

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Modelo de Atención de Salud en el País, durante las últimas décadas, se caracterizó por ser institucional y sectorialmente fraccionado, inequitativo e ineficiente, orientado a proporcionar atención individual y biológica, bajo una organización burocrática, de gestión centralizada e ineficaz, con financiamiento insuficiente y distribución desigual.

El Ministerio de Salud promovió la conformación de Comités de Salud en el marco del desarrollo comunitario en la década de los setenta, el énfasis en su trabajo fue de carácter preventivo y de apoyo en la realización de actividades, tales como los censos sanitarios y las campañas de vacunación. Estas experiencias, tuvieron la posibilidad de constituirse en un modelo de transformación del sistema nacional de salud.

Hasta el momento, no se ha definido un modelo de atención que aplique estrategias para el cumplimiento de los programas en forma horizontal tomando en cuenta la atención en salud a todo el ciclo de vida con una visión transversal de género y de interculturalidad, en donde prevaleció las necesidades de la comunidad excluida y al mismo tiempo, sirvió como mecanismo para tomar decisiones técnicas, financieras, gerenciales y de intervención que reflejaron la satisfacción del usuario y mejoraron la calidad de vida de las familias, comunidades incluyéndolas en forma equitativa y solidaria en la sociedad y producción del País.

Para el cumplimiento de estas funciones el Gabinete Social envió la propuesta con este enfoque a la Asamblea Constituyente el 29 de Enero del 2008, la misma que planteó desafíos que hacen énfasis en la extensión de la protección social en salud, el modelo de atención y gestión con enfoque familiar y comunitario.

El Ministerio de Salud Pública pretendió desarrollar desde el 2008 un modelo de atención innovador en el Sector Salud con enfoque integral, comunitario, familiar, e interculturalidad, que incorporó las prácticas de la medicina tradicional y alternativa, basado en la atención primaria y promoción de la salud, propuso la entrada del usuario/a al sistema desde el primer nivel de atención.

El nuevo modelo de atención en salud hizo énfasis en la estrategia de atención primaria de salud y se definió como la “asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, poniéndola 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 pudieron soportar, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

El nuevo Modelo de Atención en Salud, hizo énfasis también, en la promoción de salud que ha sido definida como: proveer de los medios necesarios a la población para que mejore su salud y ejerza un mayor control sobre la misma, fue la estrategia mediante la cual se buscó vincular a la gente con su entorno, se mejoró las condiciones de trabajo y la seguridad laboral, redujo los riesgos ambientales y llevó a cabo estrategias en la población que incluyó a otras partes del sistema de salud; o a otros actores sociales, con miras a crear un futuro más saludable, ya que combinó la elección personal con la responsabilidad social (políticas públicas saludables, organización y participación social, reorientación de los servicios de salud, entornos y ambientes saludables, estilos de vida saludables). El Modelo de Atención estuvo centrado en la familia, en un contexto bio-psico-social con necesidades particulares en cada etapa de su ciclo vital.

El Ministerio de Salud Pública para la definición e implementación del modelo de atención creó la Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud con acuerdo Ministerial No. 343 del de Julio del 2007. Este mismo año se realizó la Declaratoria de Emergencia Sanitaria a nivel Nacional lo que permitió la incorporación de 4500 recursos humanos, entre médicos, odontólogos, obstetrices y enfermeras; y se puso el equipamiento de Unidades de Salud desde las más grandes a las más pequeñas.

Para iniciar con la implementación del Nuevo Modelo de Atención se seleccionó provincias bajo criterios de pobreza y exclusión entre las cuales estuvieron: Chimborazo, Cotopaxi, Bolívar, Esmeraldas, Sucumbíos, Guayas, Pichincha y Carchi.

En esta fase se involucró directamente al personal médico, enfermeras, odontólogos y obstetras, contratados por Emergencia en la Provincia del Carchi los que recibieron una capacitación muy superficial de los objetivos que persiguió este nuevo modelo de atención, y la que se fundamentó estrictamente en conocer y saber cómo se aplicó la ficha familiar que fue tomado como un instrumento para realizar el diagnóstico de salud de la Comunidad y poder ubicar riesgos y determinantes de la salud de la población.

El Ministerio de Salud puso que un Equipo Básico en Salud puede estar encargado de 1000 familias a nivel urbano y 600 familias a nivel rural. El objetivo principal de este grupo de trabajo fue buscar soluciones a los problemas de salud identificado en los Diagnósticos Cenarios, o en las Fichas Familiares, cambiar la visión biológica de la Salud y trabajar en la promoción y prevención.

A nivel de Dirección Provincial de Salud después de la capacitación de Octubre del 2007 se trazó la meta de terminar con la aplicación de las fichas familiares para el 15 de Diciembre y poder obtener resultados de diagnósticos hasta el 20 de Diciembre lo que sirvió de base para la realización de planes de intervención con los que se pretende mejorar el acceso a la salud de toda la población, ofreciendo una atención integral a cada individuo, familia y comunidad, manteniendo continuidad en la atención, bajo un enfoque holístico el mismo que se articuló a la red de Salud con la participación, generacional e intercultural, articulado a otras redes y que permita la participación ciudadana, además de que las intervenciones deben adecuarse a las necesidades locales ofreciendo a la población una atención de calidad con criterios de equidad, solidaridad y eficiencia.

La Dirección Provincial del Carchi está constituida por 4 áreas de salud dentro de la cual está el área No. 3 que abarca el cantón Espejo y parte del cantón Mira.

Esta área de Salud decide iniciar este trabajo determinando los lugares o unidades operativas siguiendo los mismos criterios de elección tomados en cuenta a nivel nacional además de los centros poblados más grandes que se encuentran dentro del área. Con estos antecedentes se elige trabajar en la ciudad de El Ángel, la ciudad de Mira, la parroquia La Concepción, Juan Montalvo y Palo Blanco.

Para realizar este trabajo se constituyó los Equipos Básicos de Salud (EBAS) en cada uno de las unidades conformados por Médicos, Enfermeras y según la posibilidad se incluyó Odontólogo y Obstetrix, (en su mayoría personal contratado por la emergencia) los que debieron responsabilizarse de la atención de 600 familias en el área rural y 1000 familias en el área urbana según criterio de la Subsecretaría de Protección Social.

La Fase de implementación de la ficha familiar en el área de influencia de SCS de Mira fue muy difícil tomando en cuenta que hay una población de 5298 personas 1060 familias trabajando en equipo básico de salud conformado por cuatro personas. Con la colaboración del personal del área se cumplió el objeto y la meta de aplicar la Ficha Familiar en toda el área de influencia en 1 mes.

Se realizó la tabulación de datos de la Ficha Familiar valorando riesgos por la unidad dentro de los cuales una de las poblaciones con riesgo medio fue El Mirador comunidad determinada por el Equipo Básico de Salud después de la experiencia vivida en la población de Pueblo Viejo.

El problema motivo de la investigación afectó directamente a la comunidad “El Mirador” ubicada al Noroccidente de la provincia del Carchi en el cantón Mira con una población de 46 familias que aproximadamente comprenden 170 habitantes entre niños y adultos. En esta comunidad prevalece la raza mestiza con una ligera superioridad de hombres con respecto a las mujeres en lo que se refiere a número de habitantes.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Para el Ministerio de Salud Pública el nuevo modelo de atención constituyó un mecanismo para hacer realidad los derechos y deberes establecidos

en la Constitución, con la finalidad de lograr formas equitativas y solidarias de organización, con transformación del Sistema Nacional de Salud, nació como respuesta a las necesidades de la población excluida, que exigió su participación organizada en las comunidades, con un espacio de interacción Estado-Sociedad, en la cual la población asumió un papel protagónico dando énfasis a la inclusión que garantizó para que toda la población reciba atención de salud gratuita según lo expresado en el Art. 7 literal a y b de la Ley Orgánica de Salud.

El nuevo modelo de atención se articuló a procesos de desarrollo sostenible con participación intersectorial que orientado al cambio de los factores determinantes de la salud: desde los estilos de vida individual hasta los modos de vida sociales que debieron ser abordados mayormente con acciones de promoción para controlar los riesgos que ocurren en el proceso salud-enfermedad.

El trabajo desarrollado por los EBAS en las comunidades desde el punto de vista del equipo de salud, ha permitido aumentar la cobertura de atención llegando a sectores que antes no tenían acceso a un buen servicio médico.

La comunidad El Mirador fue la segunda población en la que se implementó el modelo con la experiencia de la comunidad de Pueblo Viejo que fue el plan piloto en el área de influencia de Mira, lamentablemente son casi tres años en los que se ha venido desarrollando este trabajo pero no ha habido una evolución del trabajo a nivel local, provincial o nacional desde una perspectiva del usuario o de los beneficiarios, lo que contribuiría a mejorar el desempeño de los profesionales y en plantear nuevas estrategias con las que hagamos realidad el derecho a la Salud.

La comunidad El Mirador según la evaluación de riesgo de la ficha familiar es de riesgo medio, ya que no cuenta con los servicios básicos tales como: alcantarillado, agua potable, recolección de basura, entre otros. Además es un sector alejado del centro poblado, sus habitantes en un grado de pobreza extremo, no tienen vías carro sables de primer orden, están a diario al contacto de pesticidas y productos químicos relacionados con la agricultura, y sobre todo no cuentan con

una unidad de atención básica de salud permanente; por lo cual se ha creado la necesidad de poner en práctica este Modelo de Salud.

Esta investigación permitió evaluar el acceso a los servicios, especialmente de esta población rural, compuesta en su mayor parte por indígenas, afroecuatoriano y mujeres. Cabe destacar también que participaron en este programa personas con discapacidades diferentes e incapacitados permanentes.

La Atención Primaria de Salud y sus componentes de Promoción, Prevención y Educación ha logrado romper en parte el paradigma de que la medicina solamente es curativa estamos en un proceso de cambio, donde la salud es para educar, hay que trabajar en prevención, e impartirla en forma horizontal viendo las necesidades de la comunidad con proyectos que salgan de la concientización de las necesidades de la gente.

Esta actividad permitió conocer en qué condiciones viven las personas, se accede a la realidad muchas veces desconocida y se encuentran muchas explicaciones al porqué de la situación de la salud de esas personas.

La presente investigación servirá de apoyo a estudiantes de enfermería de la Universidad Técnica del Norte, como también a los profesionales de salud para que mediante este trabajo modestamente llevado a efecto tomen en cuenta o conozcan que la Atención Básica en Salud puerta a puerta llamada visita domiciliaria es una de las técnicas que debe ser priorizada y llevada a efecto en todos los aspectos humanos. Con esto también queremos llegar a comunidades alejadas de los sectores urbanos para que formulen sus pedidos a las autoridades pertinentes y puedan ser copartícipes del proyecto de los Equipos Básicos de Salud (EBAS)

Los resultados obtenidos después de este arduo trabajo estamos sirviendo para demostrar que los Equipos Básicos de Salud (EBAS), Modelo implantado hace aproximadamente un año en nuestro país nos dio un resultado 100% positivo ya que permitió un contacto más familiar y humano, libre de trámites burocráticos y cansino; en donde el paciente llega a convertirse en el eje principal del Modelo.

Es muy importante anotar también que con el seguimiento de este plan se trabajó en lo que es la prevención de enfermedades.

Directamente beneficiados con este proyecto fueron las niñas, niños, jóvenes, adultos y adultos mayores de la comunidad “El Mirador” del Cantón Mira en la Provincia del Carchi. Ya que gozaron de prevención, atención y seguimiento en todos los lineamientos relacionados con la salud del ser humano. También de una u otra manera el beneficio fue para los profesionales que tiene la oportunidad de explotar sus conocimientos por lo que tanto esfuerzo les costó adquirirlos.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿COMO ES LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS DE LA COMUNIDAD EL MIRADOR EN EL CANTON MIRA PROVINCIA DEL CARCHI EL NUEVO MODELO DE ATENCION DE SALUD BASADO EN EL PROGRAMA (EBAS) EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

- ❖ Determinar el grado satisfacción de los clientes externos beneficiarios de los Equipos Básicos de Salud (EBAS) en el área de influencia en la comunidad del mirador en el Cantón Mira provincia del Carchi en el año 2010.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar si los habitantes de la Comunidad El Mirador conocen sobre el nuevo Modelo de Atención de Salud Ecuatoriana.
- Evaluar que acogida tiene el nuevo Modelo de Atención de Salud en los habitantes de la Comunidad El Mirador.
- Evaluar el grado de conocimientos y competencias del personal de salud en la ejecución de este programa.
- Evaluar el impacto entre el nuevo Modelo de Atención en Salud y el Sistema Anterior.
- Elaborar una guía informativa para profesionales sobre los aspectos socio económico, nutricionales y de salud de los habitantes de la comunidad “El Mirador de Mira”

1.5 PREGUNTAS GUÍAS

- ¿Los moradores de la comunidad El Mirador poseen algún conocimiento sobre los EBAS?
- ¿El nuevo Modelo de Atención de Salud es aceptado por los moradores de la comunidad El Mirador?
- ¿Hubo la capacitación al personal de salud involucrado en la ejecución del programa?
- ¿Será mejor el actual Modelo de Atención de Salud o el que anteriormente se llevaba en el Ecuador?
- ¿Será aceptada la capacitación por el personal de salud de la Unidad Operativa?

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Desde hace ya varias décadas se insiste en la necesidad de fortalecer el primer nivel asistencial de los sistemas sanitarios públicos y en su reorientación para alcanzar resultados en salud. La tan mencionada e influyente Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata (Kazajistán, 1978) celebró su 25 aniversario hace ya 5 años, confirmándose no sólo su plena vigencia sino la necesidad de fortalecer y profundizar en sus recomendaciones. En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud se recogen las conclusiones de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (Ottawa, 1986), en la necesaria reorientación de los servicios sanitarios y el reforzamiento de la acción comunitaria, favoreciendo el desarrollo de las aptitudes personales. En la citada Conferencia se concluye que el sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de salud, más allá de la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos y se insiste en la importancia de crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos, asignando al personal sanitario la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. Prueba de la vigencia y proyección de futuro de estos planteamientos es la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI como fruto de la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en 1997. En ésta Cuarta Conferencia se llama la atención sobre los nuevos desafíos que plantean los determinantes de la salud y la necesidad de desarrollar acciones intersectoriales, en las comunidades locales y dentro de las familias, estableciéndose prioridades para una alianza global para la promoción de salud

La equidad en salud es uno de los objetivos fundamentales de casi todas las estrategias de promoción de la salud y ésta no significa que todo el mundo tenga el mismo estado de salud. La equidad en salud se centra en el ideal de que todas las personas disfruten de una igualdad de oportunidades que les permita llevar una vida sana en todo su potencial. Es erróneo creer que la búsqueda de la equidad en salud tiene sentido fundamentalmente en los países en vías de desarrollo y no en los países desarrollados. La evidencia indica que la "privación relativa" y no la pobreza absoluta es el elemento decisivo para comprender las desigualdades en salud en una Europa que está lejos de vivir en la pobreza aplastante de otras regiones del mundo. Muchas intervenciones en equidad en el campo de la salud tienen su impacto más importante a nivel de la comunidad. La evidencia demuestra que las personas adquieren una mayor capacidad para definir los problemas locales y resolverlos y la participación o implicación de la comunidad local es un factor clave del éxito. En la estrategia de Salud para todos en el siglo XXI de la OMS se proponen como objetivos no sólo reducir las diferencias sanitarias entre países europeos sino también dentro de cada país, dado que las diferencias sanitarias relacionadas con el nivel de ingresos es uno de los más importantes factores determinantes de la salud. También a nivel local los equipos de Atención Primaria, mediante intervenciones de atención comunitaria, habrán de tener en cuenta las desigualdades en salud, identificando grupos de población más desfavorecidos y en exclusión social, buscando intervenciones eficaces y específicas dirigidas a ellos, buscando la equidad necesaria.

En España hay sobrados argumentos normativos que determinan que la atención comunitaria es una de las competencias y responsabilidades de los equipos de Atención Primaria. El Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud que inició la reforma del primer nivel asistencial e inició el desarrollo de la Atención Primaria, así como posteriores decretos de Comunidades Autónomas, establecen que es función del primer nivel asistencial la promoción de salud y la atención comunitaria. La Ley General de Sanidad 14/1986 establece claramente un nuevo modelo de atención primaria que pone énfasis en la integración de las actividades asistenciales con la de prevención y promoción de salud. En la más reciente Ley de Cohesión y Cálida del Sistema Nacional de Salud 16/2003 se

reitera que son función de la atención primaria las actividades de promoción de la salud y atención comunitaria. Refiriéndonos concretamente a los médicos de familia, el Real Decreto 3303/78 que desarrolla la especialidad y el programa de formación definen claramente competencias en promoción de salud y atención comunitaria y los tratados dirigidos y más consultados por los médicos de familia incluyen siempre capítulos sobre competencias de atención comunitaria. Así mismo, las revistas de formación continuada dirigidas a los médicos de familia siguen publicando artículos que revisan estrategias y metodologías. Estos antecedentes sirvieron de base para que en el Ecuador se formen los equipos de atención de salud EBAS con el fin de cubrir las necesidades en salud de las comunidades más apartadas de nuestro país.

2.2 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

2.2.1 Constitución

“Art. 42. El estado garantiza el derecho a la salud, su promoción, protección, seguridad alimentaria, provisión de agua, saneamiento, promoción de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y el acceso permanente e ininterrumpido a servicios conforme a principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.” (15)

2.2.2 Ley Orgánica de Salud

“Art. 1 La ley se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético

Art. 3 La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado: y, el resultado de un proceso colectivo de

interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Art. 5 La Autoridad Sanitaria Nacional representada por el Ministerio de Salud Pública, creará los mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del Sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población.

