

## INTRODUCCION

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Así mismo, las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales. Por otra parte, los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos producidos desde la celebración de la Conferencia de Alma Ata acarrearán la necesidad de una revisión profunda de la estrategia de APS para que pueda dar respuesta a las necesidades en salud y desarrollo de la población en el mundo.

Garantía de calidad es el resultado del compromiso formal de la institución como un todo, del grupo humano que aquí labora, de los recursos presupuestales, de los equipos, de las condiciones de infraestructura física, de los elementos que se utilizan y del servicio oportuno y diligente que se preste. Es el producto de una buena planeación, de una excelente gestión gerencial y administrativa, de una educación consistente del personal, de una permanente evaluación y una rigurosa retroalimentación, de una continua labor investigativa, de una motivación general, de una voluntad incondicional de hacer todas las cosas bien para un fin único que es la satisfacción del usuario.

En las condiciones actuales de crisis económica y social que enfrentan los pueblos especialmente nuestro país, donde cada vez es escaso el presupuesto para el sector salud en el cual la insatisfacción del usuario va en aumento por los prolongados tiempos de espera, las acciones de prevención de enfermedades y promoción y fomento de la salud son escasas, es imperiosa la necesidad de implementar estrategias que permitan medir el cumplimiento de programas establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

Dentro de este tema se desarrollo un estudio en base al problema detectado en el Centro de Salud N.8 como parte del Capítulo I, se estudian los conceptos de Atención Primaria de Salud, desde sus inicios como una estrategia a realizarse, se documentan conceptos de calidad de atención en los sistemas de salud, en el Capítulo II.

El Capítulo III, en metodología, se indagó sobre la percepción del usuario sobre la atención recibida en el servicio de salud, para ello se aplicó una investigación descriptiva, ya que el papel de los sujetos investigados se limita a opinar sobre el servicio que recibe en nuestra unidad operativa.

En el Capítulo IV, consigna la información recolectada durante la investigación la misma que fue de tipo cualitativo, de corte transversal, mediante la aplicación de una encuesta semiestructurada a las usuarias que acuden a la unidad operativa en mención. Los resultados de la investigación manifiestan que los usuarios se encuentran conformes con la atención recibida, ya que la unidad operativa es accesible, siempre reciben atención, por gratuidad, por referencia de otras unidades operativas.

La atención de calidad es esencial para el éxito de APS, mediante la evaluación comunitaria expresada en sus necesidades, optimizando la atención que promueve la confianza del usuario al servicio de salud.

Las estrategias a ser aplicadas constan en el Capítulo V, como parte del mejoramiento de la calidad de atención, donde se propone realizar un monitoreo mensual de las actividades desarrolladas en cada uno de los programas establecidos en beneficio al usuario, esto servirá para que los proveedores ofrezcan servicios de calidad.

Por lo tanto los usuarios no acudirán únicamente cuando están en extrema necesidad curativa, sino también para prevenir enfermedades y sus complicaciones, incrementando así las acciones de fomento y promoción de la salud.

# CAPITULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1 Contextualización del Problema

Ante la actual situación sanitaria a nivel mundial, el último informe sobre la salud en el mundo, señala que la tarea decisiva de la comunidad mundial consiste en reducir las disparidades en salud que actualmente existen entre los países. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas en la Cumbre del Milenio en enero de 2000, establecen unas metas ambiciosas para reducir la pobreza (50% para el 2015). La salud ocupa un lugar central en los ODM: tres de los ocho Objetivos de Desarrollo, ocho de las dieciocho metas y dieciocho de los cuarenta y ocho indicadores están relacionados con la salud.

La OPS/OMS reconoce que la Atención Primaria de Salud, constituye la estrategia principal del sector salud para que los países alcancen las Objetivos de Desarrollo del Milenio: reducir la pobreza, eliminar la desnutrición aguda y crónica y reducir la mortalidad infantil y materna, mediante el acceso universal a servicios básicos integrales de salud, agua segura y disposición sanitaria de excretas, la prevención y control de las enfermedades, con la activa participación de las comunidades organizadas.

En el contexto socio-demográfico del Ecuador, en el año 2005, se estima que de aproximadamente 13 millones de habitantes, el 49% son mujeres y el 51% son hombres; el 63% de la población es urbana y 47% rural. En 1985 la esperanza de vida al nacer era de 67,5 años y actualmente es de 74,1 años, con una notable diferencia en cuanto a sexo, puesto que la expectativa de vida de los hombres es 6 años menor respecto a las mujeres. La pobreza de consumo afecta al 41,4% de la población y la indigencia al 7.6%.

Los indicadores de salud del 2007, la tasa de mortalidad infantil fue de 22.2 por 1000 nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad infantil son trastornos relacionados con el embarazo, parto, posparto, la neumonía y sepsis bacteriana de recién nacido. La tasa de mortalidad materna descendió de 117.2 por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 76.4 en el año 2004. El mayor número de defunciones son causadas por problemas que se originan en el tercer período del parto como son las hemorragias.

El acceso a servicios de salud en el Ecuador es muy limitado, pues se estima que un 78% de la población accede a servicios asistenciales de salud provistos por entidades tanto públicas como privadas, aunque apenas un 22% es afiliado a algún esquema de seguro de salud (19% en la seguridad social y 3% en empresas de medicina prepagada). No obstante quienes acceden a los servicios reciben atención de insuficiente calidad y pertinencia. (MSP, Política Nacional de Promoción de la Salud, 2007)(32)

Es evidente una gran inequidad en el acceso a los servicios públicos de salud, (Ministerio de Salud, Seguridad Social General y Seguro Social Campesino), así tenemos que en el Ministerio de Salud solo el 19% de las atenciones corresponden al primer quintil de pobreza, mientras que el 57% de las atenciones se concentran en los quintiles, tercero, cuarto y quinto. En las unidades del Seguro Social General el 89% de las atenciones corresponden a los quintiles tercero, cuarto y quinto (46% el quintil más rico) y únicamente el 5% al primer quintil (el más pobre).

Las evidencias de las desigualdades que existen en la población ecuatoriana, motivan acciones urgentes para eliminar la exclusión social y reducir al máximo las inequidades en cobertura y acceso a los servicios colectivos e individuales de salud; igualmente es indispensable armonizar las propuestas de prestadores de salud a partir del criterio de gestión pública sin fines de lucro.

Para enfrentar exitosamente estos problemas es necesario organizar y desarrollar una propuesta de un sistema de salud que oriente y potencialice los recursos disponibles, para lograr equidad, efectividad, eficiencia y calidad en los servicios y como resultado, mejoramiento de la situación de salud.

La salud es consecuencia de los factores socio-ambientales y culturales de acceso a los servicios, por lo que es mandatorio para la Promoción de la Salud considerarlos.” Según el censo de 2001, el analfabetismo global fue del 8,4% a nivel nacional, del 5,2% en la zona urbana y 13,7 en la rural; sin embargo debe señalarse como grave el problema de subalfabetización en los sectores rurales y el hecho de que el analfabetismo sea mayor en el sexo femenino. La mortalidad y morbilidad son más altas cuando asocian la variable analfabetismo con un grupo étnico y de pertenencia a poblaciones en situación de pobreza, residencia rural, migrante temporal asentamiento urbano marginal. El

analfabetismo por género demuestra en la población urbana 5,8% para las mujeres y para los hombres 4,8%, en tanto que la población rural las mujeres alcanzan un 16% y los hombres un 11,6%”. (MSP, Política Nacional de Promoción de la Salud, 2007)(41)

## **1.2 Antecedentes**

El Centro de Salud N. 8, se encuentra ubicado al norte de la ciudad de Quito, en la Parroquia Cotocollao. Institución pública, que brinda atención a la comunidad, mediante los planes y programas implementados por el Ministerio de Salud Pública, cuyo accionar es el fomento, prevención, promoción y recuperación de la salud. Funciona en un edificio de dos plantas de hormigón de aproximadamente 100 metros de construcción. Constituye la unidad principal y es el sitio de reuniones de los 12 subcentros de salud que conforman el área, además es el lugar de descentralización de trámites técnicos, administrativos, financieros.

A nivel del MSP de nuestro país, en las últimas décadas, la atención se ha caracterizado por ser inequitativa e ineficiente, orientada a proporcionar prestaciones individuales, biológicas y medicalizadas. La operacionalización de los programas se aplica en forma vertical y sus indicadores privilegian la medición de coberturas, dejando de lado frecuentemente aquellos que observan la marcha de los procesos, el impacto, su efectividad, la satisfacción de los usuarios, accesibilidad a los servicios de salud, se puede apreciar que existen prolongadas horas de espera de los usuarios, y escasa participación de las organizaciones comunitarias, que pertenecen al sector, constituyendo el reflejo de lo que sucede en todo el sector salud, así como también en la unidad operativa en estudio.

## **1.3 Situación Actual del problema**

Las Instituciones del estado tienen la responsabilidad salvaguardar y crear las condiciones para el desarrollo humano, más aun las unidades operativas que forman parte del Sistema Nacional de Salud, su principal objetivo es brindar atención de calidad, eficiencia, eficacia y efectividad con equidad y solidaridad a toda persona que lo requiera.

En el año 2008, se atendieron 23.379 usuarios, con promedio mensual de 1948 usuarios, de los cuales 9058 son atenciones preventivas, constituye el 33 %, siendo la norma en el Ministerio de Salud Pública 80%. Al ser una unidad operativa de primer nivel su fuerte tiene un enfoque preventivo, por lo que no se cumple su objetivo primordial.

La cobertura de atención en niños menores de un año es de 57.8%, y de mujeres embarazadas es del 14.6%, siendo la norma establecida por el MSP del 80%. La concentración en morbilidad es del 1,2 %, la norma es 2%. La concentración en menores de un año es 3, y la norma es 6. Es decir que los niños menores de un año regresan la mitad de ocasiones para recibir atención, sin cumplir con la norma. Porcentaje de horas medicas trabajadas es 83.5%, promedio de rendimiento consultas medicas por hora trabajada es 3.7%, productividad de consultas por hora medica trabajada es de 3.1%. De acuerdo con horas medicas trabajadas, rendimiento de consultas médicas, y productividad por hora medica trabajadas se cumple con la norma, por lo tanto es necesario implementar estrategias para incrementar las acciones de prevención y fomento de la salud a la población. Incrementar las horas de atención en el Centro de Salud. Para evitar que los usuarios se queden sin atención médica (Lascano, Enero 2009) (36).

La identificación de riesgos, epidemiológicos, biológicos, socioeconómicos y ambientales de manera especial, en la población que se encuentra entre los quintiles de pobreza 1 y 2 se realiza desde el mes de Abril de 2008, con la implementación del Modelo de Atención Integral Comunitaria e intercultural, se han aplicado 60 fichas familiares de las cuales se ha podido identificar que el 67% se encuentran calificadas como riesgo medio, y 5 familias con riesgo alto, corresponden al 6% de fichas aplicadas. Del total de fichas se establece que el 50% posee riesgos biológicos, se puede determinar que existen casos de desnutrición y sobrepeso, embarazo en adolescentes, niños con esquemas incompletos de vacunas.

Riesgos ambientales 40%, especialmente, existe mala eliminación de desechos sólidos, animales intra domiciliarios, existen familias que son centros de acopio para reciclaje de basura.

Riesgo socioeconómico 10%, especialmente existe desempleo, analfabetismo del jefe del hogar, hacinamiento. Además existe escasa participación comunitaria, y muy poco contacto del personal de salud con la comunidad. Se han realizado contactos con algunos líderes comunitarios y se ha establecido compromisos de los actores internos y externos. A pesar de los esfuerzos realizados hay poca participación comunitaria.

Existe insuficiente educación al usuario en los diferentes programas que se desarrollan en la institución, no se cuenta con una planificación del proceso de esta actividad. (Espinosa, Enero 2009)(27)

#### **1.4 Prospectiva**

La Promoción de la Salud es un proceso social, cultural, educativo y político que incrementa la conciencia ciudadana sobre la salud y desarrollo, promueve estilos de vida saludables y la movilización social a favor de la salud; genera igualdad de oportunidades y poder a las personas para que ejerzan sus derechos y responsabilidades a partir del desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos que sean favorables a su salud y bienestar.

Para la consecución de sus resultados es imperativo proporcionar los recursos y potenciar las capacidades necesarias en la salud al mismo tiempo que la población ejerce sostenidamente su autodeterminaciones en forma concertada con el Estado.

La promoción implica una serie de acciones encaminadas al desarrollo y liberación de capacidades del ser humano. Entre las acciones se encuentran, los estilos de vida, el fomento de una cultura alimentaria propia, con productos naturales altamente nutritivos; ejercicio físico, recreación y desde el punto de vista intercultural el contacto con la naturaleza, institucionalmente se consideran aspectos como la coordinación entre los diferentes sectores de la salud pública, consenso interinstitucional e intersectorial para la formulación de políticas planes y programas y la participación de la sociedad civil en la solución de problemas.

## 1.5 Causa-Efectos

**Causas:** Acceso limitado al servicio de salud. No obstante quienes reciben atención, la califican como insuficiente, de baja calidad y pertinencia, no se toma en cuenta la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

**Efectos:** La insuficiente calidad de atención primaria disminuye el número de consultas preventivas, dando como resultado un incremento en las atenciones de morbilidad.

Un precepto importante de APS, es lograr el más alto nivel de salud posible para la población y los grupos vulnerables. Intersectorialidad implica integrar, sin descuidar las funciones sustantivas de cada sector, involucrar a personas e instituciones con independencia de relaciones jerárquicas que dan como resultado una estructura organizacional abierta, flexible, funcional, con alta capacidad de adaptación a objetivos socio- comunitarios.

## 1.6 Criterios de Inclusión y Exclusión

**Criterios de inclusión:** Para poder evaluar todos los servicios de atención al usuario, se incluyen en el estudio, las usuarias que acuden al Centro de Salud N.8, a recibir atención integral tomando en cuenta que las usuarias, llegan a la unidad operativa a solicitar un turno, luego acuden a preparación, posteriormente reciben atención médica, y finalmente pasan a postconsulta, servicio donde se refuerzan las indicaciones médicas y reciben una guía donde acudir posteriormente según sea el caso.

**Criterios de exclusión:** se excluyen del estudio, aquellos usuarios y usuarias que acuden para que se les otorgue un certificado médico, las usuarias que acuden solo por recibir vacunas, ya que la atención la reciben en otra unidad de salud. Así como también usuarios que acuden únicamente a odontología.

## 1.7 Formulación del problema

El incumplimiento de acciones de prevención, promoción y fomento de la salud,



considerados elementos claves de atención primaria, disminuyen la calidad de atención la que es percibida por los usuarios como deficiente.

## **1.8 Objetivos**

### **Objetivo General**

- Diseñar y aplicar estrategias para garantizar calidad de Atención Primaria alcanzando la satisfacción de los usuarios del Centro de Salud N. 8 de Cotocollao de la Ciudad de Quito.

### **Objetivos Específicos**

- Realizar un diagnóstico de las falencias del actual Sistema de Atención Primaria del Centro de Salud N. 8, durante el año 2008.
- Definir el direccionamiento estratégico de las acciones que forman parte de Atención Primaria en Salud, en la institución.
- Implementar estrategias destinadas al cumplimiento de programas previstos en Atención Primaria en Salud, para garantizar calidad de atención y satisfacción de los usuarios

## **1.9 Preguntas de Investigación**

- ¿Cuáles son las deficiencias estratégicas del Actual sistema de Atención Primaria del Centro de Salud N.8?
- ¿Cuál es la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención recibida en el Centro de Salud N.8?

- ¿Mejorará la calidad de atención y la satisfacción de los usuarios, la implementación de estrategias de atención primaria en salud?

### **1.10 Justificación**

El trabajo en comunidad es una de las funciones sustantivas del Equipo de Salud, el brindar apoyo a la población, desarrollando diversas actividades logrando el fomento, prevención y mantenimiento de la salud del individuo, familia y comunidad.

El modelo comunitario debe ubicarse en el marco del proceso de atención de salud, que se percibe como una activación individual o social como parte integral de la salud biopsicosocial de las personas. Promueve el autocuidado, como un conjunto de acciones del propio individuo en distintos niveles de prevención para el cuidado de la salud, solo o con la ayuda de la familia.

Será de utilidad práctica ya que, se logrará mejor organización del trabajo intra y extramural, además con la aplicación de procesos de gestión, se incrementarán las coberturas de atención preventiva.

Por lo tanto, los beneficiarios directos son los usuarios externos, que demandan la atención médica, considerados como el objetivo primordial de los cuidados médicos institucionales. Los estudiantes de escuelas y colegios del sector, grupos vulnerables identificados y en situación de riesgo y la comunidad. Otro beneficiario constituye el usuario interno, que es el que brinda la atención, ya que al implementar estrategias, se unificarán criterios con el fin de mejorar la calidad atención a los usuarios.

Como beneficiario indirecto esta el Centro de Salud N.8, ya que actualmente las instituciones de salud, imponen como un ejercicio puntual, el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que brinda, hacia la satisfacción de necesidades de los usuarios.

Además se beneficiara el Sistema Nacional de Salud, mediante la aplicación de estrategias para mejorar las acciones de atención primaria de tipo intra y extramural.

### **1.11 Viabilidad o factibilidad**

El proyecto se puede realizar ya que se cuenta con la autorización de la Dirección del Área de Salud N.8, en la persona de la Dra. Baciliza Tello. Cuenta con la adecuada capacidad técnica, y administrativa, que garantizará el cabal cumplimiento de los objetivos de la Investigación.

La imperiosa necesidad de fomentar y articular voluntades, así como aglutinar estrategias individuales y colectivas del Estado y la sociedad civil, cuya finalidad es impulsar capacidades y potencialidades individuales y colectivas que propicien el mejoramiento de la calidad de vida y salud, la superación de inequidades en armonía con el entorno natural, social, cultural y apuntan fundamentalmente a la construcción de ciudadanía en salud, el desarrollo sectorial y la protección integral de la salud: Promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud.

La actual etapa de crecimiento y desarrollo del país, obliga a generar nuevas estrategias de atención en salud, volviendo a centrarse el interés en la atención domiciliaria, por la variedad de ventajas que ofrece, y por la diversidad de factores que confluyen; tales como socioculturales, psicológicos y espirituales y que únicamente en el ámbito familiar puede observar. Permite incrementar las coberturas de atención primaria en Salud de la Institución. Esta práctica permite que el personal sanitario esté en contacto con el entorno del usuario, obteniendo más datos para la valoración del estado de salud y sus necesidades. (Yèpez, Octubre 2005)(Revista 2)

## **CAPITULO II. MARCO TEORICO**

### **2.1 TEORIA BASE**

#### **2.1.1 Atención Primaria de Salud**

Es la alternativa para superar las desigualdades en salud, no es un ideal sino un principio organizativo, hacia la satisfacción de necesidades de salud de las personas. Trabajar por los más necesitados, afrontando las crisis sanitarias, construyendo sistemas de salud sostenibles y equitativos. La clave del éxito es fortalecer los sistemas de salud, orientados por estrategias y principios de atención primaria, promoviendo el desarrollo integrado a largo plazo de los sistemas de salud.

La histórica reunión de Punta del Este (Uruguay), en 1962, ante la poca alentadora situación de salud de los países en desarrollo de América, adoptó una resolución animando a los gobiernos a planificar y desarrollar apropiados programas de salud.

Intentos parecidos se realizaron también en otras regiones del planeta y en 1977, la Asamblea Mundial de la Salud propuso una meta en virtud de la cual se considera que los gobiernos y las naciones miembros de la organización, deberían comprometerse a alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, meta conocida con una expresión simplificada de “Salud para todos en el año 2000”. Para alcanzar esta propuesta era indispensable diseñar una estrategia que sirva de referencia a todas las naciones.

La Asamblea Mundial de la Salud, resolvió demandar a todos los gobiernos miembros a adoptar la estrategia de la Atención Primaria de Salud, adaptándola a las realidades nacionales, regionales y globales, en un esfuerzo común por asegurar mejores condiciones de vida para los habitantes de todo el planeta. (AUTORES Varios, 1978)(9)

Precisamente dentro de este contexto, en nuestro país se inscribe el Plan Nacional de Salud (1988-1992), adaptado a las realidades del país de ese tiempo, el desarrollo del

modelo de Salud Familiar y Comunitaria Integral. Aunque postulado ya por la OMS, como parte de la estrategia APS, no se lo había desarrollado en el país.

Luego de 25 años de la Conferencia Internacional de Alma-Ata, el informe de secretaría expresa lo siguiente:

1. “La atención primaria de salud se convirtió para la OMS en un concepto fundamental a raíz de la Declaración de Alma-Ata (1978), en que se adoptó la meta de la salud para todos. El compromiso de lograr mejoras mundiales en el ámbito de la salud, sobre todo en lo que atañe a las poblaciones más desfavorecidas.

2. Desde la Declaración de Alma-Ata, la situación sanitaria a nivel de países ha cambiado considerablemente. Se han registrado importantes modificaciones en la forma de distribución de las enfermedades, los perfiles demográficos, los niveles de exposición a riesgos importantes y el entorno socioeconómico. Asimismo, han surgido tendencias hacia modelos de atención más integrados y un mayor pluralismo en la financiación y organización de los sistemas de salud.

3. Las recomendaciones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud hacen hincapié en la importancia de invertir en salud para fomentar el desarrollo económico y subrayan la necesidad de avanzar por la senda de las intervenciones intersectoriales de salud y la acción comunitaria. Los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, el Programa 21 o el plan de ejecución resultante de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, Sudáfrica, 2002), requieren el fortalecimiento de los servicios de salud para todos como paso previo esencial para la mejora de la salud, particularmente en los países más pobres”.

En el Ecuador desde los años 90, se viene desarrollando un proceso de reforma del Estado y por ende del sector salud, bajo la conducción del MSP, y uno de los aspectos mas importantes en la organización del Sistema Nacional de Salud es el desarrollo de la rectoría en Salud por parte del Estado. La reforma del Estado Ecuatoriano facilitará cambios profundos en el sector salud y entre los planes de reforma estructural esta el

mejorar y fortalecer el Modelo de Atención y de Gestión que ha venido funcionando por más de tres décadas.

En Ecuador, la reforma comienza en el año 2002, con el Primer Congreso Nacional por la salud y la vida, realizado en Quito, el cual permitió impulsar las Políticas Nacionales de Salud y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

El segundo Congreso se realiza en la ciudad de Guayaquil, en el año 2004, con el fin de evaluar el cumplimiento de la política nacional de salud, validada en el congreso anterior.

El III Congreso por la Salud y la Vida “Dr. César Hermida Piedra”, realizado en Cuenca, en el 2007 constituye un hecho histórico, ya que se desarrolló en el contexto de un nuevo gobierno constitucional, que privilegia a la salud como derecho fundamental, con lineamientos específicos del MSP, que contextualiza la salud como un derecho humano fundamental, en el marco de la estrategia de protección social en salud.

El IV Congreso realizado en la ciudad de Loja en el año 2009, mediante la propuesta de Transformación Social del Sector Salud, se basa en 7 ejes, en el marco de los derechos y el concepto del Sumak Kawsay de la Constitución del año 2008.

### **2.1.2 Sistemas y Servicios de Salud**

Sistema es el conjunto de elementos, que se reúnen y relacionan articuladamente para conformar un todo y/o cumplir una función. Cada sistema se define por su estructura y por su función. El concepto de sistema nace de la teoría general de sistemas de Von Bertalanfy y de cibernética de F. Magendie y C. Bernard.

La renovación de la atención primaria de salud representa una contribución sustancial a esos objetivos; el proceso renueva compromisos anteriores y constituye un paso hacia el futuro para mejorar la salud de la población. Los sistemas de salud basados en la

atención primaria contribuirán a revestir las acciones tendientes a brindar una atención integral centrada en la promoción, la prevención y la rehabilitación, juntamente con los usuarios/usuarias, sus familias y las comunidades donde viven.

Las políticas de salud, los sistemas y servicios de salud responden a necesidades, mitigan los riesgos y protegen las poblaciones contra daños, enfermedades y discapacidades, y al mismo tiempo su potencial para, aumentar las disparidades y la exclusión.

El Sistema operativo del MSP, esta conformado por tres niveles de atención:

Primer nivel conformado por los puestos de salud, subcentros de salud, y Centros de Salud.

Segundo nivel, integrado por Hospitales Básicos y Generales.

Tercer nivel, hospitales especializados y de especialidades.

En los tres niveles de atención se operacionaliza la provisión de servicios de salud, cumpliendo lo que el Sistema Nacional de Salud ofrece: Plan integral de salud, con el conjunto de prestaciones integrales de atención de salud, acciones de prevención, control de riesgos y daños a la salud colectiva e individual, acciones de promoción de la salud.

