

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Análisis Institucional**

##### **2.1.1 Contexto Local**

No podemos precisar con exactitud la presencia del primer hombre que pisó suelo y fértiles tierras, algunos miles de años sin lugar a dudas dejan testimonios del asiento en la comarca, mismos que están representados hasta nuestros días por testimonios arqueológicos; sabemos que la interacción de los primeros grupos cazadores recolectores van haciendo su arraigo al correr de miles de años en su afán de subsistir. Se organizan grupos humanos cada vez más cuantiosos regulando su existencia social del diario vivir con mecanismos que permitieron el surgimiento de identidades colectivas particulares sobre un substrato de comunidad regional.

Cuando hablamos del aparecimiento de la comunidad de Otavalo, nos introducimos en múltiples investigaciones, monografías, crónicas, artículos y reportajes que no logran definir con exactitud su origen. Sin embargo, Carlos Larrea, en su estudio "Notas de Prehistoria e Historia Ecuatoriana", mantiene que los vestigios arqueológicos más antiguos trabajados por manos hábiles y persistentes, datan de unos 10.000 años de antigüedad, los mismos que fueron encontrados en la Sierra Norte de Quito.

Para González Suárez, en su obra "Los aborígenes de Imbabura y Carchi", sostiene que las tribus que poblaban Imbabura y una buena parte de lo que es hoy

Ecuador, provienen de la rama Antillana, procedente del Caribe, que llegaron a estas tierras a través de los ríos Marañón y Napo.

Por otra parte, Juan de Velasco defiende la tesis de que el hombre otavaleño proviene de poblaciones que migraron del Caribe y que llegaron a tierras altas de lagos y montañas atravesando la cordillera occidental por el río Esmeraldas.

Contrariamente a las propuestas anteriores, se cree que tanto Cayambe como Otavalo fueron habitados primitivamente por Proto-Pastos, en la época de cazadores y recolectores, luego fueron los Cayapas que se apoderaron de la zona..."

A pesar de esta variedad de interpretaciones, en cuanto al origen de las comunidades: Imbayas, Sarances y Otavaleña, sí podemos afirmar que en un momento de la migración, fueron interactuando grupos de cazadores-recolectores, por la necesidad de subsistir, lo que generó, en un segundo momento, un conocimiento del medio, de las plantas y de los animales a tal punto que desarrollaron sistemas de agricultura, de irrigación, domesticación de animales y, en una forma lenta y paulatina, empezaron a producir ricas expresiones artesanales, alcanzando niveles elevados de organización y de producción.

Estas formas de organización de los Imbayas, Sarances y en especial las de Otavalo, fueron codiciadas por los Incas, quienes comandados por Túpac-Yupanqui, avanzaron hacia Atuntaqui, Cayambe, Otavalo, para dominarlos, cosa que no fue fácil, ya que Hualcopo y Caranqui, junto con Caciques de Cayambe y Otavalo, organizaron una resistencia inquebrantable que duró aproximadamente 17 años.

Seguidamente de las guerras incásicas llegó la invasión española, donde organizaciones indígenas de Cayambe, coordinadas y dirigidas por los caciques Píntag y Nazacota Puento, debilitaron las agresiones de los invasores.

A pesar de todos estos esfuerzos, en 1534 se da lugar la fundación española con asiento en Otavalo, probablemente en la parcialidad de Santiaguillo. Se puso como límites: al norte, la provincia de Pastos, al sur el río Pisque, al oriente San

Miguel de Sucumbíos y el territorio de los Mocoas y por el occidente la antigua provincia de Atacames, hasta la unión de los ríos Guayllabamba y Llumiragua.

Los intereses tanto de los Incas como de los españoles eran conquistar comunidades organizadas y productivas, es así como Otavalo fue vista como una fuente inagotable de riqueza, por su agricultura y por el desarrollo de las artesanías. Por un lado, los Incas introdujeron el sistema de Mitimaes para intercambio de conocimientos, garantizando de esta manera la producción, por otro lado, los españoles aprovecharon todas estas formas de organización e implementaron mecanismos de explotación generadores de riqueza que salían a modo de tributos, a través de la mita, el concertaje.

En 1557, se establece el Corregimiento de Otavalo. Para Noviembre de 1811, la Junta Governativa y Capitanía General de Quito, asciende al Corregimiento de Otavalo a la Categoría de Villa, declarándola Centro de operaciones militares contra la Nueva Granada. Pero es el 31 de Octubre de 1829 que Simón Bolívar le da categoría de Ciudad

### **2.1.2. Contexto Geográfico**

La ciudad de Otavalo se encuentra ubicada al norte del callejón interandino a 110 Km y a dos horas al norte de Quito, la capital de la república del Ecuador, se encuentra a una altura de 2565 metros sobre el nivel del mar, y está ubicada geográficamente en las siguientes coordenadas: 78° 15' 49" longitud oeste; 0° 13' 43" latitud norte.

Es un valle rodeado por lagos, ríos, valles, montañas y dos volcanes:

- El taita Imbabura al oriente, de alrededor de 4600 metros
- Mama Cotacachi al Occidente con 4939 metros.

Otavalo es la cabecera cantonal que pertenece a la provincia de Imbabura, con su capital Ibarra, que se encuentra a 25 Km más al norte.

Según el censo del 2002 en el cantón Otavalo habitaban 89.562 personas

- 48 de cada 100 personas son hombres y 52 mujeres
- 49927 pertenecen a la población indígena, (55,74 %)
- 39.635 a la población mestiza (43,74 %)
- 468 a los afro ecuatorianos (0,52%)

El cantón Otavalo está conformado por 11 parroquias: El Jordán, San Luis. Dr. Miguel Egas, Eugenio Espejo, Gonzales Suarez, San José de Quichinche, San Juan de Iluman, San Pablo de Lago, San Pedro de Pataqui, San Rafael y Selva Alegre.

### **2.1.3. CONTEXTO INSTITUCIONAL**

Fue creado el 11 de Septiembre de 1990, el cual comenzó a brindar atención medica con profesionales (medico, odontólogo y enfermera) contratados por el proyecto SAFIC el cual permitía atención medica a toda la población.

El 17 de Enero de 1991 y mediante acuerdo con la comunidad se logra que la casa Barrial de San Blas ceda sus instalaciones al personal de salud del Subcentro para que de esta forma pueda brindar atención médica.

En 1990 se contrata a la Licenciada en Enfermería Ruth Cevallos la cual con el pasar del tiempo llega a ocupar este cargo con nombramiento, por desempeñar un excelente trabajo.

En 1998 llega al SCS Punyaro el Dr., Marcelo Lozano Trota medico con nombramiento, quien en la actualidad es el líder de la unidad operativa.

La demanda de usuarios al Subcentro ha permitido que el personal de salud aumente al cual actualmente se encuentra constituido por un medico de planta (Dr. Marcelo Lozano), 2 médicos Rurales ( Dr. Camilo Alvear- Dra. Mónica Alvares), 1 Odontólogo (Dr. Orlando reyes) 1 Enfermera de planta (Lcda. Ruth Cevallos), 2 Enfermeras Rurales (Mireya Zapata- Cristina Toctaguano) y el apoyo de 1 interna Rotativa de enfermería.

Los días de atención

- Medica: Lunes a Viernes de 08:00 a 16:30
- Odontológica: Lunes a Viernes de 08: 00 a 12:00

La ciudad de Otavalo se encuentra dividida en 2 parroquias urbanas:

- El Jordán (Norte)
- San Luis (Sur)

El Subcentro de Salud de Punyaro se encuentra ubicado al Sur – Oeste de la ciudad de Otavalo

### **Límites**

- Norte; Calle Guillermo Garzón Ubidia y la Calle Mejía
- Sur : Panamericana Norte Quito – Ibarra
- Este : Calle Simón Bolívar
- Oeste : Comunidad Punyaro Alto y el Rio San Francisco

### **2.1.4. AREA DE INFLUENCIA**

El SCS Punyaro comprende sectores

**Urbanos:** Punyaro Alto

Punyaro Bajo

San Blas

Cdla Jacinto Collahuazo III Etapa

Cdla Marco Proaño Maya

**Rurales:** La Joya

San Francisco de la Rinconada

Mojanda Mirador

Mojandita Curubi

Imbabuela Alto

Imbabuela Bajo

Santiaguillo.

### **2.1.5. INFRAESTRUCTURA DEL SUBCENTRO**

La unidad operativa de Punyaro es de construcción de bloque, cemento y losa, es de una planta, su piso es de baldosa, sus paredes pintadas, puertas de madera, ventanas de aluminio.

Los servicios con que cuenta esta casa de salud son: luz eléctrica, agua potable, alcantarillado y servicio de recolección de basura.

En el Subcentro de salud existen diferentes departamentos los cuales brindan atención según la necesidad del usuario.