Art. 6. Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Inciso 3: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.

Art. 7 señala que los derechos y deberes de las personas y del Estado, estipula que 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 a los grupos vulnerables; a vivir en un ambiente sano ecológicamente equilibrado y libre de contaminación al respecto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y sus usos culturales, así como a sus derechos sexuales y reproductivos.

Art. 10. Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Art. 189. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas tradicionales, incorporarán el enfoque intercultural en las políticas, planes, programas, proyectos y modelos de atención de salud, e integrarán los conocimientos de las medicinas tradicionales y alternativas en los procesos de enseñanza - aprendizaje.

Art. 192. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas alternativas en el marco de la atención integral de salud.”(3)

2.2.3 LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Art. 1.- Objeto y Ámbito de la Ley.- La presente Ley tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional.

Art. 2.-Finalidad y Constitución del Sistema.- El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

Art. 3.- Objetivos.- El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos:

1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada.
2. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración.
3. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables.

4. Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector.
5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.

Art. 5.- Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el Sistema Nacional de Salud implementará el plan Integral de Salud, el mismo que garantizado por el Estado, como estrategia de Protección Social en Salud, será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población, por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural.

Art. 6.-Modelo de Atención.- El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas.

2.2.4 LEY SOBRE DISCAPACIDADES:

“La Constitución Política del Estado fundamenta su responsabilidad con la población de personas con discapacidades, en el principio de igualdad ante la Ley, y en lo establecido en los Artículos 23, 47, 53 y 102, mediante la prevención de las discapacidades y la atención y rehabilitación integral, conjuntamente con la sociedad y la familia, con medidas que garanticen a las personas la utilización de bienes y servicios, especialmente en las áreas de salud, desarrollar programas de atención, provisión de ayudas técnicas y tecnológicas”.(34)

La Ley Reformada sobre Discapacidades reconoce el pleno derecho de las Personas con Discapacidades para una atención integral de sus necesidades de salud, educación, bienestar social, trabajo y empleo.

Art. 3c) Establecer un sistema de prevención de discapacidades.

Art. 9 a) determinar las políticas nacionales en materia de discapacidades e impulsar su cumplimiento

Art. 18 El Consejo Nacional de Discapacidades “diseñará el Sistema Único de Calificación de Discapacidades.

Art. 24. Todos los profesionales de la salud, tanto si laboran en el sector público como en el privado están obligados a remitir al Ministerio de Salud y al Centro de información y documentación del CONADIS la información que este requiera sobre discapacidades con fines epidemiológicos

Art. 27. Se mantendrá la Dirección Nacional de discapacidades del Ministerio de Bienestar Social y, en los Ministerios del Frente Social que no existan direcciones, divisiones o departamentos se los creará en el plazo de un año. En el Ministerio de Salud deberá restituirse la Dirección Nacional de Rehabilitación.

El Reglamento de la Ley Reformada sobre Discapacidades, TITULO II de las Competencias de los Ministerios de Estado y otros organismos públicos y privados en relación con las discapacidades, en el Art. 4, numerales 1 al 25 se señalan las competencias del Ministerio de Salud.

2.2.5 ACUERDOS MINISTERIALES

- 0000553 del 13 de mayo del 2004, en el que se aprueba y autoriza la publicación del Modelo de Atención Integral basado en la Atención Primaria de Salud.

- 0000130 del 24 de febrero del 2006, en el que se aprueba y autoriza la publicación del Modelo de Gestión de Salud con enfoque estratégico y participativo.
- 0000487 del 24 de Mayo del 2006, publicado en el registro oficial No. 308 del 7 de Julio del 2006, se crea la Subsecretaria de Aseguramiento Universal de Salud en la estructura del MSP.
- Decreto ejecutivo No. 103 del 8 de febrero del 2007, en su artículo 6 señala: “Las competencias, atribuciones, funciones, derechos y obligaciones, constantes en los decretos ejecutivos Nos. 1832 y 962, publicados en los registros oficiales suplementarios Nos. 369 y 171 del 3 de Octubre del 2006 y del 22 de diciembre del 2005 en su orden y en los convenios contratos u otros documentos jurídicos nacionales e internacionales, que la secretaria de los ODM-SODEM cumplía con relación al programa universal de salud-PROAUS, pasan a ser ejercida a partir de esta fecha por la dependencia, unidad o proceso del Ministerio de Salud Pública, que mediante acuerdo ministerial determine la actual Ministra de Salud.
- 0000343 de 3 de Julio del 2007 y publicada en registro oficial No. 132 del 23 de Julio del mismo año, se crea la Subsecretaria de Extensión de la Protección Social en Salud.

1.6 TEMAS Y SUBTEMAS

1.6.1 Antecedentes del nuevo Modelo de Atención

“El modelo de atención de salud en el país, durante las últimas décadas, se ha caracterizado por ser institucional y sectorialmente fragmentado, inequitativo e ineficiente, orientado a proporcionar atención individual y biológica, bajo una organización burocrática, de gestión centralizada e ineficaz, con financiamiento insuficiente y distribución desigual.

Las barreras económicas, culturales, viales y geográficas tradicionalmente han limitado el acceso a los servicios, especialmente de la población rural más pobre, compuesta en su mayor parte por indígenas, afro-ecuatorianos y mujeres”.(13)

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

“Hasta el momento, no se ha definido un modelo de atención que aplique estrategias para el cumplimiento de los programas en forma horizontal tomando en cuenta la atención en salud a todo el ciclo de vida con una visión transversal de género y de la interculturalidad, que priorice las necesidades de la comunidad excluida y al mismo tiempo, sirva como mecanismo para tomar decisiones técnicas, financieras, gerenciales y de intervención que reflejen satisfacción del usuario y mejoren la calidad de vida de las familias , comunidades incluyéndolas en forma equitativa y solidaria en la sociedad y producción del país”.(20)

El Ministerio de Salud promovió la conformación de comités de salud en el marco del desarrollo comunitario en la década de los setenta, el énfasis de su trabajo era de carácter preventivo y de apoyo en la realización de actividades, tales como los censos sanitarios y las campañas de vacunación. Estas experiencias, no tuvieron la posibilidad de constituirse en un modelo de transformación del sistema nacional de salud.

“De lo anterior se deduce que los comités de salud deberán identificar los principales problemas de la comunidad, priorizarlos y definir acciones principales que conjuntamente con la comunidad resolverá, con un trabajo orientado a la promoción y prevención de problemas prioritarios, elaborar proyectos de intervención en salud, los cuales deberán ser aprobados y financiados por el Estado, el comité debe tener actitud participativa, compromiso y empoderamiento, a quien se le entrega herramientas para ser protagonistas de las soluciones, planifican los recursos de atención en salud a partir de las necesidades

de la población y no desde la oferta de la atención médica, convirtiéndose la participación en la transferencia de poder a las comunidades”.(22)

Con estos antecedentes es necesario generar un conjunto de reformas centradas en la prestación de servicios, tanto de atención a la enfermedad, como de promoción, prevención y rehabilitación de la salud del individuo, familia y comunidades culturalmente diversas. Dichas actividades deberán ser desempeñadas por todas las organizaciones públicas y privadas, con y sin fines de lucro, a través de las redes de servicios constituidas por diferentes niveles de complejidad.

Para el cumplimiento de estas funciones es preciso desarrollar un Modelo de atención integral de salud, integrado, con enfoque comunitario, familiar e intercultural y pluricultural, que incorpora las prácticas de la medicina tradicional y alternativa, está basado en la atención primaria y promoción de la de salud, propone la entrada del usuario/a al sistema por el primer nivel de atención. El Gabinete Social envió la propuesta con éste enfoque a la Asamblea Constituyente el 29 de enero del 2008, la misma que plantea desafíos que hacen énfasis en la extensión de la protección social en salud, el modelo de atención y gestión con enfoque familiar y comunitario.

1.6.2 MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN Y SUS COMPONENTES

1.6.2.1 Concepto

El modelo de atención se constituye en un mecanismo para hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la Constitución, con la finalidad de lograr formas equitativas y solidarias de organización, con transformación del Sistema Nacional de Salud, nace como respuesta a las necesidades de la población excluida, que exige su participación organizada en las comunidades, con un espacio de interacción Estado-sociedad, en la cual la población asume un papel

protagónico dando énfasis a la inclusión social que garantiza que toda la población recibe atención de salud gratuita según lo expresado en el Art. 7 literal a y b) de la Ley Orgánica de Salud.

El modelo de atención se articula a procesos de desarrollo sostenible con participación intersectorial que se orienta al cambio de los factores determinantes de la salud: desde los estilos de vida individual hasta los modos de vida sociales que deben ser abordados mayormente con acciones de promoción para controlar el proceso salud-enfermedad.

“El modelo de atención hace énfasis en la estrategia de atención primaria de salud y se define como la “asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, poniéndola 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, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”. (30)

Más ahora se complementa con la estrategia de atención primaria de salud renovada que “Se orienta a reconocer y facilitar su importante papel en la promoción de la equidad en salud y del desarrollo humano, exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como; el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención”. Se necesita un enfoque razonado y basado en la evidencia, para lograr una atención universal, integral e integrada.”

El Sistema Nacional de Salud considera la estrategia de atención primaria de salud como uno de los ejes fundamentales del crecimiento económico y desarrollo social y promueve su articulación a los demás sectores mediante políticas, planes y programas de desarrollo integral, instando a todos los actores e instituciones nacionales e internacionales a brindarle mayor apoyo técnico y económico.

“El Modelo de Atención en Salud hace énfasis también, en la promoción de la salud que ha sido definida como: proveer de los medios necesarios a la

población para que mejore su salud y ejerza un mayor control sobre la misma”, es la estrategia mediante la cual se busca vincular a la gente con su entorno, mejorar las condiciones de trabajo y la seguridad laboral, reducir los riesgos ambientales y llevar a cabo estrategias en la población que incluyan a otras partes del sistema de salud o a otros actores sociales, con miras a crear un futuro más saludable ya que combina la elección personal con la responsabilidad social (políticas públicas saludables, organización y participación social, reorientación de los servicios de salud, entornos y ambientes saludables, estilos de vida saludables)”.(33)

La promoción de la salud se fundamenta en el reconocimiento de que las instituciones de salud no pueden proporcionar, por sí solas, las condiciones ni asegurar las perspectivas favorables para la salud; exige por lo tanto, la acción coordinada de todos (Carta de Ottawa 1986).

Según la OPS/OMS la promoción de la salud es un “Proceso social, educativo y político que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y brinda oportunidades de empoderamiento a la gente para que ejerza sus derechos y responsabilidades en la formación de ambientes, sistemas y políticas favorables a su salud y bienestar”

El Modelo de Atención está centrado en la familia, en un contexto bio-psico-social con necesidades particulares en cada etapa de su ciclo vital.

La medicina tradicional indígena se incorpora en este modelo por su enfoque holístico ancestral que pregonaba la salud como la completa armonía del ser humano con la naturaleza y la coexistencia de fuerzas más allá de las físicas: emocionales y espirituales, que son las que determinan y/o explican las limitaciones de la medicina científica experimental. En este enfoque también se inscriben las medicinas alternativas, tales como la homeopatía, la acupuntura y la medicina natural que enfatizan en el equilibrio de fuerzas macro y microcósmicas así como la regulación energética para restaurar la salud de los enfermos.

“El enfoque intercultural garantiza la vigencia y práctica de los conocimientos provenientes de un rico patrimonio cultural, incorporando modelos

que expresan complementariedad, reciprocidad y diversidad, en el contexto del nuevo paradigma de la cultura, la salud y el desarrollo. Así, el enfoque intercultural promueve el respeto a la cultura de los usuarios (sus particulares percepciones, hábitos y costumbres respecto al proceso de salud y enfermedad) y promueve la articulación de las distintas medicinas (“occidental”, tradicionales, ancestrales, alternativas) permitiendo una deseable complementariedad de las acciones y la elección del sistema médico donde los usuarios prefieran ser atendidos”. (18)

El Modelo de Atención garantiza el acceso de la población excluida a través de la Protección Social en salud que “Es la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, mediante el adecuado acceso a los SERVICIOS DEL SISTEMA, o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.”² La extensión de la Protección Social en salud es una herramienta de política pública destinada a combatir la exclusión en salud.

1.6.2.2 OBJETIVO

Garantizar a la población del territorio nacional el acceso a la salud mediante la implementación de un conjunto de acciones integradas en un modelo de atención de salud nacional definido sobre la base de necesidades de la población (demanda), teniendo en cuenta el ciclo de vida, mediante una programación territorial, con criterios epidemiológicos, socioculturales, de género, de interculturalidad y promoción de la salud.

1.6.2.3 Principios que sustentan el Modelo

1.6.2.3.1 Universalidad en el acceso y cobertura: Implica que los mecanismos de financiamiento y organización son suficientes para cubrir a toda la población al eliminar la capacidad de pago como barrera de acceso a los servicios de salud.

- 1.6.2.3.2** Integralidad: Atención a las personas, a los riesgos y condiciones que afectan su salud; implica acciones de promoción prevención, recuperación y rehabilitación a individuos, familias, comunidad y medio ambiente. Interrelación y complementación con las medicinas tradicionales y alternativas en los tres niveles de atención.
- 1.6.2.3.3** Equidad: Ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales, es un requisito para las capacidades las libertades y los derechos de las personas.
- 1.6.2.3.4** Continuidad: Se entiende como el seguimiento al estado de salud de una persona, que forma parte de una población determinada; así como el seguimiento y atención de cualquier episodio de enfermedad específica.
- 1.6.2.3.5** Coordinado e integrado: Es la coordinación con otros sectores, para garantizar la satisfacción de la demanda y su atención continua en la red plural de servicios de diversa complejidad, mediante el fortalecimiento y sostenibilidad de un sistema de referencia y contra referencia.
- 1.6.2.3.6** Participativo: Convierte a los individuos en socios activos, en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas, y en su autocuidado.
- 1.6.2.3.7** Planificado: Participación de los actores sociales en la Planificación Estratégica su ejecución y evaluación; en los Consejos de Salud, como espacios idóneos para la articulación sectorial; en la adaptación de los planes de salud de acuerdo a la realidad local.”(23)
- 1.6.2.3.8** Desconcentrado: Delegación permanente pero controlada del ejercicio de una o más atribuciones, y los recursos necesarios, dentro de una misma institución.
- 1.6.2.3.9** Eficiente, eficaz y de calidad: relacionado con la optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades

de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto definida como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen un mayor rendimiento de los recursos.

1.6.2.3.10 Solidario: Es el trabajo en conjunto de la sociedad para definir y conseguir el bien común, requerido para que las inversiones en salud sean sostenibles.

1.6.2.4 Características de Modelo de Atención

El modelo de atención considera al individuo, la familia y la comunidad como el centro de su accionar y plantea como su fin último, el vivir bien (el “allí causai” de los pueblos indígenas kichwas). Para el efecto, el Ministerio de Salud Pública en su política de Extensión Protección Social en Salud plantea “Garantizar a la población del territorio nacional, el acceso a la atención de salud mediante la implementación y ejecución de estrategias de protección social, que comprende un plan integral, equitativo, adecuado, solidario, sostenible y sustentable, basado en la atención primaria, y promoción de la salud.

“El modelo de atención pretende responder a las necesidades y demandas de los ciudadanos en el marco de sus derechos. Por lo tanto, el modelo busca el establecimiento de un Plan Integral de Salud, donde el Estado garantice a su población servicios de salud de calidad, un conjunto garantizado de prestaciones de promoción, prevención atención y recuperación, y un financiamiento seguro y sostenible”. (16)

“El Sistema Nacional de Salud, a través de la red plural de servicios, constituye la base estructural y operativa para la aplicación del modelo de atención. Sin embargo, el sector se ha caracterizado por su fragmentación y carácter inequitativo al estar conformado por una serie de instituciones públicas y privadas con su propia base legal, estructura organizativa y financiera, jamás integradas ni coordinadas bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública, como la Autoridad Sanitaria Nacional. Es necesario, entonces, retomar el concepto de los

Sistemas Integrados Locales de Salud (SILOS), orientados a conformarse como estructuras organizativas que aseguran la atención de los problemas fundamentales de salud de una determinada población, los cuales se complementan funcionalmente con redes plurales de servicios de mayor capacidad resolutive”.(7)

La preocupación del sistema de salud no sólo es la atención a las personas que demandan los servicios, sino la satisfacción de sus necesidades integrales de salud; es decir, aquellas necesidades que son percibidas y demandadas por la población, e incluso de aquellas que no lo son, que, por ser tales, podrían convertirse en una limitante para acceder a una atención de calidad.

El punto de partida de esta organización estructural, funcional y de principios, es el espacio de lo local, allí donde se confrontan los problemas y necesidades de la población. En lo local se puede y debe articular todos los recursos existentes bajo el criterio de su adecuación a la realidad con el fin de mejorar su orientación y correcta utilización y, sobre todo, para el establecimiento de una corresponsabilidad de la salud entre los diferentes actores locales.

