraestructura, el equipamiento, el talento humano, los diferentes procesos que se dan en la atención, la calidez con la que se le atiende, recursos físicos, financieros, accesibilidad, tecnología, etc. Es decir implica la participación del contexto amplio e integral.

En los últimos años, el estudio de satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios sanitarios, se ha convertido en un instrumento de valor creciente. El hecho de que se acepte que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales, Justifica que ésta se haya incorporado como una medida de calidad.

Se ha demostrado mediante diferentes estudios que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los usuarios, y es también un instrumento útil a la hora de evaluar las consultas y los modelos de comunicación, y así mismo se ha demostrado que la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios. ((Benítez del Rosario)R., 1991)

## 1.1 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Atención Primaria de Salud (siglas: APS), según la definición dada en la 'Declaración de Alma-Ata', aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud es la siguiente “ la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”.

La Atención Primaria, a la luz de la Carta de Alma Ata (1978) y de las más recientes Declaraciones para el desarrollo de la APS, incorpora la Promoción de la Salud como un eje central en su quehacer y como una invitación al trabajo intersectorial. La reorientación de los servicios de salud se torna cada vez más necesaria, asegurando el promover estilos de vida y ambientes saludables mediante los cuales se potencie una mejor salud y el bienestar (elemento ya señalado en la Carta de Ottawa, en 1986).

**Sus Principios** 1) Dignidad humana, solidaridad y ética profesional, 2) Protección y promoción de la salud 3) Centrada en la población y responsabilidad compartida 4) calidad 5) costo- efectividad 6) economía sostenible, cobertura universal y acceso equitativo.

**Su objetivo Central** Mejorar la salud de la comunidad, centrándose en la salud de las personas en el contexto de otros determinantes.

La Atención Primaria en Salud, hace énfasis en la Promoción de la Salud, La prevención de la enfermedad, considera imprescindible la atención integral del individuo, el contexto donde se desenvuelve, la participación activa de la comunidad.

## **1.2. ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD**

El modelo de atención de salud es la forma y los contenidos de la atención en salud que una sociedad dada utiliza para la entrega de la atención, incluyendo valores, políticas, el uso, la interacción, respuesta a las necesidades, expectativas y demandas de salud de las personas. Determina el marco técnico conceptual de la reforma, para transformar la realidad de la salud pública para el país.

Reconocer necesidades de salud, priorizar problemas específicos, universalidad al acceso, mayor cobertura en promoción, prevención, atención; accesibilidad, mayor disponibilidad y suficiencia de recursos.

Considera los diversos determinantes del proceso salud – enfermedad, en los ámbitos biológico, económico, ecológico, psicosocial, desde lo individual, familiar y colectivo, Toma en cuenta el ciclo de vida, es una atención continua, incluye actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación.

## **1.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD**

“Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social en un individuo o grupo, debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar y adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana.

Se trata por tanto de un concepto positivo, que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”. Carta de Ottawa, 1986.

El Ministerio de Salud de Canadá en 1974, emitió el “Informe Lalonde” (OMS, OPS), en el cual apareció la promoción de la Salud como una estrategia gubernamental que incluía políticas públicas para Favorecer el mantenimiento de la salud, programas educativos dirigidos a individuos y organizaciones; fundamentó su estrategia en el énfasis frente a las acciones que apuntaran a cambios en el estilo de vida.

Según la carta de Ottawa, la Promoción de la Salud consiste en: ‘Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. De igual manera, plantea 5 componentes para llevara cabo dicha estrategia:

- ✓ La elaboración de una política pública sana.
- ✓ El refuerzo de la acción comunitaria a través logrado a través del empoderamiento del individuo y de los colectivos.
- ✓ Creación de ambientes favorables.
- ✓ Reorganización de los sistemas de salud.
- ✓ Desarrollo de aptitudes personales. (OMS, OPS)

Promoción de la Salud es una estrategia prioritaria para alcanzar un mejor nivel de salud y vida de la población mediante la participación interinstucional, intersectorial y de la sociedad civil, se busca mejorar y fortalecer las oportunidades para las personas, aumentando sus fortalezas, mejorando sus capacidades y generando concienciación de que son sujetos de derechos.

Este proceso social busca unir las potencialidades, conocimientos, esfuerzos de la comunidad con los que proveen los gobiernos para mejorar el desarrollo humano sustentable, a través de su intervención sobre los diferentes factores que influyen en la salud, a tal efecto que puedan prevenir o mitigar los riesgos para mejorar la salud y calidad de vida, tanto a nivel individual, familiar y colectivo.

La promoción de la salud fortalece la participación efectiva y concreta de la comunidad en la priorización de actividades, la toma de decisiones, la elaboración de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud incluyendo los aspectos de acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

La creación de ambientes favorables, espacios saludables, es otro de los objetivos de la promoción de la salud, fomentando y promoviendo ambientes sanos, seguros, necesarios para lograr el buen vivir.

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios de salud la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios de salud y los gobiernos, conjuntamente con una nueva orientación que sea sensible y respete la interculturalidad, etnia, género y etapa generacional de las personas, ampliando vías de comunicación entre el sector salud y los sectores sociales, políticos y económicos.

Siendo indispensable aplicar un nuevo modelo de atención, dejando a un lado el énfasis en la atención curativa, acercando más los servicios de salud a la comunidad, orientando sus acciones a una atención promotora de la salud y atención primaria, propiciando que los servicios de salud estén en capacidad de fomentar y asesorar la adopción de prácticas personales saludables en todo el ciclo de vida, priorizando los grupos vulnerables o de mayor riesgo.

Está comprobado que sin la participación comunitaria o involucramiento activo de la comunidad los planes y programas no alcanzan a las metas propuestas, y los procesos no son sostenibles, pasando a ser actividades momentáneas que no causan impacto alguno en la comunidad. Por lo cual los actores sociales deben constituirse en permanentes promotores de la salud.

La promoción de la Salud como parte de la estrategia de atención Primaria abre la oportunidad de mejorar en todo su contexto de desarrollo, reduce el gasto del estado como el de la propia persona, optimiza la utilización de los recursos, mejora la capacidad de resolución de los servicios, cuenta con personal sanitario con aptitudes sociales y conocimientos biomédicos concretos, la Promoción de la salud abre las puertas hacia un mejor futuro. “La Promoción es la suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales productivos, encaminada al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva ”(OPS,OMS, 1990).

Por lo tanto promover la salud implica decisión política, políticas públicas que puedan ser implementadas en este marco referencial, implican a toda la población, no solo a personas enfermas, o a servicios de salud, involucra la participación ciudadana y comunitaria, lo que es decisivo para que pueda desarrollarse las acciones de promoción.

#### **1.4 PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD**

Estrategias para atenuar o aminorar los factores de riesgo de enfermedades específicas; estrategias encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad. Se habla entonces de **prevención primaria** para evitar la aparición inicial de una enfermedad (ej. vacunaciones); de **prevención secundaria**, para detener o retardar una enfermedad existente mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno (ej. diagnóstico y manejo adecuado del paciente hipertenso, el diagnóstico del cáncer cérvico-uterino mediante el PAP); y de **prevención terciaria**, que se refiere a

la rehabilitación y a impedir el avance de la enfermedad (ej. la rehabilitación de un accidentado de tránsito o la detención del daño de las complicaciones de la diabetes).

## **1.5 CURACIÓN**

La curación es el acto o proceso de curarse o del restablecimiento de la salud. Es un componente de la atención primaria de salud, es un procedimiento imprescindible que se brinda a través del Sistema Sanitario de Salud, y para que este sea realizado con efectividad requiere equipos de profesionales sanitarios: médicos, personal de enfermería y personal auxiliar con aptitudes sociales y conocimientos biomédicos concretos y especializados; así como contar con los equipos, tecnología, necesaria y en óptimo estado para responder con calidad.

## **1.6 REHABILITACION**

La rehabilitación es el conjunto de procedimientos médicos, psicológicos, sociales, dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, social, laboral y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales, intentando restablecer o restaurar la salud. La rehabilitación debe actuar tanto en la causa de la discapacidad como en los efectos producidos por la enfermedad, basado en el modelo biopsicosocial, para aumentar la función perdida y así la calidad de vida.

La rehabilitación de un paciente es costosa, es por eso que las políticas de salud, en lo que se refiere a la gratuidad de salud, implica que el financiamiento también debe correr a cargo del Estado.

La rehabilitación es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental y social óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Con el desarrollo del programa de rehabilitación con base comunitaria, se acerca

ese proceso al medio social del individuo, facilitando la participación de la comunidad. (Martha & Carmen, 1995)

## **1.7 CUIDADOS PALIATIVOS**

Los cuidados paliativos son una modalidad de la medicina en la que el ejercicio profesional se centra en el alivio del sufrimiento de las personas con enfermedad en fase terminal.

Es preciso que los profesionales del primer nivel de salud incorporen a su práctica dicho ejercicio, para favorecer que los pacientes afectados por enfermedades en fase terminal vivan el tiempo de vida que les queda con el menor sufrimiento posible. (Benítez del Rosario)

La Atención Primaria es el nivel de atención encargado de la asistencia a los pacientes en la comunidad; si existe coordinación con otros niveles asistenciales se evita la discontinuidad de los cuidados. Gracias a sus características (asistencia integral, integrada, continua, accesible), la Atención Primaria garantiza el marco idóneo de la asistencia a los pacientes que requieren cuidados paliativos.

El incremento de pacientes con enfermedades terminales, obliga a que la gran mayoría de estos pacientes sean atendidos en sus hogares, o se los recluya en casas asistenciales.

La familia de los mismos poco pueden hacer si no tienen el apoyo guía de cómo darle una mejor calidad de vida a quién se encuentra en condiciones de enfermedad incurable, por lo que es irrecusable contar con personal de salud preparado para brindar cuidados paliativos. (OMS, 2007)

## **1.8 NIVELES DE ATENCIÓN**

Es la organización de la atención en diferentes niveles de complejidad y tiene por objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de cumplir con un máximo de

cobertura los servicios que se presten, con la mayor calidad posible y con una misma cantidad de recursos.

Es un conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad diferentes, necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad.

Constituye una de las formas de la OMS, en la cual se relacionan con la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población.

Tradicionalmente se distinguen cuatro niveles:

Nivel primario

Nivel secundario

Nivel terciario y

Cuarto nivel

### **1.8.1 NIVEL PRIMARIO**

Es el de mayor cobertura pero menor complejidad. Está representado por las Postas y Estaciones médico rurales, los Consultorios urbanos y rurales y los centros de Salud Familiar.

Para lograr sus objetivos debe proyectarse a la comunidad con sus recursos, coordinarse con sus organizaciones a fin de lograr actitudes favorables para la salud y hacer que estas se involucren y confíen en el Sistema.

**Su recurso humano lo constituyen entre otros:** Médicos y odontólogos generales, enfermeras, matronas, nutricionistas, psicólogos, asistentes sociales, técnicos paramédicos, etc.

**Sus actividades se relacionan entre otras, con:** Promoción para la salud, Control de salud, Pesquisa de morbilidad, Tratamiento de morbilidad no compleja

Derivación oportuna de casos a niveles de mayor complejidad.

### **1.8.2 NIVEL SECUNDARIO** (menor cobertura, mayor complejidad).

Su quehacer está orientado a un segmento menor de la población (menor cobertura). Recibe para diagnóstico y tratamiento las pacientes que no pueden ser resueltas en el nivel primario. Generalmente está estrechamente relacionado con los Servicios Clínicos de los Hospitales por lo que suele llamarse Consultorio Adosado de Especialidades.

- Su recurso humano está representado por el especialista. Su grado de desarrollo es variable y depende del establecimiento al que está adosado y de las características propias de cada Servicio de Salud.
- Para su trabajo requiere de Unidades de Apoyo Diagnóstico más complejas (Laboratorio, Imagenología, Anatomía Patológica, etc.).
- En general no se contacta directamente con la comunidad.
- Se relaciona tanto con el nivel primario para devolver los casos resueltos como con el terciario cuando la complejidad así lo requiere.
- En la medida que el nivel primario va siendo más eficiente este nivel debe adecuarse y diferenciarse en las especialidades o subespecialidades que sean necesarias.

### **1.8.3 NIVEL TERCIARIO**

Representado por los establecimientos con condiciones para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada (hospitalización).

- Su nivel de cobertura es menor y se aboca a manejar solo los casos con patología a excepción del Programa de la Mujer en el cuál se pretende una atención institucional del 100% de los partos aunque estos son habitualmente de baja complejidad y sin patología.

- En los hospitales se organiza en los Servicios Clínicos y requiere de las Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico para su trabajo, incluidos los pabellones quirúrgicos.

#### **1.8.4 NIVEL CUATERNARIO** (mínima cobertura, máxima complejidad).

- Esta representado por las Unidades de Tratamiento Intensivo.
- Para su trabajo requiere de una gran concentración de recursos tanto humanos como de equipamiento, este último de gran sofisticación.
- Su característica es la mínima cobertura y la máxima complejidad.
- Su grado de desarrollo es variable en los distintos Servicios de Salud del país.

(Roza, 2008).

### **1.9 CALIDAD**

Calidad se define como la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio prestado, que le hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo, dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión. La calificación se hace con carácter integral es decir evaluando “todas las características, funciones o comportamientos” (Orozco, 2009)

Definir la calidad es un poco más difícil que definir la satisfacción del usuario, la calidad está basada en la percepción del usuario por lo tanto definimos calidad como lo que el usuario percibe como calidad. Tomando en cuenta aspectos de calidez, eficacia del tratamiento, trato personal, accesibilidad. Además la calidad puede ser calidad técnica, calidad sentida.

La percepción de la calidad de atención también varía de acuerdo a las expectativas con las que acude el paciente, depende también de ciertas características de los usuarios como la edad, sexo, nivel educativo, condiciones socioeconómicas, las experiencias anteriores que han tenido los pacientes, etc.

El derecho a la salud, a la cual todas y todos lo tenemos, exige que el estado y todos quienes trabajan por velar por que la población pueda acceder a la misma, sean atendidos con servicios eficientes y eficaces, equitativos, con principios de solidaridad, universalidad, con calidad y calidez. Y la población que ejerciendo sus derechos exige que los servicios de salud sean efectivos.

Desde una perspectiva de salud pública, la calidad significa ofrecer los mayores beneficios a la salud, con la menor cantidad de riesgos a la salud, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles. Para otras personas, la calidad significa ofrecer una gama apropiada de No obstante, otros definirían la calidad principalmente como el hecho de cubrir los deseos del cliente.

Además, una buena calidad puede significar cubrir los estándares mínimos para una atención adecuada o alcanzar altos estándares de excelencia. La calidad puede referirse a la calidad técnica de la atención; a los aspectos no técnicos de la prestación de servicios, tales como el tiempo de espera del cliente y las actitudes del personal; y a los elementos programáticos, tales como las políticas, la infraestructura, el acceso y la administración. La calidad a veces se contrasta con el acceso. De hecho, es difícil distinguir entre los dos. (Donabedian, 2000)

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

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes).

Pero sólo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una excelencia. (Zas Ros B, 2005)

La medición de la calidad tiene varios enfoques, en la organización, en la prestación de los servicios, en la perspectiva del usuario, etc. Uno de los enfoques es la perspectiva del usuario:

### **1.9.1 USUARIO EXTERNO**

Corresponde a las personas que utilizan los servicios de salud que se brindan en la Unidad de Salud. Uno de la formas de medir la calidad desde el usuario externo es la:

### **1.9.2 SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

En el análisis de la satisfacción de los usuarios de un servicio de salud, es importante para tener una evaluación de la atención que se está brindando, siendo útil esta información para quienes deben tomar la decisión de mejorar los servicios de salud y reorientar aquellos que no se encuentran funcionando de manera eficiente y eficaz.

### **1.9.3 USUARIO INTERNO**

Corresponde a las personas que trabajan en esa Institución, que prestan los servicios, atienden, y ejecutan los procesos para conseguir los resultados previstos.

## **1.10 PERCEPCIÓN DE CALIDAD DEL PROFESIONAL**

El personal de salud debe considerar las circunstancias en que se produce la atención de los pacientes comprendiendo la complejidad de muchas situaciones,

ellos deben tomar en cuenta las condiciones de accesibilidad, el ambiente, infraestructura, la calidad técnica y humana, así como los recursos financieros, humanos, logísticos, tecnológicos disponibles para la atención. Entonces, se hace necesario también conocer como el usuario interno percibe la calidad de atención que presta, desde lo objetivo hasta su percepción misma., es importante saber cuán satisfechos están los usuarios internos.

### **1.11 PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD**

En la conferencia de Alma Ata en 1978, es donde se hace evidente la necesidad de la participación comunitaria. La participación comunitaria es la participación social del individuo y del colectivo, en la toma de decisiones, en la planificación, ejecución, y evaluación de programas, proyectos actividades tendientes a resolver los problemas y necesidades de una comunidad.

Se puede definir la participación comunitaria como el proceso mediante el cual los "individuos participan y se involucran de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo." (Linares.C, 1996)

Participación Social se da cuando grupos organizados de personas en una comunidad se involucran activamente en los procesos de análisis de situación de salud, en la planificación de los programas locales, la ejecución de proyectos y actividades encaminadas a la promoción de la salud. También participan en los grupos de autoayuda y otras formas de intervención social.

