

# **ANEXOS**

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

## INSTITUTO DE POSTGRADO

Instrumento dirigido a los funcionarios y profesionales de la medicina que laboran en el Centro de Salud N° 1 de Ibarra, para conocer sobre la aplicación del modelo de gestión para la provisión, almacenamiento y distribución de los fármacos para los puestos de salud del Área N° 1 Imbabura.

### OBJETIVO:

Obtener información acerca del modelo de gestión de provisión, almacenamiento y distribución de fármacos para los puestos de salud del Área N° 1 de Imbabura.

### INSTRUCTIVO:

Para llenar este instrumento, sírvase escribir el número que corresponde a la alternativa que usted considere correcta en el cuadro de la derecha. Escriba una sola alternativa.

No olvide que de sus respuestas depende el éxito de este estudio.

#### I. INFORMACIÓN GENERAL:

1. Su horario de trabajo es de:

- 1) Cuatro horas
- 2) Seis horas
- 3) Ocho horas

2. La función que cumple es:

- 1) Administrativa
- 2) Atención médica

3. En su trabajo, aplica todos los conocimientos en el área de su responsabilidad?

- 1) En su totalidad
- 2) En su mayor parte
- 3) Muy poco
- 4) Nada

4. Tiempo de experiencia en su función:

- 1) De 0 a 3 años
- 2) De 3 a 6 años
- 3) De 6 a 9 años
- 4) De 9 a 12 años
- 5) De 12 a 15 años
- 6) De 15 años o más

## II. INFORMACIÓN ESPECÍFICA

Marque con una X la opción que usted considere pertinente:

N°	Preguntas	Bastante	Poco	Casi nada	Nada
1	Conoce usted del modelo de gestión que se utiliza en el Área N° 1 para la provisión, almacenamiento y distribución de los medicamentos?				
2	Tiene conocimiento sobre las normas específicas y técnicas para el almacenamiento de los fármacos en el Área N° 1?				
3	Considera que el modelo actual de gestión de provisión, almacenamiento y distribución de fármacos para el Área de Salud N° 1 es funcional y viable?				
4	El stock de medicamentos que se distribuyen en el Área N° 1 de Imbabura es suficiente?				
5	Los medicamentos que se adquieren para los puestos de Salud del Área N° 1 de Imbabura, se los hace tomando en cuenta el perfil epidemiológico?				
6	Cree usted que la implementación de un nuevo modelo de gestión local para la provisión, almacenamiento y distribución de fármacos en el Área de Salud N° 1 de Imbabura, ayudará a mejorar la atención de los usuarios?				
7	Toman en cuenta su opinión o sugerencia para la adquisición, almacenamiento y distribución de los medicamentos que se utilizan en el Área de Salud N° 1 ?				
8	Cree usted que el almacenamiento y conservación de los fármacos se lo hace tomando en cuenta las recomendaciones técnicas?				
9	Considera usted que los usuarios mejoran sus condiciones de salud con la medicación genérica que se les entrega?				
10	Cree usted que en el Comité de Adquisiciones existe representación equitativa de los sectores que forman parte del área de Salud?				

**GRACIAS SU COLABORACIÓN**

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

## MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ECONOMÍA

### FORMATO DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Sírvase leer cada uno de los ítems y las correspondientes respuestas del instrumento que encontrará a continuación. Deseamos que, por favor, nos de a conocer su criterio sobre la utilidad del mismo para propósitos investigativos. Utilice este formato para evaluar cada pregunta con los indicadores de las tres columnas de la derecha. Registre su criterio poniendo una señal en el casillero SI en caso de que su evaluación sea positiva y con una señal en el casillero NO si no está de acuerdo con algún elemento del ítem.

NÚMERO DE PREGUNTA	CLARIDAD		COHERENCIA		PERTINENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Observaciones .....

.....

.....

.....

.....

**Nombre del evaluador: Dr. Nelson Aillón**  
**Ocupación: Médico General**  
**Cargo que desempeña: Médico del Centro de Salud N° 1Ibarra (Mañana)**  
**Dirección: García Moreno y Rocafuerte**  
**Teléfono: 062950 354**

---

Firma

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

## MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ECONOMÍA

### FORMATO DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Sírvase leer cada uno de los ítems y las correspondientes respuestas del instrumento que encontrará a continuación. Deseamos que, por favor, nos de a conocer su criterio sobre la utilidad del mismo para propósitos investigativos. Utilice este formato para evaluar cada pregunta con los indicadores de las tres columnas de la derecha. Registre su criterio poniendo una señal en el casillero SI en caso de que su evaluación sea positiva y con una señal en el casillero NO si no está de acuerdo con algún elemento del ítem.