Se cuenta con:

- Tres consultorios médicos con respectivo material e insumos para la atención medica, Sin embargo uno de estos no cuenta con la infraestructura adecuada ya que sus instalaciones están en pésimas condiciones.
- Un consultorio odontológico con sus respectivos equipos.
- Vacunas (se cuenta con dos refrigeradoras para la respectiva conservación de las vacunas así como material de registros de las mismas).
- Farmacia donde se entrega medicación gratuita y almacenamiento de la misma.
- Sala de espera.
- Estadística (Se archivan las historias clínicas y se cuenta con el material necesario para la apertura de las mismas).
- Preparación - Post-consulta

Actualmente en el SCS Punyaro es una unidad que no cuenta con la infraestructura adecuada ya que la demanda de usuarios sobrepasa el espacio físico es decir es una área muy estrecha lo cual no permite brindar una excelente atención en cuanto se refiere a calidad ya que muchas veces la gente tiene que estar fuera de la unidad esperando por un turno o atención medica.

#### **2.1.6. MISIÓN Y VISIÓN**

**MISION:** El SCS de Punyaro brindará atención Integral, oportuna con calidad, calidez, eficacia y equidad al individuo, familia y comunidad, haciendo énfasis en los grupos de mayor riesgo tanto biológico como social, respetando la interculturalidad y aplicando programas desarrollados por el MSP.

**VISION:** “El SCS de Punyaro hasta el año 2015, resolverá el 80% de los problemas de salud de las comunidades, promoviendo mejores estilos de vida mediante la aplicación del nuevo modelo de atención de salud con un enfoque intercultural, participación social, y con capacidad resolutiva en el primer nivel de atención de salud.”

#### **2.2. CALIDAD DE ATENCION AL CLIENTE**

La calidad es un proceso integral y polifacético. Es un conjunto de características técnico, material y humano que debe tener la atención de salud que provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor numero de estilos de vida saludable y a un costo que es social y económicamente viable para el sistema.

##### **2.2.1. Indicadores basados en la opinión de los pacientes**

Si pensamos que la atención sanitaria está dirigida especialmente a mejorar la salud de las personas y de las comunidades, es natural que la opinión de los pacientes constituya uno de los indicadores principales de su calidad. En esto se basan los actuales esfuerzos hacia los llamados “sistemas orientados al cliente” o a la llamada “capacidad de reacción” a las expectativas de la población como cualidad importante de los sistemas de salud.

La OMS en su marco para el desempeño de los Sistemas de Salud señala tres objetivos:

- Mejoría de la salud de las poblaciones a las que sirven
- Responder a las expectativas no medicas de la población
- Proveer protección financiera contra el costo de la salud deteriorada.

### **2.2.2. Dimensiones de la calidad**

Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma .En este contexto citamos 8 dimensiones:

- Competencia profesional.- Se refiere a la capacidad y el desempeño de las funciones de grupos de salud personal administrativo y el personal de apoyo.
- Acceso a los servicios.- implica la eliminación de las barreras de todo tipo que obstaculiza el uso eficaz de los servicios de atención de salud.
- Eficacia.- que se refiere a la aplicación correcta de las normas de prestación de servicios y orientación clínica
- Satisfacción de los usuarios.- Se refiere a la relación entre proveedores y clientes entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de salud y la comunidad.
- Eficiencia.- Están en relación con los recursos económicos y se refiere a la administración y los beneficios de los mismos.
- Continuidad.- Implica que el usuario o cliente pueda recibir la serie completa de los servicios de salud que necesita sin interrupciones, paralizaciones o repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico y tratamiento.
- Seguridad .- implica la reducción de riesgos , de infecciones, de efectos colaterales con la prestación de los servicios

### **2.2.3. Definición de la calidad de atención.**

La calidad de la atención de enfermería científico técnica, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de tal manera que produzcan al máximo de beneficios y el mínimo de riesgos para la salud del usuario. La calidad



en el proceso interpersonal es más difícil de resumir, pero debe incluir valores y normas socialmente definidas que gobierne la interacción de los individuos en general en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte, por los dictados éticos de los profesionales del sector de salud y por las expectativas de los usuarios.

Con el uso adecuado de sus conocimientos y habilidades técnicas, el profesional de enfermería ubica la profesión socialmente como una disciplina capaz de transformar la realidad y transformarse así mismo. Es un cuidado que genera autonomía y permite a la persona cuidada asumir su propio cuidado en cualquier momento del proceso salud – enfermedad.

Los profesionales de enfermería en su mayoría reconocen que el cuidado es un servicio susceptible de mejorarse permanentemente. Esta circunstancia debe movilizar las tendencias de la profesión hacia la implementación de estrategias de mejoramiento continuo y satisfacción de las necesidades de los usuarios.

La calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes: La naturaleza de los cuidados, la razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone y los medios físicos, financieros, tecnológicos y humanos necesarios.

El término calidad puede ser definido de diferentes formas; su significado depende del contexto. En el campo de la salud la definición de calidad es el criterio técnico científico para los profesionales y el grado de satisfacción de los usuarios; es decir, comprende los aspectos técnicos, científicos y metodológicos, así como las relaciones y percepciones.

Garantizar la calidad exige a los profesionales una reflexión permanente sobre los valores, conocimientos, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetivación del bien interno. Sin duda tal reflexión estimula a las acciones y orientan al ejercicio profesional hacia la búsqueda del mejoramiento continuo, como condición para el diseño y ejecución de estrategias que privilegien cuidar con calidad y comprender sus dimensiones: Ética, técnica, interpersonal y de percepción.

No hay calidad del cuidado si no se logran los acuerdos mínimos y compromisos entre los profesionales en enfermería para la normalización de procesos y procedimientos el cumplimiento cabal de estos, la evaluación de los resultados y el mejoramiento de los estándares integran un correlato triangular de beneficios para el paciente, el quipo humano y la institución.

#### **2.2.4. Clasificación de la calidad**

**Técnica:** es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio.

**Sentida:** es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. Está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos. Calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios.

Relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico.

Mejorar la calidad implica un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica sentidas de los usuarios.

**Total:** es el conjunto de principios de estrategias globales que intenta movilizar a todas las empresas con el fin de obtener una mejor satisfacción del usuario al menos costo posible.

#### **2.2.5. Políticas de calidad**

Es el conjunto de directores y objetivos generales relativos a la calidad expresada formalmente, son principios generales que requieren la actuación de una organización.

### 2.2.6. Gestión de calidad

Es aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad y comprende tres procesos: planificación, organización y control.

- **La planificación de la calidad:** Constituye el proceso de definición de las políticas de la calidad, generación de los objetivos y establecimiento de estrategias para alcanzarlos.
- **La organización para la calidad:** Es el conjunto de estructura organizativa, procesos, recursos para gestionar la calidad y es la división de funciones, tareas y su coordinación.
- **Control de la calidad:** Abarca las técnicas y actividades de carácter operativos utilizados en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad, es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre diferencia.

### 2.2.7. Estándares de calidad

#### Definición

Un estándar representa un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro alcanzado.

Es importante resaltar que cada uno de los estándares mencionados en adelante cuenta con una particularidad en común: el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso, que parte desde la planeación, pasando por las labores de monitorización, identificación de prioridades, propuesta de evaluación de resultados y comunicación de los mismos, hace parte integral del núcleo a donde quiere apuntar el sistema de Gestión de la calidad, esto es, que la organización no se conforme con demostrar que cuenta con un proceso plasmado en soportes técnicos, sino que a partir de ese planteamiento inicial se desarrollen mecanismos

de evidencia y soporte que permitan a todos los actores sociales constatar su compromiso con la gestión de calidad en Salud.

Ese sistema explícito ha definido que variables e indicadores integran el sistema de verificación o cumplimiento del estándar.

### **Tipo**

Los estándares definidos son de estructura, proceso y resultado.

### **Ámbito**

Abarcan las organizaciones que prestan directamente uno o más servicios de salud en el primer nivel. Ello implica que los estándares no son aplicables a organizaciones que no presten al menos un servicio de salud de manera integral. El cumplimiento de los estándares que se refieran a servicios de apoyo a la atención será de responsabilidad de los prestadores que ofrezcan el servicio integral, independientemente si éstos son contratados o asumidos directamente.

### **Contenido**

Los estándares están dirigidos a la minimización de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud. El siguiente listado, en el marco de las prioridades sanitarias, es un referente para la definición de estándares que relaciona los riesgos identificados como prioritarios:

- Mortalidad materna y perinatal.
- Atención de emergencias.
- Prevención y control de enfermedades emergentes y re emergentes.
- Atención a poblaciones en condiciones de pobreza y exclusión.

El contenido de los estándares, inicialmente se centra en las condiciones básicas prioritarias, pero podrán adicionarse en el tiempo otros criterios de inclusión de estándares luego de una evaluación de su cumplimiento y verificación, y siempre y cuando los nuevos estándares cumplan con los lineamientos aquí definidos.

## **Estructura de los estándares**

Los estándares enunciados se corresponden con el atributo de la calidad para el cual fue seleccionado.