1.6.2.5 RESPONSABILIDADES DEL MODELO DE ATENCIÓN

En el contexto anteriormente señalado, son responsabilidades del modelo de atención:

1. La atención del individuo, la familia, la comunidad, los grupos sociales y el entorno natural. (ficha familiar y manual)
2. Definición de una base geográfico-poblacional para atender las necesidades de salud de mayor trascendencia epidemiológica y social:(comunitaria, parroquial, cantonal, provincial) (mapa parlante y manual)
3. Construir redes y microrredes plurales públicas de servicios de atención básica y de especialidad., (en función de accesibilidad y capacidad resolutive) La puerta de entrada son los servicios de primer nivel que se

integran al resto de niveles de atención (con la referencia y contrarreferencia).

4. Reorganización de los Recursos Humanos y contratación de nuevos en función del modelo que incluye equipos básicos de atención - EBAS.
5. Disponer para la red plural, de un conjunto de prestaciones y actividades en: promoción, prevención, curación y recuperación en sus diferentes niveles.
6. Formular programas integrales e integrados de salud, superar el enfoque de los programas verticales, que son ahora las personas en sus diferentes etapas del ciclo vital (el niño/a, el/la adolescente, la mujer, el hombre, el adulto mayor, su estado de salud y sus riesgos de enfermar).
7. Desarrollar mecanismos que permitan asignar nuevos recursos económicos a las redes y microrredes en función del cumplimiento de indicadores y metas establecidas en los compromisos de Gestión.
8. Contar con un Plan Integral de Salud como resultado de la participación, negociación y concertación de los diferentes actores que integran el sistema nacional, provincial y local.

1.6.2.6 COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN

2.3.2.6.1 La Prestación

“La prestación constituye la oferta de servicios y el conjunto de acciones que el sistema de salud garantiza a toda la población.

La prestación de servicios a los individuos y a la comunidad son una cadena de acciones en salud que van desde la promoción hasta las de recuperación, comunicación y consejería para las personas así como acciones coordinadas, intersectoriales e interinstitucionales.

En la familia, las actividades se relacionan con el control de su espacio doméstico como: tenencia de animales, medidas de higiene, hacinamiento, que puedan significar un riesgo para la salud de las familias.

En la comunidad existen factores de riesgo por lo tanto, se deben realizar actividades de inspección, control y, fundamentalmente de promoción de la salud.

En este marco, el conjunto de prestaciones de los servicios de salud debe garantizar a sus comunidades intervenciones de salud pública; actividades de Información, educación y comunicación; inspección y control de riesgos en lo familiar, comunal y ambiental; vigilancia y control de brotes epidémicos; regulación sanitaria a establecimientos; e intervenciones de atención asistencial individual, además campañas o programas de solidaridad para atender cirugías repesadas y enfermedades catastróficas “.(10)

El Conjunto de Prestaciones define las acciones y actividades de cada uno de los niveles: puestos de salud, subcentros, centros y hospitales de las microrredes y redes del sistema. Los programas de salud pública deben ser horizontales, integrales, integrados e integrarse a un conjunto de prestaciones enfocadas al niño/a, al adolescente, a la mujer, al hombre, al adulto mayor, a la familia, la comunidad y el ambiente natural, orientada hacia el fortalecimiento de los factores protectores que estimulan la salud y vida de las personas, y hacia el control de los determinantes de la enfermedad y la muerte. Se pretende intervenir en el ámbito de lo biológico, en los conocimientos, actitudes y prácticas perjudiciales, y en factores ambientales basado en la evidencia que podrían constituirse en factores de riesgo para la salud.

2.3.2.6.1.1 ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN EN EL MODELO DE ATENCIÓN

La prestación, debe organizar y construir los procesos para la atención básica, la atención especializada y la promoción de la salud.

2.3.2.6.1.1.1 La atención básica

Se desarrolla en el primero y segundo nivel de atención, donde se construye los Sistemas Locales de Salud que comprende:

- Redes y microrredes de salud.- El área de salud conforma la microrred con la articulación de las unidades operativas ambulatorias públicas y

privadas del primer nivel de atención. La red se estructura tomando en cuenta la realidad y necesidades locales, capacidades resolutivas y niveles de complejidad requeridos para la referencia: hospitales, instituciones de especialidad. Así entendido este conjunto de establecimientos de salud, que, aseguran una adecuada provisión de servicios, conformando y dando ejecución al sistema nacional de salud.

- Delimitación territorial.
- Conformación de equipos básicos de salud - EBAS de intervención para la atención primaria a nivel local.
- Llenado y seguimiento de la Ficha Familiar para la identificación y ubicación de riesgos.
- Mapa de riesgos.
- Definición del conjunto de prestaciones y procesos para la atención intramural y extramural a los individuos, familia y comunidad.

2.3.2.6.1.1.2 LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Esta se relaciona con la atención de 2do, y 3er nivel y comprende:

- El proceso general de atención a las personas (ambulatorio, emergencia, hospitalización).
- El proceso de referencia y contrarreferencia.
- Los procesos de apoyo: laboratorio, Rx, TAC, insumos, medicamentos, y otros.
- El Proceso para la resolución de las cirugías represadas.

2.3.2.6.1.1.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD

“Desde una lectura de la realidad nacional en salud (MSP – CONASA) se puede priorizar cierta temática que genere procesos de participación y movilización social que determinen cambios agregadores de valor en salud a los individuos, la familia y comunidad. Esto no excluye que a nivel local se definan

prioridades específicas de promoción de la salud relacionadas con ese contexto más específico.”(9)

La Promoción de la Salud debe organizar los siguientes procesos, incluye:

- A. Diseño y ejecución de estrategias de promoción de la salud a nivel nacional, regional y local (definición de prioridades de acuerdo al nivel de correspondencia).
- B. Planificación y ejecución de intervenciones de promoción de la salud en las redes y microrredes.
- C. Control de la salud ambiental.

2.3.2.6.1.1.3.1 Niveles de atención: Para asegurar una atención eficiente y de calidad a la población, es necesario considerar la correlación entre sus necesidades sanitarias y la estructura de la red de servicios de salud a la luz de determinados criterios sociales, culturales y económicos, que aseguren la solución de sus problemas conservando el equilibrio técnico y de racionalidad administrativa: minimizar los riesgos, maximizar los beneficios, pero optimizando los recursos y utilizando la tecnología apropiada para cada caso. Esto entraña el equilibrio entre el enfoque clínico asistencial y de salud pública, con los principios económicos y administrativos de equidad en la asignación de recursos y contención de los costos, siempre crecientes, de los servicios de salud.”(11)

Así es como se han estructurado los 3 niveles de atención de salud, universalmente aceptados, con sus correspondientes niveles de complejidad y capacidad resolutoria.

- A. Primer nivel de atención.-Atención ambulatoria de carácter general. Se caracteriza por ofertar prestaciones de salud para afectaciones simples, de menor riesgo, mayor frecuencia y bajo costo. A este nivel de atención corresponden los siguientes tipos de unidades operativas: puestos de salud, subcentros de salud, centros de salud y las unidades móviles, entre ellas las de salud escolar- UMSE, que por la

disponibilidad de sus recursos físicos, humanos y financieros son correlativos en niveles de complejidad.

B. Segundo nivel de atención.- Atención hospitalaria y ambulatoria de casos de mediana complejidad que son referidos por las unidades operativas del primer nivel de atención y que exigen recursos de mayor complejidad y costos, que el anterior nivel, corresponden a este segundo nivel los hospitales básicos y los hospitales generales que disponen de atención ambulatoria a través de los servicios de consulta externa, de emergencias y de servicios de internación con camas para resolver los problemas que requieren estancias mayores de 24 horas.

C. Tercer nivel de atención.-Atención especializada de máxima complejidad que implica no sólo la atención ambulatoria, sino la de internación de pacientes con problemas difíciles, del más alto costo y la utilización de recursos de mayor tecnología. Corresponden a este nivel los hospitales especializados y de especialidades. Entre los hospitales especializados están aquellos para casos agudos: hospitales pediátricos, gineco-obstétricos y los de infectología; así como para los crónicos: dermatológicos y psiquiátricos.

2.3.2.6.2 LA GESTIÓN (MODELO DE GESTIÓN)

El modelo de gestión debe ser funcional al modelo de atención, de tal manera que los procesos que se establezcan en los diferentes niveles de atención, tengan un direccionamiento estratégico, una organización, planificación y evaluación que, en último término, fortalezcan la gestión gerencial del sistema.

“El modelo de gestión de salud es un marco de referencia y un mecanismo de gestión de calidad, en el que interviene el nivel directivo, con los procesos de gestión (gerenciales) de la organización y los resultados esperados, que contribuyen al mejoramiento del nivel de salud de la población”(36)

2.3.2.6.2.1 OBJETIVOS DEL MODELO DE GESTIÓN:

- Fortalecer la capacidad gerencial en los establecimientos de salud.
- Fortalecer la gestión de los servicios de salud con acciones integrales y efectivas, que faciliten el acceso a servicios de calidad, optimizando los recursos y promoviendo la participación ciudadana y el control social.
- Implementar instrumentos de gestión, que faciliten el manejo de los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos.
- Facilite la toma de decisiones efectivas basadas en un sistema de información confiable, transparente y oportuna.
- Evaluar periódicamente los cambios en la aplicación de la gestión de calidad.

2.3.2.6.2.2 Principios y Características del Modelo de Gestión:

Los principios y características del modelo de gestión se corresponden, en buena medida, con el modelo de atención. Sin embargo, mantiene su propia particularidad en los siguientes aspectos:

- Desconcentrado: Delegación permanente pero controlada del ejercicio de una o más atribuciones, y los recursos necesarios, dentro de una misma institución.
- Autónomo: Es el mayor grado de descentralización, lo cual implica disponer de su propia regulación legal, administrativa, financiera y técnica.
- Calidad: Lograr el mayor beneficio con el menor riesgo, con la aplicación de la tecnología más adecuada, para conseguir la satisfacción de los usuarios, en el marco gerencial, que implica calidad total desde la provisión de insumos hasta la obtención de productos deseados, a lo largo de todo el proceso de prestación de servicios.
- Eficiencia: Lograr los objetivos y resultados esperados con el menor número de recursos y a los menores costos en el menor tiempo, (optimización del uso de los recursos).

- Participación social: La comunidad es co-responsable en el manejo de los recursos y prestación de servicios., tanto en el modelo de gestión como en el modelo de la atención de salud, a través de la educación sanitaria y de la veeduría ciudadana.

2.3.2.6.2.3 INSUMOS, PROCESOS Y PRODUCTOS EN EL MODELO DE GESTIÓN

“El modelo de gestión fue aprobado mediante Acuerdo Ministerial No. 130 del 24 de febrero del 2006 y compete a los directivos de salud conducir los procesos de gestión en todas sus fases: planificación estratégica, plan operativo anual, gerencia del talento humano, gestión administrativo-financiera, control y gestión de la calidad, manejo gerencial del sistema de comunicación e información y tecnología; todo ello con la finalidad de lograr la satisfacción del usuario, el fortalecimiento de la organización y un liderazgo efectivo y participativo”.(27)

2.3.2.6.3 FINANCIAMIENTO

Actualmente existe una fragmentación del presupuesto para la salud, las fuentes de financiamiento son diversas y frecuentemente superpuestas, lo que produce paradójicamente dispendio de recursos ante su restricción financiera.

La programación técnica y financiera no ha previsto, o lo ha hecho en forma reducida, los gastos de mantenimiento de la infraestructura física y del equipamiento de los servicios de salud, además de que no ha incluido la depreciación de estos bienes y su restitución periódica luego de cumplir su vida útil.

Debería existir un fondo nacional exclusivo para salud que garantice cubrir los rubros señalados.

“El presupuesto del debe ser calculado en base a los costos de inversión y de operación de los servicios de salud, con manejo de indicadores de calidad de gestión clínica, administrativa y financiera, orientado a estándares nacionales y

locales, consecuentemente debe enfocarse a la consecución de productos y resultados de calidad y de acuerdo a la programación que correlacione la disponibilidad actual y potencial de la oferta y la demanda de la población, sentida y detectada, que sean consecuencia de procesos eficientes”.(10)

Debido a que la red de servicios públicos y privados es utilizada por los diversos segmentos de usuarios sin discriminación ni control alguno, ocasionando la sobreutilización de unos y la subutilización de otros, por lo que es necesario que el presupuesto público de la salud deba ser focalizado hacia los más pobres, que son quienes no pueden acceder a los servicios de salud y que se implementen políticas de tarifas y exoneraciones para cumplir con los principios de equidad y universalidad en salud.

2.3.2.7. ESTRATEGIAS GENERALES PARA LA APLICACIÓN Y DESARROLLO DEL MODELO

- a. “Capacitación permanente del talento humano mediante pasantías del personal de servicios de menor complejidad a aquellos de mayor complejidad, asesoría e intercambio de experiencias entre personal de diversa complejidad y el entrenamiento en servicio. Modalidad “pirámide de capacitación en la red de servicios de salud”
- b. Desarrollo de equipos multiprofesionales de salud con una visión holística: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería como el equipo básico de salud- EBAS, de atención primaria con el apoyo de promotores de salud, de la comunidad organizada.
- c. Utilización de la ficha familiar que determina riesgos (económicos, sociales) y estado de salud de las personas, ambiente, y las posibilidades de intervenir con medidas de mayor impacto social y de menor costo.
- d. Educación comunitaria y transferencia de conocimientos básicos sanitarios para lograr la responsabilidad y autonomía de los usuarios. El rol de los promotores debidamente entrenados y

supervisados asegurará un mejor estado de salud colectiva, reducción de la morbilidad y mortalidad y una mayor cobertura de los servicios de salud, fortaleciendo el sistema de referencia y contra referencia.

- e. Actualización e innovación de conocimientos y procedimientos médicos, instrumentales, diagnósticos y terapéuticos, sustentados científicamente (medicina basada en evidencias).
- f. Provisión, almacenamiento, distribución, prescripción y uso racional de medicamentos esenciales y genéricos con participación y veeduría ciudadana (Iniciativa Bamako 2)
- g. Vigilancia en salud que incorpora acciones, en lo ambiental, Sanitario, y epidemiológico.
- h. Reestructuración de los programas de salud pública, los cuales deben ser horizontales, integrales, integrados, interculturales con enfoque en el ciclo de vida.
- i. Control de la gestión en función de productos, actividades, metas e indicadores que permitan una evaluación sistemática de cada uno de los procesos y subprocesos
- j. Control social a través de la veeduría ciudadana y coparticipación en la atención y en la gestión de los servicios de salud.
- k. Coordinación de las diversas fuentes de cooperación técnica y financiera nacional e internacional para el desarrollo de programas y proyectos integrales, integrados e interculturales dentro del modelo de atención.” (19)

2.3.3 EQUIPOS BÁSICOS EN ATENCIÓN DE SALUD (EBAS)

2.3.3.1 Conformación del EBAS

El Equipo Básico de Atención para el primer nivel puede estar compuesto por 2 o 3 profesionales de la salud y puede combinarse con médico/a, obstetrix, enfermera/o y odontólogo. En lugares donde no se cuente con enfermeras podrían incluirse auxiliar de enfermería y promotores comunitarios, otros de la comunidad (líderes, voluntarios de salud), según la necesidad.

- A nivel rural: 600 familias por equipo
- A nivel urbano: 1000 familias por equipo

2.3.3.1.1 MISIÓN DEL EQUIPO DE SALUD

El EBAS es el responsable de la atención integral de la salud de las personas en un espacio poblacional determinado

2.3.3.2 Funciones Generales del EBAS

- Participar en la identificación de los problemas prioritarios del área de salud del EBAS, para orientar la toma de decisiones en el proceso de planificación local
- Elaborar la planificación local participativa a partir de los problemas prioritarios del área de salud del EBAS para orientar la atención integral a las personas con uso racional de los recursos existentes
- Brindar atención integral a la salud de las personas en los diferentes ambientes humanos (familia, comunidad, educativo, laboral y los servicios de salud) a partir de prioridades nacionales y locales y recursos existentes para mantener y mejorar la salud de la población
- Realizar el seguimiento, control y evaluación de la gestión mediante los indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad y calidad definidos para adecuar y reorientar las acciones
- Promover y participar en actividades de desarrollo de los recursos humanos al interior del EBAS a partir de necesidades detectadas mediante evaluación del desempeño para mejorar su capacidad resolutive.
- Recolectar y registrar información local pertinente para el sistema de información en salud a partir de la metodología nacional definida a fin de alimentar el sistema de información en salud nacional y apoyar la toma de decisiones en los diferentes niveles de gestión
- Participar en investigaciones operativas a partir de las necesidades planteadas a fin de orientar los procesos a nivel local
- Promover y participar en los procesos destinados a l desarrollo de la participación social a partir de las necesidades detectadas conjuntamente,

para garantizar que los diferentes actores sociales se involucren en el análisis, planificación, ejecución y evaluación locales.

- Diseñar y ejecutar un programa de educación y comunicación en salud a la población de su área de salud a partir de los problemas y necesidades detectadas para modificar conocimientos, actitudes y prácticas que faciliten la producción social de la salud.”(1)

2.3.3.3 ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE SALUD- EBAS POR ESCENARIO

2.3.3.3.1 Escenario Familiar

- Visita domiciliaria
- Evaluación del medio físico y ambiente humano
- Detección y seguimiento de medios físicos o ambientes humanos de riesgo
- Atención básica a las personas:
 - Detección y captación temprana del recién nacido y madre post-parto, embarazadas, mujeres en edad fértil para anticoncepción.
 - Identificación de adolescentes en riesgo.
 - Control y vigilancia del crecimiento y desarrollo
(Valoración antropométrica en adultos y adultos mayores).
 - Valoración de agudeza visual y auditiva.
 - Vacunación.
 - Detección temprana de deficiencias congénitas y adquiridas.
 - Estimulación temprana de las deficiencias
 - Participación en la calificación de las deficiencias
 - Atención, valoración y referencia en salud oral.
 - Profilaxis de anemia y parasitosis intestinal en niños y adolescentes.
- Detección, atención básica y capacitación de morbilidad prevalente.
- Detección temprana, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y con problemas específicos.
- Promoción, información y educación para la salud.
- Promoción de la participación social y comunitaria en salud.