Para el efecto los servicios de salud se organizan y desarrollan los componentes de gestión y atención para dar respuesta a las necesidades de salud de la población ecuatoriana con la participación de los diferentes actores que conforman los Consejos de Salud.

### **2.1.3 Calidad de los servicios de salud**

Una característica dominante desde mediados del siglo pasado y muy notoria en el recorrido actual, es el esfuerzo notable de las instituciones el lograr la calidad en productos y servicios, como un imperativo para no sucumbir ante el peso y fuerza de la competencia, de una parte y por otra ante la necesidad y exigencia cada vez mayores de los usuarios.

El esquema dominante de la globalización ha conducido a la inevitable cultura de la calidad, lo cual es explicable toda vez que los países del mundo están abocados a los retos de un mercado cada vez mas exigente y al cual deben responder las instituciones con la permanente reingeniería de sus procesos de producción y el rediseño de sus productos y servicios dentro el compromiso de hacerlos atractivos y confiables.

La calidad es el resultado de su planeación estratégica, de la ingeniería de procesos, mejoramiento continuo y progresivo en todos los aspectos. En la actualidad las organizaciones, empresas o industrias imponen como un ejercicio puntual el mejoramiento continuo de la calidad, como la mejor estrategia para prevenir las fallas y si se presentan, corregirlas oportunamente, como disciplina de cabal cumplimiento.

De los planteamientos y aportes invaluable de Joseph Juran, W. Edwards Deming, Philip Crosby, Karou Ishikawa, surge lo que se llamaría el movimiento moderno de la calidad, que involucra necesariamente los conceptos de productividad y competitividad.

Después de todo tipo de esfuerzos, que surgen de la filosofía y el planteamiento de los pioneros, las instituciones están abocadas a cuatro preguntas permanentes:

- ✓ Qué represento realmente
- ✓ Hacia donde voy y como debo dirigir la institución
- ✓ Que cambios urgentes debo plantear para proyectarme al futuro
- ✓ Cuento con los recursos físicos y humanos
- ✓ Que esperan de mí los usuarios.

Si la calidad es el elemento estratégico para mejorar la gestión, satisfacer a los clientes, desarrollar las relaciones entre trabajadores y preservar el medio ambiente, el aseguramiento es el elemento coordinador de todos los componentes, que llega a convertirse en el aval del producto o servicio generado. (Malagon, Julio, 2007)(38)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través de la Dirección Nacional de Normatización, en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio, la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, el Plan de Reducción Acelerada de Reducción de la Muerte Materna y Neonatal y las prioridades



gubernamentales definidas en el Plan Nacional de Desarrollo, implementa desde hace tres años un proceso Colaborativo de Mejora Continua de la Calidad de la atención obstétrica y neonatal esencial, con el apoyo técnico del Proyecto de Mejora de la Atención en Salud (HCI/USAID, ex-QAP), el UNFPA, la OPS y FCI. A través de este proceso, entre 65 y 70 unidades de salud, en su mayoría hospitales cantonales de once provincias del País, han establecido equipos de MCC que miden y mejoran la atención a madres y recién nacidos.

El Ministerio de Salud Pública ha puesto en marcha un sistema de MCC y ha publicado herramientas importantes tales como el Manual de Estándares e Indicadores para el MCC, las Guías para la Capacitación Clínica en CONE, el Addendum a la Norma Nacional para el manejo activo de la 3ª etapa del parto, herramientas para la capacitación en MCC, bases de datos para el reporte y análisis de indicadores de calidad en los diferentes niveles del sistema, y un Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto.

Estos avances del MSP del Ecuador han trascendido las fronteras nacionales, han sido presentados en foros internacionales y han sido replicados por instituciones de países latinoamericanos. Más recientemente, el MSP se encuentra fortaleciendo estos procesos a través de la actualización de las normas y estándares de salud materno-neonatal.

El MSP reconoce que para lograr mejorar la atención no basta con tener una norma nacional actualizada, sino que es necesario asegurar su aplicación efectiva y sostenida. Para ello, la Dirección Nacional de Normatización ha incorporado los métodos y herramientas de MCC en el **Proceso de gestión del cumplimiento de la Norma Nacional**, el mismo que consiste en un conjunto de actividades específicas a ser desarrolladas en el Nivel Central, Direcciones Provinciales, Direcciones de hospitales y Jefaturas de Área, todas ellas orientadas a difundir el contenido de la nueva Norma Nacional, fortalecer las capacidades del personal para su aplicación efectiva, medir el grado de su cumplimiento a través de indicadores y fortalecer a los diferentes niveles y unidades de salud que muestren deficiencias. (MSP Dirección Nacional de Normatización, Junio 2008) (46)

## **2.2 TEORIA EXISTENTE**

### **2.2.1 Atención Primaria en Salud**

A fines de la década de los setenta, más de la mitad de la población en el mundo no recibía una atención de salud adecuada, según señalaba el punto V de la Declaración de Alma-Ata. En la Región de las Américas, esta condición se había convertido en una gran preocupación de los gobiernos, las sociedades y la Organización Panamericana de la Salud.

En la III Reunión Especial de Ministros de Salud, realizada en Santiago de Chile en 1972, se llegó a la conclusión de que los servicios de salud no lograban hacer llegar sus beneficios a toda la población. Se estimaba que un tercio de la población de la Región no tenía acceso a servicios de salud. Esto generó la política de ampliación de la cobertura para resolver lo que en aquella época se llamó crisis de accesibilidad. La baja accesibilidad era considerada la más importante de las llamadas crisis que afrontaban los sistemas de salud (crisis de costos, de eficacia y de acceso).

La década de los setenta se caracterizó, en lo sanitario, por los esfuerzos nacionales para ampliar el acceso de la población a los servicios de salud. El advenimiento de la APS y el compromiso, en la Región de las Américas significó un reforzamiento de las políticas y estrategias para la ampliación de la cobertura en toda la Región.

El contexto económico era crítico. La población empezaba a ser mayormente urbana, en plena transición demográfica. El contexto político se caracterizaba por dictaduras militares en muchos países y democracias inestables en otros, con algunas excepciones.

Debe señalarse que en la organización de servicios de la época predominaban los enfoques centralistas. Sin embargo, la política de ampliación de la cobertura, los enfoques de planificación vigentes (el llamado modelo CENDES-OPS, con su criterio de apertura programática local), y sobre todo la APS promovieron el progresivo fortalecimiento de unidades de servicios y de la capacidad local (que en varios países tomara la denominación de nivel primario de atención), y que posteriormente servirían de base a nuevos enfoques de políticas sociales.

La década de los ochenta se caracterizó por un escaso crecimiento del ingreso nacional, disminución de las tasas de inversión, déficit sostenido de las balanzas de pagos, elevada deuda externa y recrudecimiento de las presiones inflacionarias. En ese contexto, la estrategia de APS marcó la principal orientación de las políticas de salud en los países de la Región. No obstante, hay que destacar que el sector de la salud de la mayoría de los países se caracterizaba también por falta de coordinación interna y con los otros sectores, déficit de recursos financieros y débil participación de la población en las decisiones, entre otros problemas.

La definición original de APS la planteaba de manera implícita como una estrategia para el desarrollo de la salud, así como también un nivel de atención de servicios de salud. En las Américas, la atención primaria de salud fue adoptada y adaptada por cada país de acuerdo a sus propias realidades y condiciones sanitarias y socioeconómicas. Bajo tal perspectiva, numerosos países han concebido la APS como el nivel primario de atención, es decir, como el punto de contacto con la comunidad y puerta de entrada de la población al sistema de salud. Esta concepción ha tendido a predominar en países que han alcanzado niveles de cobertura de los servicios básicos de salud adecuados.

En otra perspectiva en el contexto de una atención a la salud segmentada, crecientemente basada en el desarrollo tecnológico y la especialización, pero con amplios sectores sociales excluidos de este modelo en algunos países se ha considerado que la APS es una estrategia para una atención sanitaria basada en principios de justicia social.

La APS ha sido visualizada como la posibilidad de brindar atención de salud a las poblaciones pobres y marginadas, sin acceso a servicios. Ante algunos intentos de reducir la estrategia de APS a un conjunto de intervenciones simplificado y de bajo costo, llamada APS "selectiva", la visión prevalente en la región es contraria a esa visión y categórica: APS no es un paquete de "intervención limitado para la gente pobre", sino la estrategia básica de los sistemas para el logro de mayor cobertura y equidad. (OPS-OMS, Atención Primaria de Salud en las Américas: enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años, retos futuros, septiembre 2003)(47)

### **2.2.1.1 La estrategia de la Atención Primaria en Salud**

Etimológicamente primario significa principal, primero o en el primer orden. Atención primaria significa, lo principal y en términos epidemiológicos, lo prioritario. Frente a la imposibilidad real de resolver simultáneamente todos los problemas de salud, en especial en países como el nuestro, se imponía una estrategia que atendiera a los más importantes o trascendentales, para mejorar las condiciones de la salud de las colectividades.

La promoción de la salud requiere de la toma de decisiones de Estado que comprometen a todos los sectores sociales. Dentro de este contexto, exige ciudadanos activos que dejen de ser receptores pasivos, implica el cuidado de la salud, noción que tiene una connotación mucho más amplia e integral que la de "atención". Implica relaciones horizontales, simétricas y participativas; no se aísla en un programa o en un servicio específico, sino que es intersectorial. De este modo, se exige que las instituciones y personas tengan como objetivo lograr el más alto nivel de salud posible para la población y los grupos más vulnerables y que definan acciones y recursos para lograrlo.

La Intersectorialidad implica integrar, sin descuidar las funciones sustantivas de cada sector, nuevos saberes e involucrar a personas e instituciones, con independencia de relaciones jerárquicas, que dan por resultado una estructura organizacional abierta, flexible, funcional, con alta capacidad de adaptación a objetivos socio – comunitarios.

Cada país debe adoptar aspectos concretos de Atención Primaria de Salud en función del contexto social, político y de desarrollo. Toda persona tiene derecho y deber de participar individual y colectivamente en la planificación y organización de la asistencia sanitaria. La Atención Primaria de Salud es esencial para alcanzar un nivel aceptable de salud que forme parte de un desarrollo social inspirado en la justicia social, cuyo objetivo es Lograr la salud para todos en el año 2000.

Se examinaron las estrechas relaciones que existen entre Salud, desarrollo social y económico. La salud mejora las condiciones y la calidad de vida y al mismo tiempo

depende del progresivo mejoramiento de estos. La Atención Primaria de salud es parte integrante del progreso de desarrollo socioeconómico por lo tanto las actividades del sector salud deben estar coordinadas en el plano nacional, intermedio y la comunidad con sectores sociales, económicos, educación, agricultura, zootecnia, abastecimiento de agua, vivienda, obras publicas, comunicación e industria.

Estas medidas servirán para mejorar la nutrición, en especial para niños, madres, lo que incrementara la producción y empleo, logrando una distribución equitativa de ingresos combatiendo así la pobreza.

Es importante la participación plena y organizada de manera que los individuos, familia y comunidad sean responsables de su propia salud. Así como también los organismos de administración local, grupos organizados, organismos no gubernamentales y demás instituciones que forman parte de la comunidad. Es necesaria una distribución equilibrada de los recursos disponibles, mediante políticas nacionales que sean accesibles a todos.

La Atención Primaria de Salud, como parte de un sistema completo de asistencia sanitaria, teniendo en cuenta las características geográficas, sociales, culturales, políticas, y económicas. El modo de resolver los problemas de salud variará según el país y comunidad, en función de su grado de desarrollo.

### **2.2.1.2 La Atención Primaria de Salud en el siglo XXI**

La OMS acaba de efectuar un examen de la contribución que, según cabe esperar, puede aportar la atención primaria para responder a los problemas de salud del siglo XXI. Las conclusiones de ese estudio indican que dentro de los países existe a todos los niveles una adhesión genuina a los principios de la atención primaria de salud.

Algunos Estados Miembros han demostrado ese compromiso elaborando políticas concretas en materia de atención primaria y asegurando su aplicación a través de las autoridades locales y nacionales competentes y con la aportación de los recursos oportunos. Numerosos países, que siguen considerando la atención primaria de salud al mismo tiempo como piedra angular de la política sanitaria y como marco para la

prestación de atención de salud, están revisando ahora ese modelo para adaptarlo a una serie de diferentes factores sanitarios y sociales.

La equidad en la salud continúa siendo un objetivo importante para los sistemas de salud y la prestación de servicios de atención sanitaria. En el Informe sobre la salud en el mundo 2000 se indica que los objetivos de un sistema de salud no se limitan a la mejora de la salud y a la respuesta a las legítimas expectativas de la población sino que también consisten en asegurar que el grado de satisfacción sea el mismo en todos los segmentos de población y velar por la equidad de las contribuciones financieras.

En los países desarrollados y de ingresos medios en que la mayor parte de la población tiene acceso a los servicios de salud, la atención primaria se centra en prestar los servicios adecuados en los niveles que corresponda. En los países de ingresos bajos que siguen enfrentando importantes dificultades, la atención primaria de salud a menudo se emplea como estrategia global tanto para aumentar los servicios como para mejorar el acceso a los mismos.

En adelante, una característica clave de cualquier modelo local de atención primaria de salud que pretenda ser eficaz será la adaptabilidad a unas circunstancias en rápida evolución, la capacidad de respuesta ante necesidades determinadas a nivel local y la disponibilidad de recursos suficientes y estables. Por otro lado, habrá que mejorar los sistemas de evaluación, con el fin de poder disponer de los datos requeridos para la formulación de políticas de atención primaria de salud, ya sea a escala nacional o local.

### **2.2.1.3 Sinopsis por regiones**

En la **Región de África**, la mayoría de las reformas en materia de atención, basados en el concepto de atención primaria, aunque con diferentes formas de aplicación. El fortalecimiento de la acción a nivel distrital sigue constituyendo una estrategia complementaria, mejorando así el acceso de los pobres a los servicios sanitarios.

**Región de Asia Sudoriental** han basado sus políticas sanitarias nacionales en el criterio de atención primaria. Ello ha contribuido a ampliar la cobertura de la atención de salud y el acceso de la población a la misma, mejorando así el estado de salud de la población

en general, al tiempo que ha influido también en el desarrollo global de las comunidades.

**Región de Europa**, la organización de la atención primaria varía sobremanera de un país a otro, lo que es reflejo de la diversidad de sistemas de atención de salud. Desde comienzos del decenio de 1980, la Región ha apostado decididamente por la atención primaria como instrumento más importante para alcanzar la meta de la salud para todos.

**Región del Mediterráneo Oriental**, la función de la atención primaria como «movimiento» por la salud pública ha quedado reafirmada en la Primera Conferencia sobre Atención Primaria de Salud en el Mundo Árabe (Manama, febrero de 2003), que reiteró la adhesión de los Estados Miembros a los principios de universalidad, calidad, equidad, eficacia y sostenibilidad.

**Región del Pacífico Occidental**, los principios de la atención primaria de salud han sido incorporados en prácticamente todos los países en los documentos de planificación estratégica. Los modelos de atención primaria que se están aplicando actualmente son de lo más variado, lo que refleja la existencia de importantes diferencias de un país a otro. Los conceptos fundamentales de la atención primaria de salud siguen siendo válidos. Es preciso, no obstante, hacer más énfasis en los criterios integrados de desarrollo comunitario fijados a nivel local, centrar la atención en las necesidades de las poblaciones desfavorecidas y marginadas, elaborar políticas e idear intervenciones que promuevan los derechos relacionados con el acceso a la salud, la justicia social y la equidad y seguir mejorando la base científica para la atención primaria. (OPS-OMS, Informe Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, Abril 2003)(48)

#### **2.2.1.4 Contexto de la Atención Primaria en las Américas**

Una evaluación exhaustiva de la atención primaria es oportuna, dado que la mayoría de los países de las Américas han experimentado cambios espectaculares en las tres últimas décadas. Estos cambios incluyen los procesos de democratización y la consolidación de la democracia, la redefinición del papel del Estado, la apertura económica y las

reformas de los servicios de salud y sociales, incluida la expansión del sector privado hacia actividades que tradicionalmente eran propias del sector público.

Aunque no siempre exitosas, las reformas se orientaron a alcanzar objetivos de modernización del financiamiento de la atención de salud, transferir a las autoridades regionales las funciones de planificación e implementación y, más recientemente, mejorar la calidad de la atención y la equidad. En la mayoría de los países estas reformas tuvieron lugar en un contexto de pobreza generalizada, lo que contribuyó a aumentar la desigualdad, la exclusión social, la inestabilidad política y el deterioro ambiental.

#### **2.2.1.5 La salud en el Contexto del Desarrollo**

Al firmar la Declaración del Milenio en septiembre de 2000, los Jefes de Estado y de Gobierno de 189 países se comprometieron a avanzar hacia un mundo más equitativo y libre de pobreza para 2015. Para lograr ese fin, establecieron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales se relacionan de alguna manera con la salud.

Este compromiso subraya el firme reconocimiento de que el crecimiento económico, la distribución del ingreso y la inversión en capital humano tienen un inmenso impacto en la calidad de vida de las personas y en su salud. Al mismo tiempo, la comprensión de los determinantes sociales de la salud está otorgando mayor importancia al énfasis en la colaboración entre todos los sectores sociales para mejorar la salud de la población y en el reconocimiento internacional de los derechos humanos.

A pesar de la reducción de los porcentajes de personas que viven en situación de pobreza en América Latina y el Caribe, como consecuencia del desarrollo económico que se iniciará en la década de los noventa (medido por el producto interno bruto), esa reducción no ha sido suficiente para contrarrestar el aumento de la pobreza que había ocurrido en décadas anteriores. Además, no se han registrado mejoras mesurables en los indicadores de la distribución del ingreso en la región, que sigue mostrando importantes desigualdades, y que se hace visible en la comparación de los quintiles más ricos y más pobres de la población de la mayoría de los países.



Los esfuerzos para reducir el hambre y la malnutrición, tal como lo expresan los ODM, han resultado en logros en América Latina y el Caribe, pero el progreso es desparejo en la región, incluso con ciertas zonas que en la actualidad están experimentando incrementos, tanto en los números absolutos de personas subnutridas como en la prevalencia de la subnutrición.

El empleo es un determinante básico de la salud desde muchos ángulos diferentes, el acceso a los mercados de trabajo, el ingreso, y las condiciones de trabajo y el empleo sostenible es crítico para la capacidad de los países para reducir la pobreza. En años recientes, las tasas de desempleo han crecido en América Latina y el Caribe, y en esos períodos el empleo informal ha aumentado como proporción del empleo total. El desempleo juvenil también está aumentando, y el desempleo en las mujeres es mayor que en los hombres.

La relación recíproca entre salud y educación es muy clara y explica el ODM sobre la educación primaria universal como una estrategia fundamental para la reducción de la pobreza. La Región de las Américas está en camino de lograr la meta del 100% de cobertura de la educación primaria para el año 2015, habiendo obtenido ya coberturas superiores a 97%.

En gran medida, las inequidades en las condiciones de salud, aquellas desigualdades innecesarias, injustas y evitables, reflejan una distribución despareja de los determinantes sociales de la salud. Mientras el estado de salud “promedio” en América Latina y el Caribe es relativamente bueno, existen importantes disparidades en indicadores como la mortalidad en niños menores de 5 años, la mortalidad infantil, la proporción de partos atendidos por personal calificado o la mortalidad materna. Estas y otras inequidades, como las tasas diferenciales de enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas, acceso a los servicios de salud, afectan desproporcionadamente a las mujeres, a los grupos étnicos y raciales.

El medio ambiente es otro importante determinante de la salud. La región de América Latina y el Caribe tiene el nivel de urbanización más alto del mundo en vías de desarrollo, y más de tres de cada cuatro personas viven en ciudades. Mientras que las áreas urbanas en general ofrecen ventajas sobre las áreas rurales en términos de acceso a

servicios sociales, empleo o similares, muchas de las ciudades en la región han crecido más allá de su capacidad de proporcionar servicios adecuados. El acceso a agua y saneamiento, aunque ha mejorado mucho en las últimas décadas, continúa presentando inequidades, dado que la cobertura es mayor en las áreas urbanas que en las rurales. Entre otros desafíos ambientales se ubican la contaminación del aire, la degradación del suelo, la deforestación, la degradación de las costas y la contaminación de los mares, y el alarmante impacto del cambio climático. (OMS-OPS, Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud, Mayo,2007)(45)

#### **2.2.1.6 El contexto social América Latina y el Caribe**

En 2005, la OMS estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el propósito de analizar el impacto de las condiciones socioeconómicas y del entorno en la salud de la población.

Su objetivo era generar una agenda local y global para la formulación, planificación e implementación de políticas, planes y programas de salud que contribuyeran a reducir las desigualdades sanitarias y mejorar la calidad de vida y la salud de las personas.

La Comisión enfatiza el papel de la persistencia de desigualdades, la pobreza, la explotación de determinados grupos de población, la violencia y la injusticia en la falta de salud. En todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia aquéllas que pertenecen a grupos más vulnerables. Paradójicamente, pese a los adelantos actuales de la ciencia médica y pese a que nunca antes el planeta había tenido acceso a tanta riqueza, la brecha de inequidad es cada vez mayor.

La Comisión subraya que la salud no es un acontecimiento sólo de orden biológico y del ámbito individual, sino que por su propia naturaleza, es una resultante de las complejas y cambiantes relaciones e interacciones entre la persona, su entorno y sus condiciones de vida en los órdenes económico, ambiental, cultural y político.

Los ODM y los determinantes sociales de la salud se sustentan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, y la reafirman y desarrollan. En su artículo 25 la Declaración deja claro el derecho a estándares de vida adecuados para la salud y el bienestar de las personas y de sus familias, al afirmar: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

Incluso agrega que las madres y sus hijos pequeños tienen el derecho a una atención y un apoyo especial. La falta de acceso a bienes y servicios de salud, así como la ausencia de esquemas de protección social son factores claves para explicar las inequidades en los países de América Latina y el Caribe.

En este contexto, es claro que los esfuerzos de la sociedad en su conjunto deben concentrarse en incrementar el acceso a los sistemas de salud para los grupos actualmente excluidos, a través de la expansión progresiva de la cobertura de servicios de salud y la eliminación de barreras de acceso a dichos servicios económicas, étnicas, culturales, de género y asociadas a la situación laboral. (OMS-OPS, Salud en las Américas , Septiembre, 2001)(48)

#### **2.2.1.7 Atención Primaria Ecuador**

Nuestro país, así como en la mayoría de países de América Latina, el sector salud se enfrenta grandes retos para lograr el establecimiento de políticas de estado que conducen al logro de objetivos de equidad, eficiencia, calidad y solidaridad en los servicios de salud.

El Plan Nacional de Salud, constituye el desarrollo del modelo de Salud Familiar y Comunitaria Integral, se realizaron tres ensayos pilotos a lo largo de 1989 y de la evaluación de los mismos se extendió el plan al resto del país con dos modalidades, la primera, mediante la instalación de nuevas unidades operativas con la respectiva

dotación de equipos humanos y materiales, en los lugares desprovistos de servicios y en orden sucesivo de acuerdo a prioridades , y la segunda, mediante la transformación de los antiguos centros y subcentros de salud, en centros comunitarios de Salud Familiar, transformación que implica un profundo cambio conceptual acompañado de los correspondientes cambios en las acciones.

La atención familiar y comunitaria constituyo un reto para médicos y más personal del MSP, no solo por el profundo cambio de modelo sino porque exige, para su apropiada aplicación, la participación activa y responsable de la familia y la comunidad, al convertirse en meros receptores pasivos de atenciones medicas, en agentes activos de su propia salud y bienestar.

Tales cambios no constituyen por si mismos los objetivos pero son parte indispensable hacia el logro de una vida saludable para todos. No se trata de un rígido esquema de actividades o tareas a desarrollarse; se trata de un proceso muy dinámico que, aunque atiende a principios generales, tiene que adaptarse a la realidad de cada comunidad, a sus necesidades, nivel intelectual, tradiciones y problemática.

Desde comienzos de los años 90, el MSP comenzó un proceso de desconcentración de la gestión en las denominadas "áreas de salud" como unidades geográfico poblacionales donde se organiza el sector salud para la cobertura universal de la atención de salud.

En el período 1994-2001 el proyecto FASBASE, financiado por el Banco Mundial apoyó 41 de las 160 áreas de salud en todo el país. Las propuestas de reforma sectorial han mantenido los procesos de desconcentración y descentralización como uno de los ejes de cambio. Se han desarrollado experiencias piloto o demostrativas apoyadas por el proyecto MODERSA (Modernización de los Servicios de Salud, también financiado por el Banco Mundial) que opera desde 1998 con el modelo de "Sistemas Descentralizados de Servicios de Salud" así también por ONG's como CARE y CEPAR, la cooperación de OPS/OMS y de los Gobiernos de Bélgica, Holanda, Alemania (GTZ) y la iniciativa de algunos Municipios.