Para mejorar la facilidad y homogeneidad en la aplicación de los estándares, tendrán la siguiente estructura:

- Descripción del estándar: Formula el estándar de obligatorio cumplimiento.
- Propósito: grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- Ámbito. Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del capítulo.
- Proactividad: grado en que el enfoque es preventivo y proactivo.
- Ciclo de evaluación y mejoramiento: forma en que se evalúa y mejora el enfoque.
- Impacto: Grado de incidencia del enfoque en la implementación y en los resultados.
- Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización o los distintos puntos del capítulo.
- Despliegue hacia el usuario. Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los usuarios internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

## **Estándares de Calidad**

### **1. El establecimiento de salud dispone de medicamentos, insumos y equipos para el manejo de las primeras causas de emergencia y daños**

- **Propósito:** Es un estándar de estructura que busca asegurar la disponibilidad de medicamentos, insumos y equipos acorde al perfil de morbimortalidad de cada establecimiento, por ello el nivel central y sus representantes regionales dispondrán lo necesario para implementarlo.

- **Ámbito.** Se busca que este estándar se aplique a todo el primer nivel de atención.
- **Proactividad:** Se busca relacionar las existencias con los recursos y la morbimortalidad registrada en los diversos centros de atención.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Los equipos de gestión de la red y las DISAS buscarán asegurar las existencias en recursos y el seguimiento adecuado de los registros.
- **Impacto:** Con este estándar se busca conseguir una atención oportuna de emergencias y daños prevalentes.
- **Despliegue en la institución:** Los niveles de decisión buscarán crear procesos adecuados a las necesidades de atención de emergencias y daños prevalentes según nivel de complejidad del servicio de salud.
- **Despliegue hacia el cliente:** Se buscará a través del estándar que los trabajadores de los servicios de salud y la comunidad sientan que el centro atiende con oportunidad los requerimientos más frecuentes.

## **2. El establecimiento de salud dispone de medios de comunicación y transporte operativos y equipados para realizar las referencias**

- **Propósito:** Es un estándar de estructura que contempla la disponibilidad de medios de transporte y comunicación que asegure la continuidad de la atención en especial de los casos de emergencia en toda la red de servicios según niveles de complejidad requeridos, en función de la necesidad del paciente. Los medios de comunicación o transporte no son necesariamente de propiedad del establecimiento de salud.
- **Ámbito.** Se buscará que el enfoque esté presente y oriente las actividades dentro de todo el sistema de redes de atención, debe incluir también a los diferentes actores sociales dentro y fuera del Ministerio de salud.
- **Proactividad:** Promueve la integración con las diferentes instancias de desarrollo de la población y sus representantes interrelacionado el sector salud con los demás.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Se evaluará la interacción del sector salud y otros de la comunidad para lograr cumplir con el estándar, la

evaluación estará a cargo de los equipos de gestión de las DISAS y las REDES, se llevará a cabo a través del seguimiento del indicador referencia oportuna en casos de emergencia.

- **Impacto:** Se buscará la reducción de muertes y complicaciones dentro del sistema de atención
- **Despliegue en la institución:** Las redes de salud deben garantizar la disponibilidad de los medios de transporte y comunicación, los que deben estar operativos y para el caso de los medios de transporte deberán estar equipados o tener un equipo disponible para viabilizar las referencias.
- **Despliegue hacia el usuario:** Involucrando a todos los actores sociales tanto dentro y fuera de la Institución se buscará cumplir con el estándar, asegurando disponibilidad de recursos de comunicación y transporte eficaz para la adecuada referencia del paciente.

#### **Atributo: Eficacia**

##### **1. El personal de salud aplica guías de atención integral para el manejo de los daños correspondientes a las prioridades sanitarias locales.**

- **Propósito:** Es un estándar de proceso que busca implementar la atención normatizada de casos de manejo prioritario dentro del sector tratando de controlar costos y mejorar la eficacia de la atención.
- **Ámbito.** Ámbito local define las prioridades sanitarias de acuerdo a los perfiles de morbilidad, el personal debe conocer y aplicar las guías de atención.
- **Proactividad:** Permite al personal documentarse de las normas de atención, motiva a una atención estandarizada y a una evaluación constante por todos los actores sociales involucrados.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Los equipos de gestión de DISAS y REDES de servicios de Salud realizarán auditorías inopinadas de las historias clínicas para verificar si la atención se ha realizado en base al cumplimiento de las guías de atención.
- **Impacto:** El estándar busca contribuir a la disminución de la morbilidad asociada a las patologías prevalentes y prioritarias según realidad local.

- **Despliegue en la institución:** Los equipos de gestión de redes y DISAS buscarán normatizar las enfermedades prevalentes, motivarán la implementación junto a los equipos de gestión de los servicios de salud.
- **Despliegue hacia el usuario.** El trabajador de salud obtendrá seguridad con el cumplimiento de las guías de atención, el usuario externo recibirá una atención estandarizada, cuyo fin último será el incremento de su satisfacción.

#### **Atributo: Integralidad**

##### **1. El establecimiento de salud se articula y organiza funcionalmente con la microred y la red para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad.**

- **Propósito:** Estándar de proceso que busca que los establecimientos se articulen y organicen con microred y red teniendo en cuenta la complementariedad de los recursos humanos para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad.
- **Ámbito:** Primer nivel de atención, teniendo en cuenta a la persona, familia y comunidad.
- **Proactividad:** Promueve la articulación funcional de los recursos al interior de la microred y la complementariedad con la red para brindar servicios integrales a su población dentro del espacio jurisdiccional de los establecimientos.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Se hará en base al seguimiento de los indicadores de atención integral.
- **Impacto:** Permitirá un abordaje holístico, tanto en las personas, familia y comunidad.
- **Despliegue en la institución:** Involucra a todo el sistema tanto en el ámbito administrativo y asistencial de la microred con alcance a la red.
- **Despliegue hacia el usuario:** Los sujetos de atención prioritaria son parte integrante y nudos críticos dentro del núcleo familiar y comunal.

#### **Atributo: Accesibilidad**



**1. El establecimiento de salud identifica y aborda barreras de acceso de los usuarios al servicio de salud.**

- **Propósito:** Es un estándar de proceso que busca acortar las brechas de la oferta con la demanda tomando en cuenta las barreras de acceso tanto culturales, económicas y geográficas, y la forma de abordarlas.
- **Ámbito:** Prioritariamente sobre el primer nivel de atención aunque podría aplicarse a otros niveles.
- **Proactividad:** Promueve planificar la oferta, tratando de acortar las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud, para ello es necesario tomar en cuenta la perspectiva de la demanda.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** En base evidencias objetivas que permitan dar cuenta del reconocimiento de las barreras y sus estrategias de abordaje utilizadas por el servicio de salud.
- **Impacto:** Buscar el acercamiento de los servicios a los usuarios, reflejado en el mayor uso de los servicios.
- **Despliegue en la institución:** El enfoque es consistente con las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario:** Busca la participación de los usuarios dando sus puntos de vista acerca de las barreras que le impiden o limitan acceder a los servicios y plantear alternativas de solución.

**Atributo: Seguridad**

**1. El establecimiento de salud cuenta con sistema de agua segura, disposición apropiada de excretas y eliminación de residuos sólidos teniendo en cuenta criterios de bioseguridad.**

- **Propósito:** Estándar de estructura que permite establecer como norma que los establecimientos de salud garanticen la tenencia de servicios sanitarios esenciales para garantizar una adecuada comodidad a los usuarios, y como forma de proteger a las personas y al medio ambiente de la contaminación innecesaria.
- **Ámbito:** Se aplica a todos los niveles de atención.

- **Proactividad:** Genera la necesidad de contar requisitos básicos sanitarios básicos y adoptar medidas de bioseguridad como medio para evitar que el personal se contamine o contamine a los demás.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** A través del indicador condiciones sanitarias básicas en los establecimientos y aplicación de normas de bioseguridad.
- **Impacto:** Contribuiría a la satisfacción del usuario interno y externo y evita la contaminación con sustancias peligrosas.
- **Despliegue en la institución:** Compete a todos los niveles de decisión y gestión.
- **Despliegue hacia el usuario:** Involucra a todos los usuarios o actores sociales.

**Atributo: Respeto Al Usuario**

**1. Los usuarios están satisfechos por el trato recibido del personal de salud en los servicios**

- **Propósito:** Es un estándar de resultado, que se focaliza en el trato al usuario por parte de los proveedores de salud, dicha interacción debe ser percibida como favorable por el usuario externo.
- **Ámbito:** El enfoque en el usuario atraviesa todo el sistema de prestaciones de salud.
- **Proactividad:** Promueve la medición y análisis del componente trato al usuario dentro de la prestación de salud.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Se hará el seguimiento en base al indicador percepción del trato en el usuario externo.
- **Impacto:** Mejorar la calidad de atención de los servicios de salud con un enfoque basado en el usuario.
- **Despliegue en la institución:** El enfoque es aplicable y es consistente con las políticas de calidad en las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario:** Pasa a ser el usuario externo foco de atención en sus percepciones medidas a través de encuestas, cuyos análisis de resultados son de importancia para el usuario interno.