### **1.12 LA MEDICINA FAMILAR EN LA ATENCION INTEGRAL E INTEGRADA**

En Estados Unidos, Canadá, es donde se inicia la especialidad de Medicina Familiar. En 1969 se aprobó a la Medicina de familia como la vigésima especialidad médica, en Estados Unidos, luego fue en Canadá, Gran Bretaña, México, Australia.

La conferencia de Alma Alta, celebrada en 1968, fue un acontecimiento decisivo, que impulsó la Atención primaria y en consecuencia la Medicina de familia. Poco a poco ha ido evolucionando la especialidad en todos los continentes.

En 1991 se publicó la declaración de la WONCA” El papel del médico general<7el de familia, en los sistemas de Atención de salud”, son de destacar 2 afirmaciones:

“La Atención Primaria de Salud de alta calidad, depende de la disponibilidad de médicos generales/de familia bien entrenados, trabajando como miembros del equipo de salud, en la comunidad”.

“La medicina general/familiar, necesita ser firmemente establecida, como la disciplina central de la medicina, alrededor de la cual se ordenan las disciplinas médicas y de las profesiones aliadas de la salud, para formar un equipo cooperativo, en beneficio del individuo, familia y comunidad. (WONCA, 1992)

La Medicina Familiar es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la permanente presión, para atender necesidades sociales, de la población. La Medicina de Familia es la combinación de la tradición humanista, del antiguo médico de cabecera, con el desarrollo tecnológico de la segunda mitad del siglo XX.

“En noviembre de 1994 se realizó la conferencia conjunta de la OMS-WONCA en London, Ontario Canadá, que elaboró un documento de trabajo titulado “Hacer que la Práctica Médica y la Educación Médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del Médico de Familia”.

Lo principal de este documento, fue identificar la mejor forma para que los países puedan responder a las necesidades de la gente, para obtener el mayor beneficio posible de los recursos asignados al campo de la salud. Se tuvo en cuenta también

la capacitación del recurso humano así como la posible distribución geográfica de los mismos.

Este documento señaló 21 recomendaciones específicas para todos los países que implican grandes cambios en los sistemas de salud. Abarcan todo el espectro: la financiación y asignación de los recursos, la capacitación y la formación de los médicos, y la modalidad de prestación de los servicios.

Estas recomendaciones proponen el reconocimiento de la necesidad de formar sistemas de salud que demandan costos crecientes y cuestionables niveles de calidad de la atención médica y de la satisfacción de las personas usuarias en varios países. Plantean que la reforma debe basarse en un nuevo modelo representación médica centrada en las necesidades de las personas y en el rol del médico de familia adecuadamente capacitado debe jugar un papel importante.

Las recomendaciones luego señalan el apuntalamiento del desarrollo de la Medicina Familiar como especialidad médica en los países en los que no ha alcanzado un grado de establecimiento ideal, a través de la creación de asociaciones científicas que promuevan su desarrollo, la inclusión de médicos de familia en la facultad de medicina con el doble objetivo de primero intentar un cambio en el paradigma con que se enseña actualmente la medicina y segundo mostrar modelos de médico de familia a los estudiantes en general, incluso los que luego se capaciten en otras especialidades.

El cambio, se señala, está básicamente en la educación médica con un acercamiento de epidemiología clínica a la relación salud enfermedad. Este acercamiento incluye la consideración de la prevalencia de las enfermedades y problemas de salud en la población en general, la influencia de factores psicológicos y sociales, es decir la circunstancia de cada paciente individualmente en un problema de salud determinado. Incluye también un énfasis especial en la

prevención de enfermedades y la promoción de salud, teniendo en cuenta la ubicación estratégica del médico de familia accesible para cada necesidad de salud de las personas. (*Américas, 1996*).

### **1.13 MEDICO FAMILIAR**

Se considera que un médico familiar está preparado, mejor capacitado para dar una mejor atención al paciente, es decir dar una atención integral e integrada, como ya lo hemos mencionado.

La especialidad de los médicos familiares surge a partir de la necesidad de reformar el sistema sanitario con la finalidad de fortalecer el primer nivel de atención, con una capacidad de resolución de problemas de salud, que sea eficiente y efectiva y que mejore la eficiencia del Sistema de Salud y se optimice otros servicios de mayor complejidad que se encuentran con una sobredemanda de atención. Médicos que brinden una atención médica integral, continua, que evalúen las necesidades globales de sus pacientes, es decir con una visión holística.

La Organización Mundial de la Salud en su último reporte mundial considera a la Atención Primaria “más necesaria que nunca”. Este compromiso requiere equipos de profesionales de la salud altamente calificados: médicos, enfermeras y personal auxiliar con destrezas de comunicación, liderazgo, aptitudes sociales y conocimientos biomédicos concretos y especializados.

Los médicos familiares deben estar preparados para brindar una atención integral, humana y de alta calidad.

## **CAPITULO II**

### **ANÁLISIS SITUACIONAL**

#### **2.1 CONTEXTO NACIONAL**

De acuerdo a las proyecciones de población realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2006 la población del país era de 13.408.270 habitantes, con 6.723.631 hombres y 6.684.639 mujeres. La mayoría de la población (64%) vive en zonas urbanas, con una densidad poblacional de 52,3 habitantes por km<sup>2</sup>.

La estructura demográfica refleja una población predominantemente joven con más del 30% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 25,97% (adultos mayores de 60 años/población 0-14 años). La esperanza de vida para los quinquenios 1995-2000 y 2000-2005 se incrementó para ambos sexos, pasando de 72,3 a 74,2 años (de 69,6 a 71,3 años en hombres y de 75,1 a 77,2 en las mujeres).<sup>1</sup> El crecimiento anual durante el período inter censal 1990-2001 fue de 2,1 por 100 habitantes.

El país se caracteriza por ser multiétnico y pluricultural. El 6,1% de la población mayor de 15 años se considera indígena, el 5% afroecuatoriana y mulata, el 77,7% mestiza y el 10,8% blanca. La mayor concentración de población indígena se encuentra en las provincias de la Sierra (Chimborazo 70%, Cotopaxi 60%, Imbabura 45%, Bolívar 40% y Tungurahua 28%).

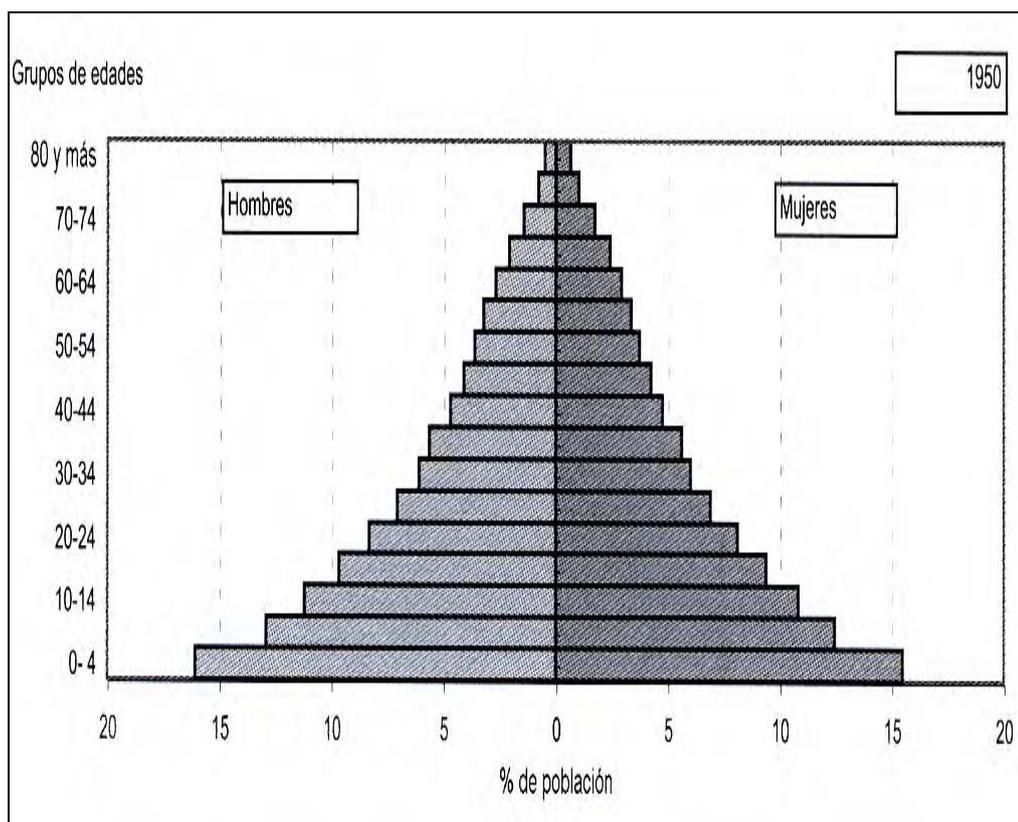
La tasa cruda de mortalidad (por 1.000 hab.) en el 2001 era de 5,8 y en el 2005 de 5,0. La tasa de mortalidad infantil era de 24,9 por 1.000 n.v. en el 2001 y de 22,3 en el 2004. La tasa de natalidad muestra un descenso sostenido en los últimos 15 años.

## 2.1.1 PROYECCIONES POBLACIONALES

En Ecuador, las proyecciones poblacionales indican que la tendencia demográfica está en proceso. La comparación entre las pirámides poblacionales, construidas con base en datos del INEC y procesadas por CEPAL / CELADE, así lo señalan.

Para 1950, la silueta de la pirámide se veía así:

**Gráfico Nº 1**



**Fuente:** “Salud Integral para Personas Adultas Mayores en el Distrito Metropolitano de Quito”,

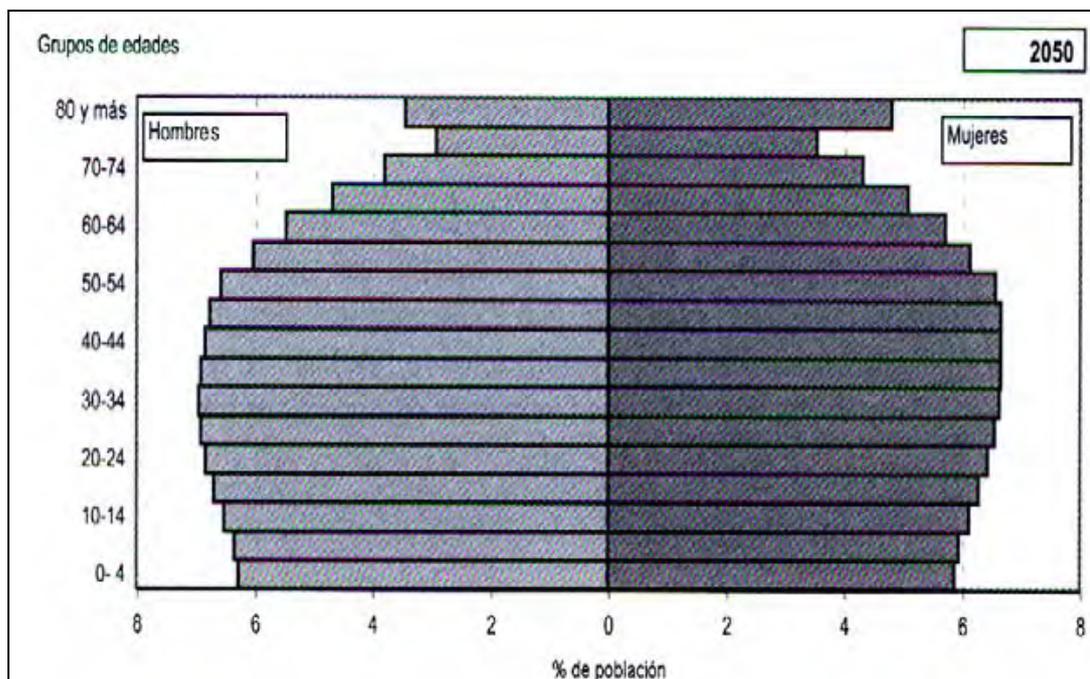
Para el año 2001 la pirámide poblacional demostraba que el crecimiento poblacional mayoritario se encontraba en la población de niñ@s, adolescentes y jóvenes.

Este cambio gradual en la conformación demográfica, tiende a transformar la silueta de la pirámide poblacional. Se está transitando, desde una pirámide en cuyo delgado vértice estaba la población adulta mayor y en la ancha base la población menor de

cinco años, con un tránsito gradual entre los dos extremos; hacia una pirámide poblacional que tiende a la igualdad de proporciones entre los diferentes segmentos poblacionales, formando una silueta que tiende a ser rectangular y no piramidal.

Se prevé, además que si esta tendencia se mantiene, el proceso puede dar lugar a una pirámide invertida: la ancha base estará constituida por la proporción correspondiente a población adulta mayor, mientras que el delgado vértice expresará la escasa contribución de las poblaciones con menos años de vida. Para el año 2050, de acuerdo a las proyecciones, la pirámide tendrá la forma siguiente:

**Gráfico N° 2**



**Fuente:** “Salud Integral para Personas Adultas Mayores en el Distrito Metropolitano de Quito”,

De acuerdo, con la encuesta SABE, implementada por primera vez en Ecuador este año, además de tal proceso de envejecimiento poblacional, es importante recordar que la feminización del proceso de envejecimiento es importante. Esto se traduce en que más del 53% de las PAM son mujeres. (Oscar, 2010)

## 2.1.2 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

En el Ecuador, más que una transición epidemiológica se evidencia una acumulación epidemiológica, en la que las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-degenerativas y los problemas de salud colectiva.

Entre las primeras predominan las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades inmunoprevenibles, la desnutrición global, la desnutrición crónica y la anemia. Entre las segundas están las enfermedades cerebro vasculares, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los tumores malignos, el SIDA y los problemas de salud mental. Los problemas de salud colectiva más frecuentes son los accidentes de transporte y las agresiones

Según el INEC, la primera causa de atención en los establecimientos hospitalarios durante el año 2006 fueron la diarrea y la gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con una tasa de 25.6 por cada 10.000 habitantes.

La segunda causa fue el aborto no especificado con una tasa de 19,2 por cada 10.000 habitantes y en tercer lugar estaba la neumonía inespecífica, con una tasa de 18,2 por cada 10.000 habitantes. Dentro de las diez principales causas se encuentra la atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos, con una tasa de 6,3 por 10.000 habitantes.

Entre las enfermedades de notificación obligatoria, las infecciones respiratorias agudas (tasa de 26,6 por 100.000 habitantes en el 2005) constituyeron la primera causa de consulta externa en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública (MSP). Para ese período, este tipo de infecciones triplicaron a las enfermedades diarreicas agudas.

El 23% de los menores de 5 años de edad presenta desnutrición crónica. Este valor se incrementa sensiblemente en los hijos de mujeres indígenas (47%), cuando el nivel de educación de la madre es menor (38% en hijos de madres sin instrucción) y cuando su lugar de residencia es la región sierra (32%) y el sector rural (31%). Adicionalmente, la desnutrición aguda afecta al 9,1% de los menores de 5 años, en el País.

Durante el 2006, se registraron 57.940 muertes (32.775 hombres y 25.165 mujeres). Seis de las diez primeras causas de muerte corresponden a condiciones crónicas no transmisibles, relacionadas entre sí, y que tienen que ver con factores de riesgo comunes tales como inactividad física, alimentación poco saludable, obesidad, tabaquismo y alcoholismo. Las principales causas de muerte, en su orden, fueron: enfermedades cerebrovasculares, influenza y neumonía, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías isquémicas, insuficiencia cardíaca, accidentes de transporte terrestre, agresiones (homicidios), cirrosis y otras enfermedades del hígado y ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

## **2.2 SISTEMA DE SALUD**

Es el Conjunto de entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos. (OPS, 2008)

Conjunto de elementos, dinámicamente relacionados que desarrollan una actividad para alcanzar un objetivo o propósito, operando sobre datos/energía/materia, tomados del medioambiente en una referencia de tiempo dada para proporcionar información/energía /materia.

“El sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud”. (OMS).

Los principios en los que se fundamenta un sistema de salud están definidos por las políticas internas de cada estado, de los convenios internacionales, como los de organizaciones internacionales como la OPS/ OMS., a nivel de países, a nivel de regiones se establecen de acuerdo con las políticas generales del país y de las regiones internas y en base a principios ético – morales.

Un sistema de salud está compuesto por un órgano rector encargado de delinear como funcionará, un órgano operativo, en el que intervienen las casas de salud, otros organismos relacionados con la salud, los pacientes, los médicos y todo el personal de salud. Y, otro financiador, encargado de la integración; corresponde a los mecanismos que aseguran la estabilidad del sistema y se apoyan en la cibernética y la dirección. Esto se confirma mediante los controles evaluativos que permiten la retroalimentación. (Yépez, 2009).

### **2.2.1 OBJETIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Cobertura universal, acceso equitativo, descentralización, desconcentración, protección integral, coordinación sectorial, Participación ciudadana, Entornos saludables.