- Promoción, organización y capacitación de grupos específicos.
- Vigilancia y auditoria de muertes infantiles y maternas.
- Detección y seguimiento de casos de maltrato intrafamiliar.
- Detección y seguimiento de familias en riesgo.
- Detección, registro y reporte de enfermedades de notificación obligatoria.
- Registro de actividades.

2.3.3.3.2 Escenario Comunitario

- Visita a establecimientos públicos y privados (Hogares de ancianos y de cuidado diario).
- Evaluación del medio físico y ambientes humanos.
- Detección y seguimiento de personas en ambientes de riesgo.
- Atención básica de adultos mayores enfermos y deficientes.
- Detección, captación, referencia y seguimiento de niños y jóvenes de la calle y adultos mayores de riesgo o reambulantes.
- Detección de niños/niñas, jóvenes y adultos con deficiencias o discapacidades
- Detección y captación de mujeres gestantes y post-parto y de riesgo.
- Detección y seguimiento de casos de maltrato intrafamiliar.
- Análisis de la situación de salud.
- Promoción de la participación social y comunitaria.
- Promoción y organización de la salud para grupos específicos, como el caso de las personas con discapacidades.
- Detección, captación y capacitación de líderes, grupos comunales, ONGs y OPDs.
- Capacitación con tecnología simplificada y adecuada en modelos de rehabilitación domiciliaria basada en la comunidad (RBC)
- Detección de medios de comunicación colectiva locales.
- Promover la creación de hogares de adolescentes.

- Promover la creación de áreas comunitarias para rehabilitación básica y orientación de la familia y la persona con discapacidad.
- Investigación sobre la morbilidad y mortalidad, morbideficiencia y las situaciones sociales de riesgo de la población.
- Promoción y educación para la salud y para las actividades de rehabilitación con tecnología simplificada.
- Vigilancia de la morbideficiencia a través de la detección temprana de deficiencias.
- Vigilancia y auditoria de muertes infantiles y maternas.
- Trabajo comunal.

2.3.3.3.3 Escenario Educativo (y otros establecimientos):

- Visita a establecimientos educativos.
- Evaluación del medio físico y ambiente humano
- Detección y seguimiento de medios físicos o ambientes humanos de riesgo
- Atención de salud del niño y adolescente:
 - Identificación de adolescentes en riesgo
 - Control y vigilancia del crecimiento y desarrollo
 - Control del desarrollo de las deficiencias infantiles
 - Valoración de las deficiencias físicas
 - Valoración de agudeza visual y auditiva.
 - Control de las discapacidades físicas y sensoriales.
 - Control de las deficiencias mentales.
 - Control del uso de dispositivos de ayuda de las personas discapacitadas.
 - Vacunación.
 - Atención, valoración, profilaxis y referencia en salud oral.
 - Atención temprana de las deficiencias con tecnología simplificada
 - Profilaxis de anemia y parasitosis intestinal en niños y adolescentes.
 - Exámenes de laboratorio.

- Detección, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y problemas específicos.
- Detección y seguimiento de casos de maltrato intrafamiliar.
- Promoción, organización y capacitación de grupos y líderes.
- Promoción, información y educación dirigida a estudiantes, docentes y padres de familia.
- Estudio de casos de riesgo con los docentes.
- Espacios de reflexión para docentes, padres de familia y estudiantes.
- Aulas de inclusión de las familias y las personas con discapacidad para extensión de la salud y la rehabilitación básica.
- Organizar concursos que involucren a los centros educativos y a los estudiantes.
- Detección, registro y reporte de enfermedades y deficiencias de notificación obligatoria.
- Registro de actividades realizadas.

2.3.3.3.4 Escenario Establecimientos De Salud:

- “Atención integral a las personas:
 - Detección y captación temprana del recién nacido y mujeres post-parto (o post-aborto), embarazadas, mujeres en edad fértil para anticoncepción.
 - Anamnesia y examen físico
 - Identificación de adolescentes en riesgo.
 - Control y vigilancia del crecimiento y desarrollo (Valoración antropométrica en adultos y adultos mayores).
 - Valoración del estado nutricional.
 - Valoración de agudeza visual y auditiva.
 - Vacunación.
 - Valoración, profilaxis y referencia en salud oral.

- Profilaxis de anemia y parasitosis intestinal en niños y adolescentes.
- Examen de laboratorio (y gabinete).
- Detección, clasificación, seguimiento y referencia de casos de riesgo y con problemas específicos.
- Detección y seguimiento de casos de maltrato intrafamiliar.
- Atención a la morbilidad y necesidad específica de los diferentes grupos.
- Estudio de casos.
- Análisis selectivo de policonsulta, hospitalizaciones frecuentes y conocimientos de defunciones en el adulto mayor”.(2-6-8)

2.3.4 DATOS GENERALES DEL CASERÍO EL MIRADOR

2.3.4.1 Delimitación geográfica

El caserío de El Mirador tiene los siguientes límites: al Norte con la Comunidad de San Antonio, al Sur con la Comunidad la Portada, al Este con el Sector El Paridero; y al Oeste con la Comunidad de las Parcelas.

El Caserío se encuentra ubicado a 2550 m.s.n.m.

2.3.4.2 RESEÑA HISTÓRICA DE LA COMUNIDAD

Por datos recopilados de la fuente, como son los comuneros de mayor edad, lleva su nombre debido a su ubicación estratégica, es decir; es un sitio de donde se puede observar o mirar con una magnífica perspectiva una gran parte de la cuenca del Río Mira. Cabe señalar también que desde tiempos de su creación era un sitio destinado a la vigilancia de forasteros y caminantes que cruzaban por el sector. De allí viene su bien puesto nombre “El Mirador”.

2.3.4.3 POBLACIÓN, FIESTAS Y TRADICIONES

Cuenta con un total de 45 familias, con un total de población de 145 personas entre niños mayores y adultos.

El caserío de El Mirador es resultado de un mestizaje que hasta nuestros días se mantiene casi intacto, tal así que los apellidos principales como: Quilumba, Quitama, Pastaz, pertenecen a la mayoría de familias, que tienen sus huasipungos adquiridos en tiempos de la Reforma Agraria, mantiene el festejo de las fiestas de la Virgen con quema de castillos, banda de músicos, toros populares, procesiones, misas, novillo de bombas, actos culturales y deportivos.

2.3.4.4 PRODUCCIÓN O CULTIVOS PRINCIPALES

En gramíneas se cultiva el maíz, fréjol y arveja. Los mismos que sirven tanto para el consumo local como también para abastecer mercados cercanos, cuando su producción especialmente fréjol y maíz es abundante, los intermediarios acuden directamente a las parcelas

Cultivan también Tubérculos como papas, zanahoria y camote, pero estos son de exclusivo consumo familiar.

Es muy notorio también el cultivo de fruta entre las que se destacan aguacate, limón, naranja y mandarina, que también tienen buena aceptación en el mercado.

2.3.4.5 ORGANIZACIONES Y AGRUPACIONES

Dentro de las organizaciones principales a la cabeza tenemos:

El cabildo del Caserío. Son los líderes comunitarios quienes se encargan de la administración de la comunidad y de una u otra manera son las autoridades locales y además con los que se puede fortalecer el trabajo de los EBAS, su directiva está formada así:

- Fabiola Quilumba Presidenta.
- Sra. Hermelinda Chalacán. Vicepresidenta.
- Sta. María Morillo Secretaria.
- Sta. Gardenia Quitama Tesorera.

Existe también una Organización No Gubernamental patrocinada por el FODI.- Quién trabaja con niños menores de 5 años desarrollando sus habilidades por medio de la estimulación temprana.

Para la organización deportiva está conformado El Club Deportivo El Nacional cuyos integrantes son hombres y mujeres.

2.3.5 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

2.3.5.1 Definición de APS

“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 de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 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”. (4-5)

Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.

Tipos de asistencia sanitaria:

- Primaria
- Especializada u hospitalaria

La atención primaria es el mecanismo mediante el cual los países y las áreas proveen mejor salud a las poblaciones y las personas, con mayor equidad en salud

en los subgrupos poblacionales, y con menores costes. El objetivo central es organizar los sistemas sanitarios en torno a un sistema fuerte centrado en el paciente, es decir, la Atención Primaria.

2.3.5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA APS

“Las características básicas de la atención primaria son la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad.

2.3.5.2.1 La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.

2.3.5.2.2 La coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.

2.3.5.2.3 La integralidad es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%).

2.3.5.2.4 La longitudinalidad es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero

2.3.5.3 Prestación de Atención Primaria”(18)

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

2.3.5.3.1 LA ATENCIÓN PRIMARIA COMPRENDE

- “La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

- Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- La rehabilitación básica.
- Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- La atención paliativa a enfermos terminales.
- La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
- La atención a la salud bucodental.”(15-21-25)

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva, ya que constituyó el punto de partida de las líneas de investigación, su objetivo fue determinar la situación de las variables involucradas en el estudio en un momento dado con relación a su presencia o ausencia, la frecuencia con que se presentó un fenómeno (incidencia o prevalencia), características de las personas, lugar y periodo donde ocurrió Esta investigación también es prospectiva y de corte transversal porque describió la situación en un momento dado y no requieren la observación de los sujetos estudiados durante un periodo de tiempo. Este tipo de diseño fue adecuado para describir el estado del fenómeno estudiado en un momento determinado y es propositivo porque fue orientado a mejorar el rendimiento laboral del personal de salud que conforman los EBAS.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño que se utilizó en la presente investigación fue de carácter Cualitativo y Cuantitativo porque se intentó acercarse al conocimiento de la realidad social a través de la observación de los hechos, en el cual se investigó acerca de la satisfacción de los usuarios con los servicios prestados por los EBAS, con la información recolectada pudimos identificar y diferenciar lo que esperan los usuarios de los Equipos Básicos de Atención , también se pudo conocer expectativas para mejorar la satisfacción, ya que con la investigación cualitativa tenemos acceso a partir del análisis de los relatos de las personas que son protagonistas los mismos que fueron interpretados numéricamente.

3.3 Población

La población de la investigación estuvo conformada por 145 habitantes que forman parte de la comunidad El Mirador.

3.3.1 Muestra

Para la obtención de la muestra se aplicó la siguiente fórmula matemática tomando como universo o población a los 145 habitantes de la comunidad El Mirador.

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

n = Tamaño de la muestra

PQ = Varianza población, valor constante 0.25

N = Población /universo= 145

(N-1) = Corrección geométrica, para muestras grandes >30

E = Margen de error estadísticamente aceptable.

$$0.02 = 2\% (\text{mínimo})$$

$$0.3 = 30\% (\text{máximo})$$

$$0.05 = 5\% (\text{recomendable en educación})$$

Z= Coeficiente de correlación de error. Valor constante = 1.96

$$(1.96)^2 (0.25)^2 (145)$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.25)^2 (145)}{(0.05)^2 (145 - 1) + (0.25)^2 (1.96)^2}$$

$$n = 3.8416 * 0.0625 * 145$$

$$0.0025 * 144 + 0.0625 * 3.8416$$

$$n = \frac{34.8145}{0.6001}$$

n= 58

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de la información así como para fundamentar los elementos teóricos y metodológicos de la investigación se utilizó las siguientes fuentes de información:

Información primaria

La técnica aplicada fue una encuesta cuyas opciones impersonales fueron de utilidad para el desarrollo de la investigación, se utilizó un cuestionario de 25 preguntas con el objetivo de determinar el grado de satisfacción de los clientes externos beneficiarios de los EBAS.

Las preguntas utilizadas son:

- Preguntas Abiertas
- Preguntas de Opinión múltiple

Información secundaria

- Datos estadísticos
- Revisión de Fichas Familiares
- Revisión bibliográfica para la tabulación de los datos de las encuestas aplicadas en los clientes externos beneficiarios de los EBAS.

En este estudio se utilizó método de inducción y deducción además del método de tipo empírico. Se utilizó el cuestionario para la encuesta, diario de campo para la observación y grabaciones para la entrevista.

Además el método matemático para la tabulación de datos recolectados.

3.5 PROCEDIMIENTO

Para poner en práctica el instrumento que sirve como base para el estudio, se realizó una prueba piloto con 10 preguntas cerradas, abiertas y de opción múltiple las cuales se pusieron en práctica a los habitantes de la Comunidad La Florida perteneciente a la Parroquia La Esperanza del Cantón Ibarra.

3.6 ENCUESTA

Esta técnica nos permitió recopilar información mediante un cuestionario de 25 preguntas, el mismo que nos ayudó a obtener datos confiables con respecto a la calidad de atención de los Equipos Básicos de Atención en Salud, por parte de los moradores de la Comunidad El Mirador del Cantón Mira en la Provincia del Carchi.

3.7 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La investigación tuvo una validez y confiabilidad, porque se siguió rigurosamente los pasos del método científico para la ejecución del estudio, y el asesoramiento de un docente que guió el trabajo investigativo, la misma que será sometida a juicio de los expertos.

3.7.1 TÉCNICO

Esta investigación fue técnicamente realizable porque estamos inmersos en el proceso de salud y tenemos conocimientos encaminados a colaborar y participar de una manera comprometida con la comunidad.

3.7.2 ADMINISTRATIVA

A nivel de la Provincia del área y de la Unidad Operativa se contó con la colaboración directa de autoridades y equipo de salud además de la cooperación de los moradores de la comunidad El Mirador.

3.7.3 POLÍTICA

Se contó con la decisión política a nivel nacional, provincial y local para la realización de la presente investigación, ya que contribuyó a mejorar el modelo de atención de salud actual.

3.7.4 ECONÓMICA – FINANCIERA

La investigación no implica costos mayores. Los gastos que demanden fueron respondidos por las investigadoras.

3.7.5 LEGAL

La constitución de la república nos garantiza el derecho a la salud. Dispone que el Estado organice un sistema nacional de salud que integrará entidades públicas, privadas y comunitarias del sector. La política nacional de salud hace énfasis en la protección integral que se detalla en la ley orgánica del sistema nacional de salud.

3.8 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

3.8.1 Criterios de inclusión

Están dentro de la investigación todos los jefes de familia de la comunidad El Mirador.

3.8.2 Criterios de exclusión

Estuvieron excluidos todos los habitantes de la comunidad El Mirador que no sean jefes de familia.

3.9 VARIABLES Y OPERACIONALIZACION

3.9.1 Variable Dependiente

- Satisfacción de los usuarios externos en las diferentes actividades que ofrece el EBAS

3.9.2 Variable Independiente

- Calidad de Atención

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORIZACIÓN O DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES
Satisfacción de los usuarios externos en las diferentes actividades que ofrece el EBAS	Variable Cuantitativa	Forma como califica las personas que utilizan los pobladores de la Comunidad “El Mirador” de Mira a la atención que brinda el EBAS.	SALUD COMUNITARIA	Grado de cumplimiento por parte del sistema de salud respecto de las expectativas del usuario en relación a los servicios que este le ofrece.	Equidad Oportunidad Efectividad Eficiencia Seguridad Accesibilidad Continuidad Comodidad o confort
Calidad de Atención	Variable Cualitativa	Punto de vista del usuario externo respecto a la atención brindada por el EBAS	SALUD COMUNITARIA	Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.	Infraestructura Competencia Profesional Amabilidad Disponibilidad de tiempo Tiempo que transcurre en dar atención Entrega de resultados

CAPITULO IV

4.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Apoyado en las técnicas de revisión bibliográfica, encuestas, entrevistas y observación, la interpretación de resultados se realizó a través de los distintos programas computacionales como Microsoft Word para transcripción de texto, EpiInfo, Microsoft Excel para la tabulación de datos.

Para el análisis de los resultados utilizamos la estadística descriptiva que nos sirvió para presentar en cuadros, gráficos los resultados y para estandarizar los datos de una mejor manera.

4.2 ASPECTOS GENERALES

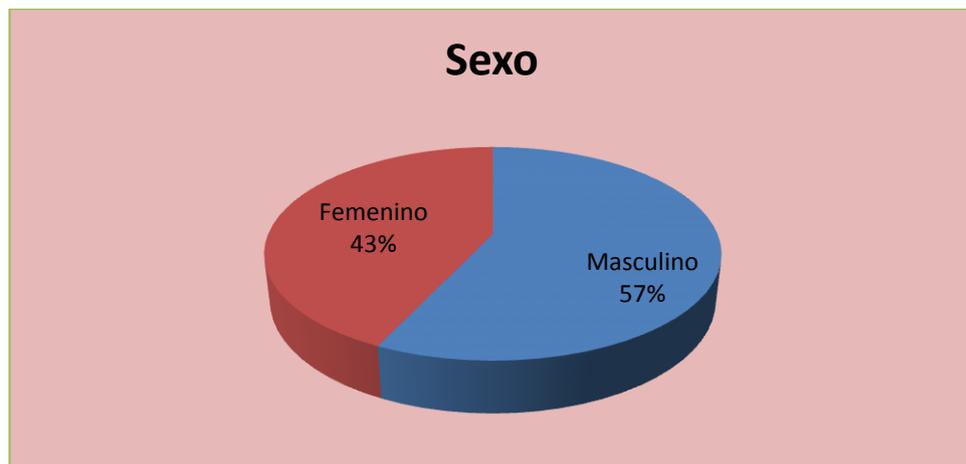
4.2.1 Habitantes de El Mirador según el sexo

Tabla 1

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	33	57%
Femenino	25	43%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 1



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 58 personas encuestadas el 57% pertenece al sexo masculino, 43% de sexo femenino, los hombres son los más propensos a todo tipo de patologías debido a que el trabajo en el campo es fuerte por lo cual requieren de la atención brindada por el equipo médico EBAS, durante sus visitas mensuales a esta comunidad.