## **2. El establecimiento de salud cuenta con mecanismos operativos de escucha al usuario.**

- **Propósito:** El estándar corresponde a proceso, tratando que cada establecimiento cuente con al menos un mecanismo operativo de escucha al usuario. Con ello busca la participación de los usuarios en el sistema de atención de salud que percibe él como no adecuado o que le causa malestar.
- **Ámbito:** El enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización.
- **Proactividad:** Promueve que los diferentes servicios de salud por niveles de atención conozcan, comprendan y acepten las evaluaciones que realiza el usuario respecto al servicio recibido.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Se realizará en base al seguimiento del indicador mecanismos de escucha al usuario externo.
- **Impacto:** Hacer partícipe de la evaluación al usuario y darle a conocer lo importancia de su voz en el proceso de mejora de la calidad.
- **Despliegue en la institución:** El enfoque es aplicable y consistente con las políticas de la Institución dentro de las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario.** El usuario externo pasa a ser el foco de la atención y es percibido por los usuarios internos y/o externos

### **Atributo: Trabajo en equipo**

#### **1. Los equipos del establecimiento de salud implementan proyectos de mejora de la calidad.**

- **Propósito:** Estándar de proceso que busca propiciar la cultura de calidad a través de la formulación de proyectos de mejora de la calidad, como parte de la Implementación de planes de mejora continua de la calidad.
- **Ámbito:** Se aplica con igual importancia en las diferentes áreas de la organización.
- **Proactividad:** Promueve la implementación de procesos de mejora de la calidad y la competitividad entre los diversos establecimientos de salud dentro del Ministerio de salud.

- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Mediante el indicador porcentaje de proyectos de mejora de la calidad implementados.
- **Impacto:** Mejora de la calidad de atención mediante la cultura de la calidad.
- **Despliegue en la institución:** Es aplicable a todos los niveles de atención y es consistente en las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario:** Dirigido principalmente hacia el usuario externo.

## **2. El equipo del E.S. participa en el análisis de la morbimortalidad materna y perinatal e implementar estrategias acordadas por el Comité.**

- **Propósito:** Estándar de proceso que busca la participación efectiva de los equipos de los establecimientos de salud en el análisis de la morbimortalidad materna y perinatal, así como fomenta la implementación de estrategias acordadas por los Comités de análisis, con el fin de disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.
- **Ámbito:** Se aplica en los establecimientos de salud y en los niveles donde existen comités de análisis.
- **Proactividad:** Promueve el análisis participativo y la implementación de estrategias o acciones que conlleven a la disminución de la mortalidad materna y perinatal.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Mediante el indicador evidencias objetivas de la participación del equipo del E.S. en el análisis de la morbimortalidad materna y perinatal e implementación de estrategias acordadas.
- **Impacto:** Generar una cultura de búsqueda de evidencias que permitan un análisis holístico y profundo para obtener nudos críticos que conlleven a implementar estrategias de mejora.
- **Despliegue en la institución:** Es aplicable a todos los niveles de atención y propicia el trabajo en equipo.
- **Despliegue hacia el usuario:** Dirigido principalmente hacia la participación de la familia de las gestantes para brindar evidencias de las causales de la morbilidad y muerte materna o perinatal.

### **Atributo: Participación social**

#### **1. El Establecimientos de Salud determinan prioridades, formulan y evalúa su plan local de salud con participación de la comunidad.**

- **Propósito:** Estándar de proceso, que busca considerar la participación social dentro de la planificación institucional.
- **Ámbito:** Prioritariamente para el primer nivel de atención.
- **Proactividad:** Promueve la participación de la comunidad en los planes locales de salud.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** A través del indicador porcentaje de comunidades que participan en la formulación del plan de salud local.
- **Impacto:** Democratización de la gestión de los establecimientos de salud.
- **Despliegue en la institución:** En todo el primer nivel de atención se busca que los servicios de salud cuenten con participación comunitaria.
- **Despliegue hacia el usuario:** Busca establecer la participación comunitaria con los representantes comunitarios.

### **Atributo: Satisfacción del usuario externo**

#### **1. Los usuarios están satisfechos con los servicios de salud brindados por el equipo del establecimiento de salud.**

- **Propósito:** Componente de resultado.
- **Ámbito:** En todos los niveles de prestación de servicios del Ministerio de salud.
- **Proactividad:** Promueve la incorporación de las mediciones de satisfacción del usuario externo de manera periódica, sistemática y analítica.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** En base al indicador satisfacción del usuario con los de servicios de salud recibidos.
- **Impacto:** Mejora sostenida de la satisfacción del usuario.
- **Despliegue en la institución:** En todos los niveles de servicios la medición de satisfacción del usuario es consistente en las distintas áreas de la organización.

- **Despliegue hacia el usuario:** Es la esencia del enfoque en el usuario y es percibido por los usuarios internos y/o externos.

#### **Atributo: Satisfacción del usuario interno**

##### **1. El personal de salud está satisfecho por su trabajo en la institución.**

- **Propósito:** Estándar de resultado.
- **Ámbito:** Todos los niveles de servicios de salud dentro de la organización.
- **Proactividad:** Promueve la medición sistemática de la percepción del eje o motor del cambio hacia la calidad de atención en salud.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** A través del indicador de satisfacción del usuario interno.
- **Impacto:** Mejora global y sostenida de la calidad de atención en los servicios de salud.
- **Despliegue en la institución:** En todos los niveles de atención dentro del Sistema del MINSA.
- **Despliegue hacia el usuario:** Centra su atención en el usuario interno

#### **2.2.8. Indicadores de calidad**

Los indicadores constituyen la variable o conjunto de variables susceptibles de ser medidas, que permite identificar y comparar el nivel o estado de un aspecto o área determinada. Sus resultados insumos para el análisis e interpretación de los fenómenos relacionados con el quehacer de los servicios de salud. Son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades del sistema de prestación de salud, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención. En la evaluación del sistema se mide no solo la estructura y los resultados, sino principalmente los procesos que se dan en cada área o servicio, a través de indicadores adecuados, que permitan a los propios responsables conocer su desempeño y detectar situaciones extremas o problemas que puedan ser resueltos oportunamente.

## **Tipo**

Los indicadores definidos en correspondencia a los estándares son de estructura, proceso y resultado.

## **Estructura de los indicadores**

La estructura de los indicadores contempla los aspectos definidos para establecer la interpretación equivalente de los términos y resultados:

- **Nombre:** Descripción puntual que mejor identifica el indicador.
- **Tipo del indicador:** Define el ámbito al que aplica el indicador desde la perspectiva sistémica (estructura, proceso o resultado).
- **Justificación:** Antecedentes, hechos y datos que sustentan la importancia de medir el aspecto, área o componente al que está enfocado el indicador.
- **Objetivo del indicador:** Aspecto que se busca medir con el indicador.
- **Tipo de medida:** Describe la unidad de medición a emplearse (ejemplo: porcentaje, tasa, etc.).
- **Numerador:** Describe la unidad exacta a emplearse en el numerador, enunciando las unidades de tiempo y espacio en las que se establece la medida.
- **Denominador:** Describe la unidad exacta a emplearse en el denominador, enunciando las unidades de tiempo y de espacio en las que se establece la medida.
- **Umbral:** Denota el nivel deseado de calidad al que se quiere llegar.
- **Fuente de datos:** Describe la fuente de donde los datos del numerador y denominador por separado, deberán ser obtenidos.
- **Técnica:** Describe la metodología de recolección de los datos (encuestas, registros, etc.).
- **Muestra:** Conjunto de unidades muestrales de donde se va a obtener los datos para el indicador.
- **Periodicidad del indicador:** Establece la frecuencia o períodos en que se medirá el indicador.

- Unidad responsable: Indica la unidad que se responsabiliza de alimentar con la información para el monitoreo del indicador.

### **Indicadores de Calidad para el Primer Nivel de Atención**

Para cada estándar propuesto se han definido uno o más indicadores que posibilitarán su medición de manera periódica, priorizándose para efectos de esta fase los siguientes:

- Porcentajes de medicamentos, insumos y equipos disponibles para el manejo de emergencias y daños prevalentes.
- Disponibilidad de medios de comunicación y transporte operativos y equipados para la referencia.
- Porcentaje de casos manejados de acuerdo a guías de atención para prioridades sanitarias locales
- Organización y articulación del establecimiento a su microred y red para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad.
- Identificación y abordaje de barreras de acceso a los servicios de salud.
- Disposición de agua segura, eliminación apropiada de excretas y de residuos sólidos. Teniendo en cuenta criterios de bioseguridad.
- Porcentaje de usuarios que perciben buen trato en los servicios de salud.
- Disponibilidad de mecanismos operativos de escucha al usuario.
- Porcentaje de usuarios que perciben que la información recibida en la atención es entendible y completa.
- Porcentaje de trabajadores del establecimiento de salud involucrados en la implementación de proyectos de mejora de la calidad.
- Participación del equipo del establecimiento de salud en el análisis de la morbilidad materna y perinatal e implementación de estrategias.
- Plan local de salud elaborado y evaluado participativamente
- Porcentaje de usuarios que refieren estar satisfechos con los servicios brindados por el equipo del establecimiento de salud
- Porcentaje de trabajadores de salud que refieren estar satisfechos en la institución.