En los últimos años, el MSP, con el apoyo del gobierno central, ha priorizado y realizado esfuerzos para impulsar iniciativas de protección social en salud basadas en la

Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y Promoción de Salud (PS) dirigidas a la población excluida. El MSP está llevando a cabo una serie de programas de promoción y protección de la salud que incluyen salud materno-infantil, control del niño sano, detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, inmunizaciones, control y vigilancia epidemiológica, entre otros. Estas acciones de salud pública han logrado el control de enfermedades prevenibles por vacuna como la poliomielitis, la tos ferina, el sarampión y el tétanos neonatal.

Para paliar los problemas asociados a la situación de inequidad e ineficiencia del sistema de salud en el país, habría que:

- Fortalecer la red de servicios de salud**, con base en la Atención Primaria.
- Educar a la población en salud**, pues algunas enfermedades con mayor incidencia son prevenibles mediante programas de educación, ya que la práctica de la medicina ecuatoriana se centra fundamentalmente en la curación, y no tanto en la prevención por medio de la educación.
- Formar a profesionales de la salud** que estén en disposición de cumplir con los ODM y mejorar la situación de la realidad sanitaria en el Ecuador, tanto a nivel directivo como técnicos operativos, de las Direcciones Provinciales del MSP, que puedan garantizar la calidad de atención a los grupos de atención prioritaria de las provincias de Cotopaxi, Chimborazo y Bolívar, y del resto del país.

Es por tanto necesario diseñar, desarrollar e implementar programas de formación de postgrado en salud que fomenten el desarrollo de las aptitudes de dirección, gestión y coordinación del sistema ecuatoriano de salud, a fin de mejorar la capacidad resolutive, la toma de decisiones y la cantidad y calidad en la asistencia sanitaria de las unidades de salud del MSP y de las instituciones que conforman la red pública y complementaria de salud.

Con este propósito, se reunió en mayo de 2002, en la ciudad de Quito, se reúne el Primer Congreso Nacional por la Salud y la Vida, donde se elaboran Políticas Nacionales de Salud y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, que se encuentran vigentes.

La Declaración de Quito, manifiesta “institucionalizar el Congreso Nacional por la Salud y la Vida, a realizarse cada dos años, como espacio democrático de veeduría y consulta nacional sobre temas de trascendencia para la salud de la población del país”

El II Congreso por la Salud y la Vida, realizado en la Ciudad de Guayaquil, del 15 al 17 de Septiembre del 2004, auspiciado por MSP, CONASA, MODERSA, OPS/OMS, UNFPA y UNICEF, con el objetivo de evaluar el cumplimiento de la política nacional de salud, validada en el Congreso anterior y de construir una nueva agenda política de salud para los próximos dos años. (CONASA, Memorias II Congreso por la Salud y la Vida, Septiembre, 2004)(18)

El desarrollo de un modelo concertado de atención para todas las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud de acuerdo con los principios y características señalados en la Agenda Política de este Congreso y en base a ello conformar las redes plurales a nivel local; sustentado en los postulados de la Atención primaria de la Salud, promoción de la salud, enfoque intercultural, licenciamiento de los servicios, calidad y eficiencia en la atención.

El compromiso también es acoger la Propuesta de Política Nacional de Salud Sexual, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, aplicar la política integral de recursos humanos que considere una mejor disponibilidad para la extensión de cobertura, elevación de la calidad, garantía de selección en base a criterios técnicos, formación acorde a las necesidades de la población y del Sistema, condiciones de trabajo dignas, estabilidad en base a evaluación de desempeño y remuneración adecuada.

Comprender que las demandas presupuestarias en salud son inversión prioritaria en capital humano, razón de ser de la economía y no gasto improductivo, por lo que la asignación presupuestaria en este campo, debe ser suficiente, sostenida y con cumplimiento de los preceptos constitucionales, cuidando la calidad del gasto.

Asignar mayores recursos para la extensión de cobertura de mujeres y niños amparados por la Ley de Maternidad Gratuita y Protección a la Infancia como núcleo del proceso de aseguramiento universal en salud extendiendo su beneficio a otros grupos poblacionales, especialmente a los ancianos, dando prioridad a las regiones de mayor

pobreza.

Crear un sistema de veedurías en salud para ejercer el control de la Agenda Política de este Congreso, garantizar la transparencia de estos procesos y combatir los elementos de corrupción que se presenten.

Durante el II Congreso por la Salud y la Vida, se analizaron 6 temas de interés nacional:

**Tema 1:** Objetivos de Desarrollo del Milenio, Equidad y Derecho a la Salud

**Tema 2:** Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos: resultados de la implementación de las estrategias para la reducción de mortalidad materna

**Tema 3:** Modelo de atención y redes para la extensión de cobertura en salud

**Tema 4:** Acceso a los medicamentos esenciales

**Tema 5:** Rectoría y descentralización del Sistema Nacional de Salud

**Tema 6:** Financiamiento y acceso universal a salud

El análisis de estos ejes temáticos aportó con los elementos necesarios para la elaboración de la Agenda Política en Salud 2004-2006, marco de referencia para la definición y organización de planes, programas y proyectos tanto del nivel nacional como del provincial y local.

Uno de los acuerdos fundamentales del II Congreso fue la necesidad de dar **seguimiento a la implementación a la Agenda Política**, de manera que se constituya en una responsabilidad tanto de la sociedad civil, como del Gobiernos nacional y seccionales.

El III Congreso por la Salud y la Vida a realizarse en la ciudad de Cuenca en el año 2007, para lo cual se han definido 3 fases:

**Primera fase:** Realización de tres talleres regionales entre los meses Septiembre y Noviembre del 2006, en las ciudades Guayaquil, Cuenca y Quito; y, 22 talleres provinciales para el análisis y seguimiento de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida.

**Segunda fase:** Ejecución durante el primer cuatrimestre del 2007, de 22 talleres provinciales previos al III Congreso, en los cuáles se contará como insumo básico, además de los temas mismos del Congreso, con el documento producto de la primera fase: Análisis del seguimiento de la Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida, consolidado nacional, por provincias y por cantones.

**Tercera Fase:** Desarrollo del III Congreso por la Salud y la Vida. Cuenca 2007.

El III Congreso por la Salud y la Vida “Dr. César Hermida Piedra”, realizado en Cuenca del 9 al 11 de Abril del 2007, en homenaje a sus 450 años de fundación, constituye un hecho histórico, ya que se desarrollo en el contexto de un nuevo gobierno constitucional que ha privilegiado la salud como un derecho humano fundamental, además se inscribe en el marco de la estrategia de la extensión de la protección social en salud, son claros lineamientos establecidos por el MSP, que conceptualiza la salud como un derecho básico, la preeminencia de los intereses de salud publica, sobre lo comercial y económico, la garantía de acceso y cobertura en condiciones de equidad y la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, con la implementación del modelo de atención integral e integrado con enfoque comunitario, familiar, pluricultural y de género, basado en la estrategia de atención primaria en salud. (CONASA, Memorias III Congreso por la Salud y la Vida, Abril, 2007)(19).

El IV Congreso por la Salud y la Vida, COSAVI, “Edmundo Granda Ugalde”, donde su Propuesta de Transformación Social del Sector Salud, se basa en 7 ejes, en el marco de los derechos y el concepto del Sumak Kawsay de la Constitución del año 2008, se realizaron 24 talleres pre congreso cumplidos de los cuales han participado alrededor de 8000 personas en torno a los ejes de Rectoría, Redes y Participación, que fueron los temas resueltos para el debate en este Congreso, que forma parte de la nueva cultura de participación en salud.



Se establecieron resoluciones por eje analizado, comenzando por el de rectoría “El MSP es la autoridad sanitaria que debe cumplir las siguientes funciones rectoras”, en cuanto al nivel político y jurídico, crear, cumplir y hacer cumplir políticas “públicas” de Estado, elaboradas y ejecutadas en consonancia con la Constitución, la cual garantiza el cumplimiento pleno de los derechos humanos y de la naturaleza en el marco del SUMAK KAWSAY.

Esto requiere que todos los actores del SNS participen activamente en la propuesta, legislación y armonización del marco jurídico del país para que no existan contradicciones ni vacíos entre la normativa secundaria y la Constitución Política, como por ejemplo, LMGYAI, Ley de Soberanía Alimentaria, Ley de Régimen Municipal.

Todas las políticas públicas y la toma de decisiones lideradas por la ASN, deben nacer de los problemas específicos en salud de acuerdo a la realidad de cada región evidenciados en estudios de factores de riesgo y factores protectores.

En el Nivel técnico y de control, debe normatizar de acuerdo a estándares que deben recoger los principios de precaución, universalidad, intergeneracional y pluriculturalidad, así como sancionar el incumplimiento de procedimientos y protocolos aplicando las normativas internacional técnica y de protección de derechos.

La ASN debe ejercer su papel rector con propiedad en todos los niveles, mediante la articulación de un sistema de información único (HC única universal y confidencial cuyo número debe ser el mismo de la cédula de identidad, para facilitar la referencia y contra referencia.

En la articulación de la red de servicios de salud pública, en la actualización del registro y notificación obligatoria en los perfiles para reflejar los graves problemas a la salud que hoy no están contemplados por ejemplo: los diversos tipos de cáncer e impactos al ambiente y la alimentación producidos por la revolución industrial.

En el nivel administrativo, garantizar la gratuidad absoluta de acuerdo a la Constitución a través de presupuesto suficiente y financiamiento oportuno, con RR.HH capacitados, tecnología de punta, medicamentos e infraestructura de acuerdo a las necesidades de

cada zona.

La función esencial de Salud Pública:

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
3. Promoción de la salud
4. Participación ciudadana en la salud
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
10. Investigación en salud pública
11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

En el desarrollo del congreso se analizaron varios problemas que existen en el sector salud, los principales menciono a continuación:

Ante la inexistencia de un sistema único de información para todas las instituciones del sector salud, el Sistema Nacional de Salud dispondrá (en un tiempo de 2 años a partir de esta fecha) de un sistema único de información para todas las instituciones del sector salud y desarrollo de indicadores que integre medicina alternativa y ancestral.

Existe deficiente coordinación entre instituciones de salud genera incumplimiento de roles y funciones por lo que es necesaria la Coordinación de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a través de la conformación y funcionamiento obligatorio de los consejos parroquiales, cantonales y provinciales de salud, liderado por la Autoridad Sanitaria.

El deficiente funcionamiento el sistema de referencia y contra referencia se deberá:

1. Organizar las redes de salud por provincias y regiones (incluye una red parroquial y cantonal de atención integral), con capacidad resolutive local y gestión desconcentrada.
2. Unidades de salud del sistema cumplirán con las normas de licenciamiento.
3. Homologación de las unidades de salud.
4. Las instituciones del Sistema Nacional de Salud cumplirán con el Modelo de Atención integral, familiar, comunitario e intercultural en base a la atención primaria de salud y articulando niveles de atención.
5. Funcionamiento del sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación de las unidades del SNS que fortalecerá las competencias del sector.

Existe poco interés y voluntad política de las autoridades del MSP e IESS para coordinar acciones y conformar la red entre las dos instituciones:

1. Exigir a las autoridades el cumplimiento de leyes y acuerdos firmados y establecidos entre el MSP, IESS, el SSC y demás instituciones del sistema.
2. Las necesidades económicas y organizativas deben ser definidas por el nivel local.
3. Definir un tarifario de las prestaciones en acuerdo con las partes, para que se haga efectivo la complementariedad de los servicios.

Deficiente seguimiento, monitoreo y evaluación en la incorporación y ejecución de los compromisos establecidos en los Congresos por la Salud y la Vida y en las Políticas, normas y reglamentaciones del País:

1. Capacitación y evaluación continúa al personal de salud de las instituciones del SNS.
2. Puestos de libre remoción deben ser designados por concurso de merecimiento y oposición, para dar sostenibilidad a los procesos implementados en la localidad.
3. Agenda Nacional por la salud y la vida, incluirá definición de roles de cada uno de los ministerios e instituciones.
4. Realizar monitoreo y seguimiento de los compromisos asumidos en este Congreso.
5. Conformación de un observatorio ciudadano de cumplimiento de derechos y compromisos asumidos por las instituciones.

En los próximos dos años el Estado, con la participación y veeduría ciudadana, deberá garantizar oportunamente los recursos necesarios y suficientes, para construir y articular redes plurales para implementar el modelo de atención con base en Recursos Humanos, Carrera sanitaria que incluya a los agentes comunitarios.

Definir las prestaciones y los roles de los prestadores (IESS, MSP, ISPOL, ISFA, Municipios, Consejos Provinciales, Privadas con y sin fines de lucro, Prepagas, Aseguradoras, Sistemas médicos tradicionales alternativos y complementarios).

Generar un Plan Nacional sobre la situación ambiental y su impacto en la salud involucrando a otros sectores: Ministerios de Ambiente, Educación, Trabajo, Energía y Minas y otros, hacia la construcción participativa del sistema nacional de salud.

Implementar la integración la red de Salud Pública, Privada y Comunitaria, partiendo de que su órgano rector es el MSP, reconociendo la naturaleza pública y privada de cada uno de los prestadores o integrantes y su rol complementario dentro de la red.

Acelerar el Proceso de Licenciamiento de prestadores públicos y privados, desarrollando las herramientas e indicadores, que integren a las medicinas alternativas y ancestrales, debiendo estas últimas ser acreditadas por sus comunidades. (CONASA, Memorias IV Congreso por la Salud y la Vida, Marzo 2009)(20)

#### **2.2.1.8 Atención Primaria Provincia de Pichincha**

El Gobierno Provincial de Pichincha, interesado en contribuir con el proceso nacional de lucha contra la pobreza y con la definición de una estrategia que logre alcanzar en el año 2015 los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el Ecuador, ha dado un primer paso con el estudio de la situación de los ODM en la provincia. Los resultados que arroje el balance de los ODM permitirán abrir un espacio de discusión y concertación con los actores públicos y privados, que permita tener un acuerdo a nivel provincial para el logro de los ODM en Pichincha.

El estudio de Avance de los objetivos del Milenio en la provincia de Pichincha establece que la provincia evidencia importantes niveles de avance en el logro de los

Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como fuertes contradicciones entre sus cantones.

Cabe mencionar que, al asignar un valor de 10 puntos al logro de los Objetivos del Milenio, la provincia de Pichincha, en términos generales, considerando todos los ODM, alcanza los 7,36 puntos, valor que está por encima de otras provincias y que solamente es superado por Galápagos.

Si bien estas cifras son alentadoras, no deben restar el necesario compromiso de la provincia y de sus actores locales por alcanzar el cien por ciento de los ODM, tanto en el ámbito urbano como en el rural, privilegiando la equidad, pues para todos es conocido que en la provincia y en cada cantón coexisten “dos realidades” totalmente diferentes: en cobertura de servicios y acceso a oportunidades: la que se vive en Quito y lo que se vive en el resto de cantones, mas aún entre el campo y las ciudades.

La provincia de Pichincha ha logrado algunos avances en la consecución de los ODM. Algunas metas han sido ya cumplidas o se avizora su cumplimiento en el plazo previsto. Tal es el caso de los indicadores de equidad en educación y de gastos de inversión en el presupuesto local. Lo mismo ocurre, aunque sólo parcialmente, con los indicadores de pobreza y de cobertura de las áreas protegidas y bosques protectores.

Sin embargo, constituyen motivos de preocupación: los niveles de desigualdad, que no han disminuido; el lento aumento de las tasas de matrícula y del paso de primaria a secundaria; el estancamiento en el porcentaje de población que termina la primaria y en los niveles de analfabetismo; la crítica condición de la salud materna; el incremento de personas infectadas con VIH/SIDA; las enormes brechas entre los ingresos de mujeres y hombres; la alta concentración de la tierra; y, la poca capacidad de generación de ingresos del gobierno local.

En cuanto al objetivo de erradicar la pobreza y los problemas nutricionales, cuya meta es reducir a la mitad el porcentaje de personas indigentes, para el año 2003 se establece como extrema pobreza de ingreso al 8.96% de la población; pobreza de ingreso 29.8%. Extrema pobreza según NBI para 1990 fue del 22.8%; para el 2001 baja al 14.6%, la meta es llegar al 11.6%. Pobreza según NBI, para 1990 el 52.6%; para el 2001 baja a

40.6%, la meta es llegar al 26.3%.

La meta II es reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que están desnutridas o padecen hambre; para el año 2004 la desnutrición global esta en 11.2% y la desnutrición crónica en 15.4%.

El cuarto objetivo: reducir la mortalidad infantil, cuya meta es reducir en dos terceras partes, entre los años 1990 y 2015 en menores de 5 años. Tasa de mortalidad neonatal precoz para el año 1998 fue de 9.4 por 1000 nacidos vivos; para el 2003 baja a 9. Tasa de mortalidad postneonatal en 1998 fue de 10.4 por 1000 nacidos vivos; para 2003 fue 8.6 por mil.

Por lo tanto los desafíos en cuanto a Mortalidad de la niñez o de niños menores de 5 años (Tasa por mil) para el año 1998 fue del 30.2; en 2003 baja a 26.4 por mil. Meta país: 10,2.

Tasa de mortalidad infantil (menores de un año) (tasa por mil), para 1998: 23,2 y 2003: 20,5; Meta país: 7,58.

Tasa de mortalidad neonatal: 1998 fue del 12.8; para 2003: 11.7; Meta país: 2,93.

Estos indicadores son esenciales, pues se vinculan a los momentos más vulnerables de la vida de las personas. A pesar de los importantes esfuerzos realizados en la provincia de Pichincha, la tasa global de mortalidad en la niñez y en el período infantil siguen siendo altas. Aún cuando en la última década se hace evidente una clara tendencia descendente, es preciso optimizar la institucionalización de políticas públicas y el fortalecimiento de los servicios de salud como medidas inmediatas para controlar la mortalidad en la niñez. Es importante llamar la atención sobre las heterogeneidades que esconde la tasa global: grupos de población que habitan en el espacio rural y en los cantones con elevados niveles de pobreza, superan significativamente la tasa de la provincia.

Adicionalmente, es importante destacar la tendencia descendente de la mortalidad neonatal, post neonatal precoz y post neonatal tardía. Sin embargo, es preciso observar que un poco más de la mitad de las defunciones entre menores de un año suceden antes de que cumplan el primer mes de vida.

Los riesgos de mortalidad de la niñez están asociados directamente con las condiciones del cuidado infantil, los niveles de nutrición, la vacunación y la prevención o el tratamiento para infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas, y con los niveles educativos de sus madres.

Las parroquias que presentan las tasas de mortalidad de la niñez más altas (100- 389 por mil nacidos vivos) son las localizadas en la región andina de la provincia (Cotogchoa, Alóag, Otón, Conocoto, Cangahua, Tupigachi, Tabacundo, El Chaupi, Aloasí, Tambillo, La Esperanza, Uyumbicho, Checa y Lloa). El grado de incidencia depende de los niveles de pobreza, niveles de analfabetismo en la población femenina y de la facilidad geográfica para acceder a los servicios de salud. Por ejemplo, en las parroquias de Lloa, El Chaupi, Otón, Cangahua, Tupigachi y Cotogchoa, el porcentaje de población pobre supera el 40%, las tasas de analfabetismo femenino son superiores al 15% y existen dificultades geográficas para acceder a los servicios de salud.

La mayor parte de la población atribuye la posibilidad de prevenir la muerte y alcanzar la salud a la disponibilidad del servicio, del personal médico y los medicamentos. Esta percepción comunitaria es el reflejo del modelo curativo y medicalizado que domina al sector salud. Desde la perspectiva de este modelo, predomina una desesperante calma y actitud pasiva que consiste en esperar en el consultorio la llegada de los enfermos o enfermas.

Esta concepción sobre la salud ha aportado muy poco a mejorar las condiciones y calidad de vida de la población. Como alternativa, se requiere fortalecer la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Por otra parte, es evidente que en estos últimos años tanto la población del país como la de Pichincha ha visto disminuir sus posibilidades para satisfacer sus requerimientos mínimos de vida. Al respecto, se considera que problemas como el incremento de los niveles de pobreza, de la desocupación y subocupación tienen un impacto directo sobre las actuales condiciones de salud de las y los menores de cinco años.

Estas condiciones socio-económicas, evidentemente, no son homogéneas entre los diversos cantones. Lo señalado permite advertir que la tasa provincial global de

mortalidad de las niñas y niños menores de cinco años debe esconder disparidades entre los diferentes cantones y parroquias de la provincia.

Por otra parte, las normas nacionales de atención del MSP disponen que, en el caso de la niñez, se debe poner énfasis en el control de la nutrición, y en la prevención y tratamiento oportuno de la enfermedad diarreica aguda y de las infecciones respiratorias (procesos infecciosos que tienen el mayor impacto en el perfil de morbilidad y mortalidad en los menores de cinco años). En el horizonte epidemiológico de Pichincha durante la última década, la enfermedad diarreica aguda y las infecciones respiratorias agudas permanecen como parte de las principales enfermedades notificadas por el subsistema EPI2. De acuerdo con ENDEMAIN, en la década 1994-2004, la prevalencia de enfermedad diarreica se incrementó de 17,1% a 21,4%, y esta prevalencia es similar a nivel provincial por sexo y por nivel de instrucción de la madre, pero es mayor cuando el niño o niña es menor de 2 años. En contraste, en el caso de las infecciones respiratorias agudas, durante la década 1994-2004, la prevalencia disminuyó de 59,3% a 36,5%.

Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos), en 1995 fue de 78.4; para el año 2000 baja al 58.8; para el 2003 en 39.4, la meta país para el año 2015 será del 29.3.

Como se señaló anteriormente, la mortalidad materna refleja claramente la importancia que le asigna el Estado a la salud. Así mismo, este indicador pone en evidencia las condiciones económicas y sociales en que vive la población y su capacidad de acceso a bienes y servicios que le permitan ejercer sus derechos y satisfacer sus necesidades de salud. En el Ecuador, la mortalidad materna, incluyendo la morbilidad asociada a sus factores determinantes, constituye un grave problema de salud pública. Revela tanto algunas de las más profundas inequidades en las condiciones generales de vida, como el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva (su nivel de acceso a los servicios de salud y la calidad de atención que reciben).

La gestación es un período fisiológico no exento de múltiples complicaciones que pueden generar secuelas que van desde la limitación funcional hasta la muerte, pasando por la minusvalía y la discapacidad. El daño a la salud materna responde, en varios casos, a las limitaciones en los momentos del control y la atención de los embarazos y



partos. Se trata entonces de defunciones y daños a la salud totalmente evitables mediante un adecuado control y atención. Lo señalado no contradice la percepción que tiene la población sobre la mortalidad materna: todas las opiniones concuerdan que es posible evitar la muerte.

El control prenatal comprende la atención desde la concepción hasta el inicio del trabajo de parto. Los cambios fisiológicos propios del período del embarazo obligan a programar una eficiente atención médica para preparar física y psicológicamente a la mujer y así conseguir una evolución normal de su embarazo, un parto sin complicaciones y el nacimiento de un niño o niña saludables.

Se considera que la atención prenatal debe ser precoz, periódica e integral. Precoz en la medida que permita la captación de la embarazada, en lo posible, desde la primera falta de menstruación, o por lo menos, durante el primer trimestre de la gestación. En cuanto al carácter periódico de la atención, se considera como nivel óptimo 13 consultas: una consulta mensual hasta la trigésima segunda semana de embarazo; una cada dos semanas hasta la trigésima sexta semana; y, una consulta semanal hasta el momento del parto. El nivel mínimo es de cinco controles: una consulta en la primera mitad del embarazo; otra en la vigésima y trigésima segunda semana gestacional; luego, una consulta en la trigésima sexta semana; y, dos cada dos semanas hasta el momento del parto. La periodicidad varía ante la presencia de cualquier complicación (MSP, 2006).

Los desafíos para la Provincia de Pichincha en cuanto a partos con asistencia de personal sanitario especializado, para 1994 fue del 77,6%; para 1999 del 83%; 2004 el 81%, la meta para 2015, llegar al 100%.

Como se ha señalado, entre los factores de mayor asociación con la muerte materna se incluyen el lugar de atención del parto y el personal que atiende el mismo. Es decir, la calidad de la atención y del servicio de salud es decisiva. La atención por parte de personal calificado contribuye, además, a evitar complicaciones y favorece la remisión y complementación con otros servicios (entre ellos, los de planificación familiar y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual).

Quienes optan por la alternativa de atenderse en una institución de salud, lo hacen considerando tres factores: la calidad de la atención, la confianza que depositen en el personal de salud o la cercanía del servicio de salud a su domicilio. Quienes prefieren la señalan cuatro motivos: no haber alcanzado a llegar a la unidad de salud, por costumbre, por falta de recursos económicos o porque tienen mayor confianza en las parteras. (ENDEMAIN, Octubre 2005) (26)

Por otra parte, en el caso de la atención profesional del parto, se hace evidente un significativo incremento de la atención en el sector privado (del 19,5% en 1994 al 23,2% en 2004) y una disminución en el sector público (del 58,1% en 1994 al 57,8% en 2004). Insistiendo, a pesar de la vigencia de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Por otra parte, la atención institucional del parto muestra una relación directa con el nivel de instrucción de la madre y el quintil económico al que pertenece. Mientras mayor es su nivel de instrucción o el quintil económico al que pertenece, mayor es el porcentaje de atención institucional, y dentro de esta, mayor es la atención en el sector privado (clínicas o consulta privada).