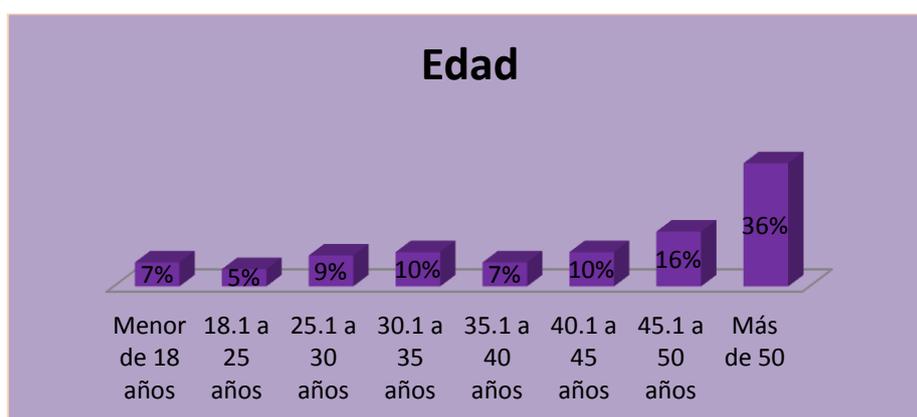
4.2.2 Habitantes de El Mirador según edad

Tabla 2

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de 18 años	4	7%
18.1 a 25 años	3	5%
25.1 a 30 años	5	9%
30.1 a 35 años	6	10%
35.1 a 40 años	4	7%
40.1 a 45 años	6	10%
45.1 a 50 años	9	16%
Más de 50	21	36%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 2



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 7% de lo analizado son menores a 18 años, 5% se ubican 18.1 a 25 años, 9% corresponden a personas entre 25.1 a 30 años, 30.1 a 35 años pertenecen al 10%, 7% pertenecen a 35.1 40 años, 10% se sitúan en la edad de 40.1 a 45 años, el 16% están las personas que tienen de 45.1 a 50 y el 36% corresponden a personas mayores de 50 años, por lo que se debe educar a la comunidad sobre la relación que existe entre edad-enfermedad.

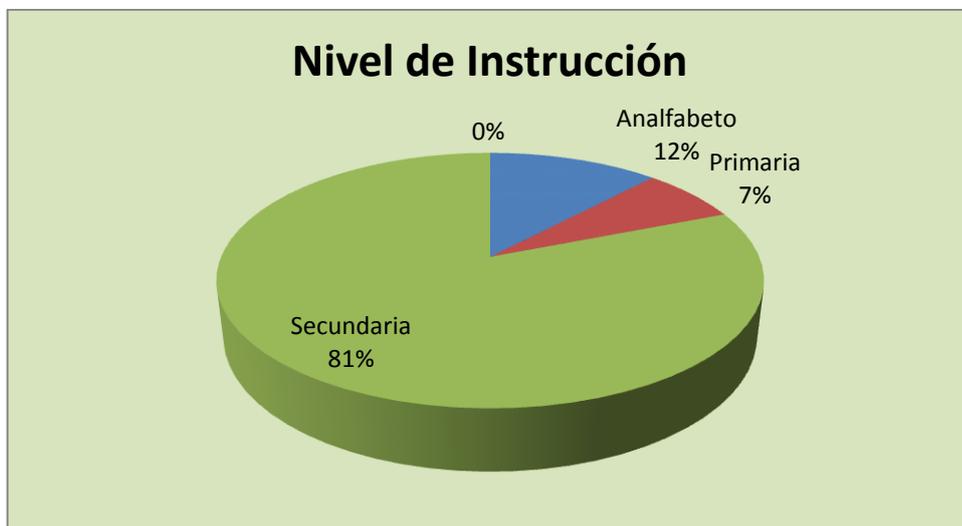
4.2.3 Nivel de instrucción en los habitantes de El Mirador

Tabla 3

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeto	7	12%
Primaria	4	7%
Secundaria	47	81%
Superior	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 3



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En lo referente al nivel de instrucción el 81% curso la secundaria, el 7% primaria y el 12% son analfabetos, la fortaleza de esta comunidad es que existe un gran porcentaje de personas con un nivel educativo medio las cuales pueden ayudar a educar a la población de este sector en el campo de salud.

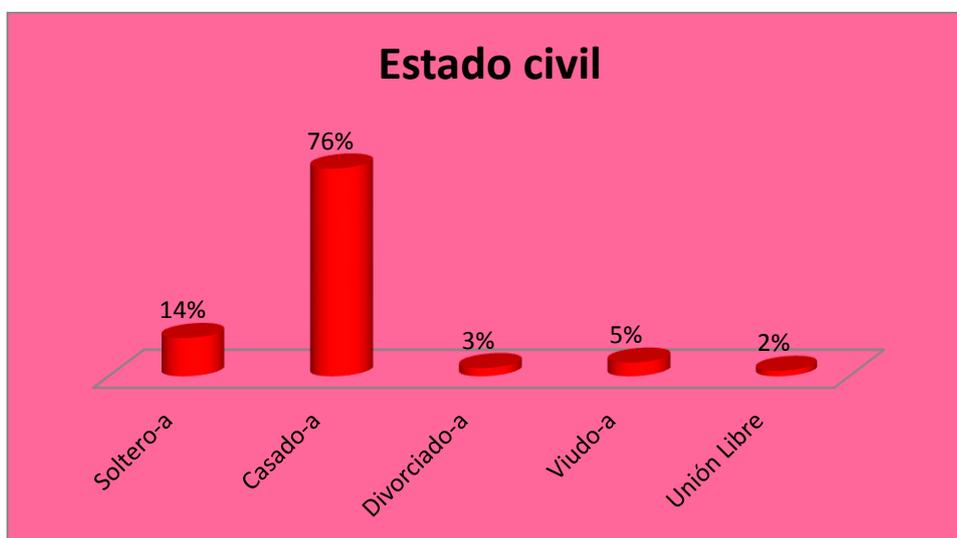
4.2.4 Estado Civil de los habitantes de El Mirador

Tabla 4

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero-a	8	14%
Casado-a	44	76%
Divorciado-a	2	3%
Viudo-a	3	5%
Unión Libre	1	2%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 4



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En lo concerniente al estado civil el 14% son solteros-as, el 76% son casados-as, 3% son divorciados, 5% viudos-as, 2% unión libre, a pesar que en la actualidad los matrimonios han sufrido crisis podemos deducir que esta comunidad aun existe la unión familiar.

4.3 PERCEPCIÓN DEL USUARIO EXTERNO RESPECTO A LA ATENCIÓN DE SALUD RECIBIDA

4.3.1 Atención médica recibida en la comunidad El Mirador

Tabla 5

ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	58	100%
NO	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 5



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las personas encuestadas el 100% ha recibido atención médica en la comunidad con estos datos podemos comprobar que en la actualidad se ha dado mayor cobertura en campo de la salud comunitaria.

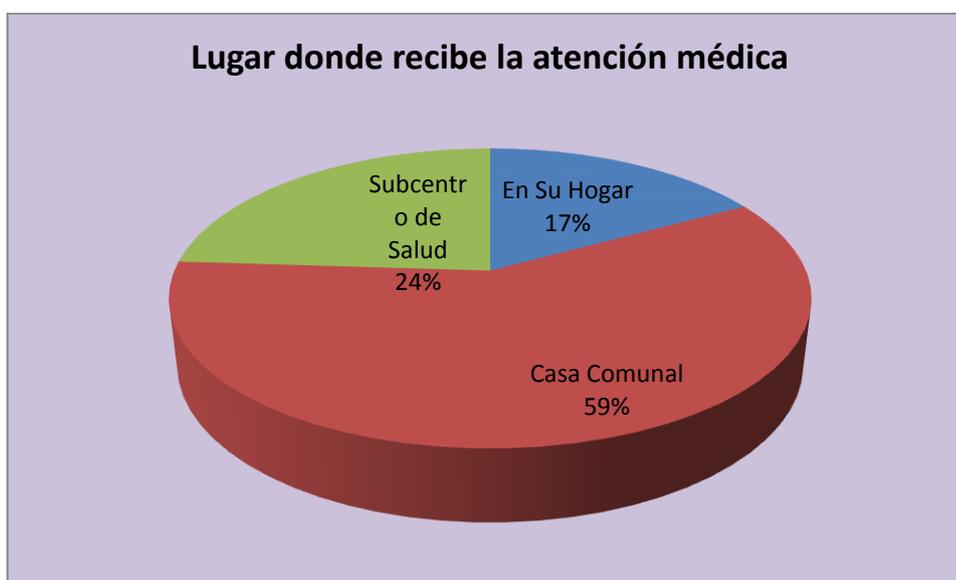
4.3.2 LUGAR EN DONDE RECIBE LA ATENCIÓN MÉDICA

Tabla 6

LUGAR EN DONDE RECIBE LA ATENCIÓN MÉDICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
En su domicilio	10	17%
Casa Comunal	34	59%
Subcentros de Salud	14	24%
En otro lugar	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 6



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El lugar donde han recibido la atención médica el 24% recibió en el subcentro de salud, el 17% domicilio, el 59% en la casa comunal esto es que la población prefiere acudir a la casa comunal para recibir la atención médica posiblemente por el espacio físico y la actividad social.

4.3.3 Conocimientos que poseen la comunidad sobre las actividades realizadas por el equipo básico de salud

Tabla 7

CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LA COMUNIDAD SOBRE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	52	90%
NO	6	10%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 7



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 90% de la comunidad si conoce las actividades que realiza el equipo básico de salud y el 10% no conoce de sus actividades, debido a que el cabildo se encarga de socializar las acciones a realizarse como: fecha de visita, horario y lugar de atención, por EBAS.

4.3.4 Horario de atención de los EBAS en El Mirador

Tabla 8

HORARIO DE ATENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mañana	0	0%
Tarde	58	100%
Noche	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 100% de pacientes acuden a recibir atención de salud en la tarde, por su situación laboral, se dedican a la agricultura y ganadería que son faenas que lo realizan en las mañanas.

4.3.5 Es conveniente el horario de atención que prestan los EBAS

Tabla 9

CONVENIENCIA DEL HORARIO DE ATENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	58	100%
NO	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 9



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 100% de personas opinan que es conveniente el horario de la tarde por ser el tiempo libre que disponen.

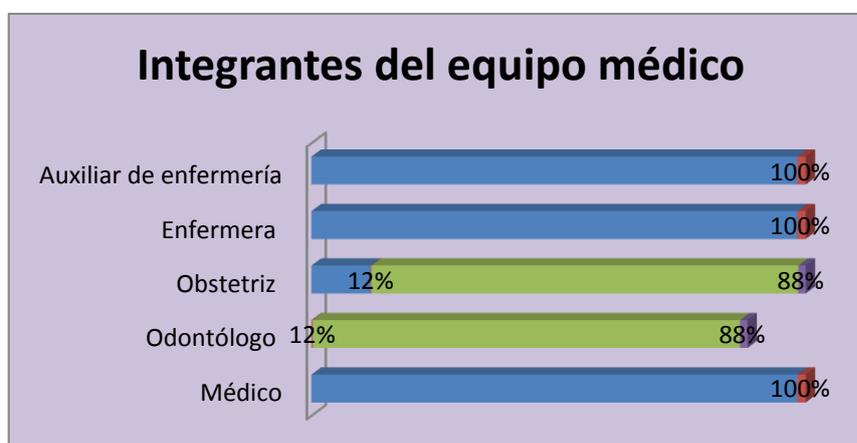
4.3.6 Integrantes del equipo de salud que brinda atención

Tabla 10

INTEGRANTES DEL EQUIPO MÉDICO	SI POSEEN		NO POSEEN	
	Fr	%	Fr	%
Médico	58	100%	0	0%
Odontólogo	7	12%	51	88%
Obstetriz	7	12%	51	88%
Enfermera	58	100%	0	0%
Auxiliar de enfermería	58	100%	0	0%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 10



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El equipo básico de salud ideal sería el conformado por el médico, odontólogo, obstetriz, enfermera y auxiliar de enfermería, pero por el escaso de personal de salud podemos ver que en la comunidad El Mirador el EBAS está constituido por el médico, odontólogo y enfermera es así que tenemos que el 100% de los equipos estuvieron formados por el médico, 12% tienen odontólogo y el 88% no tienen este profesional; el 12% tienen obstetriz, el 88% no poseen; 100% tienen enfermera y el 100% tienen auxiliar de enfermería.

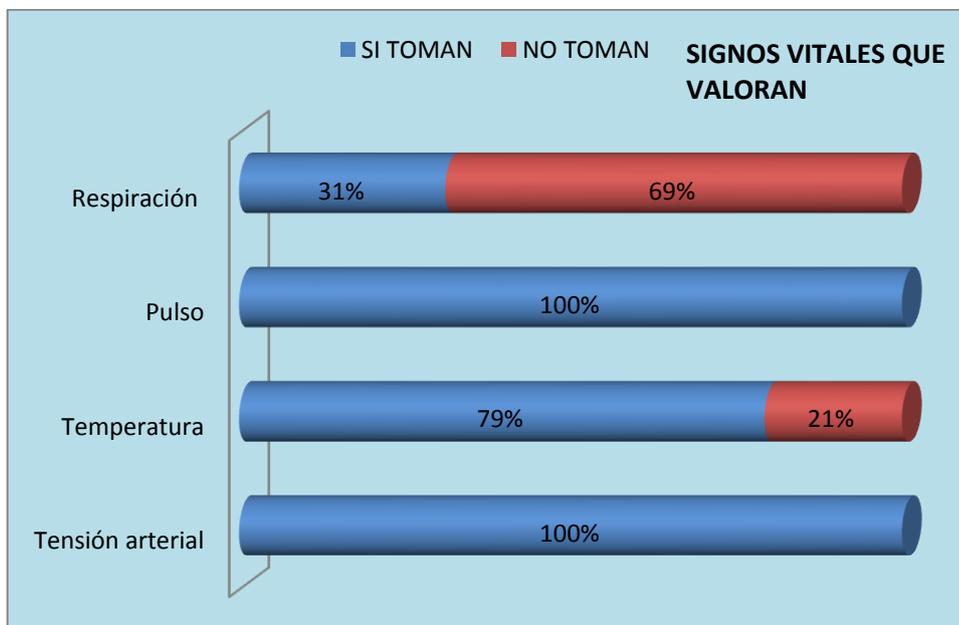
4.3.7 SIGNOS VITALES QUE VALORAN

Tabla 11

SIGNOS VITALES QUE VALORAN	SI VALORAN		NO VALORAN	
	Fr	%	Fr	%
Tensión arterial	58	100%	0	0%
Temperatura	46	79%	12	21%
Pulso	58	100%	0	0%
Respiración	18	31%	40	69%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 11



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al 100% le toman la tensión arterial; al 79% le toman la temperatura, al 100% le valoran el pulso; tan solo al 31% le valoran la respiración mientras que al 69% no lo valoran, debido a la demanda de pacientes los signos vitales son valorados de acuerdo a sus antecedentes médicos.

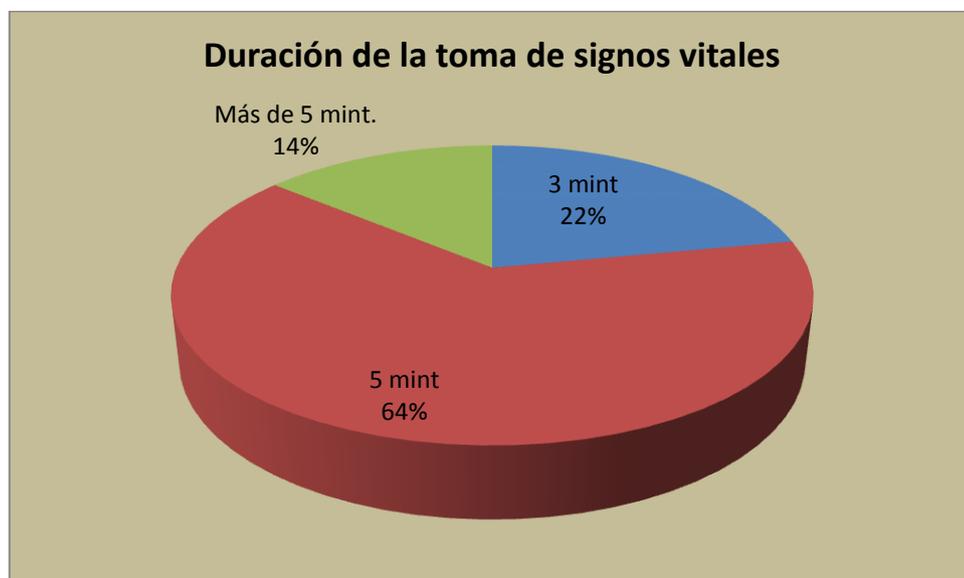
4.3.8 Duración de la toma de signos vitales

Tabla 12

DURACIÓN DE LA TOMA DE SIGNOS VITALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 min.	0	0%
3 min	13	22%
5 min	37	64%
Más de 5 min.	8	14%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 12



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Con respecto al tiempo que se demoran en tomar los signos vitales en el 22% se demoraron 3 minutos, en el 64% 5 minutos y en el 14% más de 5 minutos, el tiempo va en relación a la colaboración que demuestre el paciente.