En un sistema de salud, hay que considerar los aspecto éticos, técnico - políticos, socioculturales y económicos; los actores que lo constituyen y cuyos roles específicos interrelacionados tienen como finalidad alcanzar el bienestar individual y colectivo, que a su vez, implica un efecto positivo en la prosperidad y desarrollo de una sociedad.

### **2.2.2 PRINCIPIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Equidad, solidaridad, calidad, universalidad, eficiencia, descentralización, participación, pluralidad, autonomía.

## **2.2.3 FUNCIONES**

### **REGULACIÓN**

Función *rectora* del Estado en la formulación de políticas públicas de regulación del financiamiento y aseguramiento en el sector de la salud”, y de la producción de salud que incluye la de servicios de salud.

### **FINANCIAMIENTO**

Movilización de recursos financieros desde los diferentes agentes económicos (gobierno, hogares y empresas), así como la acumulación de dinero en fondos reales o virtuales (v.g., fondos de seguridad social, presupuestos públicos para la atención a la salud, ahorros familiares) que se asignan mediante una variedad de acuerdos institucionales con destino y uso definido.

### **ASEGURAMIENTO**

Garantía de acceso efectiva a la salud cuando se requiera, con lógica de equidad y eficiencia, y con el objetivo de obtener salud y satisfacción social mediante la solidaridad como el esfuerzo conjunto de una colectividad.

### **PROVISIÓN DE SERVICIOS**

Se refiere a la armonización de los objetivos de producción, factores de producción y modalidades y técnicas de producción que permiten la obtención de productos derivados de los riesgos, necesidades y problemas de salud y sus determinantes.

El desafío fundamental que enfrenta el Sistema Nacional de Salud del Ecuador, es el de garantizar a todos los ciudadanos la Protección Social Universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de servicios de calidad.” (Villacrés Nilda, 2010).

El sistema de salud a nivel Nacional, es un Sistema segmentado y fragmentado, en donde existen varios subsistemas heterogéneos, al momento las políticas de salud existentes tratan de que el ente rector (MSP), cumpla con el rol que le corresponde, para que las diferentes Instituciones se integren, coordinen y actúen de manera

conjunta. El presupuesto del sector salud pasó de USD 115,5 millones en el 2000 a USD 561,7 millones en el 2006.

Durante los mismos años, el presupuesto como porcentaje del Presupuesto del Gobierno Central (PGC) y del PIB, aumentó del 2.7% al 6.6% del PGC y del 0.7% al 1.4% del PIB. La población cubierta por un seguro de salud ya sea público o privado alcanzó apenas un 23% en el año 2004. Si se analiza por quintiles, el más pobre (Q1) es el más desprotegido ya que solo el 12% tenía un seguro de salud. Este porcentaje era superior en los mayores niveles de ingreso (36% en el Q5).

En el año 2006, había 55.578 personas trabajando en establecimientos de salud, en su mayoría médicos (19.299), auxiliares de enfermería (13.923) y enfermeras (7.499). La tasa de médicos por 100,000 habitantes (2006) era de 14.4; la de enfermeras de 5.6 y la de auxiliares de enfermería de 10.4.

Las clínicas y los hospitales generales agrupan el mayor porcentaje de médicos con un 63%. En cambio, los servicios de atención ambulatoria y del primer nivel de atención sólo disponen del 24,9% del total de médicos que trabajan en los establecimientos de salud.

### **2.3 MARCO LEGAL**

La Constitución 2008 recientemente aprobada establece el marco jurídico-legal para instituir el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en el que se incluye la salud. Los textos constitucionales establecen que la salud es un derecho y señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria Nacional.

La Constitución Política del Ecuador, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, plantean implementar el nuevo modelo de atención, basado en la Atención Primaria, la misma que se ha ido implementando en la última década, a través de médicos generales y médicos familiares, considerándose que lo más óptimo es hacerlo con los Médicos de medicina familiar. “El Estado Garantizará la atención Integral familiar y comunitaria con base en la Atención Primaria de Salud, articulará los diferentes niveles de atención. De esta manera se orientara el modelo de atención de los servicios de Salud”

### **2.3.1 LA CONSTITUCIÓN**

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. Y otros artículos que garantizan el derecho a la salud y a la prestación de servicios de salud con calidad, calidez, equidad, solidaridad, universalidad integrales e integrados. (Anexo N° 3)

### **2.3.2 LEY ORGÁNICA DE LA SALUD**

De acuerdo donde en los capítulos correspondientes al derecho a la salud y su protección, del capítulo II de la Autoridad Sanitaria Nacional, sus competencias y su responsabilidades, capítulo III deberes y derechos de las personas y del Estado en relación con la salud. Del Libro primero de las acciones de salud, etc.

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República.

Art. 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:

- a) Establecer, cumplir y hacer cumplir las políticas de Estado, de protección social y de aseguramiento en salud a favor de todos los habitantes del territorio nacional;
- b) Establecer programas y acciones de salud pública sin costo para la población, y otros artículos que la Ley Orgánica los establece.

### **2.3.3 LEY DE DERECHOS Y AMPARO AL PACIENTE**

El Derecho a la Salud está garantizado en la Constitución de la República del Ecuador y consagra a la salud como un derecho humano fundamental, siendo garantizado por el estado mediante políticas definidas, teniendo acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud.

**2.3.4 LA CREACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE QUITO**, mediante Resolución No. 024, 01-03-05, se crea con la finalidad de impulsar programas orientados a lograr condiciones de salud integral, dependerá como unidad administrativa a la Dirección Metropolitana de Salud.

**2.3.5 LA DESIGNACIÓN DE ENTES FINANCIEROS A LAS UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICO HOSPITALARIA**, mediante Resolución No. A-048, 09-07-02, designa entes financieros a las unidades de atención médico hospitalario del Patronato Municipal Norte, Centro y Sur.

**2.3.6 LA DELEGACIÓN DE FUNCIONES A LOS DIRECTORES DE LAS UNIDADES DE SALUD**, mediante Resolución No. A-0009, 23-01-04, se delega a los Directores de las Unidades de Salud Norte, Centro y Sur varias atribuciones y establece sus competencias y responsabilidades.

**2.3.7 MANUAL ORGÁNICO FUNCIONAL DE LAS UNIDADES MUNICIPALES DE SALUD**, mediante Resolución No. A-004, 17-01-03, se estructura las unidades Municipales de Salud, Norte, Centro y Sur en un orgánico funcional.

La creación de la Secretaría Metropolitana de Salud, mediante Resolución No. A 0002 del 6 de Agosto 2009, bajo su jerarquía y control se encuentran: la Corporación Metropolitana de Salud y las Unidades Municipales de Salud Norte Centro y Sur.

## **2.4 CONTEXTO DEL DMQ**

La población del Distrito Metropolitano de Quito es de aproximadamente 2.000.000 de habitantes. Tres de cada cuatro personas habitan zonas urbanas del Distrito Metropolitano. El 51,5% son mujeres. La población de Quito es relativamente joven, puesto que cerca del 58% tiene menos de 29 años, las mujeres jóvenes constituyen el 50,46%. La población de Quito también se caracteriza por su diversidad étnica, el 80.1% de la población se autodefine como mestiza, el 12.7% como blanca, el 3.3%

se considera indígena, el 1.8% se considera mulata, el 1.2% afro ecuatoriana, y el 0.2% pertenece a otras etnias.

En muchos sectores del Distrito aún están exentos de los servicios básicos, servicios de salud y otros. Situación que provoca una problemática social en todo su contexto, en el mismo que los más afectados son los grupos más vulnerables de la población, como son los niños, los/as adolescentes, los adultos mayores, los discapacitados, etc.

La Provincia de Pichincha de 2'388.817 personas, que corresponden al 19.7% del total del país. De este total, para la Provincia de Pichincha el 6% correspondieron a las personas de 65 y más años de edad. (INEC, 2001)

## **2.5 CONTEXTO INSTITUCIONAL**

El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito preocupado por mejorar la salud de la población y coherente a satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad, genera y crea las Unidades Municipales de Salud, las mismas que nacen para proteger y brindar servicios de salud a la población más pobre y vulnerable de Quito, misión que se inicia con el primer Alcalde y Concejales elegidos en 1.946, esta idea se concretó el 24 de junio de 1.949, con la instalación de un dormitorio que brinde hospedaje temporal a indígenas e indigentes.

Más tarde Isabel Ochoa, esposa del Alcalde Julio Moreno Espinosa, encabeza un grupo de mujeres quiteñas, para establecer sistemas de ayuda a los niños pobres de la ciudad, a los familiares e internos de la cárcel municipal y los asilados en el hospicio "San Lázaro". "Esta acción social se institucionaliza en noviembre de 1.959, con la fundación del Patronato Municipal de Amparo Social "San José". (DMS, 2006)

En abril de 1979, mediante Ordenanza N° 179, se determina que el “Patronato Amparo Social San José”, su Consejo Directivo estará presidido por la alcaldesa y su finalidad: la prestación de servicios médicos y sociales a las clases más necesitadas; para ello el Patronato “San José” contó con tres centros hospitalarios: Centro, Norte y Sur. En noviembre de 1998, se traslada el Patronato Centro desde la calle Cuenca N° 1157 hasta la calle Rocafuerte 2081 e Imbabura, espacio funcional, amplio y remodelado y con equipo tecnológico moderno.

El 1 de marzo del año 2000, mediante la Resolución N° 024, se crea la Dirección General de Salud, encargada de ejecutar la Política Sectorial de Salud; en diciembre del mismo año cambia su denominación por Dirección Metropolitana de Salud. En julio del 2002, mediante Resolución N° 48, se designa como entidades administrativas-financieras autónomas a los Patronatos Municipales Norte, Centro y Sur. En enero del 2003, según Resolución N° 004, se establece la nueva estructura de las Unidades de Salud, y se cambia la denominación de Patronatos y toman el nombre de **“Unidades Municipales de Salud: Centro, Norte y Sur.”** (Individual, 2007)

En julio del 2002, el Alcalde Paco Moncayo, mediante Resolución N° 48, designa como entidades administrativas-financieras autónomas a los Patronatos Municipales Norte, Centro y Sur. En enero del 2003, según Resolución N° 004 con la creación de la “Fundación Patronato de Amparo Social San José”, se establece la nueva estructura de las Unidades de Salud, y se cambia la denominación de Patronatos y toman el nombre de “Unidades Municipales de Salud: Centro, Norte y Sur.”

En junio del 2003, inicia el proceso de preparación para obtener la Certificación de Calidad ISO 9001-2000, en las Unidades Municipales de Salud. En septiembre del 2004, se inaugura la Unidad Quirúrgica del Día, en la Unidad Municipal de Salud Centro, se prestó servicios de cirugías menores en la modalidad de Hospital del Día.

En marzo del 2007, previo a un proceso de auditorías internas y externas del Sistema de Gestión de Calidad, se obtiene la Certificación de Calidad Internacional con Bureau Veritas Quito, BWQ, con la Norma ISO 9001-2000. De acuerdo a la Resolución A 0108, del 12 de diciembre del 2007, se establece el orgánico estructural para el MDMQ y las competencias y responsabilidades que constan en el Reglamento Interno. El 14 de septiembre del 2009, el Dr. Augusto Barrera, Alcalde del Distrito Metropolitano de Quito, dispone la gratuidad en las Unidades Municipales de Salud.

Aproximadamente a mediados del 2009, desaparecen las 12 especialidades, y se regresa a brindar atención a la población del DMQ, con: Medicina General, Ginecología, Pediatría, Psicología Clínica, Rayos X, Laboratorio Clínico, Rehabilitación, Acupuntura, Farmacia, Vacunas. (Vega, 2010)

### **2.5.1 OFERTA DE SERVICIOS EN LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD CENTRO**



La Unidad Municipal de Salud Centro, es un Centro de Atención Primaria de I nivel, ubicada en la calle Rocafuerte Oe8-89, entre Imbabura y Chimborazo; en la torre uno para consultorios tiene tres pisos, en los que se distribuyen 10 consultorios (1 para pediatría, 1 para ginecología, 1 para colposcopia, 3 para medicina general, 2 para medicina familiar, 1 para odontología y 1 para certificados médicos), información, caja, dispensación de medicinas, área de emergencia, enfermería

adultos, enfermería pediátrica, jefatura de enfermería, estadística y 1 farmacia de la Unidad y una farmacia particular.

En la torre, dos de tres pisos se distribuyen las áreas para quirófano (cirugías plásticas reconstructivas), laboratorio clínico, rehabilitación, Radiología, acupuntura, psicología, 3 consultorios para medicina familiar, gestión social, bodega de farmacia, bodega de insumos, bienes, comedor, archivo, biblioteca, dirección, jefatura técnica médica, jefatura administrativa, adquisiciones, tesorería, presupuesto, recursos humanos, informática, auditorio para 50 personas. En el subsuelo se dispone de 15 parqueaderos.

Según el proceso de servicios de Salud del MSP, se considera como Centro de Salud – A: establecimiento ambulatorio público para atención y diagnóstico complementario de salud, que funciona durante 8 horas diarias. (MSP, 2009).

El organigrama es el siguiente: 1 director, 1 Jefe técnico médico, 1 Jefe Administrativo financiero, 1 jefe de estadística, 1 jefe de trabajo social, 1 jefe de Enseñanza, 1 jefe de enfermeras, 1 responsable de Emergencia, 1 responsable de internación, 1 responsable de consulta externa, 1 responsable de servicios de diagnóstico y apoyo. Se oferta servicios de salud en Consulta externa, Quirófano, Hospitalización del día y Servicios complementarios:

**Consulta externa:** con los servicios de pediatría, ginecología y Obstetricia, acupuntura, odontología, psicología, medicina general, Medicina General, medicina familiar (docencia en servicio de pre grado de la PUCE y post grado de la UCE).

**Exámenes y procedimientos complementarios:** Laboratorio, rehabilitación, Rx. y mamografía (equipo disponible), acupuntura (electro-acupuntura y moxibustión).

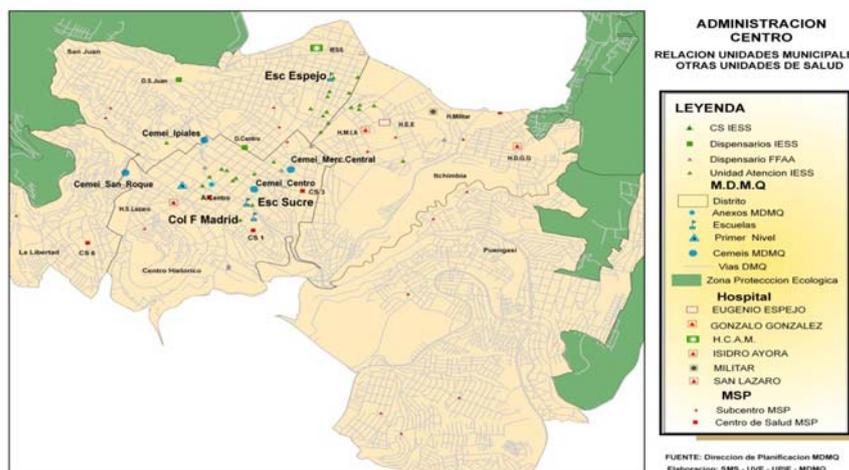
**Servicios Comunitarios:** Centro de Atención Integral en Salud para los Jóvenes en Conocoto (CAISJ), dos Unidades Móviles para cobertura en Los Chillos y en Tumbaco.

**La Red Municipal de de Servicios de Salud Centro**, bajo la responsabilidad de la Unidad Municipal Centro, comprende tres Unidades Educativas: Unidad Educativa Antonio José de Sucre, primaria de la Unidad Educativa Eugenio Espejo, Colegio Fernández Madrid; tres Dispensarios Anexos al IESS (Centro, Los Chillos y Tumbaco), dos Unidades Móviles para cobertura en Los Chillos y en Tumbaco; y el CAISJ); los Centros de Estimulación Infantiles (CEMEI): Ipiales, San Roque, Mercado Central; Santa Clara; y, Empleados Municipales; a continuación en el mapa No. 1, se detalla la ubicación geográfica y la distribución de las unidades operativas municipales.

El mapa No. 1, evidencia los servicios de salud municipales en el área geográfica de influencia de la UMSC (referencias azules): UMSC, CEMEI's y Dispensarios Anexos al IESS. Los símbolos en rojo, representan las Unidades operativas del MSP y en verde las Unidades operativas del IESS. (Vega, 2010)

### MAPA No.1

#### 2.5.2 UBICACIÓN DE UNIDADES MUNICIPALES DE SALUD CENTRO



Fuente: U E-SS Elaboración: U ESS

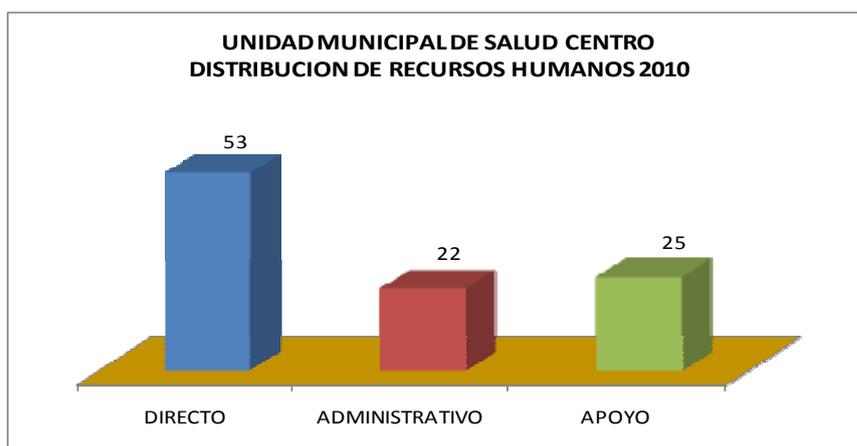
En la zona de influencia de la UMSC, las instituciones que ofertan servicios de salud con fines de lucro y estatales está conformada por 123 centros odontológicos privados (47%), 82 centros médicos privados (31%), seis Clínicas privadas(2%), 38 unidades del IESS (15%), cinco centros de atención a discapacitados de carácter privado (2%), siete Hospitales estatales (3%): Baca Ortiz, Carlos Andrade Marín, Eugenio Espejo, General de las FFAA, Gonzalo González, Isidro Ayora y San Lázaro; y, un hospital privado: Hospital Ingles.