Cobertura de atención postparto para el año 1994 fue del 47.9%; en el 1999 fue del 47.2%; para el 2003 baja al 46.9%, la meta será llegar al 100% para el 2015.

Se ha señalado que uno de los determinantes fundamentales en la mortalidad materna es el adecuado control del posparto y, sobre todo, el manejo activo del tercer período del parto, fase en la que se generan complicaciones hemorrágicas que deben ser prevenidas y que constituyen las principales causas de la mortalidad.

En Pichincha, en 2004, únicamente el 46,9% de mujeres embarazadas y que tuvo su parto, señaló haber recibido control en el post parto. Si a ello se añade que un importante 17,9% de madres tiene su parto en su domicilio, es evidente que los servicios de salud requieren multiplicar sus esfuerzos a fin de garantizar un óptimo control del post parto (momento que, lo repetimos, es uno de los más importantes por su asociación directa con las mayores causas de mortalidad materna). Como en el caso de la atención institucional del parto, el control del posparto incrementa con el nivel de

instrucción de la madre y el quintil económico al que pertenece. (CISMILCONCOPE, AEI, QUITO,2006)(13)

El 31 de octubre de 2007 se llevó adelante la presentación del Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario, que tiene como principio la inclusión social, permitiendo al ciudadano acceder a los servicios de salud pública de forma universal, equitativa, coordinada, integradora y participativa, con la participación de la Dra. Caroline Chang, Ministra de Salud Pública; Dr. Jorge Luis Prospero, Representante de la OPS/OMS en Ecuador.

La aplicación del Modelo de Atención en Salud proyecta favorecer a 682 mil personas en el sector rural y urbano, gracias a los Equipos Básicos de Salud EBAS (médico, enfermera, promotor comunitario) que visitan al paciente en sus comunidades. Este modelo optimiza las acciones de salud asignando recursos a las unidades bajo el cumplimiento de metas e indicadores, así como logra una real participación veeduría ciudadana para la exigencia del cumplimiento del derecho a una atención digna y de calidad en el ámbito familiar y social. Enfatiza la importancia de reconstruir un modelo de atención diferente, que tenga una mirada familiar y comunitaria y permita llegar con atención en salud a la población más vulnerable.

El compromiso del Ministerio de Salud Pública es brindar atención gratuita en los servicios de salud, atención hospitalaria oportuna, medicamentos, insumos y materiales médicos sin costo, mejoramiento y ampliación de la infraestructura sanitaria, equipamiento adecuado en todos los niveles de atención, extensión de los horarios de servicio a 8 y 24 horas diarias, mejoramiento de la calidad de los servicios y prestaciones de salud, visitas familiares, casa por casa. (MSP, Modelo de atención integral de salud, comunitario, e intercultural, marzo, 2008)(42)

El 17 de septiembre de 2007 se realizó la presentación del Plan de Acción Nacional y la Política Integral de Salud del Adulto-Adulto Mayor, así como la inauguración de los servicios de consulta ambulatoria del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. La política y el plan de acción promueven el bienestar de estos grupos de edad mediante el desarrollo de acciones para un envejecimiento activo y saludable, tomando en cuenta las políticas nacionales y acuerdos internacionales, la prestación de servicios, entre otros

aspectos. (MSP, Manual de Normas de Atención al Adulto y adulto mayor, septiembre 2007)(43)

## **2.2.2 SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD**

El abordaje de las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario sigue siendo problemático, porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud.

Las políticas de salud son importantes porque afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados.

Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional, la inmunización, los alimentos y medicamentos, y la contaminación ambiental.

### **2.2.2.1 Valores, principios y propósitos de los sistemas de salud**

Los sistemas de salud son el reflejo de importantes valores sociales que también se expresan en los marcos jurídicos e institucionales en los que se encuadra la formulación de las políticas de salud.

Se indican a continuación algunos de los valores, principios y propósitos que la mayoría de los países de la Región expresa para sus sistemas de salud en sus constituciones o leyes:

- Valores: derecho a la salud, universalidad, solidaridad, equidad, dignidad, desarrollo sostenible, gobernabilidad democrática.
- Principios: eficiencia, eficacia, calidad, participación/control social, integralidad de la atención, interculturalidad, descentralización, transparencia.
- Propósitos: proteger la salud de las personas y mejorar la calidad de vida, reducir las desigualdades e inequidades, orientar los servicios a las necesidades de la población, brindar protección financiera frente a los riesgos y consecuencias de enfermar, y satisfacer las expectativas de la población respetando su dignidad y autonomía y garantizando su derecho a la confidencialidad.

#### **2.2.2.2 Antecedentes históricos**

Los sistemas de salud de la Región se basaron en los modelos occidentales de protección social, pero a diferencia de los modelos instaurados en la mayoría de los países europeos, los subsistemas latinoamericanos se orientaron hacia estratos específicos de la población, agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico o condición urbana o rural, lo que produjo un fenómeno de segregación poblacional consistente en la estratificación del ejercicio del derecho a la salud.

#### **2.2.2.3 Organización, cobertura y desempeño de los sistemas de salud**

El grado de integración y el tipo de interacciones existentes en un sistema de salud constituyen factores críticos para determinar su capacidad de respuesta a las demandas de sus beneficiarios.

Los sistemas únicos están, por definición, integrados verticalmente (una sola entidad ejecuta todas las funciones) y horizontalmente (una sola entidad cubre a toda la población), mientras que los sistemas mixtos pueden tener diversos grados de integración o segmentación/fragmentación, ya sea de las funciones del sistema o de

segregación de los distintos grupos de población cubiertos, y cada subsector mantiene su propio sistema de financiamiento.

#### **2.2.2.4 Exclusión social y barrera de acceso al sistema de salud**

El reconocimiento de la exclusión social en salud, definida como “la falta de acceso de individuos o grupos a los bienes, servicios y oportunidades en salud que otros individuos o grupos de la sociedad disfrutan, además de ser susceptible de caracterización, ha constituido un avance importante en la comprensión de los fenómenos que afectan al acceso a la salud.

Las principales causas de exclusión en salud identificadas varían entre los países, pero en general tienen que ver con la pobreza, la ruralidad, la informalidad en el empleo y factores relacionados con el desempeño, la estructura y la organización de los sistemas de salud. La exclusión es, esencialmente, la negación del derecho de satisfacer las necesidades y demandas de salud de aquellos ciudadanos que no cuentan con recursos económicos suficientes o que no pertenecen a los grupos dominantes de la sociedad.

#### **2.2.2.5 Funciones de los Sistemas de Salud: evolución y situación actual**

El sector de la salud se define como el conjunto de valores, normas e instituciones, así como de los actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios cuyos objetivos primordiales son promover la salud de individuos o grupos de población. Se supone que las actividades que realizan estos actores e instituciones están dirigidas a la prevención y control de la enfermedad; la provisión de servicios de salud personales y no personales a la población; la investigación científica en salud; la capacitación de personal de salud, y la disseminación de información a la población en general.

La OPS reseña tres nociones de lo que constituye un sistema de salud. En su significado más restringido, un sistema de salud se reduce a llevar a cabo actividades bajo el control directo del Ministerio de Salud, de modo que quedan excluidas muchas otras iniciativas públicas o privadas ajenas a esta institución. En algunos países, lo anterior comprende las acciones tradicionales de salud pública y la oferta parcial de servicios médicos

personales, pero no incluye todas las intervenciones necesarias para mejorar la salud, e incluso pueden estar excluidos los servicios médicos personales que prestan otras instituciones del Gobierno, organizaciones no gubernamentales o el sector privado.

La segunda noción de sistema de salud abarca los servicios médicos individuales y los servicios de salud dirigidos a la colectividad, pero no incluye las acciones intersectoriales destinadas a mejorar la salud. Así, se considerarían parte del sistema de salud las intervenciones tradicionales de salud pública, tales como la diseminación de información sanitaria, pero no las actividades intersectoriales de carácter ambiental, como el saneamiento y el suministro de agua potable.

La tercera definición considera como parte del sistema de salud cualquier medida cuyo fin primordial sea mejorar la situación de salud, incluidas acciones intersectoriales tales como el establecimiento de normas para reducir las defunciones causadas por accidentes de tránsito.

#### **2.2.1.4 Acceso a los servicios de salud**

Se entiende por acceso a los servicios de salud la posibilidad de obtener atención cuando se la necesita. La accesibilidad se refiere al grado en que los servicios médicos alcanzan un nivel aceptable para la población y responden a sus necesidades. La accesibilidad, en última instancia, se manifiesta en la posibilidad de utilización de los servicios de salud por determinados grupos de población que a priori podrían suponerse desfavorecidos.

La accesibilidad se ve afectada por las características del sistema de prestación a los individuos y a las comunidades. El acceso a una fuente regular de atención un proveedor de atención primaria o una institución específica aumenta la probabilidad de que los individuos reciban los servicios médicos adecuados y, a su vez, obtengan mejores resultados de salud.

## **2.2.3 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

### **2.2.3.1 Evolución de los conceptos de Calidad**

Lograr la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios, por medio de soluciones óptimas a nivel técnico, a un precio accesible. A lo largo del tiempo se han ofrecido distintas definiciones de calidad de la atención. En 1979 Deming manifiesta que calidad es “Hacer lo correcto, de manera correcta, con oportunidad”. Uno de los autores que ha analizado la calidad de la atención médica es Donabedian, 1980 quien la define como “la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar los riesgos en forma proporcional. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios”. Donabedian señaló también que la calidad de la atención consta de dos componentes: la dimensión técnica y la dimensión interpersonal. Roemer y Montoya Aguilar, OMS, 1988 “...el desempeño apropiado (acorde a las normas) de las intervenciones que se sabe son seguras, que pueden costear la sociedad en cuestión y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad, y la desnutrición”. Palmer, 1989 “Provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario.

El Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos definió la calidad como “la medida en que los servicios de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados esperados en salud y son coherentes con el conocimiento profesional actual”. Los servicios médicos de alta calidad se definen como seguros, eficaces, centrados en el paciente y oportunos.

A mediados del siglo pasado, una característica dominante, es el esfuerzo que las instituciones promueven hacia el mejoramiento de la calidad, con el fin de no sucumbir ante el peso y la fuerza de la competencia, de una parte y por otra la necesidad y exigencia cada vez mayor de los usuarios. (DIAZ LLANES, Agosto, 2003)(22)

El esquema dominante de la globalización ha conducido a la inevitable cultura de



calidad, nos vemos abocados a los retos de un mercado cada vez mas exigente y al cual deben responder las instituciones con la permanente reingeniería de sus procesos de producción y el rediseño de sus productos y servicios, con el compromiso de hacerlos atractivos y confiables.

Hacer mejor es un desafío permanente de todos, representa un permanente esfuerzo de los trabajadores sin excepción. La calidad de la institución es el resultado de su planeación estratégica, reingeniería de procesos, del mejoramiento continuo y progresivo en todos los aspectos, del exigente control y las auditorias interna y externa.

En la actualidad las organizaciones, empresas o industrias imponen como un ejercicio puntual el mejoramiento continuo de la calidad, como la mejor estrategia para prevenir fallas y si se presentan, corregirlas oportunamente como una disciplina de cabal cumplimiento.

### **2.2.3.2 Dimensiones y atributos de la calidad**

Para conseguir la calidad en una institución se deben tomar en cuenta los siguientes atributos: Competencia profesional, la misma que se aplica a las aptitudes técnicas, interpersonales y administrativas de los agentes de salud. Cada individuo aporta técnicas de servicios clínicos, de diagnóstico y tratamiento, así como las relaciones con el enfermo. También incluyen las aptitudes técnicas para las actividades de prevención y recuperación de la salud comunitaria. Implica también que cada trabajador tenga valores éticos para la prestación del servicio.

La accesibilidad del servicio: se traduce en la ausencia de barreras de todo tipo: económicas, geográficas, sociales, culturales, lingüísticas; también hay que considerar la eficacia de la organización administrativa y el comportamiento individual del personal.

Los siguientes tres puntos podrían describir las condiciones de accesibilidad:

Costo económico: precio directo (pago) y el costo indirecto (tiempo, transporte, ingreso perdido) para el usuario.

Facilidad de acceso: geográfico, de horarios, de información, para poder hacer uso del servicio.

Aceptación: cultural, lingüística, étnico, de género, del usuario en la organización del servicio.

La efectividad de una norma o procedimiento: se refiere al hecho de que, si es aplicado correctamente, deberá producir los efectos beneficiosos deseados. De allí que la efectividad se basa en los conocimientos básicos, clínicos o epidemiológicos sobre los que se sustenta la norma o procedimiento.

La satisfacción del usuario: se mide según el grado en el que los servicios de salud satisfacen las necesidades de la población. La satisfacción del usuario depende de la resolución de sus problemas, del cuidado, del resultado según sus expectativas, del trato personal que recibió y del grado de oportunidad y amabilidad con el que el servicio fue brindado.

La eficiencia en la utilización de los recursos: servicios eficientes son aquellos que dan al enfermo y a la comunidad atención óptima de acuerdo a los recursos disponibles. La eficiencia exige que los profesionales utilicen el tiempo, los materiales, las finanzas y la información necesaria para producir la mayor cantidad de servicios posibles. La eficiencia exige también la reducción de tratamientos inadecuados como resultado de un diagnóstico incorrecto o de normas deficientes. (DIPRETE Braun, USAID, 2003)(23)

### **2.2.3.3 Usuarios y proveedores**

Usuarios internos: empleados, profesionales o trabajadores de la institución que son intermediarios en el proceso de producción.

Usuarios externos: personas que reciben los productos o servicios finales de la unidad de salud.

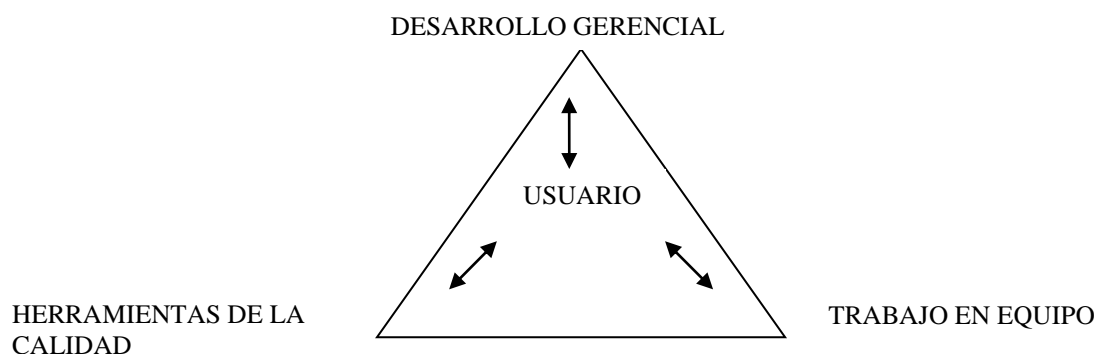
Proveedor interno: son las personas de la institución que nos proveen de los recursos para realizar el trabajo.

Proveedor externo: personas o instituciones que proveen recursos financieros, materiales, humanos o tecnológicos de la institución.

En el proceso de producción, cada persona involucrada es usuaria interna de la etapa anterior, y al mismo tiempo, proveedor interno de la etapa siguiente. En el proceso de producción de una consulta externa, se puede notar que el servicio depende de

proveedores externos. La producción de los servicios de consulta externa esta dirigida a los pacientes, y ellos pasan a ser los usuarios externos.

#### 2.2.3.4 El Triangulo de calidad <sup>(K, 2003)</sup>



El gráfico representa la relación interdependiente que hay entre los cuatro componentes vitales para la existencia de la calidad total en una institución. Para que exista el mejoramiento continuo de los servicios se necesita un buen sustento técnico de calidad, llevado adelante por equipos de trabajo motivados, con un compromiso activo del nivel gerencial para apoyar al proceso, orientados al usuario.

El equipo, junto con las herramientas de resolución de problemas, que se utilizan en el ciclo de mejoramiento de la calidad, se ubica en la base del triángulo porque representa la parte del contacto diario con el usuario. Si falla esta base será difícil mejorar nuestro servicio.

El vértice del triángulo esta representado por el Desarrollo Gerencial, no por ser jerárquicamente mas importante, sino porque sin su apoyo constante, el cambio no seria posible. Además, para implantar el proceso de mejoramiento continuo de la calidad de la institución, los gerentes también tienen que mejorar su desempeño.

Los equipos y los gerentes utilizaran las herramientas del mejoramiento de calidad para resolver los problemas uno por uno, con criterio de prioridad, a través de ciclos de mejoramiento continuo de calidad. Como se puede observar, los tres componentes deben estar orientados hacia el usuario, porque son sus apreciaciones y necesidades las

que definen lo que es calidad. Son estas las que debe satisfacer la institución y las que deben orientar el trabajo del servicio para constituirse en la razón de ser de la organización. (24)

### **2.2.3.5 Estrategia de Mejoramiento de la Calidad**

El mejorar la calidad de una institución, es importante tener una visión clara del tipo de institución que se quiere para el futuro. Esta visión se basara en los deseos y necesidades de los usuarios externos, respetando los valores de los usuarios internos, será definida por los directivos, conocida y compartida por todos. Para lograr esta visión es necesario dilucidar la misión de la institución, es decir la definición del servicio que debe prestar la institución a sus usuarios. La misión define la razón de ser de la institución.

Para lograr la visión y cumplir con ella, se definirán líneas estratégicas de acción a largo plazo. Estas se basan en un análisis de las fuerzas conducentes o resistentes en el cumplimiento de la misión. En la realización de estas estrategias o en el cumplimiento de la misión, se encontrara problemas que impiden una adecuada provisión de servicios. Para resolver estos se utilizara la metodología de resolución de problemas en ciclos de mejoramiento continuo de la calidad. Para lograr lo indicado se requiere mejorar las habilidades gerenciales no solo de los directivos, sino también del personal, es muy importante mejorar el trabajo en equipo.

### **2.2.3.6 Estrategia de implantación**

Para implementar el mejoramiento continuo de calidad, se necesita trabajar por etapas, documentando cada una de ellas e involucrando a todos los usuarios, internos y externos. También es necesario que se den algunas condiciones previas o supuestos iniciales:

¿Existe un deseo de cambio y de crecimiento de la organización?

¿La alta gerencia ha aprobado el proceso y esta dispuesta a implementar los cambios necesarios?

¿Existe descentralización en la toma de decisiones y se respetan las mismas?

¿Esta dispuesta la gerencia a permitir una flexibilidad en el proceso de implantación y

de cambio de los pasos administrativos?

A nivel de un Área de Salud, el personal no tiene control sobre estos supuestos. Sin embargo, si puede tomar en cuenta los siguientes lineamientos en la implantación del sistema:

- ✓ Probar el deseo del cambio de mentalidad: es crear una actitud favorable para iniciar un programa efectivo. Solo si la gerencia esta convencida de que han fracasado otras metodologías gerenciales o considera que por lo menos son insuficientes, se puede pensar en proponer un método alternativo.  
Se debe analizar en que partes del servicio de salud se debe comenzar, cuales son los recursos disponibles para los proyectos iniciales y como los obtendrá, con que personas se cuenta para la asignación de responsabilidades.
- ✓ Asegurar la aprobación gerencial: que garantice recursos, que forme un sistema de comunicación, información y mercadeo hacia los otros departamentos y documentar todas las etapas del proceso de cambio.
- ✓ Seleccionar un equipo de calidad: el personal mas motivado en contacto directo con los usuarios, tiene que liderar el proceso y ser catalizador del cambio. En función de los problemas prioritarios y de los equipos, se puede definir los primeros microproyectos.
- ✓ Organizar el mejoramiento: no trabajar sin plan. Se necesita saber a donde ir, caso contrario nunca se llegara. Las necesidades de los usuarios tienen que orientar el mejoramiento y el cambio institucional.  
La razón de ser de una organización es servir a los usuarios. Los servicios de apoyo administrativo y financiero solo se justifican en función del servicio al usuario. Entonces el cambio de las estructuras y procesos administrativos tienen que ser liderado por los cambios en la entrega del servicio.
- ✓ Resolver los problemas: Si no se tiene claridad sobre las causas fundamentales de los problemas, puede ir de arreglo en arreglo, sin tener éxito. En este paso, se requiere, la participación de todos los usuarios internos y externos, lo que implica la utilización de herramientas sencillas e interactivas, en la implantación

de proyectos de calidad que justifiquen el esfuerzo para mejorar, que sean demostrativos, que tengan un impacto directo en los usuarios externos y que sean relativamente sencillos de ejecutar. La ejecución de soluciones requiere constancia en el propósito, seguimiento y apoyo constante, es decir levantar los obstáculos y proveer de los recursos necesarios.

- ✓ Controlar el nuevo nivel: en prevenir cambios adversos. Ahí reside uno de los problemas más serios. Se han implementado todas las etapas de proceso de cambio, se logran resultados, pero por falta de constancia en el propósito, por cambios en la alta gerencia, cambios en el personal de ejecución, falta de recursos, se pierden los logros.
- ✓ Repetir el proceso a mayor escala: en los mismos procesos, aprovechando la experiencia o la práctica adquirida por el equipo del proyecto para mejorar otros procesos.

#### **2.2.3.7 Principios básicos del Mejoramiento contínuo de la Calidad**

- ✓ Orientado al usuario: Una institución esta orientada definitivamente hacia el usuario cuando se logra producir los productos o servicios que ellos requieren.
- ✓ La Calidad es lo primero: Los usuarios deben percibir que proveer calidad es nuestra obsesión en la institución y que ello se debe a que hay valores que la sustentan que son superiores a la consecución del dinero, poder o prestigio, incremento de ventas, reducción de costos.
- ✓ Compromiso de la alta gerencia: existe un propósito único en todo el servicio de salud, armonizado por la visión de futuro de la institución, y su deseo de servir a los usuarios, constituye la misión institucional.
- ✓ Satisfacción del usuario interno y externo: La persona a quien yo entrego el producto de mi puesto de trabajo es mi cliente y debo esforzarme por satisfacer a cabalidad sus requerimientos. Todos los empleados y trabajadores están orientados por satisfacer las necesidades del usuario externo.

- ✓ Actuar en base a datos: Empezar a desarrollar la práctica de exponer verbalmente, considerar y actuar no sobre suposiciones o conjeturas sin fundamento, sino sobre hechos y datos concretos.
- ✓ Respuestas rápidas: Los problemas tienen que ser resueltos a medida que aparecen. Cuando se presenta un problema se debe implantar soluciones enseguida, y controlar el nuevo nivel. Esto implica aprender de los errores, y desarrollar acciones para que no se repitan.
- ✓ Acción orientada a lo vital: Muchas veces solucionamos problemas secundarios, y nos queda poco tiempo y energías para lo fundamental.
- ✓ Establecer estándares para control: todo trabajo debe controlarse durante el proceso y no solo en sus resultados. El resultado es un momento muy tardío para emprender cualquier acción correctiva ya que la calidad se construye o integra durante el proceso. Cada empleado debe asegurar la calidad en su área de trabajo pasando del concepto tradicional de inspección al de control del proceso.
- ✓ Cada trabajador es su propio supervisor: debe existir control con libertad. Los empleados estandarizan los procesos y se aseguran que todos sigan los estándares, lo cual reduce la variación.
- ✓ Respeto a los empleados como seres humanos: los empleados son el activo más valioso que existe en la institución. Es importante desterrar el temor, por el contrario hay que crear un ambiente de relajamiento y de calidad en el trabajo. El trabajador debe sentirse orgulloso de pertenecer a la institución. Cada empleado debe ser motivado por sus jefes a fin de elevar su habilidad técnica y experiencia. Además es importante que conozca la importancia de su papel en el proceso de producción, como su trabajo influye en el de otros empleados y muy importante aprender técnicas para mejorar su desempeño. (Malagon, Galàn, Pontòn, 2007)(38)

### **2.2.3.8 “CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD” ECUADOR**

El MSP de Ecuador como parte de la reforma estructural del Estado Ecuatoriano, viene desarrollando desde años atrás, un proceso de reforma y de modernización del sector salud.

En 1993, la Dirección de Fomento y Protección, inicia acciones para mejorar la calidad del manejo clínico de casos de cólera, y diarrea aguda en las provincias de Cañar y Los Rios, con el apoyo técnico del Proyecto de Garantía de Calidad de URC-CHS.