## **Indicador 1**

**1.- Nombre** Porcentaje de medicamentos, insumos y equipos disponibles para manejo de emergencias y daños prevalentes.

**2.- Tipo Estructura x**

**Proceso**

**Resultado**

**3.- Justificación**

Encuentra su justificación en el hecho de que una proporción importante de pacientes que requieren servicios de emergencia en diversos centros a nivel nacional, no consiguen una atención adecuada, muchas veces ocasionada por las limitaciones estructurales (disponibilidad de medicamentos, insumos o equipos); lo que pone en mayor riesgo su vida, debido a complicaciones y secuelas.

Se entiende por *Emergencia* a la condición de salud que de forma no prevista pone en riesgo inminente la vida de la persona; o como toda atención que requiere una atención médica inmediata.

Daño Prevalente, se refiere a las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en un determinado periodo y que afectan a grandes grupos poblacionales.

El indicador busca que los establecimientos de salud del primer nivel, cuenten con los requerimientos estructurales mínimos para brindar atención adecuada y oportuna que permita estabilizar a los pacientes. Este nivel se considera orientador de la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de las secuelas y morbimortalidad asociada.

**4.- Objetivo**

Establecer la disponibilidad óptima de recursos para la atención adecuada de la demanda de emergencia y daños prevalentes en los establecimientos del primer nivel de atención

**5.- Tipo de medida Porcentaje**

**6.- Numerador**

Número de medicamentos, insumos y equipos disponibles para el manejo de las primeras causas de emergencias y daños prevalentes. (Primeras causas deben cubrir el 80 % de las causas de emergencias y de daños en función al total)

**7.- Denominador** Total de medicamentos, insumos y equipos mínimos requeridos

**8.- Umbral** 80% (Sujeto a variación según medición basal)

**9.- Fuente de datos**, consultorios externos y Farmacia del establecimiento

**10.- Técnica de Recolección**

Fuentes primarias: lista de verificación o chequeo

**11.- Muestra** No Aplica.

**12.- Periodicidad de medición**

Este indicador deberá emitirse en forma trimestral de tal manera que puedan corregirse sesgos por situaciones coyunturales, realizando consolidados, semestrales y anuales.

**13.- Unidad responsable** Equipo de gestión del establecimiento

**Indicador 2**

**1.- Nombre** Disponibilidad de medios de comunicación y transporte operativos y equipados para la referencia.

**2.- Tipo Estructura** x

## **Proceso**

## **Resultado**

### **3.- Justificación**

Las redes de salud deben garantizar la continuidad de la atención entre los diferentes niveles de complejidad, en función de la necesidad del paciente. Esto requiere, entre otras cosas, medios de comunicación y transporte, operativos y equipados que permita el traslado adecuado de paciente entre los establecimientos de la red.

El término transporte o medio de comunicación operativo está referido a que la unidad móvil o medio de comunicación esté en condiciones de ser usado (funcionando).

Equipado, referido a que el establecimiento cuente con un set de equipos mínimos que debe llevar durante su traslado al paciente para prestarle atención (según caso)

Encuentra su justificación en el hecho de que el primer nivel de atención es una de las más frecuentes puertas de entrada al sistema y requiere de la disponibilidad de medios de comunicación y de transporte para garantizar una adecuada referencia y traslado de pacientes garantizando una respuesta rápida de este nivel, que contribuye a la minimización de riesgos y secuelas asociada al motivo de referencia. Se pretende que los servicios cuenten con disponibilidad de medios de comunicación y transporte adecuado para el envío de pacientes, que no necesariamente deben pertenecer al servicio de salud, pudiendo involucrar a otras instancias del espacio local.

**4.- Objetivo** Determinar la disponibilidad y operatividad de recursos para la referencia adecuada de la demanda en los establecimientos de salud del primer nivel

**5.- Tipo de medida** Porcentaje

**6.- Numerador**

Nº de medios de comunicación y transporte operativos y equipados para realizar referencias (unidades móviles, teléfono, radio, mail, etc.), para la referencia oportuna.

**7.- Denominador:** Total de medios de transporte y de comunicación requeridos.

**8.- Umbral** 80% (Sujeto a variación según medición basal)

### **9.- Fuente de datos**

Primaria: medios de comunicación y unidades móviles del establecimiento o comunidad; Secundaria: Personal del establecimiento de salud y autoridades locales

### **10.- Técnica de recolección**

Fuentes primarias: lista de verificación o chequeo.

Fuentes secundarias: entrevistas.

**11.- Muestra** No Aplica

### **12.- Periodicidad de medición**

Este indicador deberá emitirse en forma trimestral de tal manera que puedan corregirse situaciones desfavorables, a través de negociaciones que permitan cumplir con el indicador.

**13.- Unidad responsable** Equipo de gestión del establecimiento

### **Indicador 3**

**1.- Nombre** Porcentaje de casos manejados de acuerdo a guías de atención para prioridades sanitarias locales.

## **2.- Tipo Estructura X**

**Proceso**

**Resultado**

## **3.- Justificación**

Es frecuente el manejo de casos sin ceñirse a las guías de atención normatizadas, con la subsiguiente morbilidad asociada, registro inadecuado y aumento de costos.

Los establecimientos de salud deben garantizar la eficacia a través del cumplimiento de guías de atención, en función de las prioridades sanitarias locales.

Esto requiere, entre otras cosas, el conocimiento, comprensión y aceptación de los contenidos de las guías de atención entre los trabajadores de los establecimientos de la red asistencial, así como el uso adecuado de dichas guías en los procesos de atención a los usuarios. Para ello es necesario realizar procesos de auditoración de historias para ver el grado de consecución de los procedimientos normados.

Guías de Atención: son documentos que norman los procedimientos en el proceso de atención (Protocolos de atención).

Prioridades Sanitarias: Principales problemas de salud que afectan o ponen en mayor riesgo a la población de un ámbito determinado.

Auditoria: análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención prestada, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados

**4.- Objetivo** Verificar el conocimiento y aplicación de guías de atención para problemas sanitarios priorizados localmente.

**5.- Tipo de medida** Porcentaje

## **6.-Numerador**

Número de historias clínicas de pacientes atendidos (casos) relacionados con los problemas sanitarios priorizados, donde se han cumplido con la aplicación de las guías de atención

**7.- Denominador** Número de historias clínicas auditadas

**8.- Umbral** 80% (Sujeto a variación según medición basal)

**9.- Fuente de datos** Archivo de historias clínicas.

## **10.- Técnica de recolección**

Fuentes secundarias: lista de verificación o chequeo aplicado a las historias clínicas de pacientes atendidos.

**11.- Muestra** Aleatoria, tomando en cuenta el registro de pacientes atendidos relacionados con las prioridades sanitarias, mínimo una historia de cada prioridad.

## **12.- Periodicidad de Medición**

Este indicador deberá emitirse en forma mensual de tal manera que puedan corregirse situaciones desfavorables, a través de la discusión, análisis de resultados y propiciar el interés en el usuario interno que permitan cumplir con el indicador.

**13.- Unidad responsable** Equipo de gestión del establecimiento

### **2.2.9. La mejora de la calidad**

Supone la creación organizada de un cambio ventajoso, no sólo es eliminar los esporádicos de mala calidad de los objetos de control, sino un proceso planificado de búsqueda de perfeccionamiento.

### **2.2.10. Sistema de calidad**

Es el conjunto de las estructuras de la organización, responsabilidad en los procedimientos y los recursos disponibles para llevar a cabo la gestión de calidad.

### **2.2.11. La garantía de la calidad**

Sistemas de aseguramiento de la calidad, un conjunto de acciones planificadas y sistematizadas por la empresa dirigida a asegurar que la calidad producida satisfaga las necesidades del consumidor.

### **2.3. El problema de la calidad en la salud.**

Para los profesionales de la salud, el problema de la calidad se les plantea como una cuestión práctica. Desde este enfoque es necesario aclarar algunas implicancias teóricas, pero sólo lo necesario para ayudar a esa práctica. Nuestras acciones de salud, sean de promoción, prevención o curación deben tener la más alta calidad. Esta exigencia es tan obvia en la labor cotidiana de los profesionales de la salud, que no requiere mayor argumentación. Cuando el profesional de la salud se dispone a aplicar la más alta calidad a sus acciones de salud, surgen ante él obstáculos inesperados entre ellos están:

- Necesidad de establecer que se puede entender por calidad
- Necesidad de delimitar el campo en el que estudiaremos la calidad, para no dispersarnos con problemas que no corresponden.
- ¿Cómo medir la calidad y así fijar estándares, apreciar tendencias y hacer comparaciones, etc.?
- ¿Cómo podremos controlarlo (control de la calidad), o asegurar que la calidad no decaiga (garantía de la calidad)?