4.3.9 Le escucha el profesional el relato de su malestar

Tabla 13

LE ESCUCHA EL PROFESIONAL EL RELATO DE SU MALESTAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	58	100%
NO	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 13



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 100% de usuarios del equipo básico de salud fueron escuchados cuando relataron los síntomas de su malestar, esto demuestra que el profesional tolerante, flexible y amigable.

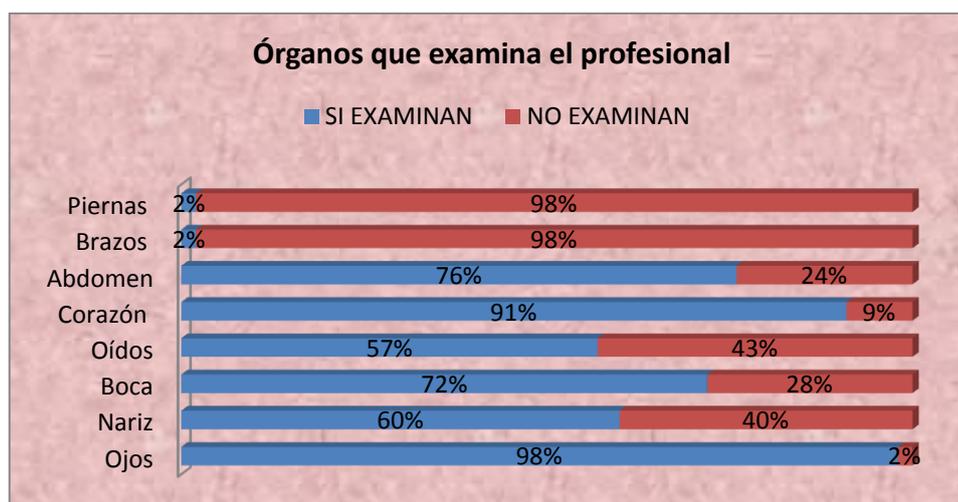
4.3.10 Órganos que le examina el profesional.

Tabla 14

ÓRGANOS QUE LE EXAMINA EL PROFESIONAL	SI EXAMINA		NO EXAMINA	
	Fr	%	Fr	%
Ojos	57	98%	1	2%
Nariz	35	60%	23	40%
Boca	42	72%	12	28%
Oídos	33	57%	25	43%
Corazón	53	91%	5	9%
Abdomen	44	76%	14	24%
Brazos	1	2%	57	98%
Piernas	1	2%	57	98%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 14



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En lo relacionado a los órganos que el profesional examina tenemos: 98% fueron examinados los ojos; el 60% fueron examinados la nariz, el 72% la boca, el 57% los oídos, 91% el corazón, 2% los brazos y el 2% las piernas, los órganos son examinados debido a los síntomas que presente el paciente.

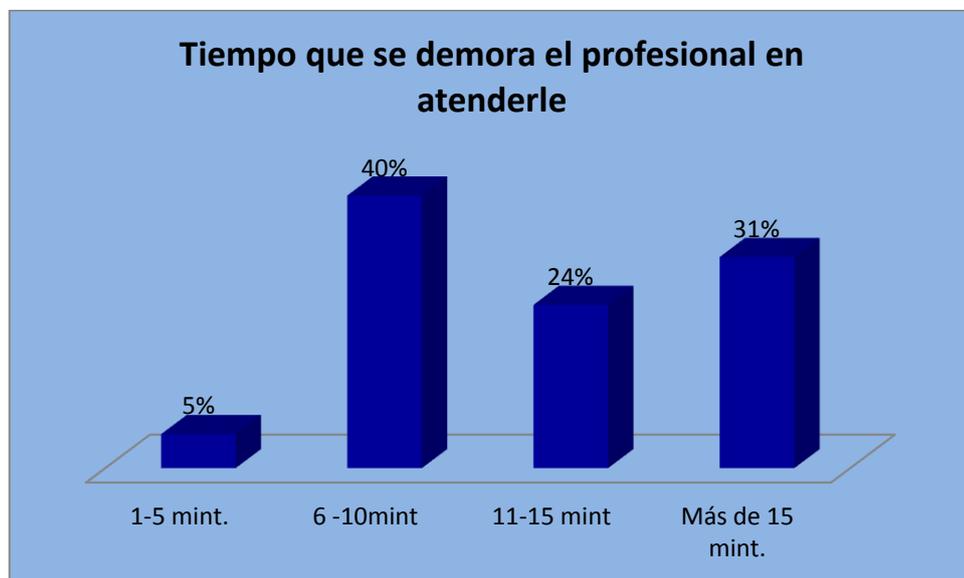
4.3.11 Tiempo Que Se Demora El Profesional En Brindarle Atención

Tabla 15

TIEMPO QUE SE DEMORA EL PROFESIONAL EN BRINDARLE ATENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-5 min.	3	5%
6 -10mint	23	40%
11-15 min	14	24%
Más de 15 min.	18	31%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 15



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el 5% de usuarios el profesional se demora de 1 a 5 minutos, en el 40% de 6 a 10 minutos, en el 24% de 11 a 15 minutos y el 31% más de 15 minutos, el tiempo que se demora dependerá del especialista que lo evalué y de la patología que presente el usuario.

4.3.12 Se Le Entrega La Medicación Prescrita

Tabla 16

SE LE ENTREGA LA MEDICACIÓN PRESCRITA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Todo	16	28%
En parte	42	72%
Nada	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 16



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al 28% de usuarios el profesional le entregó toda la medicación y al 72% solo le entregó en parte debido a que EBAS no dispone de remedios prescritos por los especialistas.

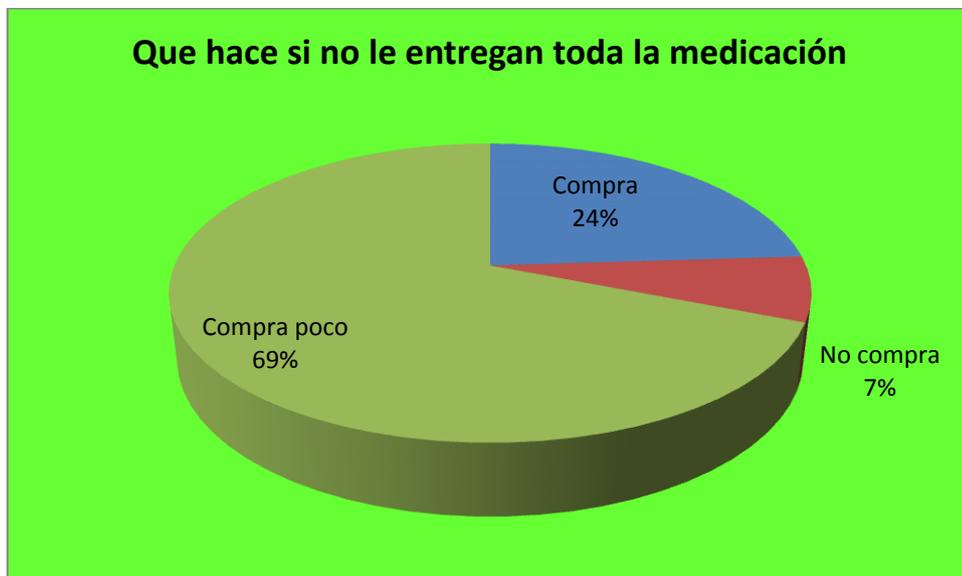
4.3.13 Que Hace Si No Se Le Entrega La Medicación

Tabla 17

QUE HACE SI NO SE LE ENTREGA LA MEDICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Compra	14	24%
No compra	4	7%
Compra poco	40	69%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 17



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 24% de usuarios compra la medicación que no fue entregada, el 69% compra solo un poco y el 7% no compra, debido a que la situación económica es baja y no disponen recursos destinados a cuidar su salud.

4.3.14 El profesional le indico como tiene que tomar la medicación.

Tabla 18

EL PROFESIONAL LE INDICO COMO TIENE QUE TOMAR LA MEDICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	58	100%
NO	0	5%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 18



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al 100% de usuarios el profesional le indicó adecuadamente como debe tomar la medicación, cumpliendo con los intereses del usuario en su totalidad.

4.3.15 Las indicaciones le dio por escrito

Tabla 19

LAS INDICACIONES LE DIO POR ESCRITO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	58	100%
NO	0	5%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 19



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al 100% el profesional le dio las indicaciones por escrito, para cumplir con mayor seguridad su tratamiento.

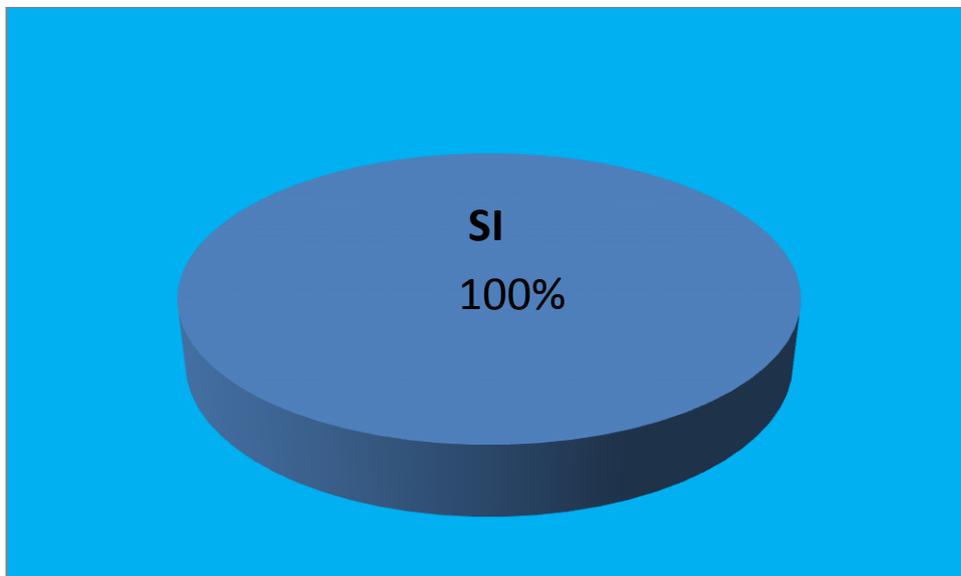
4.3.16 El profesional le explico los cuidados a seguir en la casa.

Tabla 20

EL PROFESIONAL LE EXPLICÓ LOS CUIDADOS A SEGUIR EN LA CASA.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	58	100%
NO	0	5%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 20



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al 100% de usuarios el profesional explicó los cuidados que debe tener en la casa, su entorno familiar, la alimentación y otros factores ayudarán a la recuperación rápida del paciente.

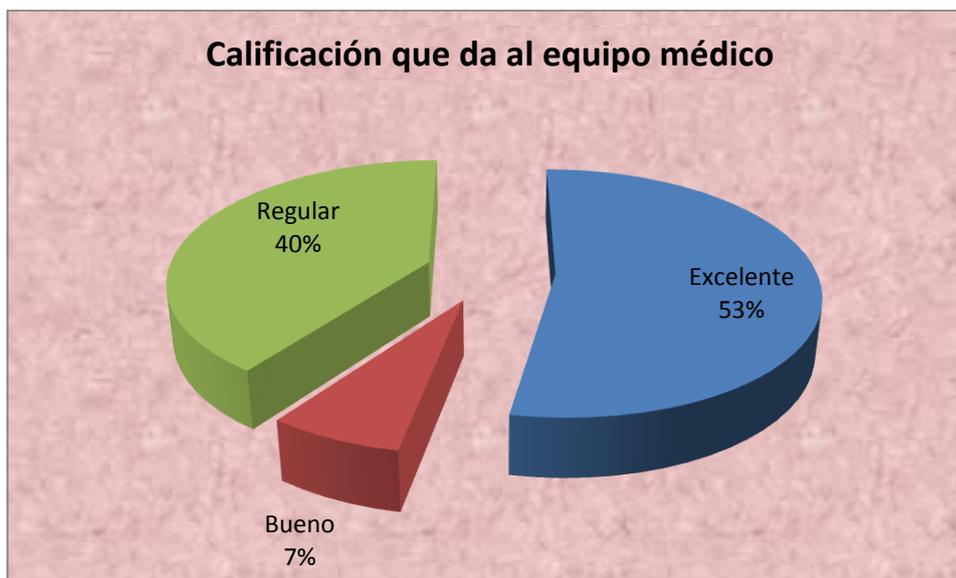
4.3.17 Como califica al equipo básico de salud

Tabla 21

COMO CALIFICA AL EQUIPO BÁSICO DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	31	53%
Bueno	4	7%
Regular	23	40%
Pésimo	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 21



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 7% califica al equipo básico de salud como bueno, el 53% lo califica como excelente y el 40% como regular, porque los profesionales demuestran calidad y calidez hacia los usuarios.

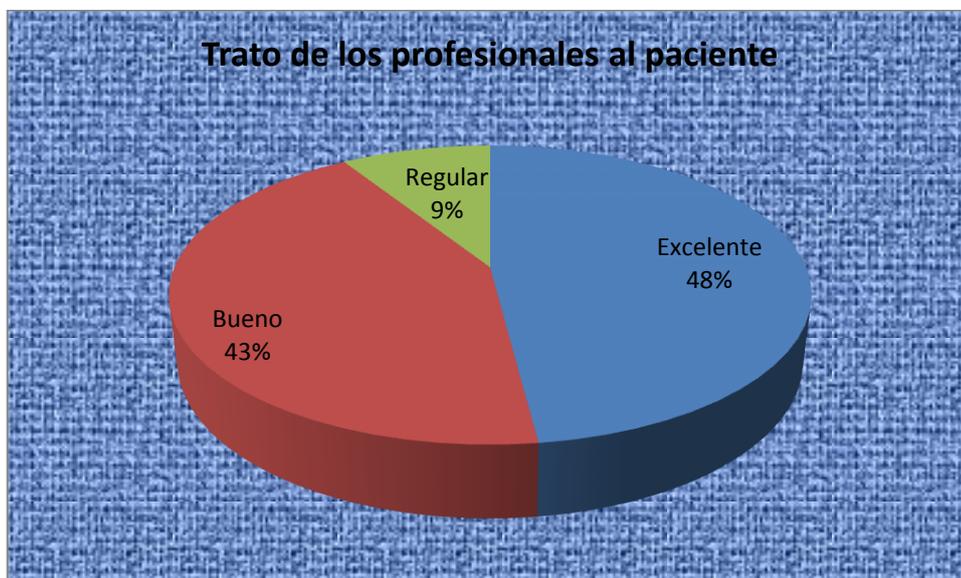
4.3.18 Trato de los profesionales durante la atención

Tabla22

TRATO DE LOS PROFESIONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	28	48%
Bueno	25	43%
Regular	5	9%
Pésimo	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 22



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al calificar la satisfacción del usuario tenemos: el 48% califica como excelente, 43% bueno, y 9% como regular, la comunidad se encuentra complacida con la atención de EBAS.

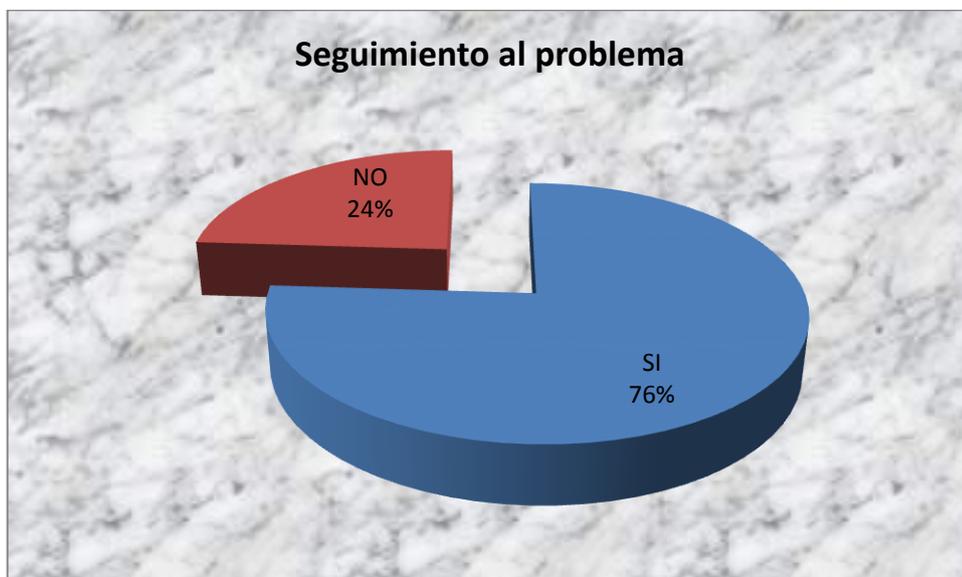
4.3.19 Seguimiento sobre evolución de problemas a través de visitas domiciliarias

Tabla 23

SEGUIMIENTO EVOLUCIÓN PROBLEMA	SOBRE DEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI		44	76%
NO		14	24%
TOTAL		58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 23



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 76% de patologías tuvieron seguimiento a través de las visitas domiciliarias con el fin de evitar complicaciones, mientras que el 24% no tuvieron seguimiento debido a la falta de colaboración de los usuarios.