En 1995 por parte de la Dirección General de Salud se realizan un esfuerzo de coordinación de iniciativas en torno a la gerencia de calidad en la que participan las Direcciones de Fomento y Protección, Epidemiología, Áreas de Salud, Servicios Hospitalarios y con el apoyo de la OMS/OPS, USAID y URC.

En 1996 se firma el acuerdo Ministerial N. 3339 en el que se crea el Comité Técnico para Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, desarrollándose actividades en áreas de salud y hospitales con la creación de Equipos de Mejoramiento de Calidad en las mismas.

En 1998, la Dirección Nacional de Desarrollo de Servicios de Salud retoma la iniciativa de la gestión de calidad, la que aparece en su estructura organizacional como un componente transversal de su gestión.

En 1999, ante la necesidad de constituir un espacio en el MSP que articule, promueva y desarrolle acciones sinérgicas, sistemáticas y permanentes que contribuyan a institucionalizar la calidad en el Ministerio, la Subsecretaría General de Salud establece la unidad de Garantía de Calidad. Esta unidad actualmente forma parte de la subsecretaría de Desarrollo institucional.

Con estos antecedentes se presenta la serie: Gestión para la calidad en Unidades de Salud Descentralizadas, como contribución más al proceso de construcción de la Capacidad de Gestión en Salud.



Actualmente el Ministerio de Salud Pública invitó al Primer Premio Nacional a la “Calidad con Calidez en la Atención en Salud”, con el objetivo de promover, incentivar y reconocer el trabajo de los profesionales de salud que integran las 1.886 unidades operativas del MSP y mejorar la atención a los pacientes con un trato afable, digno y humanitario.

El concurso, que tuvo carácter voluntario, está dirigido a los profesionales y trabajadores de la salud. Los interesados en participar formaron equipos de no menos de tres y no más de cinco personas y ponen en práctica iniciativas que reflejen la calidez en el trato con los pacientes.

El Primer Premio Nacional a la Calidad con Calidez en la Atención en Salud se desarrolla con el apoyo de la Campaña Sonríe Ecuador de la Vicepresidencia de la República, de la Fundación Promesa de la Industria Farmacéutica de Investigación (IFI), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del Programa de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y otras instituciones públicas y privadas del sector salud.

Con la participación en el Premio Calidad con Calidez se impulsará una excelente atención en salud desde cualquier puesto o actividad del Sistema de Salud Pública del Ecuador.

Cada día los profesionales y trabajadores de la salud devuelven la salud y la vida a millones de ecuatorianos, hacerlo con interés, afecto, alegría, solidaridad y respeto es actuar con calidad y calidez humanas. (MSP, Calidad y Calidez en la Atención en Salud septiembre , 2008)(44)

#### **2.2.4 MARCO LEGAL Y JURÍDICO**

El proyecto de nueva Constitución 2008, ofrece avances importantes desde, la perspectiva de la salud pública y la equidad. La visión de salud como derecho fundamental, y su aporte al desarrollo económico y social de nuestro país. La

concepción de salud integral, en la que incorpore todas sus dimensiones biopsicosociales, más allá de los servicios de salud y la atención de la enfermedad.

El Gobierno actual, plantea como prioridad la salud, como derecho fundamental y eje estratégico para el desarrollo nacional. El Ministerio de Salud y CONASA realizaron asambleas sectoriales en 22 provincias del país, las que convergieron en el III Congreso Nacional por la Salud y la Vida, realizado en Cuenca (8 al 10 de abril del 2007). Un producto resultante fue la Declaración de Cuenca por una Salud Equitativa Digna y de Calidad.

## **CONSTITUCION DEL ECUADOR 2008**

### **Por la Salud que todos queremos**

#### **TITULO II DERECHOS**

“Sección segunda Ambiente sano

**Art. 14.-** Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*.

**Art. 15.-** El Estado promoverá, en el sector público y privado, el uso de tecnologías ambientalmente limpias y de energías alternativas no contaminantes y de bajo impacto. La soberanía energética no se alcanzará en detrimento de la soberanía alimentaria, ni afectará el derecho al agua.

Sección séptima, Salud

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad,

interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, y enfoque de género y generacional.

### Capítulo 3, Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

**Art. 35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

**Art. 38.-** El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

### Sección cuarta, Mujeres embarazadas

**Art. 43.-** El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia

**Art. 46.-** El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes

**Art. 47.-** El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social.

Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.
2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.

## **TÍTULO VI RÉGIMEN DE DESARROLLO**

### Capítulo primero, Principios generales

**Art. 275.-**El régimen de desarrollo es el conjunto organizado, sostenible y dinámico de los sistemas económicos, políticos, socio-culturales y ambientales, que garantizan la realización del buen vivir, del sumak kawsay.

**Art. 276.-**El régimen de desarrollo tendrá los siguientes objetivos:

1. Mejorar la calidad y esperanza de vida, y aumentar las capacidades y potencialidades de la población en el marco de los principios y derechos que establece la Constitución.
3. Fomentar la participación y el control social, con reconocimiento de las diversas identidades y promoción de su representación equitativa, en todas las fases de la gestión del poder público.
4. Recuperar y conservar la naturaleza y mantener un ambiente sano y sustentable que garantice a las personas y colectividades el acceso equitativo, permanente y de calidad al agua, aire y suelo, y a los beneficios de los recursos del subsuelo y del patrimonio natural.

### Capítulo tercero, Soberanía alimentaria

**Art. 281.-** La soberanía alimentaria constituye un objetivo estratégico y una obligación del Estado para garantizar que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades alcancen la autosuficiencia de alimentos sanos y culturalmente aceptados de forma permanente.

Para ello, será responsabilidad del Estado:

7. Precautelar que los animales destinados a la alimentación humana estén sanos y sean criados en un entorno saludable.
13. Prevenir y proteger a la población del consumo de alimentos contaminados o que pongan en riesgo su salud o que la ciencia tenga incertidumbre sobre sus efectos.

### Sección segunda, Salud

**Art. 358.-** El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

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

**Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

**La red pública integral de salud** será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado; con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

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

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

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

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

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

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y el acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos, que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

**Art. 364.-** Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos.

**Art. 365.-** Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

**Art. 366.-** El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado.

Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud”. (Constitucion Política del Ecuador, 2008)(14)

## **CAPITULO III. METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo**

El estudio fue de tipo cualitativo, la intervención y evaluación, fueron parte del mismo, su principal interés fue describir y comprender como el usuario siente, piensa y actúa, por ello no se medirán numéricamente las variables o aspectos estudiados sino, caracterizarlos y buscar explicación según como las personas conocen e interpretan su realidad.

Fue Descriptivo, ya que se articulará la teoría en relación a Sistemas de Salud, Calidad de atención primaria con lo que sucede actualmente en la institución.

Combinará la investigación y las acciones que se realizan en el Centro de Salud N.8, cuya finalidad es la búsqueda de cambios en la institución para mejorar la calidad de atención. (RODRIGUEZ Gómez, Agosto, 2002)(54)

### **3.2 Diseño**

El diseño fue no experimental, ya que observó los acontecimientos sin intervenir en los mismos. No se someterá a manipulación de la variable independiente. Se estudiaron los eventos tal cual ocurren y se relacionan los mismos sin intervención.

Tuvo un corte transversal, ya que se realizó durante los meses de enero a julio de 2009.

De tipo propositivo, porque se dará una propuesta de solución viable al Centro de Salud N.8, mediante la aplicación de estrategias de mejoramiento de calidad de atención primaria en salud.

Por lo tanto es una investigación con dos componentes: el primero en el que se realiza un diagnóstico, y el segundo en el que se considera la solución viable y pertinente.

### **3.3 Variables: operacionalización.**

Para medir la dimensión de resultado, fueron seleccionados un indicador principal y dos complementarios:

1. Percepción general de la calidad de la atención.
2. Percepción de los cambios en el estado de salud después de la consulta.
3. Motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** calidad de atención en el Centro de Salud

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Calidad de atención primaria</b>	Asegurar una adecuada prestación de servicios de salud con un alto grado de utilización, por parte del usuario, y con un excelente nivel de atención.	Atención recibida en el centro de salud	Puntualidad Prontitud Atención Integral Amabilidad Cortesía Rapidez de la respuesta Respeto al cliente Accesibilidad	Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo No le atendieron

**VARIABLE DEPENDIENTE:** coberturas de atención preventiva

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Coberturas de atención preventiva</b>	Total de atenciones que se proporcionan en el Centro de Salud	Atención integral que recibe el paciente en el primer nivel de atención	Nº. atenciones preventivas para el total de atendidos	<20% 20- 40% 45- 60% 65- 80%



### 3.4 Población y Muestra

Se utilizó para este estudio investigativo un tipo de muestreo probabilístico, a las usuarias que acuden a la consulta externa del Centro de Salud N.8, durante el mes de marzo del año en curso, para lo cual se utilizó la siguiente fórmula para sacar el tamaño de la muestra.

Se obtuvieron los siguientes datos; del total de usuarios atendidos en el año 2008 que son 23.379, se obtiene un promedio mensual de 1948 usuarias atendidas, considerado como población. Mediante fórmula muestreo probabilístico aleatorio para menos de 100.000, se obtiene la muestra de 234 usuarias a ser encuestadas.

$$n = \frac{Z^2PQN}{Z^2PQ + Ne^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)1948}{(1.96)^2(0.5)(0.5) + 1948(0.06)^2}$$

$$n = \frac{1870,85}{7,97} = 234$$

### 3.5 Métodos

Para elaborar la encuesta se utilizó la fundamentación teórica mediante el análisis y síntesis bibliográfica consultada, y de forma sistemática se planificó, organizó, ejecutó y evaluó el proceso de aplicación de encuestas.

### 3.6 Técnicas e Instrumentos

Para el estudio se utilizó encuestas estructuradas, mediante cuestionario, previamente elaborado que se aplicó en forma sistemática, con 20 preguntas de selección múltiple, dicotómica, y de opinión.

### **3.7 Estrategias**

Se seleccionó a las usuarias que asistieron en los días y horas laborables, a recibir atención en el Centro de Salud N.8, hasta completar la muestra.

Se aplicó el cuestionario luego de recibir pos consulta de enfermería, ya que en este momento finaliza el proceso de atención a las usuarias.

Se evitó que el personal se de cuenta los días en los que se realizará la misma, para impedir que se predisponga a brindar atención con calidad únicamente por la investigación.

Para evitar duplicidad en la aplicación del cuestionario, se aplicó la encuesta en 8 días laborables, con un promedio diario de 40 encuestas diarias, en horario matutino y vespertino.

### **3.8 Procedimiento Investigativo Bibliográfico**

La investigación en salud, y particularmente en la APS, permite valorar el alcance científico de las diferentes acciones que se ejecutan y sus necesidades de ajustes. La investigación científica nos brinda la profundización en el conocimiento de las actividades en la APS, y da las bases para la adecuación de todos los elementos acerca de los problemas relevantes en la toma de decisiones sobre los diferentes aspectos de esta atención.

En los estudios sobre la APS es necesario identificar el estado de salud de la población, los cambios en los estados de vida que actúan sobre el estado de salud, los riesgos sociales, las actividades de participación comunitaria y social, los logros en el trabajo multidisciplinario de la atención, los aspectos de comunicación y del trabajo de equipo, todo lo cual requiere de estudios en los que se valoren diferentes aspectos cualitativos.

El enfoque cualitativo en los estudios de la APS es importante para el perfeccionamiento del conocimiento y del desarrollo de programas.

Partiendo del principio de que las investigaciones que tomen en consideración los aspectos básicos de la APS, pueden servir de base para tomarlos como de este campo, en este trabajo los procedimientos seguidos fueron la revisión bibliográfica en libros,

artículos e información en Internet, con el propósito de identificar investigaciones con enfoque cualitativo realizadas o que pueden servir para su utilización en la APS, así como la bibliografía de referencia a los procedimientos en las técnicas cualitativas utilizadas en las referidas investigaciones. Se han consultado 85 libros y revistas así como también artículos referentes a APS, calidad de atención, así como 20 páginas en Internet.

### **3.9 Procedimiento de Investigación de Campo**

Se realizó en el Centro de Salud N.8, sitio donde se encuentra el objeto de estudio. Ello permitió conocer sobre la percepción del usuario externo acerca de los servicios que ofrece la institución, así como también la calidad con la que se entregan las prestaciones.

Mediante la observación, directa y en vivo, se pudo percibir las necesidades de los usuarios externos durante su permanencia en la institución, además se pudo establecer el comportamiento de personas, circunstancia en que ocurren ciertos hechos; por ese motivo la naturaleza de las fuentes determina la manera de obtener los datos.

### **3.10 Procedimiento de la propuesta**

En el campo de la Administración cada determinado tiempo se han introducido nuevos conceptos, principios, metodologías, o enfoques que intentan reducir la complejidad del fenómeno empresarial; así tenemos en la década de los 50 la organización, en los 60 y 70 fue la estrategia, luego en los 80 la calidad total y competitividad, en los 90 la reingeniería y en la década del 2000 hablamos de organizaciones inteligentes de tipo horizontal o dirección por procesos, además la globalización modernización y reforma del estado.

El modelo de gestión tradicional de la institución que se ha mantenido por décadas está agotado, es ineficiente, costoso, no permite el desarrollo intercultural ni la verdadera participación social de los actores en sus diferentes escenarios por falta de la aplicación de una planificación estratégica, ineficiente desarrollo de la gestión del recurso humano, organización funcional sin consideración de procesos.

La propuesta es diseñar un sistema para garantizar calidad de atención primaria en el Centro de Salud N.8, el mismo que promueva el mejoramiento de la calidad en la gestión, con el compromiso de satisfacer las necesidades de salud de la población, optimizando la productividad social de los recursos, mejorando la gestión de los procesos, introduciendo el concepto del valor agregado asistencial, ampliando el acceso a los servicios, promoviendo la interrelación entre los equipos de trabajo, permitiendo la toma de decisiones con conciencia social.

### **3.11 Valor práctico del estudio**

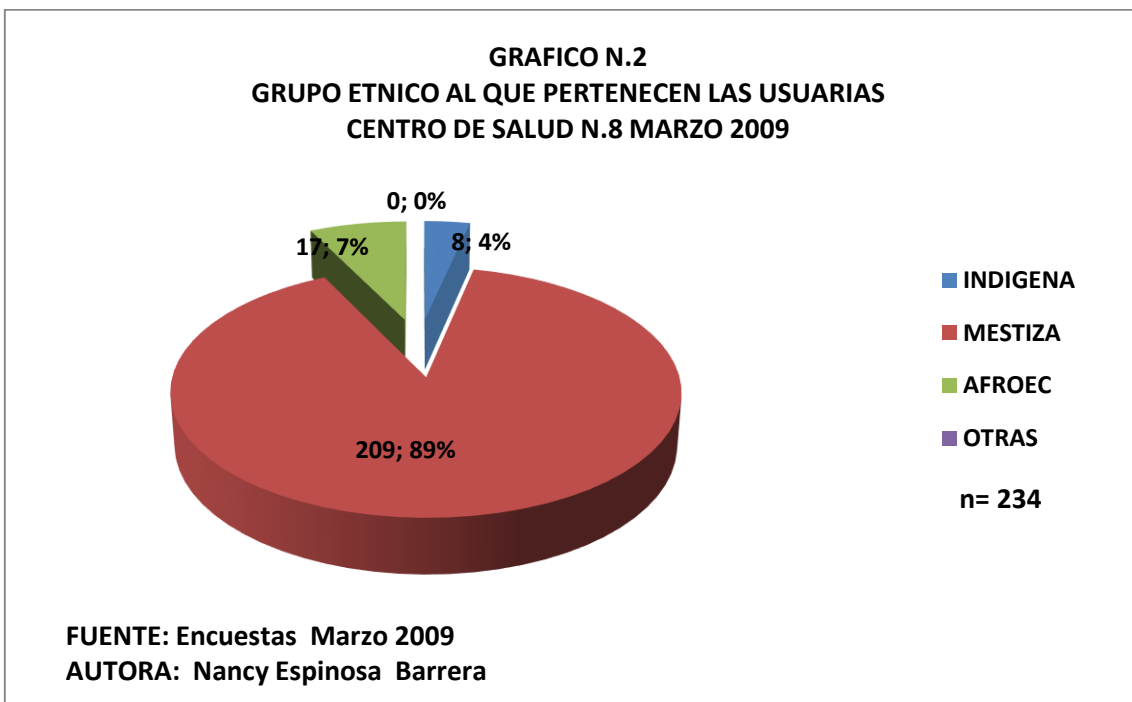
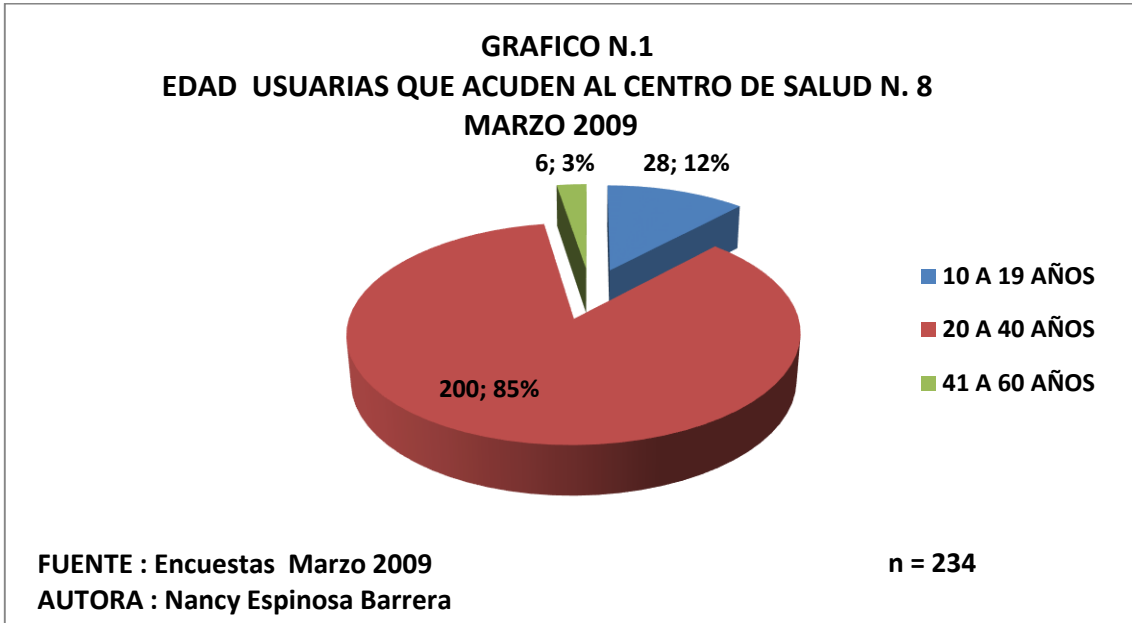
Luego de la investigación se obtendrán apreciaciones con base en hechos y datos concretos, para poder implementar el sistema, que será de gran utilidad ya que permitirá desarrollar una gestión integral efectiva para producir mejoras concretas en la calidad y productividad en el Centro de Salud, orientadas hacia la satisfacción de necesidades de los usuarios internos y externos. Además es importante obtener un compromiso de trabajo en beneficio de toda la organización.

## CAPITULO IV

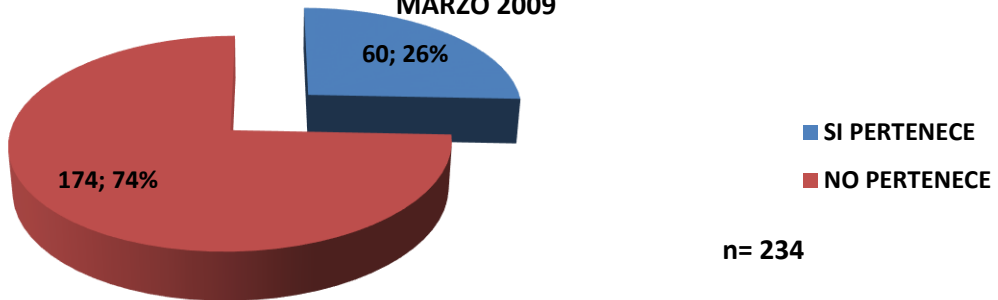
### PROCESAMIENTO, ANALISIS, INTERPRETACION DE RESULTADOS

#### 4.1 Procesamiento e interpretación de resultados

Para el estudio se aplicaron 234 encuestas a las usuarias que acuden a la consulta externa del centro de salud, durante el mes de marzo y abril de 2009, se obtiene la siguiente información:

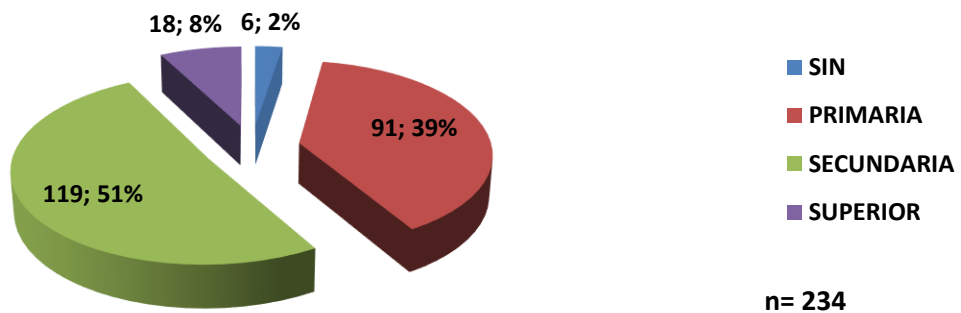


**GRAFICO N.3**  
**SECTOR DONDE VIVEN LAS USUARIAS**  
**CENTRO DE SALUD N.8**  
**MARZO 2009**



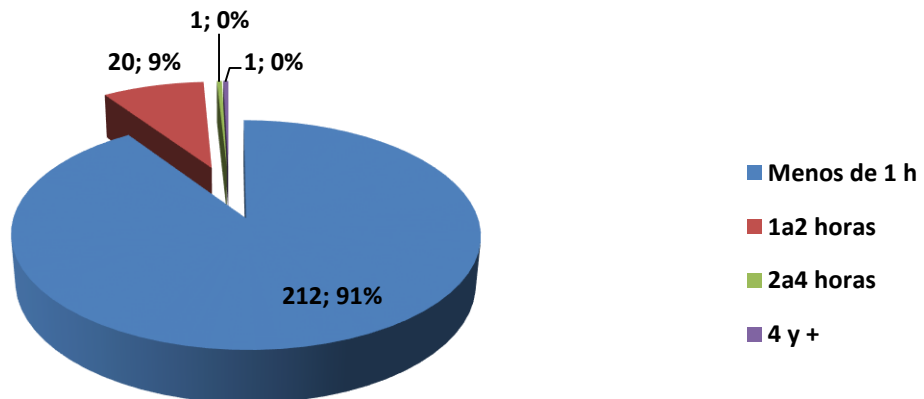
FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

**GRAFICO N.4**  
**ESCOLARIDAD USUARIAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N.8**  
**MARZO 2009**



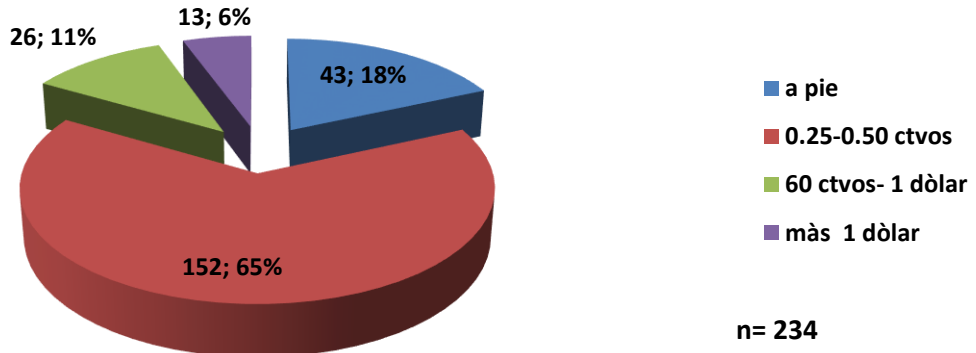
FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

**GRAFICO N. 5**  
**TIEMPO QUE DEMORAN USUARIAS EN LLEGAR AL CENTRO DE SALUD N.8**  
**MARZO 2009**



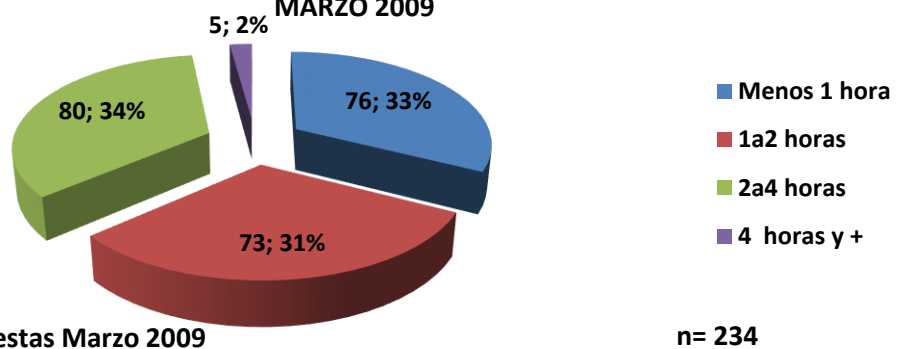
FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