Es importante mencionar que la mayoría de las veces que se realizan trabajos de calidad en salud, se presentan algunas dificultades debido a que no sean resueltos previamente las cuatro dificultades antes mencionadas. De hecho estamos interesados en que la unidad conozcan la importancia y necesidad de desarrollar un instrumento de medición de la calidad, que permita descubrir los puntos concretos de su trabajo donde la calidad sea mejorada. De la misma manera que la calidad global del centro y con el interés de sistematizarla mejorando

cualitativamente el trabajo. La calidad de un servicio se juzga como un todo, sin disociar sus componentes.

Prevalece la impresión de un conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción.

En un servicio de salud, se consideran parámetros de calidad:

- Puntualidad
- Prontitud en la atención.
- Presentación del personal
- Cortesía, amabilidad, respeto.
- Trato humano.
- Diligencia para utilizar medios diagnósticos.
- Agilidad para identificar el problema
- Efectividad en los procedimientos
- Comunicación con el usuario y la familia
- Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios
- Aceptación de sugerencias
- Capacidad profesional
- Ética
- Equidad
- Presentación física de las instalaciones
- Presentación adecuada de las instalaciones
- Presentación adecuada de los utensilios y elementos
- Educación continua a personal del servicio y a usuarios

Para mejorar y mantener la calidad de los productos o servicios, es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad, como etapa fundamental en el avance hacia la calidad total. El mejoramiento de la calidad no depende exclusivamente de la voluntad y decisión de las personas, los recursos de todo orden juegan un papel fundamental. Esta mejoría se construye a base de la motivación y esfuerzo constante de todo el equipo humano. Para mejorar y mantener los productos o servicios es necesario establecer un sistema de



aseguramiento de la calidad, como etapa inicial en el proceso de avances hacia la calidad total. Para llegar a la garantía de la calidad se necesita: Planeación de la calidad, Control de la calidad, Aseguramiento de la calidad, Mejorar la calidad y Evaluación de la calidad.

El aseguramiento de la calidad, es el aval fundamentado en la aplicación del manual de integración de todas las normas, el esfuerzo coordinado del personal, cumplimiento de las políticas, utilización adecuada de todos los recursos y estrategias. Este depende de la participación de la gente, la única meta a largo plazo de una empresa es sobrevivir y para lograrlo el mecanismo posible es el mejoramiento continuo de la calidad.

La evaluación de la calidad mide no sólo el impacto si no el desenvolvimiento general del programa que comienza en la planeación. Calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto y/o servicio para ser de utilidad a quien se sirva de él, es capacidad, es atender adecuadamente, es liderar el proceso, e interesarse por todo y por todos.

### **2.3.1. Gestión de calidad de enfermería.**

Con frecuencia se reconoce que el papel principal de un jefe o Gestora de enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos de institución. La enfermera que realiza el papel de gestora debe guiar las actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política. Las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarias para la práctica administrativa del cuidado de enfermería , Pero también la enfermera responsable de la gestión deben considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejora del cuidado.

### **2.3.2. Calidad más calidez: fórmula de éxito de las organizaciones de salud.**

Las organizaciones de Salud son diferentes al resto de las empresas y comprender su particularidad es la clave para lograr una gestión exitosa en resultados. Entre algunos factores diferenciales podemos mencionar.

- El manejo de la relación interpersonal con el cliente-paciente es infinitamente más compleja que el intercambio cliente- proveedor de cualquier tipo de empresa, ya que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos muy íntimos , sensibles e importantes de la vida (permanente contacto con el sufrimiento , el dolor, la enfermedad).
- El concepto de calidad de servicio aplicado a las organizaciones de salud es más amplio e integral que aquel aplicado en el resto de las empresas. Así se pasa de la preocupación por la calidad del cuidado técnico, a la inclusión del cuidado emocional; de la preocupación por la efectividad a la inclusión de la eficiencia primero y después la optimización de los recursos; de la preocupación por el bienestar individual, al bienestar del grupo familiar (paciente/familia/amigos); de una calidad periférica a una calidad integral.
- En las empresas, la calidad se refiere a un producto o servicio, mientras que en las organizaciones de salud el objetivo final es la calidad de vida del paciente y su recuperación.
- Los costos de no calidad en las Organizaciones de salud implican consecuencias diferentes que en el resto de las empresas: la no calidad en las instituciones sanitarias puede afectar y acabar con la vida del paciente.

Dadas estas particularidades, trabajar como líder profesional en una empresa de salud implica desarrollar competencias específicas como son;

- Ejercicio de la profesión como CIENCIA en todo aquello que hace a la capacidad técnica-(cuidado de la salud)
- Ejercicio de la profesión como ARTE en todo aquello que hace a las relaciones interpersonales :
- Soporte emocional

- Contención del equipo medico
- Empatía
- Ejercicio de una RESPONSABILIDAD FIDUCIARIA frente a los pacientes que no están capacitados para distinguir entre una atención buena y una mala, ni la ética del tratamiento. Por ello los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de actuar en nombre del paciente, respondiendo a sus intereses de la manera que les parezca más adecuada.
- Práctica de una NUEVA MISSTICA EMPRESARIAL que integre: valores de espiritualidad (la integridad, la confiabilidad, la intuición) con competitividad empresarial. Es decir, un liderazgo no solo aplicable cuando las cosas van bien, sino muy especialmente cuando es necesaria una visión de futuro conjugada con los pies en la realidad presente.

En momentos donde la coyuntura parece ser lo único importante, los líderes de las empresas de salud deben detenerse a reflexionar en términos estratégicos, analizar cuáles son las causas de su situación actual y qué deben hacer en el presente para estar posicionados como quisieran en un futuro próximo. En otras palabras, ¿Cómo diseñar y/o rediseñar e implementar una organización más efectiva y eficiente que se ajuste a las necesidades de sus especiales clientes y de la comunidad?

Mediante la fórmula de éxito de las organizaciones de salud: CALIDAD + CALIDEZ

- **TRABAJAR CON CALIDAD**(lo racional)
- Control de costos: Las organizaciones de salud se caracterizan por tener un alto costo de no calidad difícilmente mensurable. Establecer un sistema de costos de la calidad es una acción estratégica porque permite conseguir la reducción de los costos operativos de la empresa a la que se aumenta el nivel de calidad
- Integración de tres conceptos teórico- prácticos:
  - a) Enfoque sistémico(estructura-proceso-resultado);
  - b) Enfoque estratégico(aspectos gerenciales y de gestión interna del establecimiento: análisis permanente de los factores positivos y amenazas del

contexto; fortalezas y debilidades de la institución en sus relaciones con el mismo);

c) Liderazgo institucional (trabajo en equipo, concentración, acuerdo , negociación, cooperación, consenso y participación)

- Proceso permanente hacia la calidad y eficiencia
- Gestión basada en procesos, que significa hacer las cosas bien según lo establecido en las ciencias médicas, las ciencias de la salud, normas y procedimientos administrativos. Definición de indicadores y estándares aceptados
- Acciones tendientes a lograr los resultados esperados de recuperar la salud, prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de vida de la organización.
- Programa de mejoramiento a través de la educación continua, aprender haciendo
- **TRABAJAR CON CALIDEZ**(lo emocional)
- Superar las practicas de actuación tradicionales hacia la nueva mística empresarial;
- Trabajar de manera proactiva e innovadora, teniendo en cuenta las necesidades del paciente en forma integral.
- Constituir modelos de comportamiento, capaces de transgredir las practicas de actuación que conlleva la sociedad de flujos lineales hacia cíclicos, desarrollando un nuevo “proyecto ambiental”
- Desarrollar lideres de líderes, para poder liberar la capacidad mental de las organizaciones y así sostener el cambio organizacional, basado en los siete pilares fundamentales como son: eficacia /efectividad/ eficiencia/optimización/ accesibilidad / legitimidad/ equidad.
- Situar a las personas en el centro de la estrategia de la empresa reconociendo su diferencia con el capital y la tecnología, reconociendo las características fundamentales del capital humano(funcionamos en el tiempo; buscamos significados; tenemos alma)
- Trabajar con el alma y con los sueños como fuente de la confianza, la dedicación, la inspiración y la alegría.

El marco conceptual bajo el cual se opera es el Management basado en una Gestión Estratégica de Mejora continua, utilizando como herramienta la Matriz LEMA, sobre la base del nominalmente anterior artículo del PDCA(planificar/hacer/controlar/reevaluar).La matriz LEMA establece:

L: detectar Líderes transformadores que generen nuevos líderes.

E: definir Enfoques innovadores sólidamente fundamentados orientados a resultados medibles en cada proceso de la organización

M: aplicar la nueva MISTICA EMPRESARIAL en cada una de las actividades que se desarrollen.

A: desarrollar Análisis de costos – beneficios, que se basa en la concentración en el 20% de los problemas vitales que ocasionan el 80% de las dificultades y trabajar sobre el flujo de resultados.