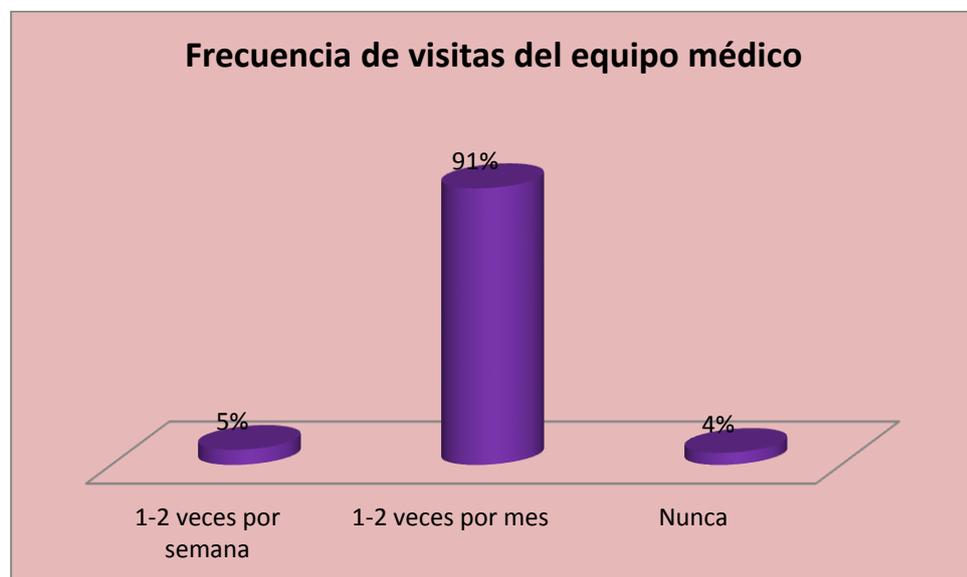
4.3.20 Frecuencia de las visitas por el equipo básico de salud

Tabla 24

FRECUENCIA DE LAS VISITAS POR EL EBAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-2 veces por semana	3	5%
1-2 veces por mes	53	91%
Nunca	2	4%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 24



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 5% dice que son visitados por el equipo médico de 1-2 veces por semana, el 91% de 1-2 veces por mes, 4% que nunca fueron visitados, debido a que el campo de cobertura es muy amplio hace posible que solo se visite a las comunidades 1 vez por mes.

4.3.21 Sugerencias de la comunidad

Tabla 25

SUGERENCIAS DE LA COMUNIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Incluir en el equipo Pediatra	19	33%
Realizar medicina preventiva	7	12%
Venir a la comunidad más frecuentemente.	8	14%
Entregar la totalidad de la medicación	10	17%
Se debe entregar vitaminas	5	9%
Incluir especialista	9	15%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

Gráfico 25



Fuente: Encuesta al usuario externo sobre su percepción con respecto a la atención recibida del equipo médico

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Dentro de las sugerencias que da el usuario tenemos que el 33% sugiere incluir un Pediatra por el incremento de natalidad, 12% realizar medicina preventiva con el fin de evitar enfermedades graves, 14% venir con mayor frecuencia a la comunidad porque el aumento de usuarios de este servicio, 17% entregar la totalidad de la medicación porque no poseen recursos necesarios para adquirir la medicina faltante, entregar vitaminas el 9% para que los niños crezcan sanos y

fuertes y el 15% incluir especialista debido a que hay casos que requieren de esta atención en forma urgente.

CAPÍTULO V

5.1.CONCLUSIONES

- Los habitantes de la comunidad El Mirador si conocen sobre el nuevo Modelo de Atención de Salud Ecuatoriana, porque la labor del Equipo Básico de Salud no solo está encaminado a dar atención al usuario externo de este servicio sino también educa a la población con charlas videos, entregando material de información, conversando con la comunidad sobre horarios de atención entre otros aspectos.
- El usuario es tomado signos vitales como temperatura, tensión arterial, el profesional le escucha atentamente el relato de su malestar, es examinado ojos, nariz, boca, oídos pulmones, corazón, durante 10 minutos, las indicaciones son dadas al paciente por escriba luego de explicarle oralmente, por lo cual califica al equipo básico de atención de salud (EBAS) como excelente y en la mayoría de los casos se da un seguimiento al problema presentado, con esto deducimos que el trabajo realizado por este grupo de profesionales es eficiencia y eficaz cumpliendo con los derechos de todo ciudadano ecuatoriano al cuidado y protección de su salud rompiendo barreras económicas, culturales, viales y geográficas que tradicionalmente han limitado el acceso a los servicios, especialmente de la población rural más pobre, compuesta en su mayor parte por indígenas, afro-ecuatorianos y mujeres
- El nuevo modelo de atención se articuló a procesos de desarrollo sostenible con participación intersectorial que orientado al cambio de los factores determinantes de la salud: desde los estilos de vida individual hasta los modos de vida sociales que debieron ser abordados mayormente con acciones de promoción para controlar los riesgos que ocurren en el proceso salud-enfermedad, eliminando lo anteriormente vivido en donde la salud era privilegio solo de unos pocos.

- Con el fin de fortalecer las debilidades encontradas luego de esta investigación se estructuró una guía informativa para los profesionales.

5.2.RECOMENDACIONES

- Las instituciones que hacen salud especialmente los de primer nivel deben planificar acciones encaminadas a difundir el trabajo realizado en beneficio de esta comunidad planificando actividades conjuntas.
- Las autoridades de salud deben coordinar acciones con empresas privadas, y públicas para establecer actividades orientadas a educar a la población sobre los beneficios que presta los Equipos Básicos Médicos de Atención con el fin de prevenir y disminuir patologías.
- El personal que labora en estos equipos debe seguir siempre con esa predisposición al cambio y tratar al paciente con calidez humana, para lo cual se debe dictar charlas sobre relaciones humanas y atención al cliente, proponiendo mecanismos de motivación y estímulos.
- La presente guía se recomienda a todo el personal que forma parte de los EBAS con el fin de que conozcan los diferentes aspectos de la comunidad, datos que les servirá como base para desarrollar acciones encaminadas en primera instancia a prevenir enfermedades y su trabajo garantice al usuario externo su atención.

CAPITULO VI

6.1 GUÍA PRÁCTICA

“GUÍA INFORMATIVA PARA PROFESIONALES SOBRE LOS ASPECTOS SOCIO ECONÓMICO, NUTRICIONALES Y DE SALUD DE LOS HABITANTES DE LA COMUNIDAD “EL MIRADOR DE MIRA”



DE MIRA
EL MIRADOR

SALUD

“No se debería curar la parte sino se trata el todo. No se debería curar el cuerpo, sino el alma. Y si se desea que la cabeza y el cuerpo estén sanos, se debe empezar por curar la mente”

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



MISIÓN

“La universidad Técnica del norte es una academia de carácter público, tiene como misión esencial contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico socioeconómico y cultural de la región norte del país a través de la generación y difusión del conocimiento. Forma profesionales críticos, creativos, capacitados, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social y con la preservación del medio ambiente”.

VISIÓN

“En los próximos cinco años la Universidad Técnica del norte será una entidad legalmente acreditada con reconocimiento académico, científico y social; dispuesta a alcanzar la excelencia y el mejoramiento continuo. Los procesos de formación de formación integral de los profesionales, la investigación científica y tecnológica, la producción de pensamiento y la vinculación con la colectividad, orientarán de manera efectiva el desarrollo sostenible de la región y del país. Una gestión universitaria de calidad diversificará los vínculos con el entorno, garantizará su pertinencia y continuará en el progreso social y humano de los pueblos y culturas que habitan la nación”.

INTRODUCCIÓN

En el modelo de Atención, se menciona a los Determinantes Sociales de la Salud, como uno de sus elementos clave para abordar el análisis y las soluciones; es decir, considerar las relaciones sociales, económicas, políticas e ideológicas como determinaciones esenciales de la salud o enfermedad de la población, ello hace que entremos en el abordaje de la desigualdad e inequidad en la atención y promoción de la salud, desigualdades de género, generacional, social, cultural, étnica, y otras... generadoras de enfermedades prevenibles.

Un Modelo de Atención Integral en Salud a nivel Familiar, Comunitario e Intercultural es la orientación actual del Ministerio de Salud Pública en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de Salud renovada (APSr) y algunas reflexiones sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Para poner en pie este modelo, los Equipos Básicos de Salud (EBAS) tendrán un rol protagónico, pero, para un trabajo exitoso, no solo requerirán un proceso de capacitación continua, equipamiento y herramientas de campo, sino que deberán reconocer en su trabajo la existencia de sistemas comunitarios de salud, impulsados tradicionalmente por las propias comunidades, y en varios casos apoyadas por organizaciones sociales y organizaciones no gubernamentales.

Articular en los territorios las diversas iniciativas institucionales, por ejemplo: AIEPI Comunitario, AIEPI Neonatal comunitario, desarrollo infantil, PANN 2000, PAI, Escuelas Promotoras de Salud, Familia Saludable, comunidades saludables, municipios saludables, Aliméntate Ecuador, INNFA, etc., bajo una sola estrategia de Protección Integral en Salud, a nivel familiar, comunitario e intercultural. El MSP con el Distrito Metropolitano de Quito, elaboraron unas interesantes guías denominadas “Familia Saludable”, con un enfoque de Ciclo de Vida, la cuales cubren temas claves con cada grupo etario, empezando por el período prenatal hasta la tercera edad. El subproceso de Salud intercultural elaboró una guía de Salud Indígena y está por elaborar un plan de capacitación en salud intercultural a Promotores Comunitarios de Salud. En nutrición se está elaborando una guía de nutrición orientada igualmente a Promotores Comunitarios de Salud, en salud de la niñez se impulsa AIEPI desde

la concepción del Continuo en salud materno-infantil. Todos estos Programas a nivel local pueden ser articulados en el nivel local y comunitario, con la participación plena en todos los procesos con los propios actores locales, para que estas intervenciones sean concebidas como oportunidades y no como amenazas a los sistemas comunitarios que milenariamente han sobrevivido hasta la actualidad. Este es un rol crucial para los EBAS, evitar la verticalidad de los Programas.

Involucrar activamente en los EBAS, a los Agentes Comunitarios de Salud tradicionales, Promotores de Salud, Voluntarios comunitarios de Salud, no como meros ayudantes del proceso, sino en el marco de la interculturalidad y el derecho a la salud, como verdaderos sujetos, no sólo una articulación de servicios y servidores de salud, sino entre sistemas de salud, tradicionales y el convencional. Este es un desafío, para el Nuevo Modelo de Atención, los EBAS, y también para los propios generadores de las diversas medicinas tradicionales (afro, montubia, amazónicas, interandina) la medicina popular urbana y otras medicinas alternativas.

El profesional que forma parte del equipo EBAS debe conocer los aspectos geográficos, sociales, culturales, económicos, nutricionales y de salud de los habitantes de la comunidad con el fin que conozca estos antecedentes y orientar de mejor forma su trabajo.

JUSTIFICACIÓN

La salud comunitaria en su marco conceptual establece un conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades reales que son percibidas o no por la población).

El deseo de brindar salud integral para todos dejará de ser utópico en la medida que los prestadores de salud cambiemos, empezando por concebir a las personas como seres más allá de la dimensión biológica y que nuestra intervención en ellos debe dar en todos sus aspectos.

La Intervención del equipo de Atención (EBAS) permitirá no sólo mejorar la calidad de los servicios, sino generar mayor protagonismo y participación de la ciudadanía sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, en el marco del enfoque de Promoción de la Salud y avanzar hacia mejores niveles de bienestar integral de las personas, las familias y las comunidades.

Esta guía servirá a los profesionales del equipo de atención médica conocer en qué condiciones viven las personas, que comen, su nivel cultural que permita la interrelación con las comunidades para mejorar el estilo de vida de las familias de este sector.



OBJETIVO GENERAL

- ❖ Elaborar una guía informativa para profesionales sobre los aspectos socio-económicos nutricionales y de salud de los habitantes de la comunidad “El Mirador de Mira” para que le sirva de base y prevenir enfermedades mediante charlas, visitas domiciliarias, dialogo de experiencias entre otros aspectos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Incentivar a la comunidad a formar parte de este proyecto mediante la participación activa y responsable.
- ❖ Proporcionar equipo de EBAS datos básicos para conocer a la comunidad.
- ❖ Dar a conocer la importancia de conocer los beneficios que brinda este equipo de salud a la comunidad.

UBICACIÓN GEOGRÁFICA



En la ciudad de Mira habitan 2896 personas. Cuenta con los siguientes barrios: La Tola, San Roque, Las Esmeraldas, Gran Colombia, Santa Inés, Santa Isabel, El Convento, La Rabija, San Nicolás, El Naranjito, Loma de Maflas. Urbanizaciones: Vista Hermosa, El Recuerdo y El Artesano, y las comunidades de: San Antonio de Mira, **EL MIRADOR**, Las Parcelas, La Portada, San Marco de la Portada, Uyama, Playa Rica, Itazán, Mascarilla, Dos Acequias, Pambahacienda, San Francisco de Chulte, El Hato de Mira, Santa Isabel de Mira, Pueblo Viejo y San Francisco de Pisquer.

El caserío de El Mirador tiene los siguientes límites: al Norte con la Comunidad de San Antonio, al Sur con la Comunidad la Portada, al Este con el Sector El Paridero; y al Oeste con la Comunidad de las Parcelas.

HISTORIA DE LA COMUNIDAD

Por datos recopilados de la fuente, como son los comuneros de mayor edad, lleva su nombre debido a su ubicación estratégica, es decir; es un sitio de donde se puede observar o mirar con una magnífica perspectiva una gran parte de la cuenca del Río Mira. Cabe señalar también que desde tiempos de su creación era un sitio destinado a la vigilancia de forasteros y caminantes que cruzaban por el sector. De allí viene su bien puesto nombre “El Mirador”.

ASPECTO CULTURAL

El caserío de El Mirador es resultado de un mestizaje que hasta nuestros días se mantiene casi intacto, tal así que los apellidos principales como: Quilumba, Quitama, Pastaz, pertenecen a la mayoría de familias, que tienen sus huasipungos adquiridos en tiempos de la Reforma Agraria, mantiene el festejo de las fiestas de la Virgen con quema de castillos, banda de músicos, toros populares, procesiones, misas, novillo de bombas, actos culturales y deportivos.

ASPECTO SOCIAL



Los asentamientos afroecuatorianos ubicados en estos sectores históricamente han sido vulnerables, social y económicamente; gran parte por causa del modelo de explotación económico y por otra, debido a un marco cultural predominante definido por paradigmas sociales con tintes racistas.

La mayoría la población son campesinos de raza mestiza, pequeños agricultores que tienen limitaciones en el acceso a los recursos de producción grandes lo que determina su situación de pobreza actual.

Estos problemas de pobreza se agravan aún más debido a la falta de vías a la comunidad lo cual dificultan la comunicación con el cantón Mira y la provincia.

PRACTICAS AGRICOLAS

El Mirador de Mira cuenta con un agradable clima, que promedia los 18° C, por esta razón en su agricultura se dan gran variedad de productos como: granos de buena calidad (fréjol, arveja, maíz); tubérculos (papa, camote, zanahoria blanca); algunas hortalizas y legumbres (tomate, lechuga, col, acelga, remolacha, zanahoria amarilla, vainitas) y variados frutos (aguacate, limón, taxo, durazno, guaba, chirimoya, tomate de árbol, babaco, entre otros).



PRACTICAS NUTRICIONALES

Se alimentan principalmente con los frutos que da la tierra, por esta razón en El Mirador de Mira predominan los granos en la comida diaria, siendo la base de su alimentación casi “vegetariana”; teniendo ocasionalmente la carne de cerdo como complemento y actualmente la carne de pollo por su fácil acceso y precio económico.

Entre las comidas de diario se acostumbra principalmente el locro de papas, arroz con fréjol o arveja acompañados de aguacate, tostado o choclo (según la época del año) y un rico aguado de limón (limonada).

Las sopas generalmente varían entre locro de papas, zambo, sancocho con carne de cerdo, arroz de cebada, mazamorra de choclo, sopa chorreada, fideo, colada de haba, de arveja, quinua, bolas de maíz, morocho de sal, caldo de pollo,

etc.

El plato fuerte consiste básicamente en arroz acompañado por granos tiernos o secos y ocasionalmente se alterna con otros potajes como: tallarines, papas, plátano (maduro), camote, yuca o ensaladas sencillas (que rompen la rutina diaria de las leguminosas) acompañados por carne, pollo o atún enlatado.

Como complemento del almuerzo se sirve jugo de fruta o colada de dulce y en ocasiones especiales un delicioso postre.

Mención aparte merecen ciertas tradiciones y costumbres culinarias tanto nacionales, regionales como locales, que nos permiten deleitarnos con exquisitas viandas, postres, antojos y bebidas, ya sea en fechas especiales o para deleitar nuestro paladar cuando lo apetezcamos; entre estas delicias tenemos:

Tardón (bebida a base de naranja, aguardiente y azúcar), esta bebida se la sirve en ocasiones especiales, como en las Fiestas de Mira, y en torno a ella, se han tejido variadas anécdotas y leyendas que son parte de la cultura mireña. Una costumbre gastronómica arraigada en las comunidades de Mira es tomar el café de las 4, que consiste en café destilado en chuspa (colador tradicional de café) con pan de casa, paspas, tortillas, etc. que diariamente se lo toma a las 4 de la tarde (16h00), y que a pesar de que no se lo tome exactamente a esa hora, siempre se lo llama el café de las 4.