NÚMERO DE PREGUNTA	CLARIDAD		COHERENCIA		PERTINENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Observaciones .....

.....

.....

.....

.....

**Nombre del evaluador: Dr. Manuel Albán.**  
**Ocupación: Médico General**  
**Cargo que desempeña: Médico del Centro de Salud N° 1Ibarra (Mañana)**  
**Dirección: García Moreno y Rocafuerte**  
**Teléfono: 062950 354**

\_\_\_\_\_  
Firma

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

## MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ECONOMÍA

### FORMATO DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Sírvase leer cada uno de los ítems y las correspondientes respuestas del instrumento que encontrará a continuación. Deseamos que, por favor, nos de a conocer su criterio sobre la utilidad del mismo para propósitos investigativos. Utilice este formato para evaluar cada pregunta con los indicadores de las tres columnas de la derecha. Registre su criterio poniendo una señal en el casillero SI en caso de que su evaluación sea positiva y con una señal en el casillero NO si no está de acuerdo con algún elemento del ítem.

NÚMERO DE PREGUNTA	CLARIDAD		COHERENCIA		PERTINENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Observaciones .....

.....

.....

.....

.....

**Nombre del evaluador: Dra. Tamara Figueroa**

**Ocupación: Médico Pediatra**

**Cargo que desempeña: Pediatra del Centro de Salud del Área 1 de Ibarra – (8H)**

**Dirección: García Moreno y Rocafuerte**

**Teléfono: 062950 354**

---

**Firma**

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

## MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ECONOMÍA

### FORMATO DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Sírvase leer cada uno de los ítems y las correspondientes respuestas del instrumento que encontrará a continuación. Deseamos que, por favor, nos de a conocer su criterio sobre la utilidad del mismo para propósitos investigativos. Utilice este formato para evaluar cada pregunta con los indicadores de las tres columnas de la derecha. Registre su criterio poniendo una señal en el casillero SI en caso de que su evaluación sea positiva y con una señal en el casillero NO si no está de acuerdo con algún elemento del ítem.

NÚMERO DE PREGUNTA	CLARIDAD		COHERENCIA		PERTINENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Observaciones .....

.....

.....

.....

.....

**Nombre del evaluador: Dr. Rodrigo Alvear**

**Ocupación: Médico General**

**Cargo que desempeña: Médico General (Pasante) Centro de Salud del Área 1 de Ibarra**

**Dirección: García Moreno y Rocafuerte**

**Teléfono: 062950 354**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

## MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ECONOMÍA

### FORMATO DE EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Sírvase leer cada uno de los ítems y las correspondientes respuestas del instrumento que encontrará a continuación. Deseamos que, por favor, nos de a conocer su criterio sobre la utilidad del mismo para propósitos investigativos. Utilice este formato para evaluar cada pregunta con los indicadores de las tres columnas de la derecha. Registre su criterio poniendo una señal en el casillero SI en caso de que su evaluación sea positiva y con una señal en el casillero NO si no está de acuerdo con algún elemento del ítem.

NÚMERO DE PREGUNTA	CLARIDAD		COHERENCIA		PERTINENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Observaciones .....

.....

.....

.....

.....

Nombre del evaluador: Dr. Líder Reyes

Ocupación: Médico General

Cargo que desempeña: Médico General del Centro de Salud N° 1Ibarra (Tarde)

Dirección: García Moreno y Rocafuerte

Teléfono: 062950 354

---

Firma





**INGRESO AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE IBARRA**



**SALA DE ESPERA DE LOS CLIENTES EXTERNOS**



**BODEGA DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DE IMBABURA DONDE SE ALMACENAN LOS MEDICAMENTOS**



**OFICINA DE LA BODEGA DEL ÁREA DE SALUD N° 1 DE IMBABURA**



**APILAMIENTO DE MEDICAMENTOS**



**ESTANTERÍAS Y MANERA DE ALMACENAR LOS MEDICAMENTOS**



**MANERA DE ALMACENAR LA MEDICACIÓN A PRESCRIBIRSE**



**ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS**



**BODEGA VACÍA**



**BODEGA SEMIVACÍA**