La Unidad Municipal Centro, desea mejorar la calidad de atención con la insertación de un grupo de médicos familiares para atender a sus pacientes.

### 2.5.3 RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos de la Unidad Municipal Centro, de un total de 99, existe la partida para el Jefe técnico médico con el cual se hacen 100 partidas de la UMSC, se distribuyen 53 en apoyo directo, 22 en administrativo y 25 en servicios de apoyo, en el año 2010.

**Gráfico N° 3**



Fuente: UMSC Elaboración: GRSS

Los recursos humanos de la Unidad Municipal Centro, de un total de 100 partidas, se distribuyen de la siguiente manera: Anexos, CEMEI, Colegios 26 (26%), Consulta Externa 14 (14%), Enfermería 11 (11%), Laboratorio de Alimentos 9 (9%), Laboratorio

Clínico 6 (6%), Gestión del Archivo Clínico 5 (5%), Gestión Administrativa Financiera 4 (4%), y Financiero 4 (4%).

#### 2.5.4 SEGURIDAD Y VULNERABILIDAD UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD CENTRO

Los componentes de la vulnerabilidad hospitalaria son: aspectos estructurales, aspectos no estructurales y aspectos funcionales; para la reducción de riesgos en desastres es importante adoptar:

A continuación en el gráfico No. , evidencia si la estructura física (columnas, vigas, muros, losas y otros, son elementos estructurales que forman parte del sistema de edificación) cumple con las normas que le permitan seguir prestando servicios a la población, aun en caso de desastres de gran magnitud, o bien, puede ser potencialmente afectada alterando su seguridad estructural y comprometiendo, por lo tanto, su capacidad funcional.

Seguridad estructural es de media (58%) a baja (38%).

**Gráfico N° 4**



Fuente: GRSS

Elaboración: GRSS

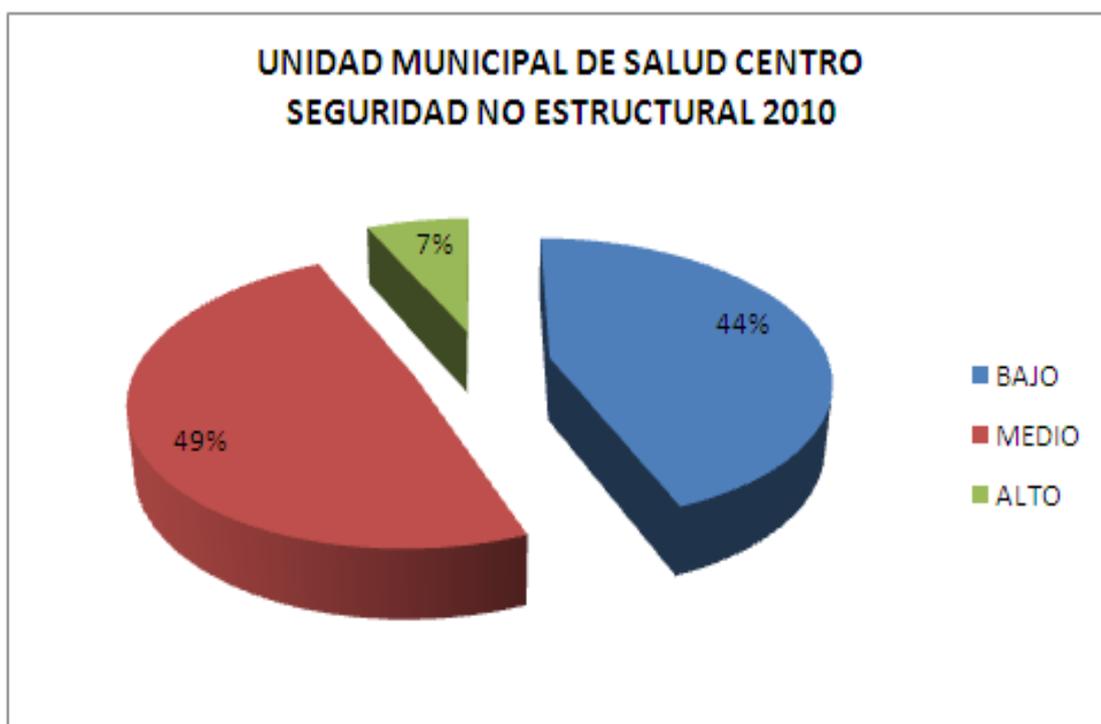
### 2.5.5 SEGURIDAD NO ESTRUCTURAL

Son elementos que no forman parte del sistema de soporte de la edificación, corresponde a los elementos arquitectónicos, equipos y sistemas necesarios para la operación del establecimiento; tales como: sistema eléctrico, telecomunicaciones, aprovisionamiento de agua, combustible (gas, gasolina, diesel), gases medicinales (oxígeno, nitrógeno, etc.), sistemas de calefacción, ventilación, aire acondicionado en áreas críticas; mobiliario, equipo de oficina fijo, móvil, almacenes (bodegas); equipos médicos, de laboratorio, suministros para diagnóstico y tratamiento; elementos arquitectónicos.

Los elementos relacionados con la seguridad no estructural, por lo general, no implican peligro para la estabilidad del edificio, pero sí pueden poner en peligro la vida o la integridad de las personas dentro del edificio.

La Seguridad no estructural es de media (49%) y baja (44%) de la Unidad según gráfico.Nº3.

**Gráfico Nº 5**



Fuente: GRSS

Elaboración: GRSS

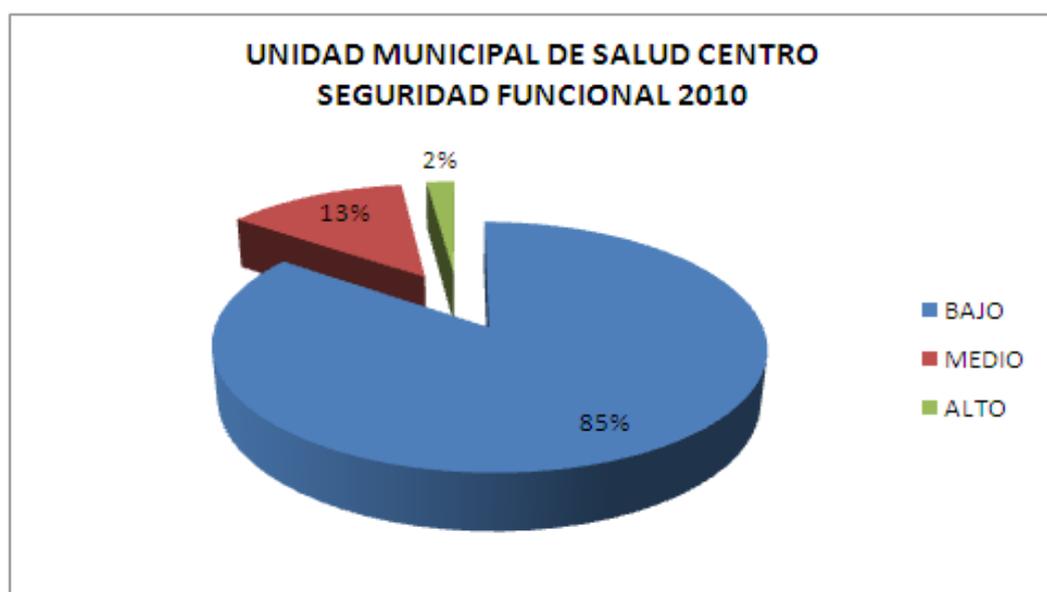
## 2.5.6 SEGURIDAD FUNCIONAL

Se refiere al establecimiento organizado y dispuesto para responder a emergencias mayores y situaciones de desastre, de acuerdo a su plan y procedimientos para contingencias; personal organizado y capacitado para el manejo masivo de víctimas y contar con los suministros médicos y no médicos listos para ser utilizados.

La organización funcional se refiere a los procesos y estrategias hospitalarias que son puestas en ejecución en situaciones de emergencias masivas y desastres; implica todas las actividades que están vinculadas con la atención, la organización y gestión hospitalaria ante desastres, ya señaladas anteriormente.

Se refiere al nivel de preparación y respuesta para enfrentar emergencias y desastres por parte del personal que labora en el hospital, en función de la organización técnica y administrativa de su personal para responder a dichas situaciones; la Seguridad funcional de la Unidad es baja (85%), según grafico No. 6.

**Gráfico N° 6**



Fuente: GRSS

Elaboración: GRSS

## 2.5.7 INDICE DE SEGURIDAD Y VULNERABILIDAD

La evaluación Índice de Seguridad Hospitalaria conduce a un informe objetivo y ofrece un mecanismo para determinar el nivel de seguridad de la organización, y adicionalmente estimar la capacidad potencial de seguir funcionando una vez ocurrido el desastre y establecer actividades correctivas específicas.

El Índice de Seguridad Hospitalaria, es un indicador que contempla variables cualitativas y cuantitativas que al final permiten, utilizando un modelo matemático, definir el nivel de seguridad de un hospital o establecimiento de salud frente a desastre.

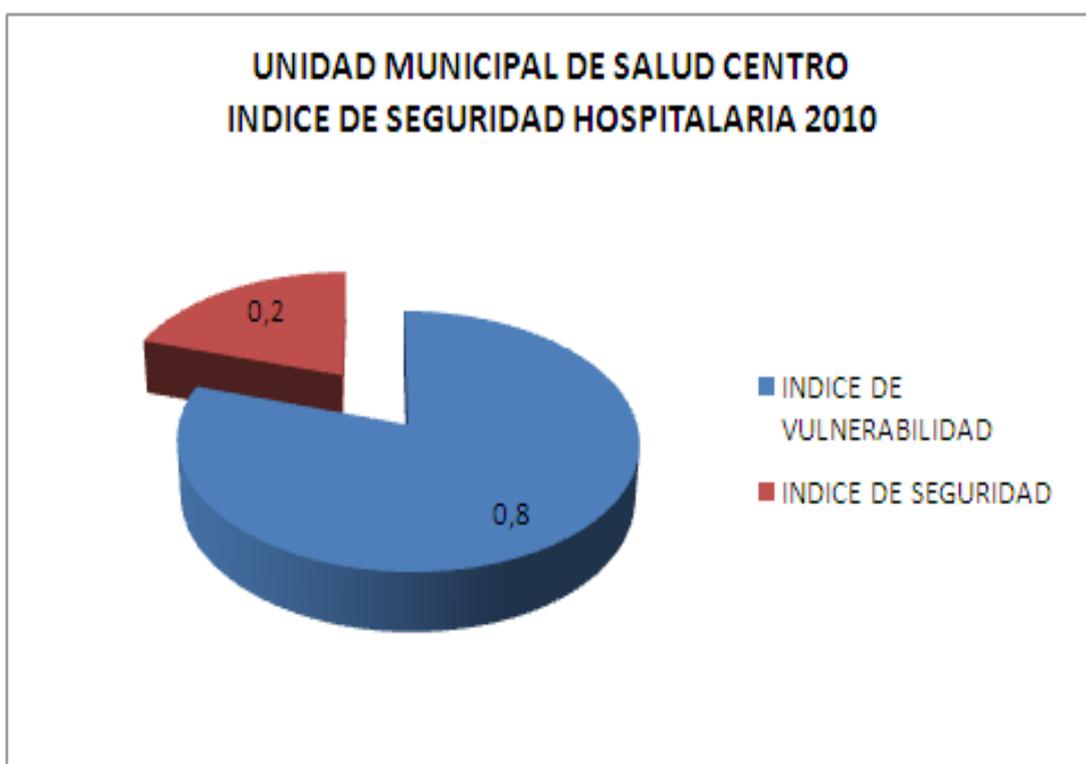
Se basa en un conjunto de fórmulas definidas en una hoja de cálculo en Excel a través de la cual se asigna una ponderación a cada una de las preguntas de la Lista de Verificación; permite definir el Grado de Seguridad de un componente estructural, no estructural o funcional de un hospital; permite integrar la valoración de los componentes evaluados en un hospital; en hospitales con más de un edificio, se debe determinar la media de los edificios evaluados para definir el índice de seguridad.

*La distribución de los pesos porcentuales en la Evaluación del Índice de Seguridad, es: Seguridad Estructural (50%), Seguridad No Estructural (30%) y Seguridad Funcional (20%); a estas calificaciones se les asigna valores ponderados de acuerdo al grado de importancia del aspecto evaluado.*

A medida que el hospital aumenta su factor de seguridad disminuye la vulnerabilidad, el **índice de seguridad es de 0,2 (20%)**, el parámetro para el **Índice de seguridad es de 0– 0.35**, se ubica en la categoría C, la **vulnerabilidad** de la UMSC es por tanto del **0,8 (80%)**.

Se requiere medidas urgentes de manera inmediata, ya que los niveles actuales de seguridad del establecimiento no son suficientes para proteger la vida de los pacientes y el personal durante y después de un desastre; según grafico”. (Vega, 2010)

**GRAFICO No.7**



Fuente: GRSS

Elaboración: GRSS

### **2.5.8 DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD**

La Unidad Municipal de Salud Centro, no tiene una área de referencia asignada, muy cerca se encuentra del Área de Salud No. 1 del MSP, administrativamente se encuentra ubicada en la zona de influencia de la Administración Zonal Centro, cuya proyección de la población según quinquenios (gráfico No. 2), para el año 2010 fue de 227.124, para el año 2015 de 227.097 y para el año 2020 de 227.069 habitantes; apreciándose que la tendencia es de disminución en la población del Centro Histórico.

La demanda de servicios en la UMSC en el año 2010 en la consulta externa fue de 31.875, en la tabla No 1 se presentan las especialidades que brindaron estas atenciones.

Tabla No 1: Atenciones en la UMSC

<b>Consulta Externa</b>	<b>Pacientes</b>
Cirugía General	328
Electro-acupuntura	3386
Gineco-Ostetricia	5399
Medicina General	11791
Medicina Familiar	1304
Pediatría	4957
Psicología	2325
Rehabilitación	2385
<b>TOTAL</b>	<b>31875</b>

Fuente: UMSC 2010

En relación a la cantidad de consultas brindadas en el año 2009 y el 2010, el incremento fue del 19%, mientras que con la cantidad de servicios complementarios – procedimientos el incremento fue del 15% entre los dos años (59.137 y 69.850).

El presupuesto entre el año 2009 y el 2010, se produjo un incremento del 2,23% (2'323.192 en el 2009 y 2'376.171 en el 2010); en relación al presupuesto del 2010 y 2011, también se produce un incremento que corresponde al 11.89% (2'696.781 para el 2011).

En cuanto tiene que ver con recursos humanos durante los años 2009 al 2011, el número de enfermeras no ha variado de 15, no así con los médicos que en el 2009 fueron 20, en el 2010 fueron 21 y en el 2011 hay 29 médicos, apreciándose un incremento del 18%.

## **METODOLOGIA**

### **2.6 ANALISIS DE LA CALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO**

#### **2.6.1 ENFOQUE**

Este estudio se realiza con un enfoque cualitativo, ya que se desea obtener cuál es la opinión de los usuarios, respecto a la atención que reciben en la consulta externa del servicio de medicina familiar.

Para efectos de lograr los objetivos planteados se recolectó datos durante una semana, aplicando encuestas a los usuarios de los servicios de atención médica de Medicina Familiar de la Unidad Municipal de Salud Centro. Se pretende concretamente evaluar la opinión de los usuarios de estos servicios, respecto a la calidad y eficiencia de la atención que se les brinda.

Esto conlleva a que también evaluemos la satisfacción del usuario interno, y aquí nos hemos centrado en conocer la opinión de los médicos familiares, respecto a la Satisfacción de los mismos con la atención que brindada a sus usuarios/as.

#### **2.6.2 TIPO DE ESTUDIO**

Este es un estudio, exploratorio cuanti-cualitativo, ya que, se quiere explorar un tema, del cual conocemos no se ha realizado en este servicio de la Unidad de Salud Centro. Este estudio, servirá para que las autoridades o tomadores de decisiones puedan mejorar sus servicios, y mejorar la atención a sus pacientes.

#### **2.6.3 POBLACIÓN**

La población para este estudio son los usuarios del servicio de medicina familiar de la Unidad de salud Municipal Centro y los Médicos familiares que atienden a estos usuarios.