**GRAFICO N.6**  
**DINERO QUE GASTA EN LLEGAR AL CENTRO DE SALUD N.8**  
**MARZO 2009**



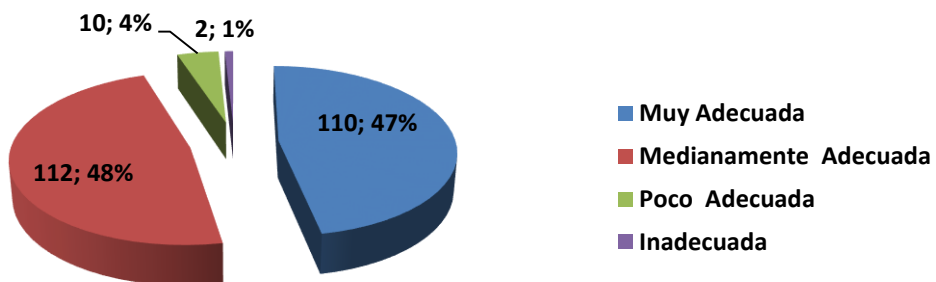
FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

**GRAFICO N.7**  
**TIEMPO QUE ESPERA PARA SER ATENDIDO CENTRO DE SALUD N.8**  
**MARZO 2009**



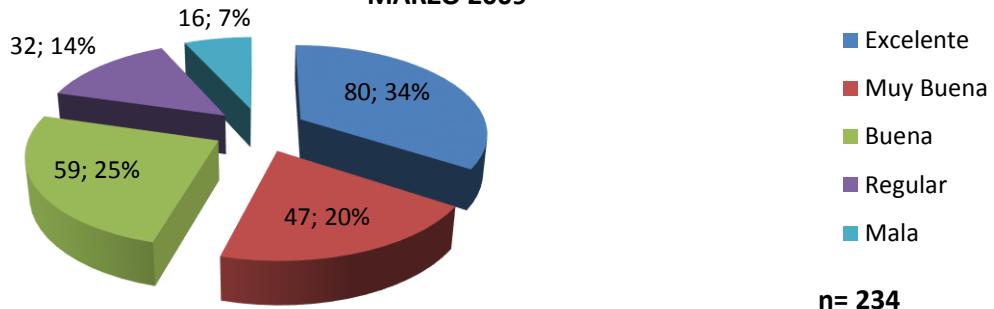
FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

**GRAFICO N.8**  
**COMO CALIFICA LAS INSTALACIONES DEL CENTRO DE SALUD N.8**  
**MARZO 2009**



FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

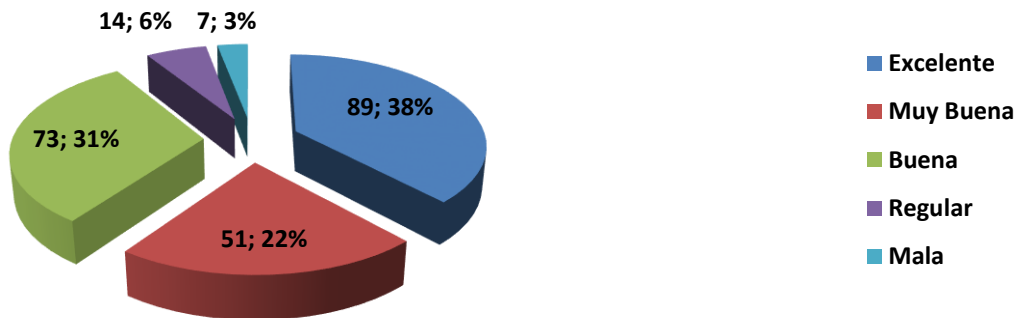
**GRAFICO N.9**  
**ATENCION RECIBIDA EN LA ENTREGA DEL TURNO**  
**CENTRO DE SALUD N. 8**  
**MARZO 2009**



n= 234

FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

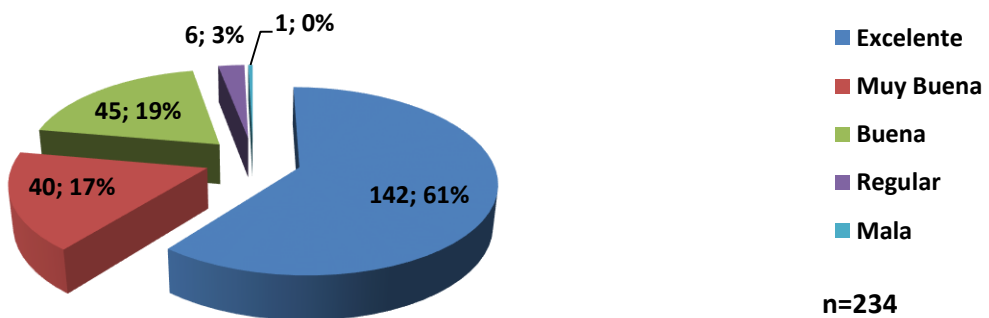
**GRAFICO N.10**  
**ATENCION RECIBIDA EN PREPARACION**  
**CENTRO DE SALUD N.8**



n= 234

FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

**GRAFICO N. 11**  
**ATENCION MEDICA RECIBIDA CENTRO DE SALUD N.8**  
**MARZO 2010**

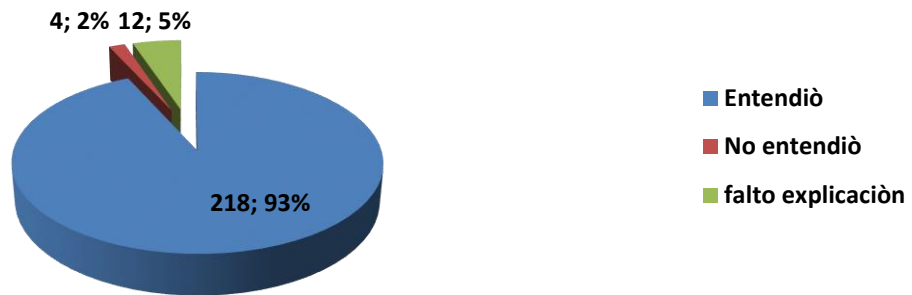


n=234

FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera



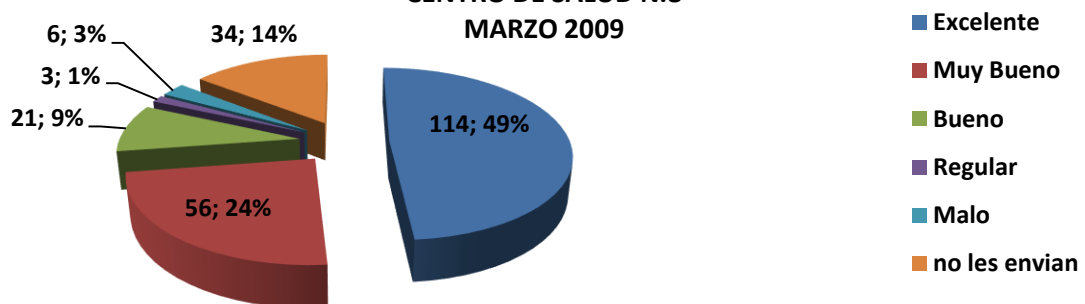
**GRAFICO N. 12**  
**EXPLICACION QUE RECIBIO SOBRE SU ENFERMEDAD**  
**CENTRO DE SALUD N.8**



FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

n=234

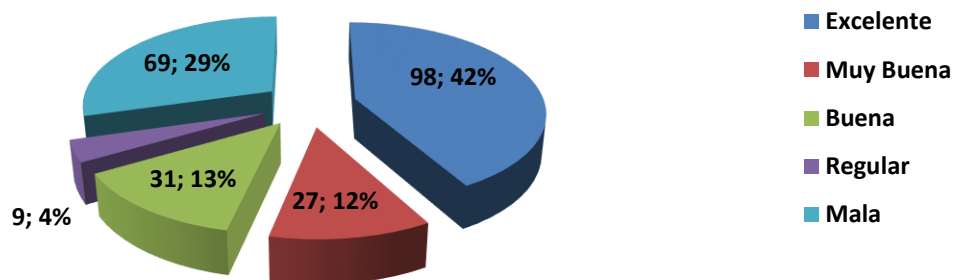
**GRAFICO N.13**  
**ATENCION RECIBIDA EN POST CONSULTA**  
**CENTRO DE SALUD N.8**  
**MARZO 2009**



FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

n=234

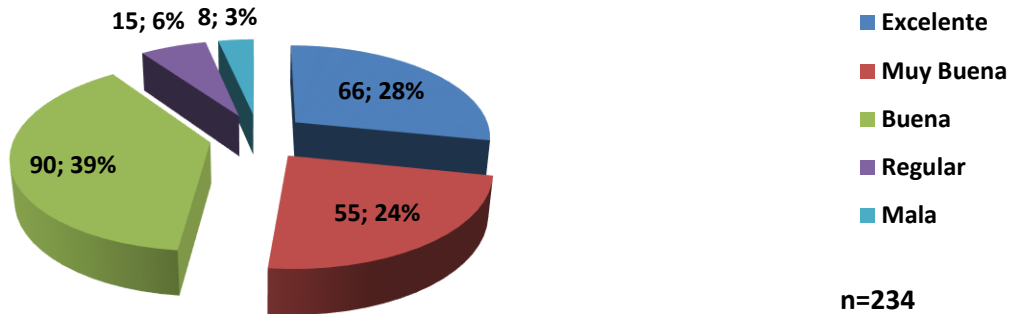
**GRAFICO N.14**  
**EDUCACION RECIBIDA SOBRE PREVENCION DE ENFERMEDADES**  
**CENTRO DE SALUD N.8**



FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

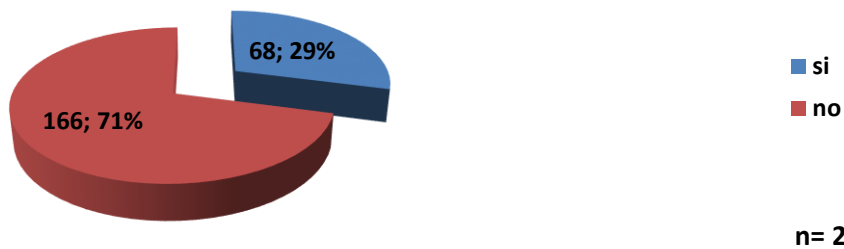
n=234

**GRAFICO N.15**  
**ATENCIÓN RECIBIDA EN VACUNAS**  
**CENTRO DE SALUD N.8**  
**MARZO 2009**



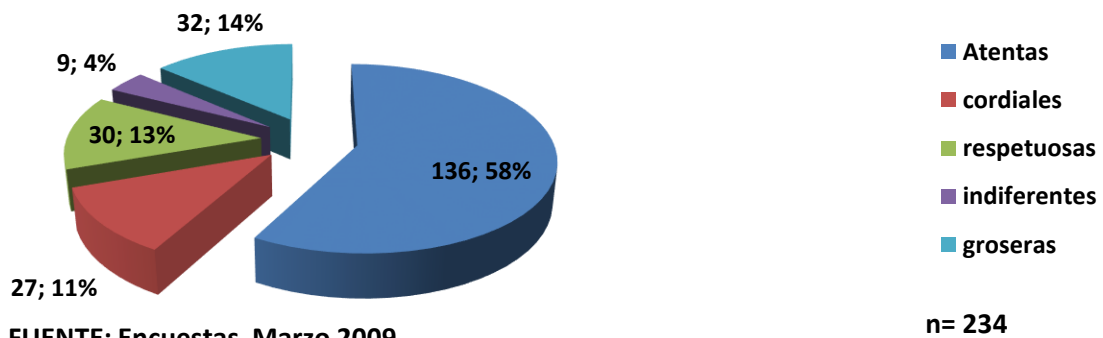
FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

**GRAFICO N.16**  
**INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL CENTRO DE SALUD N.8**  
**MARZO 2009**



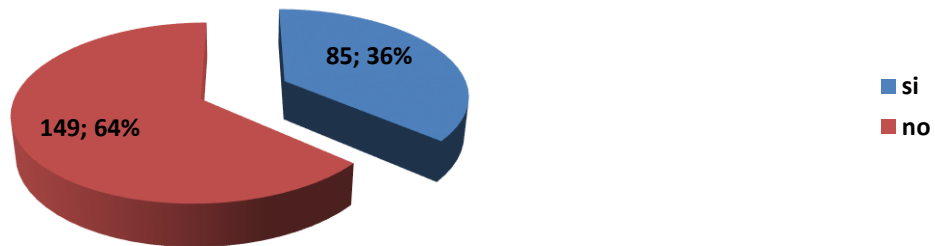
FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

**GRAFICO N.17**  
**ACTITUD DE LAS PERSONAS EL MOMENTO DE LA ATENCIÓN**  
**CENTRO DE SALUD N.8**



FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

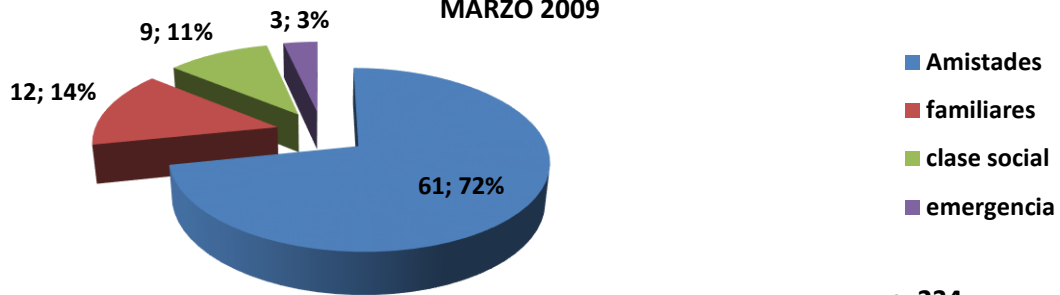
**GRAFICO N.18**  
**EXISTE TRATO PREFERENCIAL EN LA ATENCION**  
**CENTRO DE SALUD N.8**



FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

n= 234

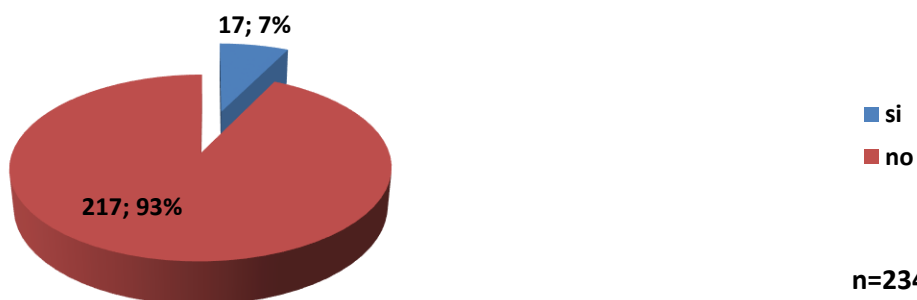
**GRAFICO N. 19**  
**PORQUE CREE QUE EXISTE TRATO PREFERENCIAL**  
**CENTRO DE SALUD N.8**  
**MARZO 2009**



FUENTE: Encuestas Marzo 2010  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

n=234

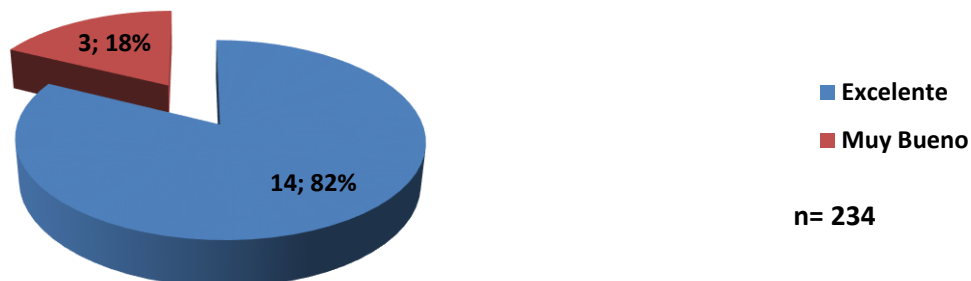
**GRAFICO N.20**  
**VISITAS DOMICILIARIAS DEL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD A LOS HOGARES**  
**DE LAS USUARIAS.**



FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

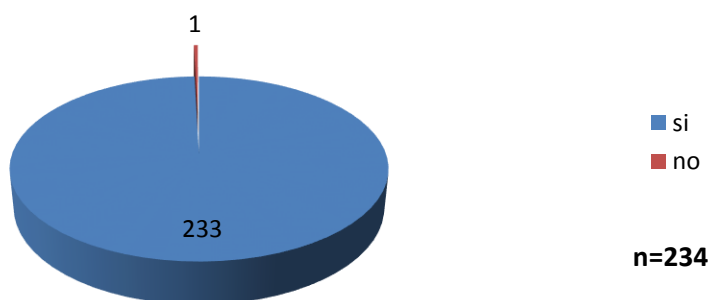
n=234

**GRAFICO N. 21**  
**CALIFICACION DE LAS USUARIAS A LAS VISITAS DOMICILIARIAS**  
**CENTRO DE SALUD N.8**  
**MARZO 2009**



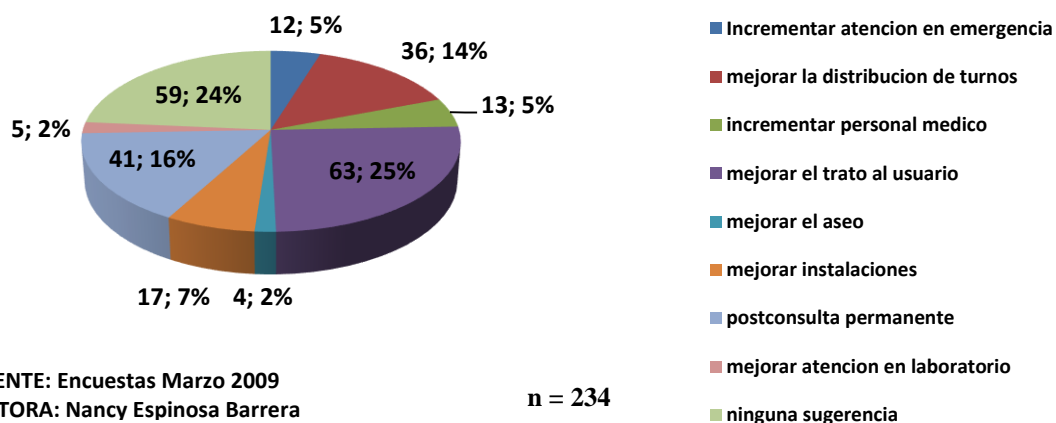
FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

**GRAFICO N.22**  
**REGRESARIA AL CENTRO DE SALUD N.8**  
**MARZO 2009**



FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

**GRAFICO N. 23**  
**SUGERENCIAS DE LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N.8**  
**MARZO 2010**



FUENTE: Encuestas Marzo 2009  
 AUTORA: Nancy Espinosa Barrera

## 4.2 Análisis de resultados

Dentro de los resultados obtenidos se analizará lo siguiente:

### *Área de influencia*

El sistema operativo del MSP, está conformado por tres niveles de atención: Primer nivel, conformado por los puestos de salud, subcentros de salud y Centros de Salud. Cada una de las unidades operativas pertenece a un área de salud, a la que se le asigna un territorio delimitado, sin embargo el usuario puede recibir atención donde lo desee.

La Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como componente clave de los Sistemas de Salud; este reconocimiento se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población. Así mismo, las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales.

Por otra parte, los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos producidos desde la celebración de la Conferencia de Alma Ata acarrearán la necesidad de una revisión profunda de la estrategia de APS para que pueda dar respuesta a las necesidades en salud y desarrollo de la población en el mundo. (AUTORES VARIOS, APS, Ginebra, Septiembre, 1978)(9)

### *Accesibilidad*

La accesibilidad se la considera como la ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales, socioculturales, de género y/ o estructurales para la participación en el sistema de salud y/o para la utilización de los servicios de salud y otros servicios sociales. Es fundamental que las personas puedan recibir servicios de salud acordes con sus necesidades.(Malagòn, Galàn, Pontòn, 2007) (38)

La investigación refleja que la accesibilidad es adecuada ya que el usuario demora menos de treinta minutos en llegar, con un gasto de 0.50 centavos.

### *Horas de espera*

Las horas de espera promedio, es de 3 horas, está entre el rango de 2 a 4 horas, en general el tiempo de espera es muy prolongado debido a que todas las usuarias son citadas en las primeras horas de la jornada. Esto lógicamente es un factor que reduce la calidad del servicio brindado.

Este indicador expresa el tiempo transcurrido entre el momento en que al usuario se le asigna horario de consulta y el momento en que pasa efectivamente al consultorio, y se aplica a dos situaciones: usuarios con cita previa y usuarios sin ella, que serán medidos con el mismo método. Promedio estándar 30 minutos para el servicio de consulta externa en el área urbana. (Diprete, Franco, Hatzel, USAID, 2003) (23).

### *Instalaciones*

Las instalaciones físicas son medianamente adecuadas, para la afluencia de usuarios que llegan al Centro de Salud. En lo relacionado con la gestión en las instituciones de salud, los autores Ruiz Leal, Galán Morera, y Uribe Uribe, proponen tomar áreas fundamentales: estructuras, procesos y resultados. En Estructuras se analizan las características de las instalaciones y equipos, la tecnología empleada, las condiciones generales de los recursos humanos, la parte financiera y lo relacionado con las comunicaciones. (Tarres Serat, Brasil, 2004) (58)

### *Calificación del los servicios*

La atención en entrega de turnos, preparación e inmunizaciones de pacientes, esta entre excelente y muy buena, para la mitad de las encuestadas, y esto dependiendo del estado de ánimo con el que se encuentre el personal.

La atención médica se ha calificado como excelente, sin embargo existe un buen porcentaje que no están conformes con la atención. Diferentes estándares se han establecido para medir la calidad de un servicio. Aun cuando en muchos hay criterios diversos según la cultura de los países, se pueden considerar como los más aceptados,

puntualidad, prontitud en la atención, rapidez en la respuesta, precisión de la respuesta, respeto al cliente.

La post consulta constituye un eslabón importante dentro de la atención integral, en menor porcentaje la califican como excelente. En el horario de la tarde no se realiza esta actividad por lo que no se educa de forma adecuada a las usuarias. La Promoción de la salud es el proceso donde se faculta a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y, de esta forma, su mejora. Involucra a la población como un todo en el contexto de su vida cotidiana y está dirigido a la acción sobre los determinantes y causas de salud, más que en el enfoque de riesgos de las personas frente a enfermedades específicas.

El trato recibido en mas de la mitad de usuarias, los funcionarios fueron atentos, existe también un buen porcentaje de personas que le atendieron con trato grosero e indiferente. En un servicio de salud, se consideran parámetros de calidad muy importantes como la cortesía, amabilidad, respeto, trato humano, interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios, aceptación de sugerencias. Numerosas instituciones argumentan que la calidad tiene un costo, que encarece el servicio y olvidan quizás que son más costosos los errores por falta de calidad.

Los profesionales médicos en su mayoría, dan explicaciones adecuadas a las usuarias. Las acciones de prevención de las enfermedades se las realiza a la mitad de las encuestadas. Además no existe promoción de los servicios con que cuenta el Centro de Salud. Las estrategias para la integración de los servicios de atención primaria procuran reunir los aportes, organización, gestión y prestación de las funciones particulares de los servicios de tal manera que sean más eficientes y accesibles para el usuario de los servicios.

Existe bajo porcentaje de atención domiciliaria. La actual etapa de crecimiento y desarrollo del país, obliga a generar nuevas estrategias de atención en salud, volviendo a centrarse el interés en la atención domiciliaria, por la variedad de ventajas que ofrece, y por la diversidad de factores que confluyen; tales como socioculturales, psicológicos y espirituales, y que únicamente en el ámbito familiar se puede observar.

Esta práctica permite que el personal sanitario esté en contacto con el entorno del usuario, obteniendo más datos para la valoración del estado de salud y sus necesidades. El entrenamiento debe comenzar por el personal de más bajo nivel, colocado muchas veces en sitios de ingreso a la institución y por tanto proyecta la primera imagen buena o mala, según como se comporte o actúe con el cliente o usuario.