Luego de haber desarrollado los conceptos básicos de CALIDAD Y CALIDEZ junto con sus implicancias se puede intentar una definición de Gestión Integral de calidad.

Constituye una propuesta moderna para la gestión de salud que requiere:

- una visión integral del establecimiento de salud y el análisis permanente y objetivo de sus resultados, procesos y estructuras;
- Una conducción en equipo con una visión estratégica y amplia de la realidad y del contexto de la institución.
- El desarrollo de sistemas de información para la gestión estratégica
- La capacitación continua de todo el personal
- El uso y actualización de normas, estándares, protocolos basados en la evidencia.

## **2.4. LOS CIUDADANOS Y EL DERECHO A LA ATENCION DE LA SALUD**

La reafirmación de tales valores, en una sociedad frecuentemente comandada por la lógica del lucro irresponsable, y del mercado desinteresado con las necesidades sociales, representa una caminata hacia el futuro sustentada por los valores del pasado. (OPS/OMS.2000). Por otro lado en los últimos tiempos, de la mano de los juicios de la mala praxis, ha ganado espacio la visualización del derecho de los pacientes, aunque en nuestro país la legislación al respecto se basa todavía en la antigua visión del papel paternalista del médico.

### **2.4.1. Los derechos fundamentales del usuario:**

Los usuarios del sector salud, público y privado gozaran de los siguientes derechos:

- Acceso a los servicios de salud garantizándolos conforme a la presente ley.
- Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios de salud públicos a la población vulnerable y son vulnerables todas aquellas personas que no dispone de recursos para satisfacer las necesidades mínimas para su desarrollo humano, y se incluyen los grupos especiales entre ellos el binomio madre – niño, personas de la tercera edad y discapacitados.
- Gratuidad de los servicios en el sector público, cuando el usuario forma parte de la población vulnerable, con prioridad en el área materno infantil.
- A ser informada de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico incluyendo el nombre facultativo, diagnóstico, pronóstico, y alternativa de tratamiento y a recibir consejería por personal capacitado.
- Confidencialidad y sigilo de toda la información, su expediente y su instancia en la unidad de salud salvo en casos legales.
- Respeto a su persona, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, del sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.

- A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o procedimientos diagnóstico, terapéutica y pronóstico.
- El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico de asignar, que se le comunique todo aquello que sea necesario para el debido consentimiento.
- A efectuar reclamos y hacer sugerencias en los plazos previstos.
- A exigir que los servicios que se les prestan para la atención cumplan con los estándares de calidad tanto en los procedimientos como en la práctica.

**Respeto y dignidad.-** Derecho a recibir un trato respetuoso en todo momento y bajo toda circunstancia como reconocimiento de su dignidad personal.

**Identidad.-** Derecho a saber la identidad y calificación personal de los individuos que les están ofreciendo servicios.

**Seguridad personal.-** Derecho a esperar una seguridad razonable en las medidas que las intervenciones preventivas, curativas, de rehabilitación y las instalaciones del servicio lo permitan.

**Comunicación.-** Derecho a que la comunicación en salud se realice en el idioma predominante de la comunidad.

**Información.-** Derecho a obtener información completa y actualizada de las actividades de atención, promoción y prevención para así poder decidir sobre la participación voluntaria.

**Consentimiento.-** Derecho a participar razonablemente informado en las decisiones relacionadas al cuidado de la salud

**Ética médica, privacidad y confidencia en la atención.-** Derecho a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes postulados:

- Derecho a rehusarse a hablar o a ver a alguien que no esté oficialmente relacionado con la atención, aun personas que podrían estar oficialmente relacionadas con la institución, pero no involucradas directamente en su examen y tratamiento, por ejemplo estudiantes de medicina.
- Derecho a esperar que toda atención o mención de su caso se realice discretamente, que sin su consentimiento no haya gente presente sino esta directamente involucrada en su atención.

- Derecho a usar el vestido personal apropiado, objetos religiosos y simbólicos, sino interfieren con los procedimientos, pruebas diagnósticas o el tratamiento.
- Derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable. Incluye el derecho a pedir la presencia de una persona del mismo sexo, durante el examen, tratamiento o el procedimiento efectuado por un profesional del sexo opuesto; así como el derecho a permanecer desnudo solo el tiempo necesario para llevar a cabo el procedimiento.
- Derecho a que su expediente sea leído solo por aquellos directamente involucrados en su atención, o de supervisar la calidad de ésta. Otras personas podrán utilizarlo solo con su autorización por escrito, o la de su representante legal autorizado.
- Derecho a que toda comunicación y registros pertenecientes a su tratamiento, incluyendo facturas de pago, sean tratados confidencialmente.
- Derecho al acceso imparcial al tratamiento, sin considerar su edad, raza, creencia, sexo o identidad sexual y nacional.
- Derecho a rehusar tratamiento hasta donde se lo permita la ley. Cuando la denegación del tratamiento por el paciente, o su representante autorizado legalmente impida la prestación del tratamiento adecuado, se dará por concluida la relación con el paciente previo acuerdo.

#### **2.4.2. Satisfacción de usuarios**

La Calidad de los servicios debe ser evaluada desde la óptica de usuarios internos como externos. El grado en que los usuarios se encuentran satisfechos con el servicio recibido está relacionado proporcionalmente con la utilización de los mismos. Por tanto entre mas estén satisfechos los usuarios, mayores coberturas tendrán los programas del MINSA

Para conocer la percepción de los usuarios es necesario aplicar un instrumento que colecte datos: la encuesta de satisfacción de usuarios.

Para la realización de la entrevista a usuarios se deben considerar algunas particularidades:

- Todas las usuarias deben ser consideradas como población blanco



- La entrevista debe ser voluntaria, anónima, en privacidad y fuera de la unidad de salud.
- El personal que realice la entrevista debe ser, preferentemente, ajeno a la unidad de salud y no personal de salud.

Los resultados de esta encuesta deberán servir como insumo para la realización de planes de intervención que sean realizados bajo la perspectiva del mejoramiento continuo de Calidad de los servicios brindados en la unidad de salud. Bajo la visión empresarial deben disponerse de un sistema de información de la opinión de los usuarios de forma periódica.

## **2.5. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

### **2.5.1. Definición del modelo de atención**

El modelo de atención se constituye en un mecanismo para hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la Constitución, con la finalidad de lograr formas equitativas y solidarias de organización, con transformación del Sistema Nacional de Salud, nace como respuesta a las necesidades de la población excluida, que exige su participación organizada en las comunidades, con un espacio de interacción Estado-sociedad, en la cual la población asume un papel protagónico dando énfasis a la inclusión social que garantiza que toda la población recibe atención de salud gratuita según lo expresado en el Art. 7 literal a y b) de la Ley Orgánica de Salud.

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

El modelo de atención hace énfasis en la estrategia de atención primaria de salud y se define como la “asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, poniéndola al

alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”.

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

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

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

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

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

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

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

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

El modelo de Atención garantiza el acceso de la población excluida a través de la protección Social en salud que “es la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, mediante el adecuado acceso a los SERVICIOS DEL SISTEMA, o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. La extensión de

la Protección Social en Salud es una herramienta de política pública destinada a combatir la exclusión en salud.

### **2.5.2. Objetivos del modelo de atención.**

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

### **2.5.3. Principios que sustentan el modelo**

- **Universalidad** en el acceso y cobertura: Implica que los mecanismos de financiamiento y organización son suficientes para cubrir a toda la población al eliminar la capacidad de pago como barrera de acceso a los servicios de salud.
- **Integralidad:** Atención a las personas, a los riesgos y condiciones que afectan su salud; implica acciones de promoción prevención, recuperación y rehabilitación a individuos, familias, comunidad y medio ambiente. Interrelación y complementación con las medicinas tradicionales y alternativas en los tres niveles de atención.
- **Equidad:** Ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales, es un requisito para las capacidades las libertades y los derechos de las personas.
- **Continuidad:** Se entiende como el seguimiento al estado de salud de una persona, que forma parte de una población determinada; así como el seguimiento y atención de cualquier episodio de enfermedad específica.
- **Coordinado e integrado:** Es la coordinación con otros sectores, para garantizar la satisfacción de la demanda y su atención continua en la red plural de servicios de diversa complejidad, mediante el fortalecimiento y sostenibilidad de un sistema de referencia y contra referencia.

- **Participativo:** Convierte a los individuos en socios activos, en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas, y en su auto cuidado.
- **Planificado:** Participación de los actores sociales en la Planificación Estratégica su ejecución y evaluación; en los Consejos de Salud, como espacios idóneos para la articulación sectorial; en la adaptación de los planes de salud de acuerdo a la realidad local.
- **Desconcentrado:** Delegación permanente pero controlada del ejercicio de una o más atribuciones, y los recursos necesarios, dentro de una misma institución.
- **Eficiente, eficaz y de calidad:** relacionado con la optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto definida como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen un mayor rendimiento de los recursos.
- **Solidario:** Es el trabajo en conjunto de la sociedad para definir y conseguir el bien común, requerido para que las inversiones en salud sean sostenibles.