#### **2.6.4 MUESTRA**

Tomando en cuenta el número de pacientes atendidos en período de seis meses continuos (los primeros meses del año 2011) , en la Unidad Centro, en el servicio de Medicina Familiar, teniendo como promedio 250 pacientes atendidos mensualmente, se toma una muestra de 100 usuarios/as, al azar, pacientes de los seis médicos familiares. Las encuestas se aplican en una semana, a los usuarios/as del servicio, y posteriormente se realiza las encuestas a los Médicos Familiares.

#### **2.6.5 INSTRUMENTOS**

Los instrumentos utilizados para registrar la información recibida, en base a las variables escogidas para conocer la satisfacción del usuario, se lo realizó a través de la aplicación de encuestas de satisfacción de la calidad a usuarios del servicio de Medicina Familiar, una entrevista a un grupo de usuarios de este servicio en estudio, una encuesta a los profesionales de Medicina Familiar y una matriz de priorización de soluciones. Las encuestas son los instrumentos con varias preguntas que mediante la interrelación directa con el paciente se puede obtener las respuestas.

El grupo, puede ser definido como un grupo de discusión o de intercambio de opiniones, o entrevista grupal que se organiza para discutir la temática, siendo el objetivo de estos grupos, contar con la contribución que hacen los participantes dando su opinión sobre lo requerido en la investigación.

Con el fin de identificar a las mejores posibles soluciones a los problemas encontrados se utilizó un matriz de soluciones.

#### **2.6.6 ENTREVISTA**

La entrevista se aplicó a un grupo focal de usuarios que fueron atendidos en el servicio de medicina familiar. Se explicó el objetivo, se pidió su consentimiento, y que la misma era voluntaria, si en algún momento de la entrevista deseaban abandonar el grupo, podían hacerlo, además era confidencial.

Contando con el consentimiento informado, se procede a realizar la entrevista a quienes integran el grupo.

### **2.6.7 ENCUESTA**

En un inicio se utilizó encuestas que habían sido aplicadas para un estudio realizado en otro país, en un servicio de consulta externa, pero muchos de los encuestados se demoraban y no comprendían muy bien para poder dar la calificación que se requería, siendo conveniente darle una cualidad de malo bueno , muy bueno, etc. Entonces se decidió emplear una encuesta que en la Unidad de Salud Sur se aplicaba cada cierto período, a este instrumento se le añadió algunas preguntas que eran esenciales para la investigación que se iba a realizar.

Previo al estudio se había conversado con las autoridades de la Unidad de Salud, para que conozcan el trabajo que se quería realizar, se explicó el objetivo y los beneficios de este estudio, resultados que de alguna manera contribuirían para el mejoramiento de la valiosa gestión que venían haciendo en beneficio de la comunidad, lo cual fue acogido con el beneplácito y apoyo de las autoridades.

Se socializó a los profesionales y se contó con su autorización; del mismo modo con los usuarios, antes de cada aplicación de la encuesta se obtuvo su consentimiento informado.

La encuesta en su primera parte solicita datos de sexo, edad, instrucción, es decir datos personales de las /los pacientes, cabe anotar que los nombres no constan en las encuestas, acordamos que están serían confidenciales. Se dió un número a cada encuesta, la cual se aplicó a 100 pacientes que fueron atendidos en consulta externa de Medicina Familiar. De estas fue excluida una encuesta por cuanto el paciente fue requerido por su familiar y no contestó todas las preguntas.

Los momentos de la verdad que fueron tomados en cuenta, son aquellos identificados en el grupo focal, los integrantes del mismo son usuarios del servicio de Medicina Familiar.

### **2.6.8 GRUPO. FOCAL**

Con el grupo focal se realizó una reunión rápida, previa la autorización de sus integrantes, a los cuáles se le preguntó cuáles eran los “momentos de la verdad” (los procesos) por los cuáles debían pasar antes de ser atendidos por el Médico/a de Medicina familiar y cuáles de estos creían les causaba alguna complicación o dificultad.

### **2.6.9 VARIABLE**

La variable de este estudio es Satisfacción del usuario, está es una de las variables más importantes para medir la calidad de atención en los servicios de salud.

Las dimensiones que hemos tomado son: atención recibida en los diferentes momentos de la verdad, por los cuáles tiene que pasar el paciente, antes de llegar a la consulta de Medicina Familiar, atención recibida en la consulta, tiempo de espera para ser atendido en la consulta, percepción del contexto en general.

### **2.6.10 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Los datos obtenidos se procesaron en una hoja electrónica de Microsoft Office Excel 2007 a través de la cual se estiman medianas, promedios y porcentajes.

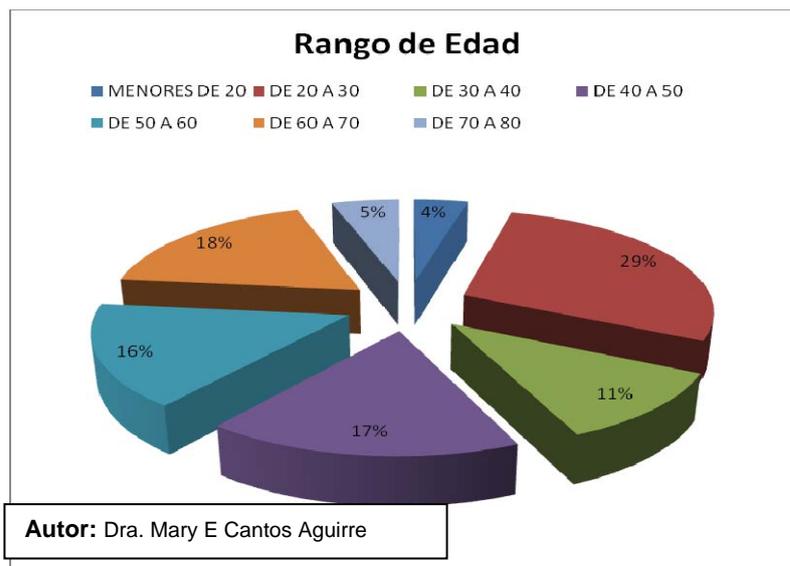
## **2.7 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO/A**

### **2.7.1 ASPECTOS GENERALES**

#### **EDAD**

De los 99 pacientes que acudieron para ser atendidos en el servicio de Medicina Familiar, más del 50 % son pacientes que se encuentran en el grupo de adultos y adultos mayores, el 4% de pacientes menores de 20 años, un pequeño porcentaje corresponde a niños que vienen acompañados de sus padres, y en estos casos la encuesta se lo hace a sus padres.

**Gráfico 8**

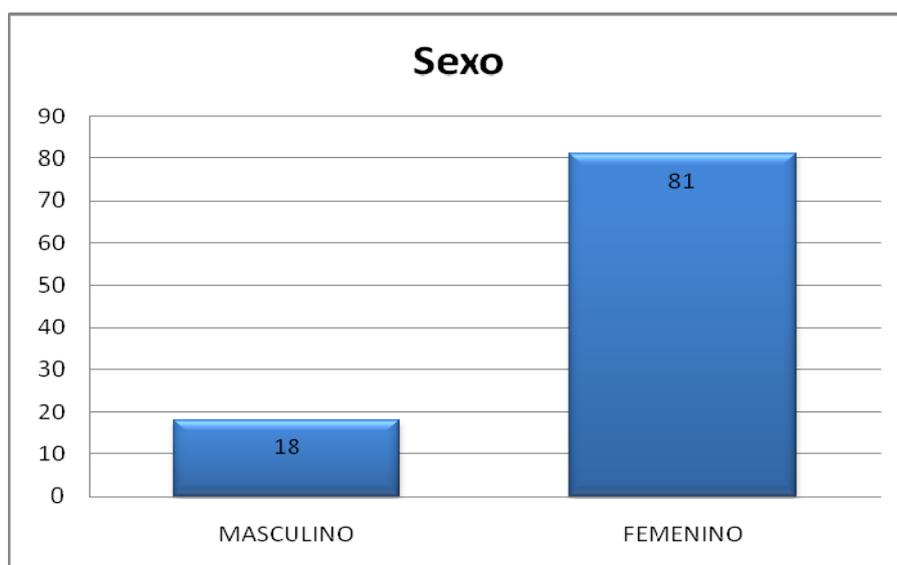


**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

## SEXO

En el gráfico N°9, de 99 pacientes que acudieron al servicio de Medicina Familiar 18 de los pacientes de sexo masculino y el 81 pacientes de sexo femenino, lo que corresponde a 18.18% y 81.82% respectivamente. Podríamos decir, según este registro que a recibir un control médico más asisten las mujeres? O podría pensarse si esto nos lleva a identificar un problema de mayor morbilidad en las mujeres, es decir que podría ser un tema de una próxima investigación.

**Gráfico 9**



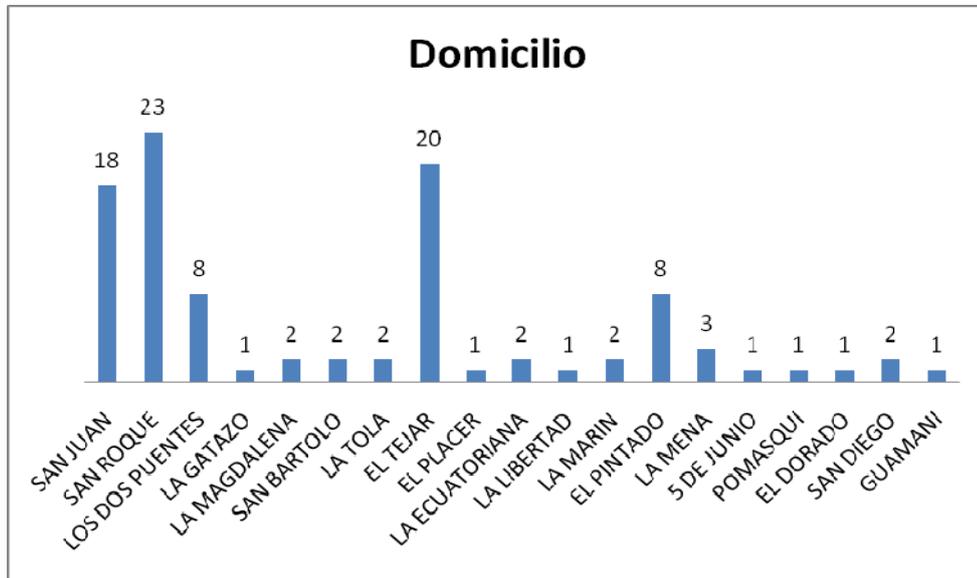
**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## DOMICILIO

En el gráfico N° 3 se puede visualizar que el 60% de los pacientes pertenecen a residentes del sector, es decir de los barrios cercanos a la Unidad de Salud Centro.

**Gráfico 10**



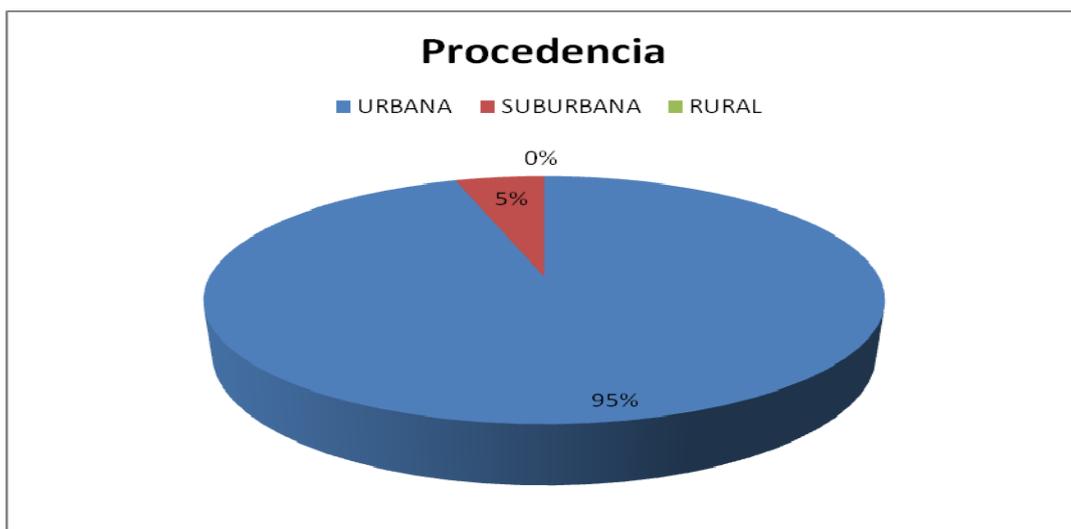
**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## PROCEDENCIA

Existió un 5% de pacientes que procedían de zona suburbana.

**Gráfico 11**



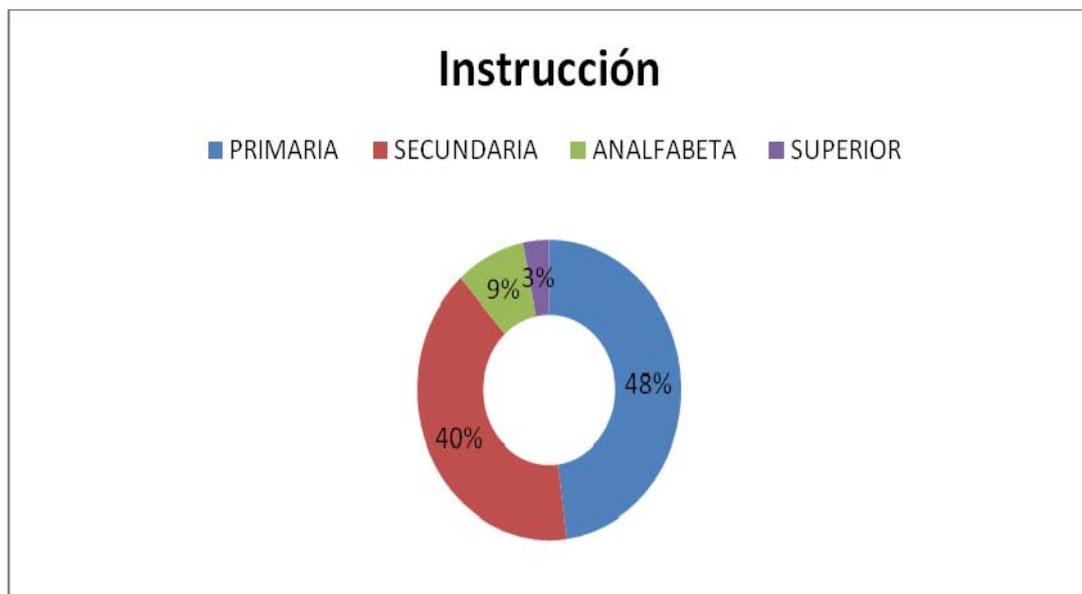
**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## INSTRUCCIÓN

En el siguiente gráfico claramente podemos ver que de los 99 pacientes más del 50% de la población encuestada se encuentra en una situación que puede ser considerada como uno de los determinantes que influyen categóricamente en el buen vivir y por ende en la salud del usuario, 48% solo han podido culminar la primaria, 9% son analfabetos.

Gráfico 12



**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## PORQUÉ ESCOGIERON ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD

El 42% de los encuestados mencionaron que esta unidad de salud está cerca de su residencia, lo cual favorece su asistencia al mismo cuando demandan los servicios de salud. El 29% de los usuarios acudieron porque les recomendaron los servicios de esta Unidad. 18% de usuarios ya habían asistido anteriormente a recibir atención, y referían su satisfacción en las atenciones anteriores. El 4% porque no tenía seguro, 4% por que no tenían a donde acudir, 3% mencionaron que acudían por otras razones.

**Gráfico 13**



**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## 2.7.2 PARTE II PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS/AS

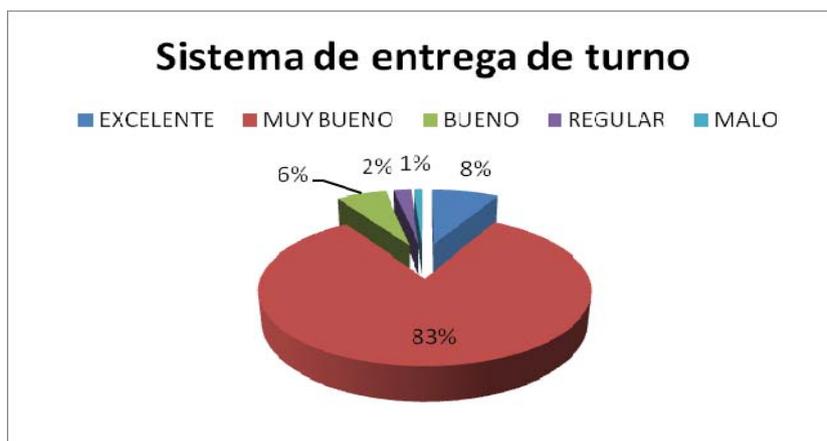
En el siguiente grupo de preguntas califíquelas según la escala de excelente a malo, escoja una sola opción:

Servicio/ producto	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
	1	2	3	4	5
1) El Sistema de entrega de turno es:	1	2	6	82	8
2) La cordialidad y amabilidad en <b>estadística</b> es:	0	1	11	75	12
3) La amabilidad y cordialidad de <b>enfermería</b> es:	0	0	11	72	16
4) La rapidez de atención en <b>enfermería</b> es:	0	1	8	71	19
5) La amabilidad y cordialidad del <b>médico</b> es:	0	1	8	74	16
6) La <b>confianza que USTED</b> tiene en el médico que le atiende es:	0	1	8	70	20
7) La explicación del médico es:	0	0	6	71	22
8) El grado de <b>SATISFACCION QUE USTED SIENTE</b> luego de la atención recibida es:	0	0	8	83	8

## EL SISTEMA DE ENTREGA DE TURNO

El 83% de los usuarios/as encuestadas perciben que la entrega de los turnos es muy bueno, solo el 8% lo califica de excelente, el 6% de bueno y el 3% lo calificaron de regular y malo, refirieron que se debía a la gran cantidad de personas que asisten par ser atendidas en la Unidad.