Las usuarias manifiestan que existen preferencias en la atención, y que estas específicamente se dan con amistades y conocidos, lo que demuestra que no existe respeto al usuario, especialmente el momento de ser atendidos. El entrenamiento del recurso humano es pieza fundamental dentro del andamiaje

Se les pregunto a las usuarias, si regresarían al Centro de Salud, el total de encuestadas expresan que si, por varias razones como gratuidad, los profesionales médicos son excelentes, no se suspende la atención, referencia de otras unidades operativas, por necesidad de atención.

Las sugerencias expresadas por las usuarias son: incrementar atención en emergencia, mejorar la distribución de turnos, incrementar personal médico, mejorar trato al usuario, mejorar las instalaciones físicas y aseo, mejorar atención en laboratorio, post consulta permanente. (Dueñas Araque, Diciembre 2003) (25)

### **4.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACION**

#### **¿Cuáles son las deficiencias estratégicas del Actual sistema de Atención Primaria del Centro de Salud N.8?**

No existe direccionamiento estratégico, hacia la atención primaria de salud, existe un modelo de gestión tradicional, que lo vuelve ineficiente y costoso no permite el desarrollo intercultural, ni la verdadera participación social de los actores en sus diferentes escenarios por falta de la aplicación de una Planificación Estratégica, ineficiente desarrollo en la gestión del recurso humano, organización funcional sin considerar los procesos.

La Conferencia de Alma Ata definió la APS como: “la asistencia 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 espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

Existen deficiencias en la atención en salud, ya que existe un porcentaje alto de atenciones de morbilidad. Por lo tanto la intervención se la realizará lo más temprano posible dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad. En lo individual, comprende las acciones de educación y la promoción de la salud, fortaleciendo las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el auto cuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención. (Santacruz Varela, Mayo 2002) (55).

### **¿Cuál es la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención recibida en el Centro de Salud N.8?**

Los parámetros evaluados van desde la accesibilidad, la que es adecuada, los tiempos de espera son prolongados. Instalaciones físicas son medianamente adecuadas. La atención en entrega de turnos, preparación e inmunizaciones de pacientes, se la califica como excelente y muy buena. La atención médica se ha calificado como excelente. Las personas tuvieron una actitud atenta el momento de la atención, pero existe trato grosero e indiferente, en un pequeño porcentaje. Existen preferencias en la atención, y se dan con amistades y conocidos, no se respetan los turnos en la mayoría de veces. Existe poca educación hacia la prevención de enfermedades, promoción de la salud.

El mejoramiento de la calidad en la gestión, debe satisfacer las necesidades de salud de la población, optimizando la productividad social de los recursos, mejorando la gestión de los procesos, introduciendo el concepto de valor agregado asistencial, ampliando el acceso a los servicios, promoviendo la interrelación entre los equipos de trabajo, desconcentrando las decisiones, modernizando el sistema de información y permitiendo la toma de decisiones con conciencia social.

**¿Mejorará la calidad de atención y la satisfacción de necesidades de los usuarios, la implementación de estrategias para el cumplimiento de acciones que forman parte de atención primaria en salud?**

La APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, involucrando de forma compartida la participación social para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles. Esto incluye actividades conjuntas del equipo de salud y la comunidad, que promuevan ambientes y estilos de vida saludables, fomenten el auto cuidado de la salud de los individuos, la estimulación de las habilidades de las comunidades para hacerse socios activos en la identificación, priorización, planificación y gestión de los problemas de salud de la comunidad, así como la evaluación de las acciones llevadas a cabo por el sector de la salud, incorporando también sectores públicos privados y de la sociedad civil.(CONASA Memorias IV Congreso por la Salud y la Vida, Loja-Ecuador, marzo 2009) (20)

## CONCLUSIONES

1. Los usuarios que más frecuentan la unidad operativa son mujeres, y el grupo etáreo de 20 a 40 años, el principal motivo de visita es por morbilidad y en menor medida acuden por los servicios de prevención y promoción lo cual representa un reto para los proveedores de servicios de salud del I Nivel de atención, de informar y sensibilizar a la población para que acudan a la unidad de salud a recibir los servicios preventivos ofertados por el MSP.
2. La percepción con respecto al tiempo de espera es muy prolongada, lo que generó insatisfacción de los usuarios, esto es percibido por la población como un importante elemento para valorar la calidad de la atención.
3. De acuerdo a las características de la calidez de la atención los usuarios reflejan que el trato fue bueno así como también la amabilidad en la atención recibida de parte del personal de salud.
4. Se calificó a los profesionales médicos como excelentes, se demuestra así que existe competencia profesional, los mismos que son capacitados y desempeñan sus actividades en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad.
5. La accesibilidad es adecuada, geográficamente la unidad de salud esta bien ubicada, con medios de transporte apropiados, tiempo de viaje es corto. El servicio de salud es aceptable teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales.
6. Existe trato preferencial, en especial por amistades, conocidos, familiares y clase social.
7. Las usuarias solicitan que deben mejorar algunos servicios como atención de emergencia, distribución de turnos, incrementar personal medico, aumentar horas de atención, infraestructura física y aseo adecuado de las instalaciones

## RECOMENDACIONES

- Consolidar un plan de mejoramiento continuo de la calidad, que asegure en conjunto las prestaciones de salud a toda la población. Con el compromiso de todo el personal que pertenece al Centro de Salud N. 8.
- Conformar el comité de calidad de atención, el mismo que vigilará por el cumplimiento cabal de acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud. La calidad de los servicios debe ser la única razón de ser de las instituciones, que solo puede garantizarse si se han cubierto uno a uno los pasos fundamentales de un buen esquema de gestión.
- Implementar el Sistema de calidad de atención el mismo que garantizará, que se cumplan los principios de Atención Primaria como son: equidad, cobertura, acceso permanente a servicios, participación comunitaria, fomento de la salud. Este sistema servirá como proyecto piloto para el Área.
- Ejercer un liderazgo efectivo como gestor y administrador de cuidados orientados al usuario, teniendo la responsabilidad de conseguir la eficacia y eficiencia en las actuaciones, promoviendo la optimización de recursos, mejora los procesos, basada en la innovación, la creatividad y trabajo en equipo.
- Promocionar la salud y la prevención de las enfermedades debe ser trabajo de un equipo conformado por todos los profesionales de la salud y en compañía de promotores y representantes de la comunidad. Sus acciones deben ser participativas, democráticas, respetuosas de los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas con quienes interactúa.

## **CAPITULO V PROPUESTA**

### **ESTRATEGIAS PARA GARANTIZAR CALIDAD DE ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD N. 8 DE LA CIUDAD DE QUITO**

#### **5.1 JUSTIFICACION**

En la atención de la salud nada diferente a una óptima calidad en el servicio, puede ofrecerse. Sin embargo se insiste en el tema por razones fundamentales como son el conocimiento, la habilidad, el arte, el trato humanitario del profesional, el trabajo en equipo, el nivel científico de la institución, la organización e infraestructura, representan factores indeclinables e irremplazables para poder hablar de un servicio anhelado por el paciente, por su familia y su comunidad.

En relación a la oferta de servicios en Atención Primaria, las principales aportaciones del primer nivel de atención han sido la propia definición de funciones y actividades, la integración de las actividades preventivas y curativas, el trabajo en equipos multidisciplinares, el desarrollo de la concepción de cuidados, el establecimiento de puentes con la red de salud y la adaptabilidad a las circunstancias cambiantes y heterogéneas de tipo demográfico o epidemiológico que condicionan la actividad en este nivel.

Por eso, las estrategias que se presentan tienen dos ejes fundamentales: el usuario y el profesional. El usuario debe ser el elemento central del sistema sanitario y, desde luego, de la Atención Primaria. Es el objeto y la razón de ser de las organizaciones sanitarias y, por ello, todas sus actividades deben ir encaminadas a satisfacer sus necesidades y demandas.

El otro eje de las estrategias lo constituye el equipo de salud, principal artífice y gestor de las organizaciones sanitarias y principal nexo de unión con los usuarios. Por ello, es necesario que el equipo de salud se sienta parte vital del sistema y formen parte activa en sus procesos de toma de decisiones.

Además de los dos ejes señalados, las estrategias se centran en tres objetivos claves: La

calidad, la capacidad de resolución y la continuidad asistencial. La calidad de los servicios que el sistema público oferta a los ciudadanos, es un objetivo permanente e irrenunciable de las administraciones sanitarias, y una condición indispensable para la aceptabilidad de los mismos.

La apuesta por la calidad debe ser integral, incluyendo no sólo sus componentes científicos y técnicos, sino aquellos otros relacionados con la accesibilidad, los recursos, la organización y la participación, de tal manera que el usuario perciba que, en efecto, es el centro del Sistema.

La capacidad de resolución, la efectividad es un elemento inherente a la organización sanitaria pero muy especialmente en el ámbito de la Atención Primaria, desde la que se debe resolver no menos del 85% de los problemas de salud de la población. Para mejorar la efectividad son necesarias estrategias tendientes a incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica, tanto mejorando la formación de los profesionales, como incrementando la accesibilidad de los mismos a pruebas y tecnologías que favorezcan la capacidad de resolución y la calidad de la Atención Primaria. La utilización de los manuales y protocolos emitidos por el Ministerio de Salud constituye otro elemento fundamental en estas estrategias.

La continuidad asistencial, la coordinación entre los diversos dispositivos sanitarios y, muy especialmente, entre Atención Primaria y Atención Especializada, es un objetivo esencial muchas veces enunciado, pero no siempre bien resuelto. Las estrategias de mejora de la continuidad asistencial son uno de los grandes retos que tiene el Sistema Nacional de Salud para los próximos años.

Otro importante bloque de estrategias se centra en la mejora de la organización de la Atención Primaria, objetivo transversal que busca optimizar los recursos disponibles y mejorar las herramientas de gestión para facilitar la consecución de sus fines y para hacer más eficiente la Atención Primaria.

## **5.2 FUNDAMENTACION**

La Atención Primaria supone el primer contacto del paciente con el sistema sanitario y

constituye el lugar donde se atienden y resuelven la mayor parte de sus problemas de salud. Su utilidad depende de su grado de accesibilidad, de su capacidad para dar cuidados integrales a lo largo de la vida del usuario, garantizando la coordinación de los cuidados prestados en diferentes niveles. Para lograr estos objetivos se necesita una Atención Primaria resolutive.

Atender con calidad es necesario pero no suficiente. Adquiere una gran relevancia en el buen o mal hacer lo que podríamos definir más como idoneidad de las actuaciones ante los problemas de salud. Resolución es un concepto que integra calidad e idoneidad y que debe ser el fin último. El objetivo no es atender, es resolver. En este sentido, atender cinco ó diez pacientes, probablemente no es relevante, en tanto que no se resuelvan sus problemas.

Los sistemas sanitarios tienen el compromiso de mantener actividades permanentes para mejorar las prestaciones que ofrecen a los usuarios. Dado que los conocimientos en salud están sometidos a un proceso de cambio continuo, los sistemas sanitarios deben garantizar que sus profesionales trasladen esos conocimientos a su práctica diaria.

En Atención Primaria hay una especial dificultad para conseguir una actualización permanente en los conocimientos y en las actuaciones. Esta dificultad viene condicionada por diferentes variables. Por un lado, los profesionales de Atención Primaria tienen que solucionar problemas muy diversos y que superan en número a los que se enfrenta cualquier otro profesional.

Por otro lado, son necesarios diferentes métodos de trabajo para responder a las necesidades de salud, requiriendo actuaciones de prevención, de diagnóstico, terapéuticas, de apoyo y acompañamiento y de inserción social. Además, desde Atención Primaria se trabaja en ámbitos tan diferentes como la propia consulta, el entorno social, las organizaciones sociales o el domicilio del paciente. Por tanto, hay multitud de procesos a atender y cada uno de ellos presenta una gran variedad de opciones.

La Atención Primaria tiene entre sus objetivos la participación y la implicación de los ciudadanos en el sistema sanitario. Este principio es plenamente aceptado entre todos

los teóricos de modelos sanitarios y está ampliamente recogido en la legislación ecuatoriana que regula nuestro sistema sanitario. Sin embargo, a pesar de esta coincidencia en las posiciones, la realidad en nuestro sistema sanitario es que hasta la fecha apenas se han desarrollado estructuras o modalidades de organización en las que sea relevante la participación de los ciudadanos.

La capacidad de influencia de la Atención Primaria en la mejora del nivel de salud ha sido valorada por distintos autores, tanto desde el punto de vista de organización general y resultados globales de los sistemas sanitarios (Starfield), como mediante la aproximación a resultados relacionados con actividades o políticas específicas (Holland) e incluso buscando la repercusión en resultados de actividades específicamente atribuibles a la Atención Primaria en un sistema sanitario concreto (McColl).

Un buen sistema de Atención Primaria que aúne disponibilidad geográfica y normativa, que facilite el acceso, con características de longitudinalidad (seguimiento de pacientes en el tiempo), con coordinación entre niveles de atención y dispositivos de atención social y con orientación grupal (familiar-comunitaria), parecen asociarse a una mejor salud de la población. Pero para poder cuantificar estos beneficios obtenibles de los cuidados sanitarios que se prestan, así como de nuevas intervenciones, se necesitan unidades estandarizadas de medición que permitan conocer la eficacia en un momento dado, y también su evolución.(OPS/OMS, Informe Conferencia Internacional sobre APS, Septiembre 2003) (49)

### **5.3 OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Elaborar y aplicar estrategias para mejorar y mantener la calidad de atención primaria en el Centro de Salud N.8, para alcanzar la satisfacción de necesidades del usuario interno y externo.

#### **5.3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✓ Alcanzar a través de estas estrategias, una Atención Primaria de calidad, orientada al usuario.



- ✓ Mejorar la organización de la Atención Primaria, para optimizar los recursos disponibles y mejorar las herramientas de gestión, facilitando la consecución de sus fines y logrando eficiencia en la atención.

#### **5.4 IMPORTANCIA**

El aseguramiento de calidad es la disposición, engranaje y utilización adecuada de actividades planificadas, recursos económicos, materiales y humanos, procesos, documentación, para el desarrollo de tareas y operaciones, las que aseguran calidad en los resultados, minimizando al máximo las fuentes de error.

La calidad es el elemento estratégico para mejorar la gestión, satisfacer a los clientes, desarrollar las relaciones entre los trabajadores y preservar el medio ambiente, el aseguramiento es el elemento coordinador de los componentes, que llega a convertirse en el aval del producto o servicio generado.

El programa de aseguramiento de calidad, no es un control o inspección transitoria, ni representa el ente que lleva a cabo la verificación de procesos, ni es tampoco un organismo que interviene en decisiones; es una actividad permanente coherente, organizada que se ocupa de que confluyan todos los componentes en cantidad y con las características ideales para lograr el fin único, la satisfacción de los clientes.

#### **5.5 FACTIBILIDAD**

En las instituciones de salud, la gestión administrativa, constituye un reto de gran prioridad. Esto es consecuencia directa de los principios generales diseñados por las ciencias económicas y administrativas, según las cuales la optimización de recursos es fundamental para asegurar la rentabilidad financiera y social.

Debido al incremento poblacional, el apareamiento de nuevas patologías, las necesidades de salud han crecido de manera alarmante frente a la disponibilidad cada vez más limitada de recursos humanos, científicos, tecnológicos, físicos y financieros. Surge la imperiosa necesidad de administrar los escasos recursos disponibles en las áreas de salud, de una manera eficaz, eficiente y productiva. Para ello es primordial que

las instituciones hospitalarias, cuentan con el potencial humano de la más alta calidad en la gestión administrativa.

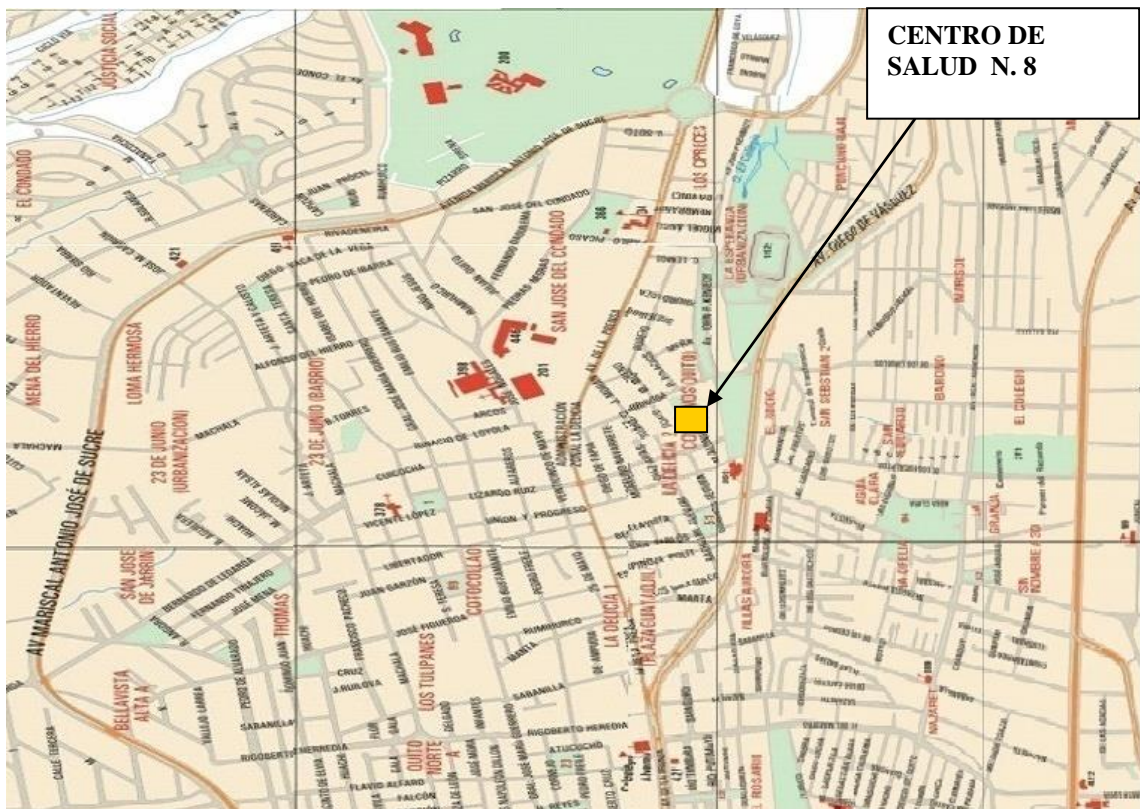
La aplicación del Sistema de calidad de atención es posible, ya que cuenta con el consentimiento de la Sra. Directora, Dra. Baciliza Tello.

Dispone de la capacidad operativa, recursos humanos, económicos y materiales suficientes, y dentro del plazo determinado. Existe la posibilidad de lograr la participación de los usuarios internos y externos que serán sujetos al estudio.

## 5.6 UBICACIÓN SECTORIAL Y FISICA

La propuesta se realizará en el Centro de Salud N.8, de la Ciudad de Quito, funciona en un edificio de 2 plantas, en la planta baja se encuentran todos los espacios donde se brinda atención al usuario externo. En el segundo piso funcionan las oficinas administrativas, donde se realizan los trámites de toda el área.

La Institución forma parte de la Red de Salud Norte, conjuntamente con las Áreas 9, 10 y 21.



## **5.7 DESCRIPCION DE LA PROPUESTA**

La Atención Primaria de salud está orientada al usuario y a la comunidad, debe contar con una alta capacidad resolutiva con un amplio acceso a medios diagnósticos, contando con profesionales motivados y capacitados, con una organización descentralizada, eficiente y participativa tanto de los usuarios como de los profesionales.

Se plantean estrategias para garantizar calidad en la atención, fomentando el trabajo en equipo y la administración en general, involucrando la búsqueda de soluciones en las cuales todos los participantes obtienen ventajas, al contrario de las soluciones tradicionales cuando, si alguien gana, se espera que exista siempre otra parte o persona que esté perdiendo.

### **ESTRATEGIAS PARA GARANTIZAR CALIDAD DE ATENCION PRIMARIA EN EL CENTRO DE SALUD N. 8 DE LA CIUDAD DE QUITO**

#### **1. PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**

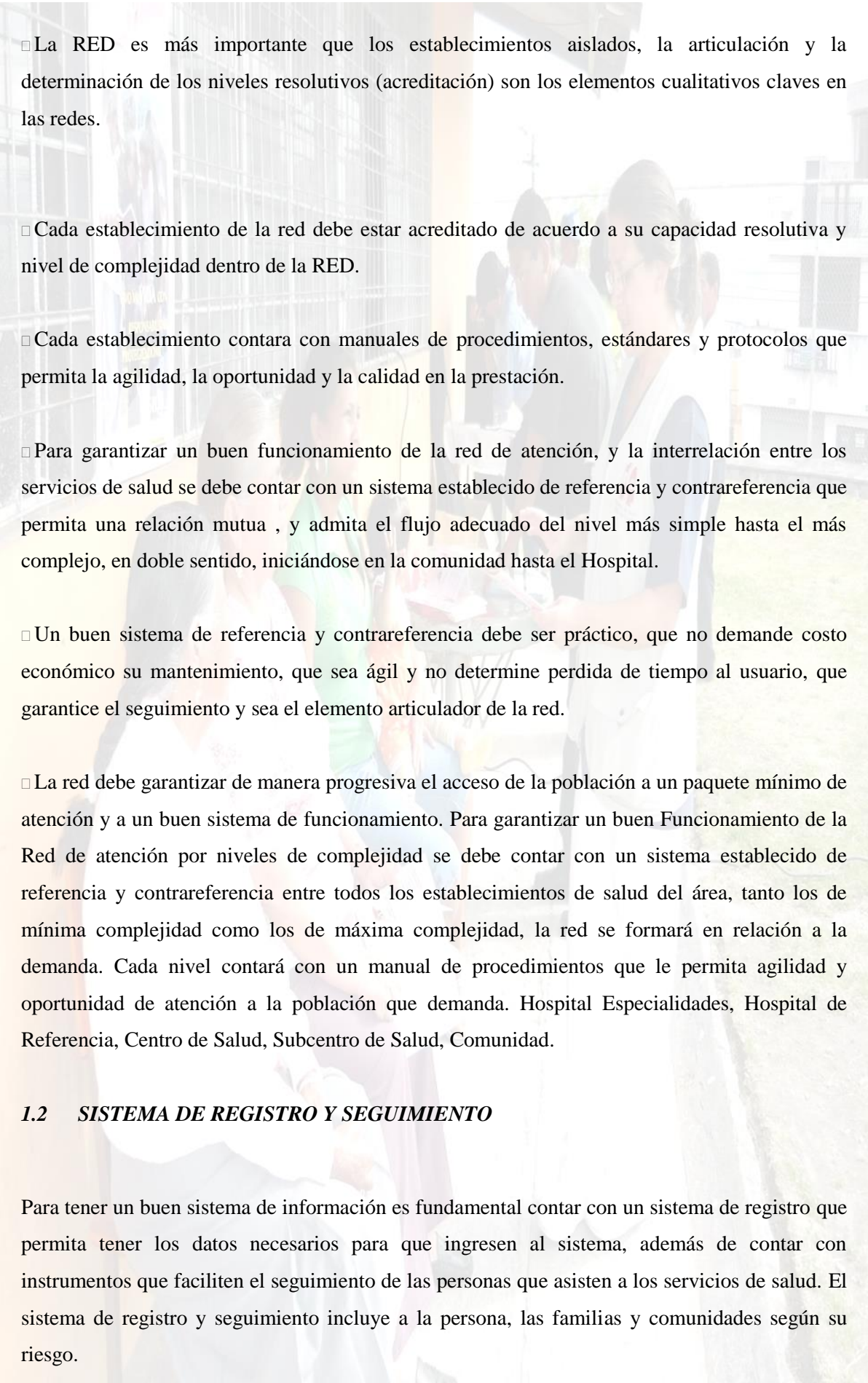
##### **1.1 ACCIONES INTRAMURALES**

###### **1.1.1 RED DE ATENCION Y SISTEMA DE REFERENCIA/CONTRAREFERENCIA**

El objetivo de la formación de la RED es que toda persona reciba una atención adecuada de acuerdo a un paquete mínimo, que de acuerdo a la complejidad del caso pueda acceder a los niveles de atención necesarios y que exista una retroalimentación al nivel que lo refirió para garantizar el seguimiento y la solución del problema de salud por la que se ingreso a la RED.

□ La primera tarea es establecer la RED en el ámbito de responsabilidad del servicio, esta red o micro red debe ser parte de la Red de atención a Nivel regional, para diseñar esta red se tendrá en cuenta los flujos de movimiento de la población, más que la delimitación geográfica del ámbito, lo que generalmente determina el flujo poblacional son los circuitos económicos comerciales, será importante tener en cuenta estos conceptos para determinar, acreditar y articular los diversos servicios de salud.