#### 2.5.4. Características del modelo de atención

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

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

El Sistema Nacional de Salud, a través de la red plural de servicios, constituye la base estructural y operativa para la aplicación del modelo de atención. Sin embargo, el sector se ha caracterizado por su fragmentación y carácter inequitativo al estar conformado por una serie de instituciones públicas y privadas con su propia base legal, estructura organizativa y financiera, jamás integradas ni coordinadas bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública, como la Autoridad Sanitaria Nacional. Es necesario, entonces, retomar el concepto de los Sistemas Integrados Locales de Salud (SILOS), orientados a conformarse como estructuras organizativas que aseguran la atención de los problemas fundamentales de salud de una determinada población, los cuales se complementan funcionalmente con redes plurales de servicios de mayor capacidad resolutive.

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

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

#### **2.5.5. Ley del sistema nacional de salud**

Art.6. Modelo de atención con énfasis en la Atención Primaria y Promoción de la Salud, basada en procesos continuos y coordinados de atención a personas y su entorno; gestión desconcentrada descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas

### **2.5.6. Principios del modelo**

- Universal en el acceso
- Integral
- Equitativo
- Continuo
- Coordinado e integrado
- Participativo
- Planificado
- Descentralizado - desconcentrado
- Eficiente, eficaz y de calidad
- Reciprocidad

### **2.5.7. Características del modelo de atención**

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

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

El Sistema Nacional de Salud, a través de la red plural de servicios, constituye la base estructural y operativa para la aplicación del modelo de atención. Sin embargo, el sector se ha caracterizado por su fragmentación y carácter

inequitativo al estar conformado por una serie de instituciones públicas y privadas con su propia base legal, estructura organizativa y financiera, jamás integradas ni coordinadas bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública, como la Autoridad Sanitaria Nacional. Es necesario, entonces, retomar el concepto de los Sistemas Integrados Locales de Salud (SILOS), orientados a conformarse como estructuras organizativas que aseguran la atención de los problemas fundamentales de salud de una determinada población, los cuales se complementan funcionalmente con redes plurales de servicios de mayor capacidad resolutive.

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

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

#### **2.5.8. Responsabilidades del modelo de atención**

Son responsabilidades del modelo de atención:

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



de entrada son los servicios de primer nivel que se integran al resto de niveles de atención (con la referencia y contra referencia).

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

### **2.5.9. Componentes del modelo de atención**

La organización del modelo y su garantía de ejecución comprende tres componentes:

**a) La prestación** se relaciona con la oferta de servicios. Se basa en la aplicación de estrategias de atención integral e integrada de salud a los individuos, comunidad y su entorno, conservando una continuidad en la atención, teniendo en cuenta los ciclos de vida, enfoque de género e interculturalidad, que deberá articularse con otras redes y promover la participación ciudadana.

**b) La gestión** se halla íntimamente relacionada con la prestación. Por lo tanto si el trabajo se orienta a las necesidades y demandas de los individuos, familias,

comunidades y entorno, el modelo de gestión gerencial debe ser descentralizado, desconcentrado y participativo, adecuarse a las necesidades locales, asegurar el uso racional y eficiente de los recursos y un manejo adecuado en la calidad de la atención.

**c) El financiamiento** garantiza el funcionamiento de las prestaciones del modelo de atención y del componente de gestión y, asegurando que el gasto se focalice de acuerdo a criterios de equidad, solidaridad y eficiencia en la prestación de los servicios.

## **2.6. Eficiencia, Eficacia y Efectividad en la atención de calidad.**

**Eficiencia:** empleo de los medios de tal forma que satisfagan un máximo cuantitativo o cualitativo de fines o necesidades humanas. Consiste en un buen uso de los recursos, en lograr lo mayor posible con aquello que contamos. Si un grupo humano dispone de un número de insumos que son utilizados para producir bienes o servicios entonces se califica como eficiente a quien logra la mayor productividad con el menor número de recursos.

Eficiencia se emplea para relacionar los esfuerzos frente a los resultados que se obtengan. Si se obtienen mejores resultados con menor gasto de recursos o menores esfuerzos, se habrá incrementado la eficiencia. Esto es alcanzar los objetivos por medio de la elección de alternativas que pueden suministrar el mayor beneficio. Es la relación recursos/resultados bajo condiciones reales y se expresa por la fórmula:

$$Eficiencia = \frac{Recursos}{Resultados}$$

La eficiencia supone conseguir un resultado concreto a partir de un mínimo de recursos o bien obtener el máximo beneficio de unos recursos limitados.

La eficiencia se evalúa a partir de comparaciones. Los estudios de eficacia y efectividad no incluyen recursos, los de eficiencia sí. En la eficiencia se consideran los gastos y los costos relacionados con la eficacia o efectividad alcanzados.

Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles. De modo que cuando se persiguen determinados resultados también deben quedar claras cuáles son las formas más eficientes de alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos con eficiencia.

A diferencia de lo que ocurre en el lenguaje cotidiano, en términos de salud no existe sinonimia entre ninguno de estos tres conceptos que tienen significados diferentes y que se encuentran estrechamente concatenados, pues no se concibe eficiencia sin efectividad y esta pierde sentido sin eficacia.

**Eficacia** se refiere a los resultados en relación con las metas y cumplimiento de los objetivos organizacionales. Para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar ordenadamente aquellas que permiten alcanzarlos mejor y más. Es el grado en que un procedimiento o servicio puede lograr el mejor resultado posible. Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones ideales y se expresa por la fórmula:

$$Eficacia = \frac{Objetivos}{Resultados}$$

Cuando se crean condiciones de máximo acondicionamiento para alcanzar un fin y este se logra, los recursos puestos en función de este fin fueron eficaces.

En este campo, la eficacia se define como la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo es perfeccionar la atención médica. La eficacia de un procedimiento o tratamiento en relación con la condición del paciente, se expresa como el grado en que la atención/intervención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado. Por ejemplo, la demostración de que el Mesilato de Imatinib utilizado en el tratamiento de la leucemia mieloide crónica (LMC) es capaz de lograr índices de respuesta citogenética y molecular superiores a los obtenidos con Interferón.

**Efectividad** es la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales y se expresa por la fórmula:

$$Efectividad = \frac{Objetivos}{Resultados}$$

Esto quiere decir que el propósito se ha logrado bajo las condiciones reales del lugar donde la acción se llevó a cabo. Dicho de otra manera, cuando se llevan a la práctica acciones para lograr el propósito que previamente se alcanzó bajo condiciones ideales y este se consigue en las condiciones reales existentes, entonces los recursos puestos en función para ese fin fueron efectivos.

La efectividad es un término de mayor alcance que la eficacia, pues expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población; por lo tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo. Es un atributo que solo puede evaluarse en la práctica real de la Medicina.

En el caso del ejemplo anterior para demostrar que esta nueva droga es efectiva, se requiere tener evidencias de que produce más bienestar que daño cuando se emplea en la práctica clínica habitual. Podemos decir que el Mesilato de Imatinib es una droga efectiva, si es capaz de aumentar de forma significativa los índices de respuesta citogenética y molecular cuando se aplica a los pacientes con LMC como una forma de tratamiento ya establecida

## **2.7. Proyecto De Mejora De La Calidad De Atención Al Usuario.**

Consiste en elaborar el plan de acción de la unidad de salud para reducir los problemas organizacionales en la oferta de servicios. Inicialmente el equipo gerencial elabora el proyecto de mejora con los resultados encontrados en:

- Análisis de flujo , según tiempo de espera y contacto
- Evaluación del desempeño y
- Encuesta de satisfacción de usuarios

Luego, se convoca a una reunión plenaria, donde participación el equipo gerencial local, los facilitadores y los prestadores de servicio; este momento ofrece un foro de discusión, donde se presenta el proyecto de mejora para consensuar los problemas encontrados, las intervenciones de mejora, los responsable del cumplimiento de la intervención, los indicadores de medición y la fecha de cumplimiento. Lo acordado en esta reunión se define como “Plan de Mejora”

El personal de salud tiene la oportunidad de compartir sus ideas e iniciativas de mejoras con otras personas (incluidos sus supervisores y el personal del área de trabajo), con las cuales tienen pocas oportunidades de comunicarse durante las actividades diarias. Si un buen facilitador dirige el ejercicio, todos los recursos de la unidad, pueden ser escuchados.

#### **2.7.1. Requisitos fundamentales que permitan el éxito del mejoramiento de la calidad:**

- Aceptación que el cliente es el elemento más importante del proceso.
- El convencimiento de que sí hay forma de mejorar.
- Enfoque administrativo, liderazgo y participación.
- El estándar del desempeño de cero errores.
- Enfocar el mejoramiento en el proceso, no en las personas.
- El reconocimiento a los éxitos.
- El convencimiento de que los proveedores pueden cooperar con nosotros sin comprender nuestras necesidades.