Gráfico 14



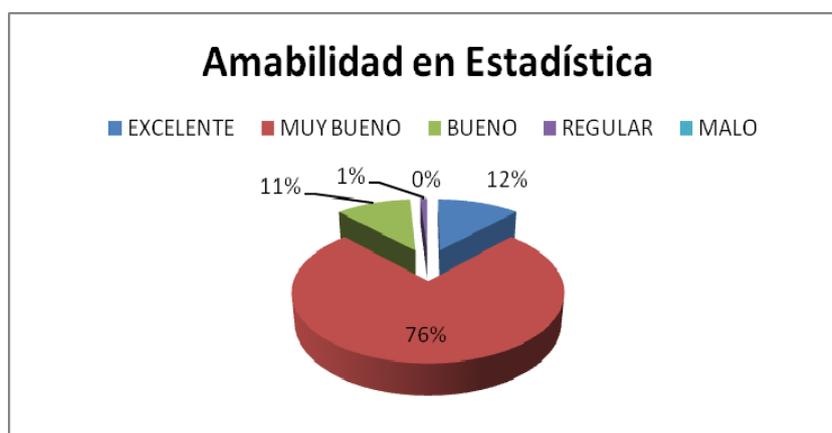
**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## CORDIALIDAD Y AMABILIDAD EN ESTADÍSTICA

El 76% de los encuestados están satisfechos con la atención recibida en este servicio, pero refieren que se demoran en pasar las Historias clínicas. El 13% está insatisfecho.

Gráfico 15



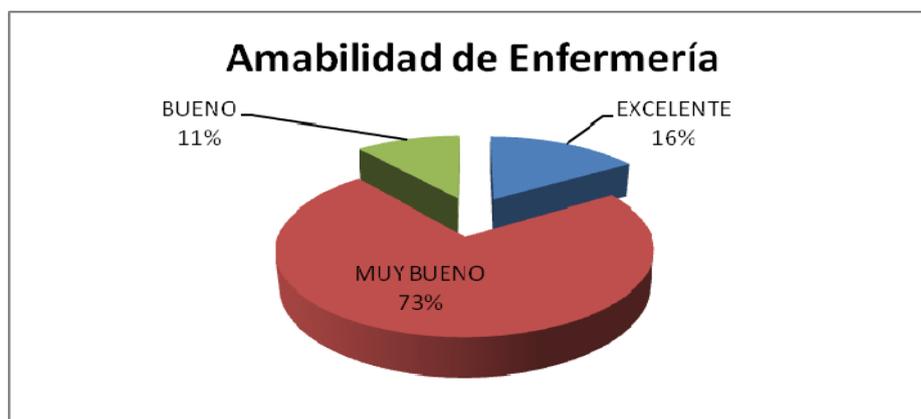
**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## LA AMABILIDAD Y CORDIALIDAD DE ENFERMERÍA

El 100% de las y los usuarios encuestados refieren que al haber pasado por este “momento de la verdad”, fueron atendidos con cordialidad y amabilidad, ellos refirieron que los atienden bien, pero refirieron que no hay quién le ayude a pasar las historias donde los médicos.

Gráfico 16



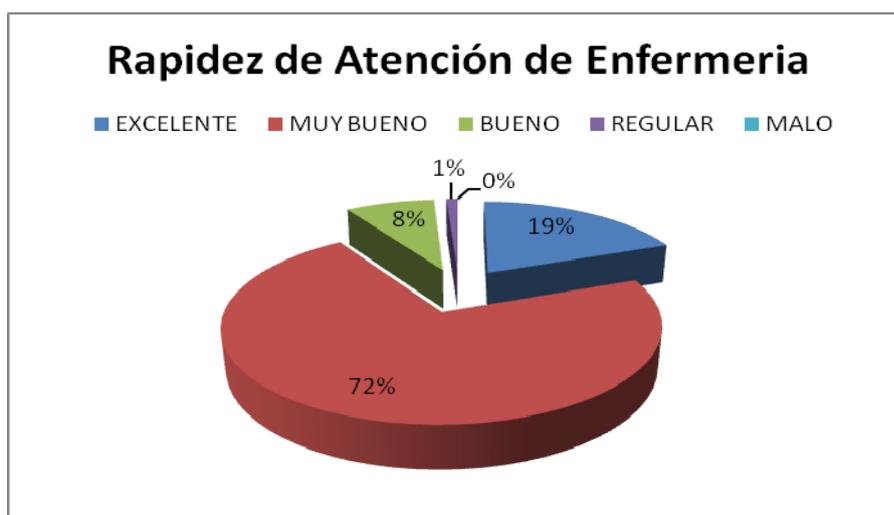
**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## RAPIDEZ DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

Se explicó a los los/las usuarios que la pregunta se refería a la oportuna atención que se prestaba en enfermería. El 100% está satisfecho, de forma excelente el 72%, muy bueno el 19%, un 8% bueno y 1% regular. Añadieron, que la entrega de Historias Clínicas desde enfermería, se demora demasiado tiempo.

Gráfico 17



**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

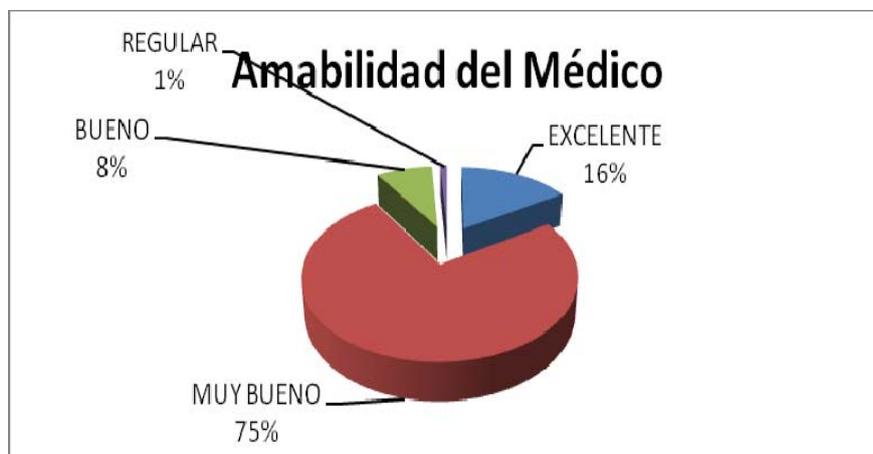
**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## LA AMABILIDAD Y CORDIALIDAD DEL MÉDICO

Hay que tomar en cuenta que las encuestas fueron aplicadas a pacientes de 6 médicos de Medicina Familiar, y de los 99 pacientes el 75% está satisfecho con la forma como es tratada por los médicos, refirieron que son amables, respetuosos.

Además se pudo confirmar que los pacientes son llamados por su nombre y apellido, los médicos saludan a sus pacientes, se presentan, toman en cuenta las ideas y experiencias de los usuarios.

**Gráfico 18**



**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

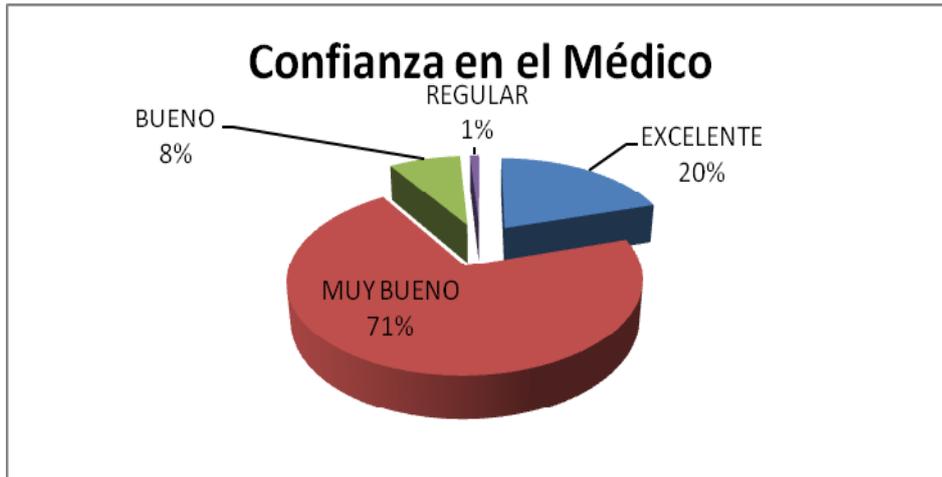
**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## LA CONFIANZA QUE USTED TIENE EN EL MÉDICO QUE LE ATIENDE

El 99% de los pacientes tiene confianza en los profesionales que les atienden. La calidez con la que se los trata a los pacientes, genera seguridad y confianza en el profesional lo cual satisface al paciente, porque siente tendrá solución a sus problemas de salud.

Además hay una mejor recepción de las indicaciones y tratamiento que el médico les indica.

**Gráfico 19**



**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

### EXPLICACIÓN DEL MÉDICO

94% de los pacientes están satisfechos con las explicaciones del médico, además expresaban que también les dan tiempo para que los usuarios pregunten y estos satisficían sus incertidumbres.

**Gráfico 20**



**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE AL SALIR DE LA CONSULTA

El 8% de los pacientes calificaron la atención recibida como excelente, el 84% como muy buena y un 8% como buena, es decir que todos los pacientes se sentían bien atendidos y con una respuesta positiva a su consulta.

Gráfico N° 21



**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

#### 2.7.4 -PERCEPCION DEL ESTADO DE LAS INSTALACIONES:

En el siguiente grupo de preguntas califíquelas según la escala de excelente a malo, escoja una sola opción:

ESTADO DE LAS INSTALACIONES					
	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
1) La luz es	0	1	1	82	15
2) La limpieza es	0	0	3	78	18
3) Los muebles tiene un aspecto	0	0	5	78	16
4) Los anuncios y señalización son	0	0	2	850	12
5) El lugar donde le atienden es	0	1	3	79	16
6) La sala de espera es:	0	1	5	77	16
7) Los servicios sanitarios están en condiciones:	0	0	8	69	22
<b>El Interés que demuestra el personal administrativo cuando Usted tiene que realizar algún trámite es:</b>	0	0	4	86	9

Para saber el grado de satisfacción del paciente en el servicio, también es parte de esta percepción, el realizar una investigación de cómo perciben respecto a otros factores, como las instalaciones, por esto se realizó preguntas referentes al tema:

#### LUZ

El 83% de los usuarios señalaron que la iluminación era muy buena. Gráfico N° 22

**Gráfico N° 22**



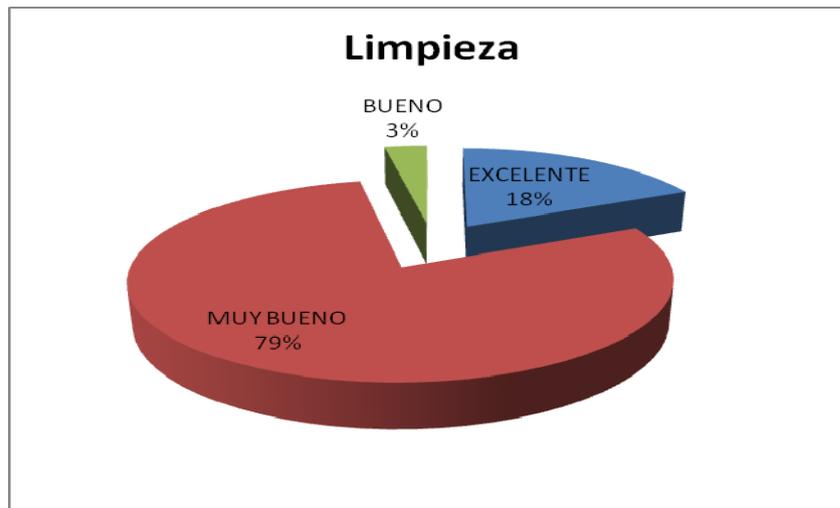
**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

### **LIMPIEZA**

El 79% de los pacientes percibe que la higiene en la Unidad en general es muy buena, el 18% excelente y el 3% buena.

**Gráfico N° 23**



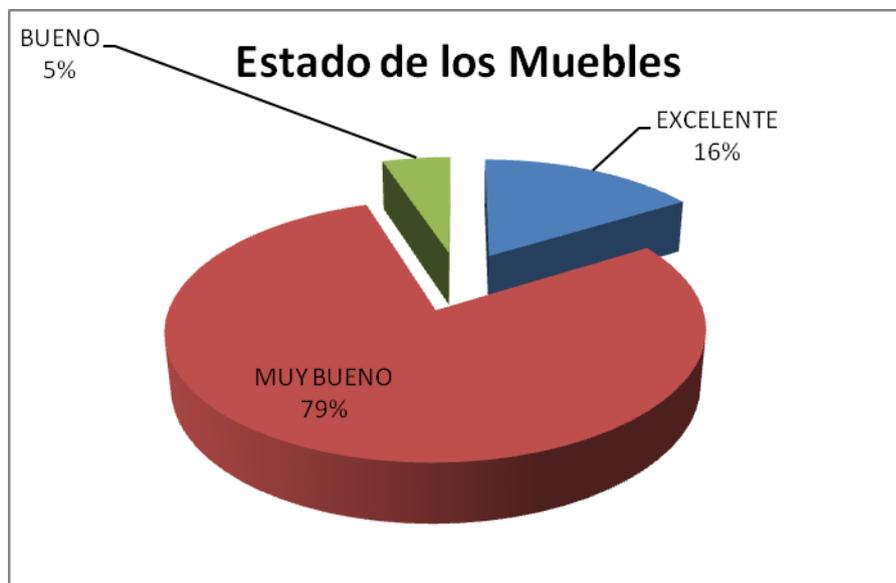
**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## ESTADO DE LOS MUEBLES

En general, a los 100% usuarios/as les parece que los muebles están en muy buenas condiciones.

Gráfico N° 24



**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## ANUNCIOS Y SEÑALIZACIÓN

Los pacientes consideran que es muy buena y fácilmente se pueden ubicar en donde se encuentran los diferentes servicios.

Gráfico N° 25



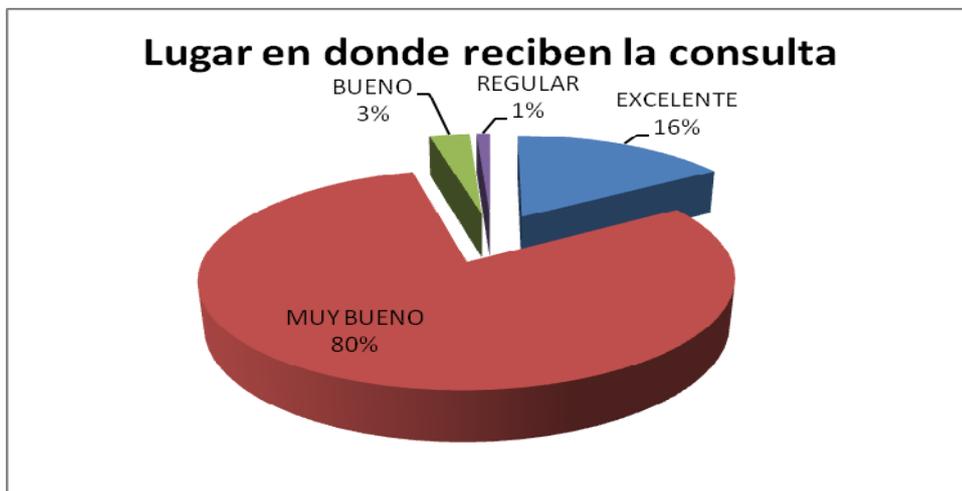
**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## LUGAR DONDE RECIBEN LA CONSULTA

Esta pregunta se refería al consultorio donde eran atendidos, el 80% califico al lugar como muy bueno el 16% como excelente el 3% bueno y 1% regular.