- 
- La RED es más importante que los establecimientos aislados, la articulación y la determinación de los niveles resolutivos (acreditación) son los elementos cualitativos claves en las redes.
  - Cada establecimiento de la red debe estar acreditado de acuerdo a su capacidad resolutiva y nivel de complejidad dentro de la RED.
  - Cada establecimiento contara con manuales de procedimientos, estándares y protocolos que permita la agilidad, la oportunidad y la calidad en la prestación.
  - Para garantizar un buen funcionamiento de la red de atención, y la interrelación entre los servicios de salud se debe contar con un sistema establecido de referencia y contrareferencia que permita una relación mutua , y admita el flujo adecuado del nivel más simple hasta el más complejo, en doble sentido, iniciándose en la comunidad hasta el Hospital.
  - Un buen sistema de referencia y contrareferencia debe ser práctico, que no demande costo económico su mantenimiento, que sea ágil y no determine perdida de tiempo al usuario, que garantice el seguimiento y sea el elemento articulador de la red.
  - La red debe garantizar de manera progresiva el acceso de la población a un paquete mínimo de atención y a un buen sistema de funcionamiento. Para garantizar un buen Funcionamiento de la Red de atención por niveles de complejidad se debe contar con un sistema establecido de referencia y contrareferencia entre todos los establecimientos de salud del área, tanto los de mínima complejidad como los de máxima complejidad, la red se formará en relación a la demanda. Cada nivel contará con un manual de procedimientos que le permita agilidad y oportunidad de atención a la población que demanda. Hospital Especialidades, Hospital de Referencia, Centro de Salud, Subcentro de Salud, Comunidad.

## **1.2 SISTEMA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO**

Para tener un buen sistema de información es fundamental contar con un sistema de registro que permita tener los datos necesarios para que ingresen al sistema, además de contar con instrumentos que faciliten el seguimiento de las personas que asisten a los servicios de salud. El sistema de registro y seguimiento incluye a la persona, las familias y comunidades según su riesgo.

Todos los establecimientos deben contar elementos del sistema de información o una base de datos que permitan informaciones veraces, oportunas y que faciliten el análisis y la toma de decisiones

### ***1.3 CALIDAD DE ATENCION***

Los servicios de salud deben incorporar progresivamente el enfoque de calidad que estará centrada en la satisfacción del usuario.

### ***1.4 INTEGRALIDAD DE LA ATENCION***

El concepto de integralidad tiene múltiples interpretaciones, puede denominarse acción integral a la atención conjunta tanto preventiva como curativa, también puede denominarse así a la implementación de un enfoque general de desarrollo social con acciones de salud como parte de él.

Cuando se habla de acciones integrales se refiere a la atención que se brinda al individuo no sólo desde el punto de vista de persona sino de su entorno familiar, social y cultural.

Cuando el objetivo es la persona no se puede organizar un servicio de salud en base a las enfermedades que presenta, sino en base a la atención de la persona sea esta: mujer, niño, adolescente, anciano; si se trata de un niño no le podemos brindar atención para IRA, EDA Vacunas etc., tenemos que ver al niño como una persona integral pero que tiene un vínculo con sus padres, sus posibilidades económicas y las costumbres y cultura de ellos, la base de la atención de la persona será la condición de mujer, niño, adolescente, adulto-anciano, su familia y su entorno social.

Otro aspecto a considerar en la integralidad es la atención a las necesidades de la población en el campo del saneamiento básico, tanto para procurar mejorar las coberturas, sostenibilidad del sistema y un uso adecuado de los sistemas debido a un comportamiento sanitario mejorado.

### ***1.5 SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA SALUD***

Un sistema de vigilancia de la salud estará orientado a crear la capacidad funcional para recopilar y analizar datos y difundirlos en forma oportuna a las personas o instituciones capaces de emprender acciones de prevención o control eficaces.



Implementar un sistema de vigilancia y control de los principales daños que se presentan en una zona de trabajo debe ser una acción fundamental, esto debe incluir también la vigilancia de las enfermedades de notificación inmediata (EPI 1), enfermedades no transmisibles en general.

### ***1.6 SISTEMA DE MEDICAMENTOS.***

El objetivo es que todos los servicios de salud cuenten con los medicamentos que permitan el tratamiento oportuno de las patologías existentes en el sector y que la población tenga acceso a ellos.

## ***2. ACCIONES EXTRAMURALES***

### ***2.1. TRABAJO COMUNITARIO EN SALUD.***

El trabajo en la comunidad es el elemento clave del trabajo extramural, en este espacio se encuentran la comunidad, las familia y las personas las cuales después de haber aplicado el enfoque de riesgo permite calificarlas según su necesidad sanitaria, esta intervención permite un acercamiento entre los servicios y la comunidad disminuyendo la brecha. Esta relación entre servicios de salud y comunidad debe caracterizarse como una relación horizontal y respetuosa que busca el desarrollo comunal como finalidad.

**2.2. Impulsar la Atención Primaria**, en el Nuevo Modelo de Atención Integral, comunitario e intercultural (MAIS-FCI) puesto en marcha por el Ministerio: elaboración de estudios sobre sistemas organizativos y estrategias de incentivación a los profesionales; financiación de proyectos-piloto e impulso de proyectos de mejora de la calidad en aspectos como atención domiciliaria, atención de urgencia o uso racional de medicamentos; puesta en marcha de una biblioteca virtual de documentación sobre atención primaria; y evaluación de experiencias relativas a aumento del tiempo de atención al paciente y desburocratización, mejora del acceso desde atención primaria a pruebas diagnósticas, mejora de la coordinación con atención hospitalaria.

**2.3. Acciones para prevenir la malnutrición**, en desarrollo PANN 2000, puesto en marcha por el Ministerio: acciones de promoción de la alimentación saludable y la práctica de actividad física con profesionales sanitarios, municipios, familias y sector

educativo. Además, se realizarán protocolos para atención primaria, en colaboración con las sociedades científicas, para la detección precoz de la malnutrición y el desarrollo de programas de seguimiento; se impulsará la investigación sobre obesidad y desnutrición y se establecerá un plan de acción para la prevención en el ámbito escolar.

### **3. FOMENTAR LA EQUIDAD**

#### **Proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género**

**3.1.** Promover el conocimiento sobre las **desigualdades de género** en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada del personal de salud.

**3.2.** Generar y difundir conocimiento sobre las **desigualdades en salud** y estimular buenas prácticas en la promoción de la equidad en atención a la salud y en la reducción de las desigualdades en salud, mejorando así la atención a los grupos más desfavorecidos y en riesgo de exclusión.

### **4. TRABAJO CON LÍDERES COMUNITARIOS DE SALUD**

Los objetivos son:

**Ofrecer** a la población servicios de salud a nivel comunal de manera oportuna y progresivamente con calidad.

**Liderar** el proceso educativo y sanitario dentro de la comunidad.

**Establecer** un sistema de referencia y contra-referencia entre los servicios de salud y la comunidad.

### **5. SANEAMIENTO AMBIENTAL**

El objetivo es contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población y lograr disminuir la morbi mortalidad relacionada con un deficiente saneamiento básico,

### **6. MEDICINA TRADICIONAL Y ALTERNATIVA**

El objetivo fundamental es revalorar la cultura andina respecto a las creencias, procedimientos y uso de recursos naturales en el cuidado de la salud

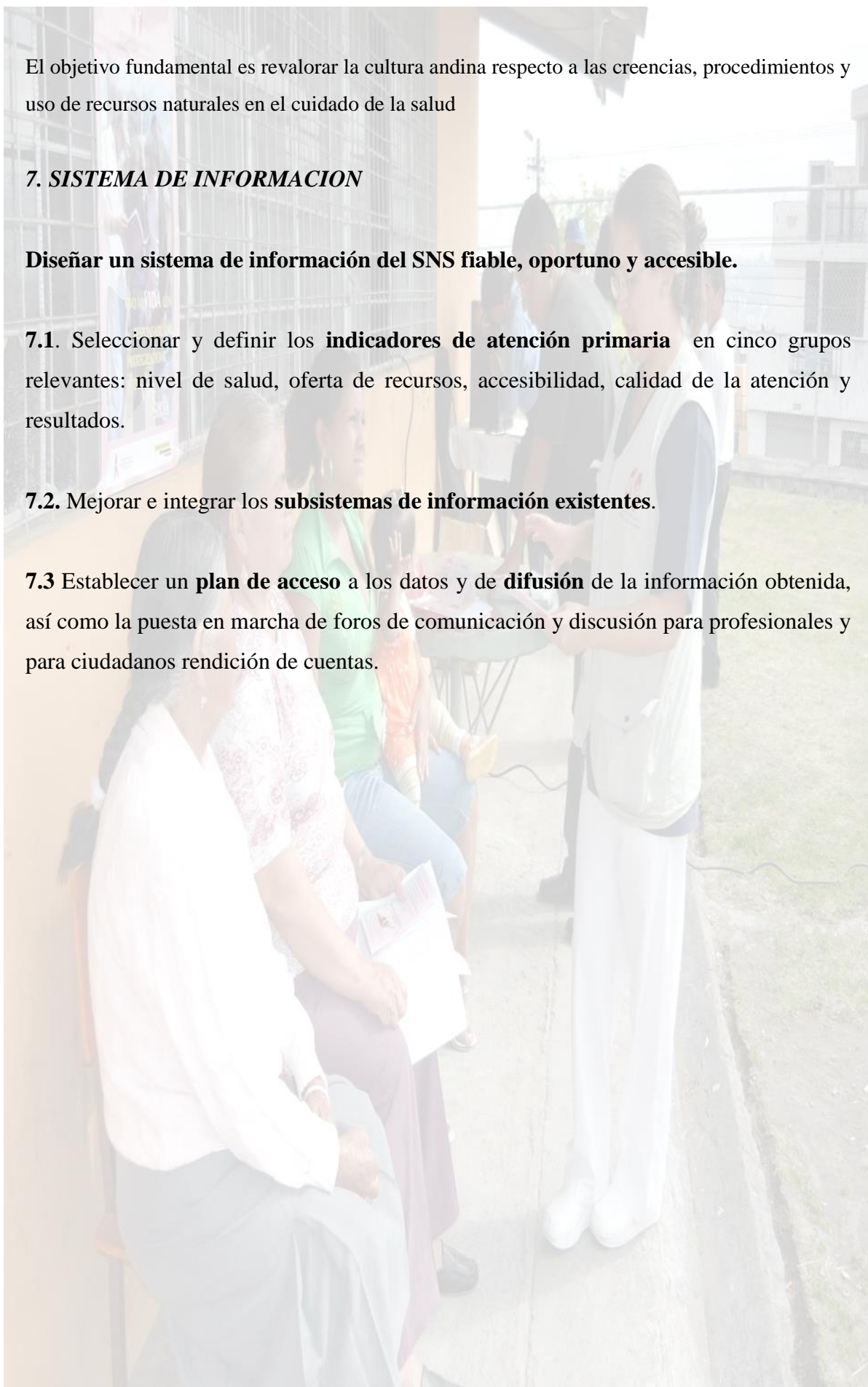
## **7. SISTEMA DE INFORMACION**

**Diseñar un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible.**

**7.1.** Seleccionar y definir los **indicadores de atención primaria** en cinco grupos relevantes: nivel de salud, oferta de recursos, accesibilidad, calidad de la atención y resultados.

**7.2.** Mejorar e integrar los **subsistemas de información existentes**.

**7.3** Establecer un **plan de acceso** a los datos y de **difusión** de la información obtenida, así como la puesta en marcha de foros de comunicación y discusión para profesionales y para ciudadanos rendición de cuentas.





## **5.9 DISEÑO METODOLOGICO**

Mejoramiento de la infraestructura física del centro de salud. Reuniones de trabajo para evaluación de la atención primaria, reuniones con la comunidad, estudios de caso, reforzar el clima organizacional, la unión, la motivación, la satisfacción y el empoderamiento del usuario interno y la comunidad.

## **5.10 AMBIENTACION Y EXPERIENCIA**

La exigencia en la institución, es inmensa, por lo mismo que el servicio va dirigido a los maspreciado del ser humano como es la preservación de su propia vida. En nuestra organización el control y el aseguramiento de la calidad son muy importantes, por lo cual se necesita garantizar que toda la secuencia se cumpla, desde la planeación, preparación de los recursos humanos y los demás aspectos que constituyen el sistema de calidad, hasta lograr la máxima seguridad en los procedimientos y acciones.

## **5.11 REFLEXION**

Para que sea definida la actitud hacia la calidad por parte de todos los integrantes del equipo interinstitucional, es necesario, que esta calidad sea definida como algo tangible y no como un valor abstracto y filosófico. En otras palabras lo que Crosby define como “el acto donde se cumplen todas las especificaciones”. La calidad existe o no existe y que no es valido hablar de alta o baja calidad y menos lo que se lee en las propagandas de los productos que “ofrecen calidad para la exportación”, lo cual contradice el principio de que la calidad es una y si no cumple con las especificaciones, simplemente no existe.

## **5.12 IMPACTO**

Se medirá observando la variación del perfil epidemiológico, y también determinando el cambio de actitud de los usuarios y su satisfacción. La satisfacción del usuario se mide por medio de encuestas de satisfacción, que se realizaran anualmente. Buzón de sugerencias. Rendición de cuentas por parte del equipo de salud. Organización del Comité de Calidad de atención, el mismo que esta conformado por los siguientes

profesionales:

Dra. Gabriela Meza

Lcda. Alba Guerrero

Lcda. Carmita Benavides

Lcda. Lila Correa

Lcda. Nancy Espinosa

### **5.13 EVALUACION**

Se entiende la Atención Primaria de salud como la puerta de entrada del ciudadano al sistema sanitario, su primer contacto. Los pacientes opinan que este primer encuentro es esencial para determinar la relación que se ha de establecer entre paciente y profesional: la Atención Primaria es la primera relación que tienen médico y paciente, es la gran puerta de entrada a lo sanitario pero a veces se queda en el vestíbulo, no pasa a la siguiente habitación, cuando el paciente acude al centro, lleva una carga de emociones y experiencias positivas y negativas de anteriores visitas a las unidades operativas del SNS.

Con base en la evaluación integral y sistemática de la institución y acorde con la programación de las metas, traducidos en actividades y tareas, el plan de acción del Comité de Calidad en salud, debe incorporar las actividades del perfil actual de la institución, procurando que los diferentes convenios puedan ser valorados en el máximo puntaje de excelencia.

Seguimiento de los eventos mensualmente, para revisar cumplimiento, o modificación de las necesidades que se presentan en la unidad. En el servicio del centro de salud que brinda capacitación mensual, en las reuniones de Área, en forma continua, a través de métodos participativos, reflexivos, científicos y de acuerdo a la realidad de la comunidad, respetando su cultura y creencia coordinando actividades conjuntas con la comunidad para mejorar la calidad de atención que presta esta unidad.

### **5.14 VALIDACION**

El Ministerio de Salud Pública, rector del Sistema Nacional de Salud ha trazado una estrategia para dar respuesta a los problemas, emergentes y reemergentes, por medio del

Modelo de Atención Integral , comunitario e intercultural de salud, se persigue incrementar la eficiencia y calidad en los servicios, garantizar la sostenibilidad del sistema, aunque se ha alcanzado un alto nivel de equidad, seguiremos estudiando y trabajando para eliminar pequeñas desigualdades reducibles en la situación de salud y la utilización de los servicios entre regiones y grupos de población.

En la proyección estratégica actual, se adoptan formas participativas como son los consejos locales de salud, como órganos de coordinación intersectorial a esos niveles, para lograr la verdadera descentralización, intersectorialidad, participación social, movilización de recursos y otros efectos de mayor impacto médico, económico y social, a través del análisis de la situación de salud y la canalización de las soluciones.

El modelo que se presenta se puede constituir en la base de cualquier institución o servicio. La propuesta es la base para el funcionamiento del Comité de Calidad de Atención del Centro de Salud N.8, posteriormente puede ser aplicado a los Subcentros de Salud del Área.

## **BIBLIOGRAFIA**

### **Consultada**

#### **Libros**

1. ACEDOS Ib, MARCH Jc, PRIETO Ma. Diez aportaciones del empleo de la metodología cualitativa en una auditoría de comunicación interna en atención primaria. Revista Española de Salud Pública. 3(2): 19-40, Enero 2005.
2. AMESCUA M, CARRICONDO A. Investigación cualitativa. Análisis de la producción bibliográfica en Salud. España. Index de Enfermería 2003. 256p
3. ALBAN Jorge, Foro Nacional de Investigación en Salud, Quito-Ecuador, MSP OPS, 2007.109p.
4. ÁLVARO G, ANSA I, APESTEGUIA J, GRANADO A. Dirección de Atención Primaria, España.2004. 320p.
5. ÁLVAREZ-GAYOU L Cómo hacer investigación cualitativa. Buenos Aires, Paidós Educador. 2003. 210p.
6. AGUILAR R. Metodología de la Investigación Científica, Loja Ecuador, Editorial UTPL. 2003. 250p.
7. ANDER E, Introducción a las Técnicas de Investigación Social. Editorial Humanitas.2003. 5ta edición. 300p.
8. ARCHER, FLESMAN. Enfermería de salud comunitaria, Cali Colombia Organización Panamericana de la Salud. 2003. 310p.
9. AUTORES VARIOS, Atención Primaria de Salud, Ginebra, septiembre, 1978.
10. BARQUIN Manuel, Dirección de hospitales, México DF, Editorial McGraw-Hill Interamericana, Séptima Edición, Mayo 2004.878p.
11. CERDA, H. Como elaborar proyectos. Colombia, Editorial Magisterio, 2003. III Edición. 280p.
12. CHIAVENATO Idalverto, Administración en los Nuevos Tiempos, Bogotá Colombia Mc. Graw- Hill, Interamericana, S.A. 2003. 350p.
13. CISMIL, CONCOPE, AECI, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Estado de Situación Provincia de Pichincha, Quito Grapus,2006
14. CONSTITUCION POLITICA DEL ECUADOR, la Salud en la Constitución, Quito Ecuador, 2008.
15. CORELLA J. La Gestión de Servicios de Salud. Madrid España. Ediciones Díaz de Santos. 2001.305p-333.

16. CONDE F, PEREZ AC. La investigación cualitativa en salud pública. España. 2001. 280p.
17. CONASA, Política Nacional de Salud Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos, pág. 26 Decreto Ejecutivo 2717. Registro oficial 566, abril 2005.
18. CONASA, Memorias II Congreso por la Salud y la Vida, Guayaquil-Ecuador,septiembre 2004.
19. CONASA, Memorias III Congreso por la Salud y la Vida, Cuenca- Ecuador, Don Bosco, Abril 2007.
20. CONASA, Memorias IV Congreso por la Salud y la Vida, Loja-Ecuador, Marzo 2009.
21. DE SOUZA Silva José, La Dimensión institucional del Desarrollo Sostenible, San José de Costa Rica. Octubre 2003. 104p
22. DIAZ LLANES G, La investigación acción en el Primer Nivel de Atención, Habana Cuba, Editorial Ciencias Medicas, Agosto 2003.267p
23. DIPRETE Braun, FRANCO Millar, RAFED Nadwa, HATZEL T, Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los países en desarrollo, Bethesda, USA USAID, Segunda Edición, 2003.357p
24. DONAVEDIAN Avedis, Garantía de la Calidad de la Atención Médica, México DF. Secretaria de Salud ,2003.
25. DUEÑAS Araque O, Dimensiones de la Calidad en los Servicios de Salud, Asociación Panamericana de Gerencia de Servicios de Salud. Diciembre 2003.478p
26. ENDEMAIN, Informe de la Provincia de Pichincha y la Ciudad de Quito, Cepar, Octubre 2005.
27. ESPINOSA Nancy, Evaluación MAIS Área de Salud N.8, Quito, Enero 2009
28. FLAHAULT D. (2003) Guía para la gestión de la atención primaria de Salud, Washington DC, Segunda Edición, Organización Panamericana de la Salud, 2003.
29. GARCIA Agustín, ESTEVEZ Edmundo, Temas de Bioética y Genoética, Quito-Ecuador, Ed. Imprenta Terán.2006.619p.
30. GEOFREY Norman, STREINER David, Bioestadística, Madrid España, Harcourt Brace, 2002, 253p.
31. GONZÀLEZ Escalante A, Análisis de la Situación Salud de la Comunidad, su importancia como actividad docente en la atención primaria de salud, Cuba. Facultad de Ciencias Medicas Comandante Manuel Fajardo, 2006. 323

32. HERMIDA César, Cuenca Ecuador Memorias III Congreso por la Salud y la vida, Don Bosco ,2007.173p
33. HAJER V, Ingeniería de Proyectos, Bilbao Editorial Urno, Hernández, R.(2002) Metodología de la Investigación. Editorial McGraw Hill, México DF.189p
34. HERNANDEZ, R. Metodología de la Investigación. México DF, Editorial McGraw Hill, 2002.278p.
35. INGA, G. Guía Didáctica ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud, Loja Ecuador Trabajo de Grado II. Editorial. UTPL, 2003.212p
36. LASCANO Tannya, Evaluación Área de Salud N.8, Quito-Ecuador, 2009
37. McMAHON Rosemary, BARTON Elizabeth, PIOT Maurice, Guía para la gestión de la atención primaria de Salud, Washington DC, Paltex, 2004, 472p, Segunda Edición.
38. MALAGON, Londoño, GALAN Morera, PONTON Laverde, Garantía de Calidad en Salud, Bogotá Colombia segunda Edición, Editorial Panamericana, 2006.
39. MARRINER-Tomey Phd Modelos y teorías en enfermería, España, Tercera edición, Harcourt Brace, 2004. 345p.
40. MARIÑO Hernando, Gerencia de Procesos, Bogotá Colombia, Alfaomega S.A, 2002,144p.
41. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, Política Nacional de Promoción de la Salud, Quito Ecuador, NINA comunicaciones, julio 2007 pag.8-9
42. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, Modelo de atención integral de salud, comunitario, e intercultural, Quito, Marzo 2008.
43. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, Manual de Normas de Atención al Adulto y adulto mayor, Quito, septiembre 2007
44. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, Calidad y Calidez en la Atención en Salud, Quito, 2008
45. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA - Dirección Nacional de Normatización. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la Calidad de la Atención Materno-infantil. Quito, Septiembre 2006.
46. MSP-Dirección Nacional de Normatización, Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud HCI/USAID, Junio 2008
47. OMS-OPS, Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud, Regional Mayo 2007
48. OMS-OPS, Salud en las Américas, Septiembre 2001.

49. OPS-OMS, Atención Primaria de Salud en las Américas: enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años, retos futuros, Washintong DC, Abril 2003.
50. OPS-OMS, Informe Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata , septiembre 2003
51. PINEDA, ALVARADO, CANALES, (Metodología de Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud, Washington DC, EEUU. Organización Panamericana de la Salud.2000.342p
52. POSSO, M, Metodología para el Trabajo de Grado, Ibarra Ecuador III Edición, Editorial Nina Comunicaciones, 2006.253p
53. ROJAS S, Investigación Social, Teoría y Praxis. México Editorial Plaza y Valdés.2001.213p
54. RODRIGUEZ Edgar, Investigación operativa aplicada a los servicios de salud, Bogotá Colombia, Pricor AID, Agosto 2000.712p.
55. SANDOVAL Wellington, Marco General de la Reforma estructural de la salud del Ecuador, Quito Ecuador, Jamp Publicidad, Noviembre 2005,112p.
56. SANTACRUZ Varela. La atención primaria de salud. Viejo compromiso y nuevos retos, Costa Rica. Consultor OPS/OMS.2002.256p
57. STODDART Greg, TORRANCE George, Métodos para la evaluación económica de los programas de Atención de la Salud, Madrid España, Edigrafos, Diaz de Santos, 2001,210p.
58. TARRES SERAT J, Calidad en Atención Básica en Salud, Brasil Brasilia Badalona Serveis Asistenciales, 2004.245p
59. TAYLOR Sj, BOGDAN R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires Argentina. Capítulo VI. Ediciones Paidós. 2003.301p.
60. VARGAS César, Metodología de Evaluación de la Eficiencia y Eficacia del Manejo de Recursos Financieros y de Gestión, Quito-Ecuador, Conam, 2006,181p.
61. VARIAS AUTORAS DOCENTES ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS U C, Manual de la Enfermería, Quito, Ecuador, Cultural S.A. Quebecor Word Perú.2005. 927p.
62. YEHUDA Benguigui, LAND Sandra, PAGANINI, Acciones de Salud Materno Infantil a Nivel Local, OPS.2001.

## **Revistas**

1. OVIEDO Nelson, Los Procesos de Cambio de los sistemas de salud, Correo Poblacional y de la Salud, Quito Ecuador, N°. 1(Vol. 8): 24-26, abril 2000.
2. YEPEZ María Elena, Encuesta Demográfica Materna Infantil, ENDEMAIN 2004 Informe de la Provincia de Pichincha y ciudad de Quito, Ecuador, CEPAR: 18-108 Octubre 2005.



**A****NEXOS**