Debido a que su clima es templado se cultiva papa, melloco, chochos, ocas, habas, quinua, mortiños, mora silvestre, que le sirve para su alimentación diaria.

Además existen ciertas comidas que preparan para su alimentación:

Arepas de Camote



Arroz de Leche



Besitos



Buñuelos de Horno



Buñuelos de Yuca



Canario



Cuy a la Brasa



Champuz



Chicha de arroz



Delicados



Dulce de Babaco



Dulce de Leche



Empanadas



Empanadas de Finados



Empanadas de Mejido



Fanesca



Hornado



Humitas



Locro de Guayaba



Mestizos



Miel con Queso



Molo



Morcillas



Muyuelo (Pan de Huevo)



Morocho con Leche



Paspas



Pan de Casa



Pan de Cuajada



Pan de Yema



Panuchas



Quimbolitos Tradicionales



Quimbolitos de Harina de Mote



Sango de dulce y de Sal



Tajadas de Zapallo con Miel



Tamales



Tortillas de tiesto



Tortillas de Maíz



Tostado y Habas Enconfitadas

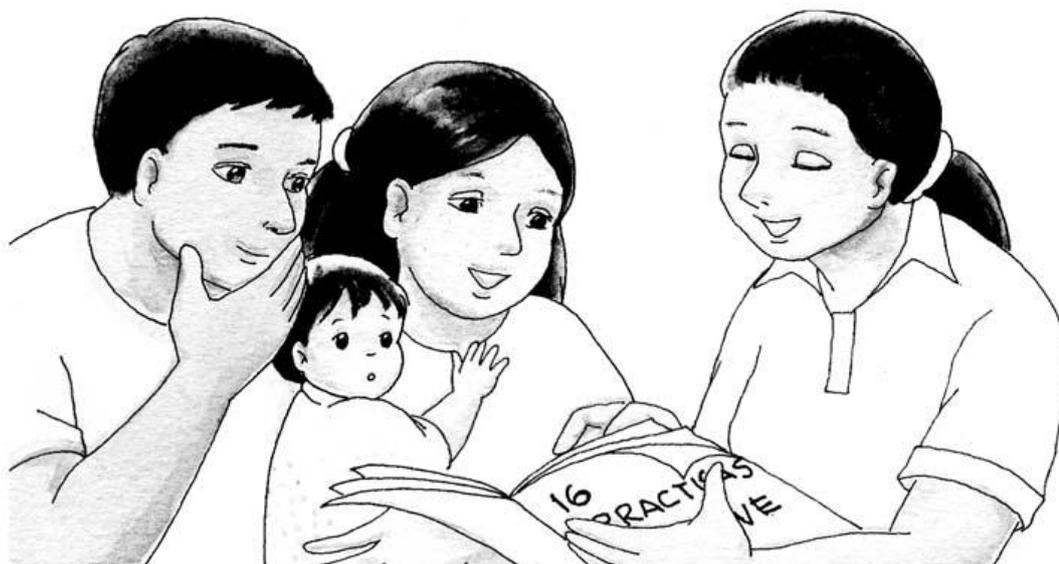


Vicundos



CARACTERÍSTICAS PERSONALES QUE DEBE REUNIR EL EQUIPO DE ATENCION DE SALUD.

- ☀ Conocer sobre la realidad de la comunidad donde interviene.
- ☀ Conocer las necesidades de la comunidad.
- ☀ Respetar la diversidad cultural e incorporar la sabiduría local.
- ☀ Tener capacidad para comprender a los usuarios y tolerancia para escucharlos.
- ☀ Manejar y aplicar estrategias de comunicación.
- ☀ Planificar acciones conjuntamente con la comunidad.
- ☀ Aplicar instrumentos para el monitoreo y seguimiento de las acciones.



6.2 MARCO ADMINISTRATIVO

6.2.1 Recursos Humanos

Investigadores:

Chiza Morán Luis Gilberto

Ortiz Arciniega Kathya Dolores

Director de Tesis: Dr. Carlos Vélez

Personal que labora en el Sub Centro de Salud De Mira:

Moradores de la Comunidad El Mirador:

Familiares de los Investigadores:

6.2.2 Recursos Materiales

6.2.2.1 Técnicos.- Papel, esferos, carpetas, copias, borradores, marcadores, cartulina, cuadernos, lápiz, forros, fotos.

6.2.2.2 Tecnológicos.- Para la investigación se necesitó materiales de oficina y equipos como los siguientes:

- Una computadora
- Una impresora
- Flash memory
- Filmadora
- Cámara fotográfica
- Grabadora periodística
- Celular
- Proyector

6.2.3PRESUPUESTO

DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (\$)	COSTO TOTAL (\$)
MATERIALES			
Copias	500	0.05	25.00
Empastado	10	15.00	150.00
Impresiones	500	0.10	50.00
Internet	30 horas	1.00	30.00
Hojas papel bon (paquetes)	5	3.50	17.5
Alquiler de equipos		5.00	50.00
VIATICOS			
Alimentación	60	1.50	180
Transporte:			
Bus	4	0.50	560
Taxi	2	1.25	350
SUBTOTAL			1412.5
Imprevistos 10%			141.25
TOTAL			1553.75

6.3. CRONOGRAMA

MESES	NOVIEM				DICIEMB				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIE				OCTUBR											
SEMANAS	SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA							
ACTIVIDADES	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV								
Revisión Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración del anteproyecto	X	X	X	X	X	X	X	X																																																
Revisión del anteproyecto									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																
Corrección del anteproyecto											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																
Desarrollo de la Investigación																					X	X	X	X	X	X	X	X																												
Toma de Datos																					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																								
Redacción del Informe																													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																
Presentación y Corrección.																																					X	X	X	X	X	X														
Defensa y Publicación																																													X	X	X	X								

6.4 BIBLIOGRAFÍA

1. ÁLVAREZ, R., *Temas de Medicina General Integral. Volumen I*, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba. (2001)
2. ÁLVAREZ, R. *Temas de Medicina General Integral. Volumen II*, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba.(2001)
3. DIRECCIÓN METROPOLITANA DE SALUD, *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*.(2002):
4. DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DEL GUAYAS, *Aplicación de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria*, (2007)
5. HERMIDA, C, *Ciencia y Magia, la salud entre el mercado y la esperanza*. Casa de la Cultura, Universidad de Cuenca, Ecuador.(1999)
6. HERMIDA, C., *Salud y Desarrollo propuesta de Acción*. Editorial Pydlos, Cuenca, Ecuador.(2001)
7. HERMIDA, C.,*Gestiones de Redes Territoriales para el desarrollo Sustentable*, PYDLOS, Universidad de Cuenca, Ecuador.(2003)
8. HERMIDA, C.,*Gestiones Social para el Sistema Nacional de Salud en el Ecuador*, La Equidad es posible, Quito, Ecuador.(2005)
9. JURADO, M., *Exposición, planeamiento del Direccionamiento Estratégico de la Gestión*.(2006)
10. LUCIO, R.,*Revista Salud de Altura que tu derecho sea un hecho*, Editorial publiasesores, Quito, Ecuador.(2008)
11. LUCIO, R.,*El Presupuesto del MSP en el distrito Metropolitano de Quito*, Nro.2, Serie: El Barómetro de Quito,EditorialPubliasesores, Quito, Ecuador, (2008)
12. LUCIO, R.,*El Presupuesto del MSP en el distrito Metropolitano de Quito*, Serie: El Barómetro de Quito Nro.3, Editorial Publiasesores, Quito, Ecuador.(2008)
13. MARTÍNEZ, C., *Salud Familiar*, Editorial Científico –Técnica, La Habana, Cuba.(2003)

14. MINISTERIO DE SALUD, CONASA., Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador, Quito, Ecuador.(2002)
15. MOYA, R, *Derivas de la Interculturalidad, procesos y Desafíos en América Latina*, CAFOLIS, FUNADES, Quito, Ecuador.(2004)
16. MSP, OPS/OMS., *Proyecto de Protección Social en Salud*, Quito, Ecuador.(2000)
17. MSP. CONASA., *Marco general de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador*, Quito, Ecuador.(2002)
18. MSP., *Revista Informativa del Ministerio de salud Pública*, Edición Nro. 1, Quito, Ecuador.(2007)
19. MSP, *Lineamientos Estratégicos del Ministerio de Salud Pública del 2007-2011*. Quito, Ecuador.(2007)
20. MSP., *Revista Informativa del Ministerio de salud Pública*, Edición Nro. 2, Quito, Ecuador.,(2008)
21. MSP, *Política Nacional de Salud en el Ecuador*.
22. MSP.,*Subsecretaría de Extensión de la Protección Social en Salud, Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural*, Quito, Ecuador, 2008
23. OCÉANO, Centrum. *Enciclopedia del Empresario*, Editorial Océano, Barcelona, España.(2004)
24. OPS/ OMS. , *Funciones Esenciales de la Salud Pública*, Washington.(2001)
25. OPS/OMS., *Boletín Fortaleciendo los servicios de salud y las Reformas*, Editorial Loria. Washington, estados Unidos.(2006)
26. OPS/OMS, *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Washington. Estados Unidos. (2007)
27. POSSO, M. *Metodología para el Trabajo de Grado* (Tesis y Proyectos. Primera Edición, Ibarra, Ecuador.(2004)
28. REIMUNDO, L *Experiencia de la Implementación del manejo del Modelo de Atención en el SCS de Uyumbicho*, Quito, Ecuador.(2008)
29. SÁNCHEZ, *La Salud Pública en Cuba*, La Habana., (2001)

30. SODEM, *Programa de Aseguramiento Universal de Salud para la población ecuatoriana*, Manual de Operaciones. PROAUS. Quito, Ecuador.(2006)
31. UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR, Foro: *Procesos Constituyentes y Salud en América Latina. La salud en la reforma política y Estructural del Estado y la Sociedad Ecuatorianos*, Quito, Ecuador.(2008)
32. VÁSQUEZ, Y. La salud en Quito. Análisis de acceso y calidad. Proyecto Salud de Altura. Quito, Ecuador.(2007)
33. VELASCO, M. *Planificación Estratégica aplicada a salud*. Editorial Letras, Quito, Ecuador.(2003)
34. VELEZ, C. (2010) exposición: *El Nuevo Modelo De Atención De Salud en el Ecuador basado en el programa EBAS*.

6.5 LINGÜOGRAFIA

1. file:///G:/EBAS%20CONSULTAS/LA%20SALUD%20EN%20EL%20SECTOR%20RURAL%20%20Diario%20La%20Tarde%20-%20Cuenca.htm
2. file:///G:/EBAS%20CONSULTAS/Se%20difunde%20un%20nuevo%20modelo%20de%20atenci%C3%B3n%20en%20salud%20prioritaria-%20Noticias%20de%20Cuenca%20-%20Azua%20-%20Ecuador%20-%20El tiempo%20de%20Cuenca.htm
3. file:///G:/EBAS%20CONSULTAS/EQUIPOS%20EBAS%20UN%20GRAN%20ACIERTO.htm
4. file:///G:/EBAS%20CONSULTAS/Secretar%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Plan%20Ecuador.htm
5. G:\EBAS CONSULTAS\EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD ATIENDEN A COMUNIDADES INDÍGENAS ALEJADAS EN LA REGIÓN AMAZÓNICA.mht

6.6 ANEXOS

6.6.1 Cuestionario

**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA**

TEMA:

**SATISFACCION DE LOS CLIENTES EXTERNOS BENEFICIARIOS DE
LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD (EBAS) EN EL AREA DE
INFLUENCIA EN LA COMUNIDAD DEL MIRADOR EN EL CANTON
MIRA PROVINIA DEL CARCHI EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO
DE 2011**

Nº de Encuesta.....

Fecha:

Saludos a los moradores de la comunidad El Mirador, deseamos conocer mejor su opinión sobre el servicio que prestan los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS). Sus respuestas son estrictamente confidenciales así que le agradecemos que sea lo más sincero posible.

Parte I.- Aspectos Generales:

1. Sexo

F M

2. ¿Cuál es su edad?

.....

3. ¿Cuál es su grado de instrucción?

Analfabeto.....

Primaria.....

Secundaria.....
Superior.....

4. Estado Civil

Soltero..... Casado.....
Divorciado.....
Viudo..... Unión Libre.....

Parte II.- Percepción del Usuario Externo respecto a la Atención de Salud recibida:

5. Reciben Atención en Salud aquí en la comunidad:

SI..... NO.....

6. En qué lugar reciben la Atención en Salud:

En su hogar..... En la Casa Comunal.....
S. C. S..... Otro lugar.....

7. Tiene Ud. Algún conocimiento del trabajo que realizan los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS):

SI..... NO.....

Cual.....
.....
.....

8. El horario de atención que prestan los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) en su comunidad es en:

Mañana..... Tarde..... Noche.....

9. El horario de atención que prestan los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS) es conveniente para sus labores diarias:

SI..... NO.....

10. ¿Cuál es el personal que brinda Atención en Salud aquí en su comunidad?

Médico..... Odontólogo.....
Obstetriz..... Enfermera.....
Aux. de Enfermería..... Otro.....
Cual.....
.....

11. Antes de la Atención en Salud que signos vitales se les toma:

Tensión Arterial..... Pulso.....
Temperatura..... Respiración.....
Ninguno.....

12. ¿Qué tiempo dura la toma de signos vitales?

1min..... 3min..... 5min.....
Más de 5min..... Cuánto.....

13. Durante la Atención en Salud el profesional lo escucha atentamente mientras Ud. Relata su malestar:

SI..... NO.....
Por
qué.....
.....
.....

14. ¿El profesional de salud al iniciar la atención que le examina?

Cabeza: Ojos **Tronco:** Pulmones **Extremidades:** Brazos
Nariz Corazón Piernas
Boca Abdomen
Oídos

15. ¿Qué tiempo se demora el profesional en brindarle la Atención en Salud?

1 – 5 min..... 6 – 10 min.....
11 –15min..... Más de 15 min.....

16. ¿Luego de la atención brindada se les entrega toda la medicación recetada?

SI..... NO.....

17. ¿Qué hace si no le entrega medicación?

Compra..... No compra..... Compra
poco.....

18. ¿El profesional le indicó como tiene que tomar la medicación?

SI..... NO.....

19. ¿Las indicaciones para la administración de medicinas le dejó por escrito?

SI..... NO.....

20. ¿El profesional que lo atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa?

SI..... NO.....

21. ¿Cómo calificaría la atención brindada por los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS)?

Excelente..... Bueno.....
Regular..... Pésimo.....

22. ¿En la última atención brindada por los profesionales de los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS), cómo fue el trato?

Excelente..... Bueno.....
Regular.....
Pésimo.....

23. ¿Luego de la atención hay un seguimiento para ver la evolución del problema a través de las visitas domiciliarias?

SI..... NO.....

24. ¿Cada cuánto tiempo le visitan?

1 – 2 veces por semana..... 1 – 2 veces por
mes.....
Nunca.....

25. ¿Sugiere Ud. alguna recomendación o mejora para la atención que brindan los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAS)?

.....

GRACIAS POR SU COMPRESION

6.6.2 MATRIZ DE COHERENCIA.

<p>TITULO: SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES EXTERNOS BENEFICIARIOS DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD (EBAS) EN EL AREA DE INFLUENCIA DEL S.C.S. MIRA COMUNIDAD DEL MIRADOR EN EL CANTON MIRA PROVINCIA DEL CARCHI EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DE 2010.</p>	
<p>Problema de investigación:</p> <p>Inadecuado acercamiento de los Equipos Básicos de Atención en Salud hacia los usuarios externos beneficiarios de la comunidad El Mirador.</p>	<p>Formulación del Problema:</p> <p>¿Se cumple a plena satisfacción de los usuarios Externos de la comunidad El nuevo modelo de atención en Salud basado en el programa EBAS en el Mirador del Cantón Mira provincia del Carchi en el periodo de Enero a Junio de 2010?</p>
<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar el grado satisfacción de los clientes externos beneficiarios de los Equipos Básicos de Salud (EBAS) en el área de influencia en la comunidad del mirador en el Cantón mira provincia del Carchi en el periodo de enero a junio de 2010.</p>	
<p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si los habitantes de la Comunidad El Mirador conocen sobre el nuevo Modelo de Atención de Salud Ecuatoriana. • Evaluar que acogida tiene el nuevo Modelo de Atención de Salud en los habitantes de la Comunidad El Mirador. • Realizar una comparación entre el nuevo Modelo de Atención en Salud y el anterior. 	<p>Interrogantes de la investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Los moradores de la Comunidad El Mirador poseen algún conocimiento sobre los EBAS? • ¿El nuevo Modelo de Atención de Salud es aceptado por los Moradores de la Comunidad El Mirador? • ¿Es mejor el actual Modelo de Atención de Salud o el que anteriormente se llevaba en Ecuador?

6.6.3 Fotos

6.6.3.1 Centro de Salud Mira



6.6.3.2 Personal que conforman el Equipo Básico de Atención en Salud del Centro de Salud Mira



6.6.3.3 Comunidad El Mirador



6.6.3.4 Vista de La Ciudad de Mira desde el Caserío El Mirador



6.6.3.5 Encuestas realizadas a los moradores de El Mirador