Gráfico N° 26



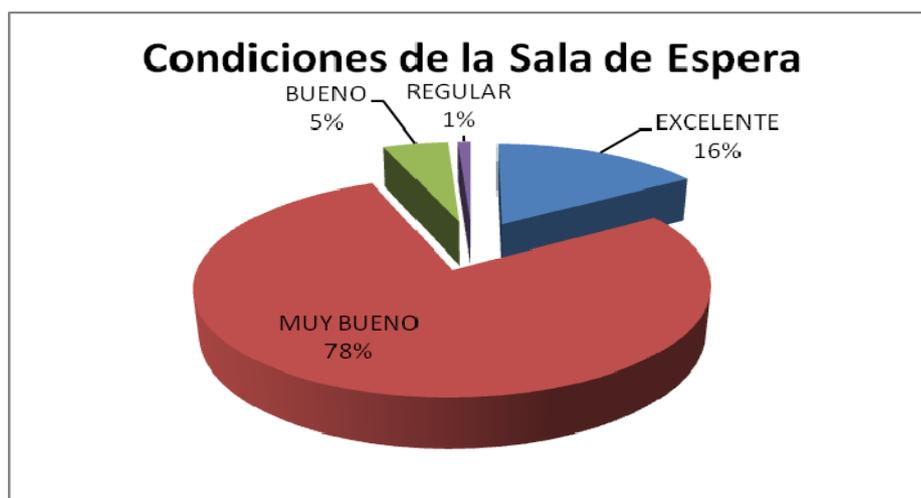
**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## CONDICIONES EN LA SALA DE ESPERA

La sala de espera, de algunos consultorios de Medicina Familiar está acondicionada en el pasillo, peso a ello más del 90% de los usuarios están satisfechos.

Gráfico N° 27



**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## SERVICIOS SANITARIOS

La satisfacción del usuario respecto a los servicios sanitarios de la Unidad corresponde: el 22% como excelentes, el 79% lo califica de muy bueno, el 8% como bueno.

Gráfico N° 28



**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

Respecto al **interés que el personal administrativo** demuestra al usuario, la satisfacción de los mismos es de 9% como excelente, 87% como muy bueno y 4% como bueno.

Gráfico N° 29



**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

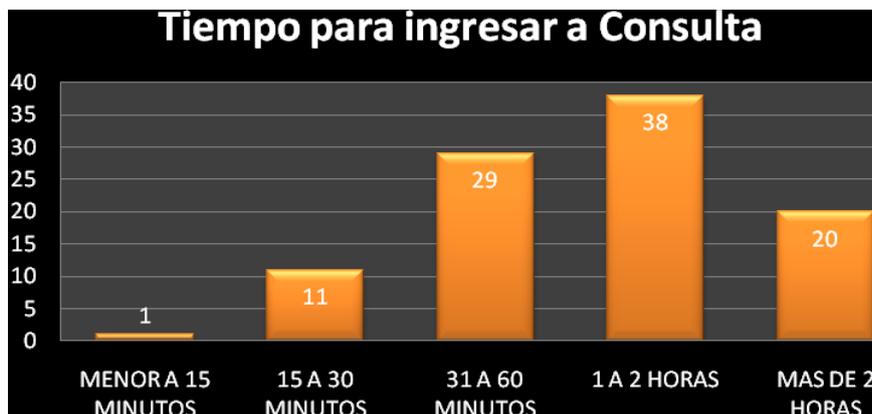
**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## TIEMPO ESTIMADO DE ATENCIÓN AL PACIENTE

El **tiempo** que debe esperar **para ingresar a consulta** con el médico es:

EL 88% de los usuarios responden que el tiempo de espera es de 1 a 2 horas, refirieron que al pasar a preparación,(Enfermería), se encontraban con gran cantidad de pacientes y que las historias clínicas se demoraban en enviar al médico.

Gráfico N° 30



**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## EL TIEMPO QUE EL MÉDICO LE DEDICA ES:

El 44% de usuarios refirió que el médico le dedicó de 16 a 20 minutos, el 35% de 11 a 15 minutos, el 20% más de dos horas, de 15 a 30 minutos el 11%, y el 1 % menor a 15 minutos (había ingresado para un certificado).

Gráfico N° 31



**Fuente:** Encuestas aplicadas a usuarios del servicio de Medicina Familiar del UMSC-2011

**Autor:** Dra. Mary E Cantos Aguirre

## **2.8 SUGERENCIAS A LA ATENCIÓN RECIBIDA:**

El 60% sugirió disminuir el tiempo de espera para la consulta.

El 20% que la Historias clínicas sean entregadas enseguida al médico.

Un 15% se refirió a que deben obviar las gradas.

60% refirió que debe haber más medicamentos en la farmacia de la Unidad.

35% del total de encuestados no refirió ninguna sugerencia

## **2.9 RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA AL GRUPO FOCAL:**

### **Los usuarios se sienten insatisfechos:**

60% de 10 encuestados por la espera para sacar turnos.

80% por la atención en estadística, se tardan en entregar a enfermería.

80% por la demora en enfermería para pasar las historias clínicas.

30% no hay buena información.

20% Farmacia no tiene todos los medicamentos

### **Mencionaron otras causas como:**

40% las gradas.

30% los techos en el segundo piso.

20% en enfermería se les atiende de apuro.

## **2.10 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA ENCUESTA REALIZADA A 6 MÉDICOS FAMILIARES**

### **2.10.1 ASPECTOS GENERALES:**

**Entrevistados:** 6 Médicos Familiares

**Edad:** Los Médicos/as se encuentran entre los 26 a los 33 años de edad.

**Sexo:** **Femenino** 3 profesionales  
**Masculino** 3 profesionales

## HORARIO DE TRABAJO

Los seis médicos tienen un horario de 8 horas

Una vez tabuladas las respuestas obtenidas de los seis médicos, los resultados son los siguientes:

<b>1. En la Unidad de Salud Centro, el servicio de medicina familiar es:</b>		
Imprescindible	Necesario	Poco Necesario
4	2	0
<b>2. En su trabajo la posibilidad para aplicar una atención integral continua:</b>		
Siempre	A veces	Nunca
6	0	0
<b>3. Cuenta con los equipos, materiales e insumos necesarios</b>		
	SI	NO
Médicos	4	2
<b>4. Lugar donde está el consultorio, es el adecuado para la atención</b>		
	SI	NO
Médicos	3	3

<b>5. Para mejorar la calidad de atención se debería reformar:</b>		
Infraestructura	4	Obviar las gradas.
Procesos	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar entrega de turnos y de Historias Clínicas, porque se demoran de 2 a 4 horas.</li> <li>- Procesos de capacitación y docencia. a profesionales</li> <li>- Procesos de educación a la comunidad.(no hay pos</li> </ul>

		consulta)
Estadística	<b>4</b>	<b>3</b> Distribución de HCL  Distribución de turnos.
		<b>1</b> Ampliar horario hasta las 16 h.
		<b>1</b> Prioridad acianos y adolescentes.
Enfermería	<b>3</b>	<b>1</b> Preparación a los pacientes
		<b>1</b> Distribución de pacientes.
Laboratorio	<b>4</b>	<b>4</b> Incrementar personal equipos.
		<b>2</b> Incrementar oferta de exámenes.
Farmacia	<b>4</b>	<b>2</b> Mejorar stock de medicamentos.
		<b>2</b> Mejorar entrega de medicinas.
Otros	<b>3</b>	Implementar Postconsulta
<b>6. Satisfacción con la atención brindada</b>		
<b>SI</b>	3 Médicos	Atención Integral, soluciona problemas.
<b>No</b>	3 Médicos	Equipamiento y material insuficiente.

		Demora en entrega de fichas.
		Demanda excesiva, poco tiempo de consulta.
<b>7. Debería implementarse</b>		
Espacio físico para la espera de pacientes y del consultorio de 3 médicos.		
Mejorar e incrementar el equipamiento del consultorio		
Dotación adecuada y suficiente de materiales e insumos.		
Humanismo y buen trato al Médico y Paciente.		

- De las encuestas aplicadas, de los seis profesionales de Medicina Familiar, el 50% si está satisfecho en el espacio físico donde atiende a sus pacientes, el otro 50% no lo está por encontrarse en un espacio no adecuado, donde se debe mejorar la infraestructura.
- Cuatro Profesionales, 66%, percibe que la existencia de gradas no facilita la accesibilidad a los pacientes.
- El 83% (5) de los médicos, no se encuentran satisfechos con la entrega de turnos e historias clínicas, no está satisfecho del tiempo de espera hasta que el paciente sea atendido en la consulta, y en la falta de capacitación a los profesionales y a la comunidad.
- Respecto a la preparación al proceso llevado a cabo en enfermería el 50% no está satisfecho.

- De las encuestas aplicadas, los seis profesionales entrevistados no se sienten satisfechos con algunos de los procesos que se realizan antes de llegar sus pacientes a la consulta, así como tampoco en lo referente a equipamiento e infraestructura.
- El 66% (4) de los profesionales cree que se debe incrementar personal en laboratorio y mejorar la oferta y el 33% mejorar la oferta de exámenes.
- En la Farmacia el 33% cree se debe mejorar el stock de medicamentos y el 33% de los médicos refiere debe mejorarse la distribución de los medicamentos.
- Cuatro médicos que corresponde al 66%, refirieron que debe haber más humanismo y mejorar el trato a los médicos y a los pacientes.

## CAPITULO III

### 3 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

#### 3.1 PROBLEMAS A LOS QUE SE DEBERÍA DAR SOLUCIÓN CON PRIORIDAD

De los problemas identificados en la percepción de satisfacción de los usuarios. Son:

	<b>PROBLEMA</b>	<b>PRIORIZACIÓN</b>
<b>USUARIO EXTERNO</b>	Demasiado Tiempo de espera para ingresar a la consulta	Tiempo de espera para ingresar a la consulta
	Infraestructura, las gradas dificultan la accesibilidad a algunas de personas adultas mayores y discapacitadas.	
	No hay postconsulta, insuficiente Información y educación a los pacientes	Información y educación a los pacientes
<b>USUARIO INTERNO</b>	Falta Humanismo y Buen Trato	Humanismo y Buen Trato
	Insuficiente Capacitación y actualización de conocimientos a personal de salud	Capacitación
	Insuficiente Dotación de Equipos, materiales e insumos	Dotación de Equipos, materiales e insumos.

	Demasiado Tiempo de espera del paciente para ingresar a la consulta	Tiempo de espera para ingresar a la consulta
	Demora en la Entrega de turnos y Historias Clínicas	Entrega de turnos y Historias Clínicas
	Demora de Enfermería, preparación y distribución de pacientes.	Enfermería, preparación y distribución de pacientes.
	No hay Post consulta	No hay Post consulta
	No hay buena Infraestructura de los consultorios	

- Priorizamos el tiempo de espera, por cuanto es un problema que afecta tanto al usuario interno como al usuario externo, el hecho de que un paciente, para ser atendido, tenga que esperar un periodo de una hora a 4 horas afecta totalmente la calidad de atención que estamos brindando al paciente, y esto repercute en el tiempo que el médico lo dedique al usuario, según los profesionales hay pacientes que necesitan se les dedique más tiempo.
- Humanismo y buen trato, es esencial, porque esto viene añadido con el respeto mutuo que debe existir, para que la comunicación y la efectividad de los procesos logren los resultados esperados.
- Capacitación, los profesionales capacitados están en mejores condiciones intelectuales, científicas, tecnológicas para dar una mejor atención a sus pacientes.
- Información y educación a los pacientes, la Promoción de la Salud, mejora la calidad de vida de la población e incrementa los hábitos y estilos de vida saludables.

- Entrega de historias Clínicas, tiene relación con el tiempo de espera.
- Postconsulta, tiene relación con la información y educación a los pacientes.
- La dotación de equipos y materiales debe ser oportuna. así mismo
- El mejoramiento de la infraestructura del consultorio es importante tanto para el usuario interno como para el usuario externo, esto mejora la satisfacción del usuario, al ser recibido en un espacio físico cómodo y agradable.

### 3.1.2 MATRIZ COMBINADA PARA LA PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

<b>Problema</b>	<b>Impacto negativo en la salud de la población</b>	<b>¿Qué tan lejos está la situación esperada</b>	<b>Es considerado por la comunidad como un problema</b>	<b>Posibilidad de mejorar a nuestro nivel de influencia</b>	<b>T O T</b>
Demasiado Tiempo de espera para ingresar a la consulta	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
Falta Humanismo y buen trato	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
Insuficiente capacitación y actualización al personal de salud	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6</b>

Demora en la entrega de Historias Clínicas a los Médicos	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
Falta equipos , materiales e insumos en la consulta	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
No hay postconsulta, insuficiente información y educación en temas de salud a los/las pacientes	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6</b>
Los consultorios no tienen una infraestructura adecuada	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>7</b>

### **RAZONES PARA MEJORAR**

- ✓ Para Brindar una atención de calidad y calidez a los usuarios.
- ✓ Satisfacer al usuario externo e interno.
- ✓ Para garantizar un adecuado ambiente de trabajo en el personal.
- ✓ Para disminuir los tiempos de espera de los pacientes.
- ✓ Para mejorar la capacidad de resolución de los profesionales.

- ✓ Para que la satisfacción de los usuarios sea en todos los servicios.
- ✓ Para mejorar los hábitos de salud de los usuarios.
- ✓ Para mejorar la credibilidad en los servicios que brinda la UMC.

## **3.2 ALTERNATIVAS DE CAMBIO**

### **3.2.1 DISEÑO DE LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCION**

El diseño es un plan o estrategia que se utiliza para obtener los datos que se desean recopilar en un estudio, Fernández et al, (2006).

#### **OBJETIVO**

Satisfacer al usuario/usuario interna/o y externa/o del Servicio de Medicina Familiar de la Unidad Municipal Centro, con la oferta de servicios de salud con calidad y calidez, eficientes y eficaces.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Socializar a todo el personal los resultados obtenidos en el estudio realizado
- Involucrar a todo el personal en el proceso de cambio.
- Implementar los cambios en los procesos priorizados.
- Evaluación periódica de los cambios realizados.

<b>PROBLEMA</b>	<b>ACTIVIDADES DE SOLUCIÓN</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>FECHA</b>
1.Demasiado tiempo de espera para ingresar a la consulta por demora	Informar a todo el personal lo que se va a realizar	Autoridades de la Institución..	Octubre 2011

en entrega de historias clínicas desde			
estadística a enfermería y de esta a la consulta	Capacitar a una persona para realizar un análisis más profundo del tiempo que se demoran en cada proceso.	Personal definido por la Institución. . .	Octubre y Noviembre 2011
	Separación de las Historias en Estadística y Enfermería en carpetas u otro objeto de acuerdo al médico que le corresponde	Personal de Enfermería y de Estadística	Noviembre y todo el año 2011 2012
	Especificar un tiempo (ejemp: cada 10 minutos la persona de estadística llevará la HCl a enfermería.	Personal de estadística	Noviembre y todo el año 2011 2012
	En vista que hay gran demanda de paciente, los médicos no deberán esperar la llegada de la s HCL, se acercarán cada cierto tiempo	Personal de enfermería y Médicos Familiares.	Noviembre y todo el año 2011 y 2012

	acordado a retirarlas de enfermería.		
	Monitoreo	Personal definido por la USC	Octubre 2011 y todo el año,
<b>2.- Falta Humanismo y Buen trato</b>	Promoción de valores, principios, ética profesional, solidaridad, respeto	Comité Técnico o de Bioética	Todo el año
	Capacitación de cultura Organizacional	Comité Técnico o de Bioética	Periódicamente iniciando en Octubre.
	Información y socialización de procesos que se llevan a cabo en al Institución.	Comité Técnico y responsables de los diferentes Servicios.	Octubre 2011 y cada trimestre
	Incentivos al personal cuando lo merezca	Comité Técnico	Diciembre 2011
<b>3.- Insuficiente Capacitación y actualización al personal de Salud</b>	Programa de Capacitación de acuerdo a requerimientos	Autoridades y Comité Técnico	2 a 3 capacitaciones al año a todo el personal de acuerdo a su competencia.  Desde Noviembre. 2011

4.-No hay Postconsulta	Generar un espacio permanente de información y educación en salud para los usuarios.	Autoridades de la UMSC, Personal de Trabajo Social, Enfermería.	Noviembre 2011
5.- Dotación de equipos Materiales e Insumos	Revisión o reprogramación de asignación presupuestaria	Autoridades, Comité Técnico, Dpto Financiero	Octubre 2011
	Monitoreo Permanente	Personal del Comité Técnico, Dpto Financiero	Permanente
6.- No hay buena Infraestructura en todos los consultorios	No hay espacio para construir otros consultorios, pero se puede mejorar los mismos.	UMSC	Inmediato.

### 3.2.3 CRITERIOS DE ÉXITO

- ❖ Aplicar los principios, valores de una Institución como los suyos propios permite que la comunicación y los procedimientos se ejecuten dentro de un marco de respeto, responsabilidad, honestidad y mejoramiento continuo. Lo cual incrementa la satisfacción del usuario.
- ❖ El monitoreo permanente ayuda a establecer un conocimiento oportuno de la situación y permite realizar correctivos pertinentes.

- ❖ Profesionales altamente capacitados y con actualización continua de conocimientos y experticias, tendrán mayor capacidad de resolución y brindarán atención de calidad.
- ❖ Personal de la Unidad de Salud Centro, capacitado e informado, mejorará la calidad de los servicios que brinda la Unidad.
- ❖ Profesionales que cuentan con los equipos necesarios, brindan una atención de calidad.
- ❖ Información, educación, promoción de la salud, contribuyen al mejoramiento de la salud y calidad de vida de los usuarios de los servicios de la Unidad de salud y fomenta el autocuidado.
- ❖ Es importante que exista el servicio de postconsulta, para fortalecer la información recibida por el médico y establecer el proceso de seguimiento al paciente.

### 3.2.4 ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN Y CRONOGRAMA

ESTRATEGIAS	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
<i>Retroalimentación de los resultados del estudio de Investigación a todo el personal de la UMC.</i>																
<i>Evaluar los resultados y las mejores alternativas de cambio.</i>																
<i>Informar al personal que se iniciará una</i>																

<b>etapa de mejoramiento de procesos cronológicamente.</b>																	
<b>Motivar y sensibilizar a las personas a involucrarse en el cambio.</b>																	
<b>Generar un espacio de participación social.</b>																	
<b>Conformar un comité de implementación de planificación de implementación de los cambios.</b>																	
<b>Planificar y Diseñar la implementación de cambios, tomando en cuenta el criterio del personal.</b>																	
<b>Ejecución de las alternativas de cambios.</b>																	
<b>Monitoreo</b>																	
<b>Evaluación</b>																	

Lo referente a infraestructura es lo menos factible de realizarlo en forma inmediata, el presupuesto establecido para el año ya se encuentra comprometido.

***Es pertinente que se retome el informe de seguridad hospitalaria, que cuenta la Unidad Municipal Centro y se tome las medidas urgentes, ya que los niveles actuales de seguridad del establecimiento no son suficientes para proteger la vida de los pacientes y el personal durante y después de un desastre.***

## CAPÍTULO IV

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### CONCLUSIONES:

- *Los usuarios/as externos de la Unidad Municipal de Salud Centro se encuentran satisfechos de la atención que reciben de parte de los Médicos en el servicio de Medicina familiar, por cuanto son atendidos con gentileza, con calidez, respeto, y encuentran solución a su problema de consulta.*
  
- *Más del 50% de los pacientes refieren un tiempo de espera que va desde una hora hasta dos horas o más, lo cual molesta a los pacientes, pero no le da mayor importancia.*
  
- *Los médicos, en cambio presentan una insatisfacción total por este mismo problema, además identifican claramente la causa que provoca el tiempo de espera prolongado: el proceso de entrega de turno, entrega de Historia clínica, preparación del paciente.*
  
- *La organización requiere orientar más su interés y recursos hacia identificar y satisfacer los intereses y necesidades del usuario, cliente o paciente, conforme su idiosincrasia, cultura.*
  
- *El abastecimiento de los medicamentos es insuficiente y no acorde a las necesidades.*
  
- *La entrega de medicamentos no es ágil.*
  
- *Capacitación al personal es insuficiente, igualmente la Información y educación a los usuarios externos.*

- *La dotación de equipamiento, insumos materiales, así como el consultorio de los profesionales no satisface las necesidades de los mismos.*
  
- *La infraestructura de la USMC, no abastece las necesidades de los profesionales como de los pacientes.*
  
- *El 48% de las personas solo tienen instrucción primaria, el 9% son analfabetas, esta situación influye en la percepción de la calidad de los servicios brindados por la Unidad de Salud, el desconocimiento de los derechos, la escasa instrucción limita su exigencia al cumplimiento de sus derechos.*
  
- *En cuanto a la infraestructura, las gradas mencionadas tanto por los pacientes como por los profesionales, deberían ser obviadas, por la dificultad que representa para las personas con discapacidad. Debe considerarse su cambio en el menor tiempo posible.*
  
- *La ausencia de sistemas de medición y evaluación sostenidas y sistemáticas de la satisfacción del usuario con respecto a los servicios que se brindan en la UMSC impide que los funcionarios conozcan las acciones que deben corregir o continuar, impidiendo así el mejoramiento de la calidad del servicio al usuario según sus necesidades y expectativas.*
  
- *La creación de espacios de interacción entre la UMSC y sus usuarios para que estos expongan sus inquietudes con respecto a la importancia y grado de satisfacción de las actividades que se desarrollan en el servicio de la consulta externa de Medicina Familiar como en los servicios previos a este, son imprescindibles para poder brindar servicios de calidad.*

- ***Si bien la hipótesis ha sido confirmada, en referencia a que la implementación de un servicio de Medicina Familiar contribuye a mejorar la satisfacción del usuario, ya que los mismos están satisfechos con la atención recibida. Pero externamente a la consulta en este servicio, existen otros aspectos que persisten en desmedro de la calidad de atención que se brinda al paciente.***
  
- *Se ha encontrado que la satisfacción del usuario interno no es igual y que los diferentes momentos de la verdad, por los que tiene que pasar el usuario/a, los mismos que deben ser revisados y mejorados.*

## **RECOMENDACIONES.**

- ❖ Socializar este estudio con todo el personal de la Unidad de Salud.
- ❖ Socializar con los usuarios de los servicios de la Unidad de Salud Centro.
- ❖ Presentar al personal la propuesta de alternativas de solución, consensuar con ellos y priorizar las mismas o añadir otras.
- ❖ Realizar seguimiento y evaluación de la opinión de los usuarios que asisten al servicio de Medicina Familiar y de los otros servicios, puesto que los problemas afectan a todos los usuarios/as.
- ❖ Establecer un cronograma de implementación de soluciones.
- ❖ Exponer para conocimiento de todos los cambios a realizar.
- ❖ Realizar estudios posteriores a la implementación de soluciones y socializar los resultados.
- ❖ Fomentar la cultura de servicio al cliente o usuario dentro de la organización.

- ❖ Gestionar los recursos económicos para poder realizar los cambios y las actividades de capacitación sensibilización para los profesionales, personal administrativo y para los pacientes.
- ❖ Fomentar la evaluación de la satisfacción del los usuarios de los diferentes servicios de la Sub Área con respecto a la atención que se les brinda.
- ❖ Mejorar de manera inmediata los consultorios donde atienden los profesionales de Medicina Familiar en lo referente a: iluminación, equipamiento, dotación de materiales, líneas telefónicas, internet.
- ❖ Gestionar software para las computadoras de los profesionales a fin de computarizar las Historias Clínicas.
- ❖ Actualizar sistema de información. Sistema interconectado.
- ❖ Considerar la implementación de un sistema de citas previas personales y telefónicas.
- ❖ Aplicar de manera inmediata, medidas correctivas referentes a seguridad de infraestructura y vulnerabilidad de la misma.
- ❖ Reuniones mensuales de gestión y de ejecución.
- ❖ Implementar un plan de estímulo a los profesionales y personal administrativo a quienes cumplen con cabalidad su labor.
- ❖ Conformar un equipo de mejoramiento continuo de la calidad de atención.

## BIBLIOGRAFÍA

- Benítez del Rosario, M. A. *"Cuidados Paliativos en Atención Primaria"*. 2002.
- Constituyente, A. (2008). *"Constitución de la República del Ecuador"*. Montecristi.
- DMS. (2006). *"Conmemoración de la Unidades Municipales"*. 4.
- Donabedian. (2000). *"Salud Pública"*. México, Cuernavaca.
- (2010). En O. Forero, *"Proyecto de Salud Integral para personas adultas mayores en el DMQ,SMS"*. DMQ.
- INEC. (2001). *Tabla de Población del Ecuador y de la Provincia de Pichinca, Censo*.
- Linares, C. (1996). *"Participación, Solución o Problema"*.
- Marshall, G. (1996). *Health status and satisfaction with heat care. Journal of consulting and Clinical Psychology, 64 (02), 380 -390 .*
- Martha, M. H., & Carmen, V. P. (1995). Evaluación del Programa en el policlínico Docente Playa. *"Rehabilitación en la Atención Primaria "*.
- OMS. (2007). *"Nueva Guía sobre cuidados paliativos de personas que viven con cáncer avanzado"*. Ginebra.
- OPS, O. (2008). *"Perfil del Sistema de Salud en el Ecuador. "*
- OPS,OMS. (1990). *"Promoción de la Salud"*.
- Orozco, M. d. (2009). *"Gestión de Calidad"*.
- Roza, V. L. (2008). *"Niveles de atención"*.
- Salud, I. S. (2007). *"Unidades Municipales de Salud"*. DMQ.
- Vega, M. S. (2010). *"Diagnóstico de las Unidades Municipales de Salud"*. Quito.
- Villacrés Nilda, L. R. (2010). Sistemas de Salud. En S. d. Altura, *"Gerencia y Calidad en Servicios de Saud"*.
- Yépez, H. (2009). *"Sistemas y Servicios de Salud"*. En H. Yépez, *"Gerencia en Salud"*.

- Zas Ros B, G. A. (2005). *Psicología de la Salud, Fundamentos y aplicaciones*. México, Universidad de Guadalajara.

**ANEXOS**

**ANEXO 1**

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO DEL SERVICIO DE CONSULTA  
DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIDAD DE  
MUNICIPAL DE SALUD CENTRO**

**Nº De encuesta:** .....

**Fecha:** d.... / m Agosto **año** 2011

Estamos haciendo una encuesta para conocer, su satisfacción sobre los servicios que ha recibido en este servicio de salud y así poder brindar servicios más eficientes que puedan satisfacer sus necesidades.

Su opinión es muy importante, sus respuestas son confidenciales, le agradecemos ser lo más sincero posible.

Si no desea que le realicemos la encuesta no hay problema, esta no es obligatoria, además usted puede dejar de contestar cuando lo desee.

**Marque con una X la respuesta que considere válida.**

**PARTE I ASPECTOS GENERALES**

**Edad:** .....(años)

**Sexo:** M.....

F.....

**En donde vive**.....(Dirección ó Barrio, ó sector)

**Procedencia:** Urbana  Suburbana  Rural

**Instrucción:** Primaria  Secundaria

Analfabeta  Superior

Primaria Incompleta  No opina

**Por qué escogió venir a este establecimiento de salud?**

Esta cerca  Me recomendaron  La atención es buena

No tengo seguro  No hay otro establecimiento a dónde acudir

Otro  Cuál.....

## PARTE II PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS/AS

En el siguiente grupo de preguntas califíquelas según la escala de excelente a malo, escoja una sola opción:

Servicio/ producto	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
	1	2	3	4	5
1) El Sistema de entrega de turno es:					
2) La cordialidad y amabilidad en estadística es:					
3) La amabilidad y cordialidad de <b>enfermería</b> es:					
4) La rapidez de atención en <b>enfermería</b> es:					
5) La amabilidad y cordialidad del <b>médico</b> es:					
6) La <b>confianza que USTED</b> tiene en el médico que le atiende es:					
7) La explicación del médico es:					
8) El grado de <b>SATISFACCION QUE USTED SIENTE</b> luego de la atención recibida es:					
<b>El estado de las instalaciones:</b>					
1) La luz es					
2) La limpieza es					
3) Los muebles tiene un aspecto					
4) Los anuncios y señalización son					

5) El lugar en que le atienden es					
6) La sala de espera es:					
7) Los servicios sanitarios están en condiciones:					
El <b>Interés que demuestra el personal administrativo</b> cuando Usted tiene que realizar algún trámite es:					

1) El **tiempo** que debe esperar **para ingresar a consulta** con el médico es:

2) Menor a 15 minutos  15 a 30 minutos  31 a 60 minutos  1 a 2 horas  Más de 2 horas

El **tiempo** que el médico le dedica es:

Menor a 5 minutos  5 a 10 minutos  11 a 15 minutos  16 a 20 minutos  Más de 20 minutos

**ANEXO 2**

**ENCUESTA APLICADA AL GRUPO FOCAL**

En qué área o servicio de la Unidad usted tuvo mayor dificultad o insatisfacción (puede marcar más de una opción):

Servicio		Servicio	
Turnos		Trabajo Social	
Estadística		Vacunas	
Información		Laboratorio Clínico	
Enfermería		Rayos X	
Farmacia		Ecografía	
		Electrocardiografía	
<b>Consulta Médica en:</b>			
Medicina familiar			
<b>Otra causa que le haya generado insatisfacción?</b>			

**Firma del encuestador**

### ANEXO 3

## **ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA POR LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR**

La Unidad Municipal de Salud Centro, con el fin de fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud y la eficiencia de resolución a las demandas de los usuarios, realiza esta encuesta, la misma que además nos ayudarán a brindar un mejor servicio en la consulta externa de Medicina Familiar.

No se trata de un examen, por lo tanto no hay respuestas correctas o incorrectas. Sus respuestas son confidenciales. Si considera que no va a contestar una pregunta, deje en blanco. Esta encuesta es anónima, no escriba su nombre..

<i>PROFESIÓN</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>		<i>Lugar de Trabajo</i>	<i>Fecha</i>
		F	M		
Horario de Trabajo	4 horas	6 horas		8 horas	
<b>1.Considera que en la Unidad de Salud Centro, el servicio de medicina familiar es:.</b>					
Imprescindible <input type="checkbox"/> Necesario. <input type="checkbox"/> Poco necesario. <input type="checkbox"/>					
<b>2.Considerando su formación profesional y experiencia laboral, tiene posibilidades para aplicar en su trabajo una atención integral, continua? (elija una respuesta):</b>					
Siempre. <input type="checkbox"/> A veces. <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>					
<b>3.- Usted cuenta con los equipos, materiales e insumos necesarios para brindar una atención eficiente a sus pacientes. ?</b>					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
<b>4.- Cree que el lugar donde se encuentra ubicado su consultorio es el adecuado para dar atención al paciente?</b>					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

**5.- ¿Qué de lo siguiente mejoraría para que la calidad de la atención a sus pacientes mejore?**

Infraestructura	<input type="checkbox"/>	Por qué .....
Procesos:	<input type="checkbox"/>	Por qué .....
Estadística	<input type="checkbox"/>	Por qué .....
Enfermería	<input type="checkbox"/>	Por qué .....
Laboratorio	<input type="checkbox"/>	Por qué .....
Farmacia	<input type="checkbox"/>	Por qué .....
Otros	<input type="checkbox"/>	Por qué .....
Todas	<input type="checkbox"/>	Por qué .....

**6. En general se siente satisfecho con la atención que brinda a sus pacientes?  
Y Por qué?**

Si  .....

No  .....

**7.- CAPACITACIÓN**

**Considera que la capacitación brindada por esta Institución es adecuada para el desempeño de su trabajo?**

SI  No

**8.- Qué considera debe implementarse en la consulta para un mejor desempeño?**

.....

.....

.....

Gracias por ser parte de esta importante encuesta.

Firma del encuestador ..... Fecha de la encuesta .....

## ANEXO N°4

### ARTÍCULOS DE LA CONSTITUCIÓN, MARCO LEGAL

**Art. 359.-** El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

**Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

**Art. 361.-** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

**Art. 362.-** La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

**Art. 363.-** El Estado será responsable de:

1.- Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.

5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.

8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

En general todos los artículos establecidos en la Constitución, referentes a salud y al buen vivir ampara el que los servidores de salud brinden una atención que responda eficientemente, de manera eficaz, con efectividad a las demandas y necesidades de los pacientes, a fin de que los mismos se sientan satisfechos de los servicios recibidos.

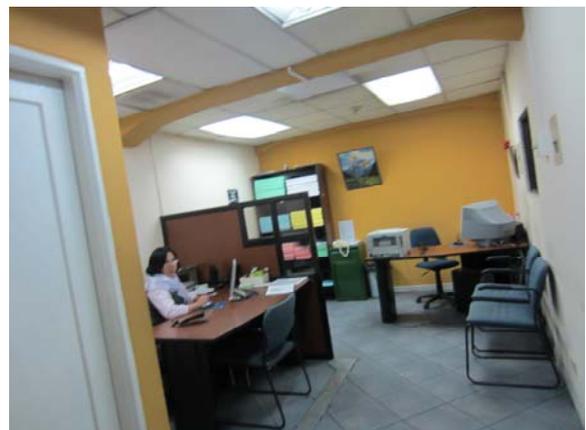
Igualmente los servidores de la salud deben contar con todos los recursos que les permita brindar una resolución óptima y oportuna a sus usuarios, con calidad y calidez, equidad, efectividad, universalidad.

## ANEXO 5

## FOTOS









## **ANEXO 6**

### **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD CENTRO**

Quito, 1 de Julio del 2011

Doctor

Oscar Flores Carrera

**DIRECTOR DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD CENTRO**

Ciudad

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo. Por la presente le solicito la autorización correspondiente para realizar en su Unidad de Salud, que usted acertadamente dirige, el estudio investigativo de evaluación de la satisfacción de los/as usuarios/as, de los servicios recibidos en el servicio de Medicina Familiar, toda vez que el mismo se implementó, hace más de un año con el fin de mejorar la atención brindada a sus usuarios.

Esta investigación, permitirá evaluar si se está cumpliendo con el objetivo con que fue implementada esta Unidad, así mismo ayudará para que las decisiones que se tomen contribuyan al mejoramiento continuo de los profesionales como de los procedimientos que se realizan para dar una eficiente, eficaz y efectiva respuesta a las necesidades y demandas de la población que acude a recibir los servicios brindados en su Unidad.

Además, pongo en su conocimiento que el estudio, realizado será la tesis que presentaré previo a la obtención del Diplomado Superior en Gerencia y Calidad en Servicios de Salud, en la Universidad Técnica Particular de Loja.

Por la favorable atención a la presente le anticipo mi agradecimiento.

**Dra. Mary Elizabeth Cantos Aguirre**

1- Julio- 2011